

Parte II

Diálogos com os pioneiros

Fernando A. Pires-Alves
Carlos Henrique Assunção Paiva

Gilberto Hochman
Janete Lima de Castro
Regina Celie Simões Marques
(coauts.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PIRES-ALVES, FA., and PAIVA, CHA. *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 204 p. ISBN 85-7541-102-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

6. DIÁLOGOS COM OS PIONEIROS

Com a co-autoria de *Gilberto Hochman**,
*Janete Lima de Castro*** e *Regina Celie Simões Marques****

Para Francisco Lopes

“Diálogos com os Pioneiros” reúne depoimentos editados dos profissionais brasileiros, que, a partir de meados de 1970, foram precursores na concepção do acordo interinstitucional e na composição da primeira equipe de trabalho da cooperação técnica entre a Opas e o governo brasileiro no desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Entre os meses de fevereiro e dezembro de 2005, foram colhidos os depoimentos dos médicos brasileiros que compunham este grupo: Alberto Pellegrini Filho, Carlyle Guerra de Macedo, Cesar Vieira, Danilo Prado Garcia, José Roberto Ferreira, José Paranguá de Santana e Roberto Nogueira. Nestes encontros, participaram, como entrevistadores, Carlos Henrique Assunção Paiva, Fernando Pires-Alves, Gilberto Hochman, Janete Lima de Castro e Regina

* Gilberto Hochman, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz), é bacharel em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas, mestre e doutor em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro (Iuperj).

** Janete Lima de Castro é professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN. Mestre em Administração e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Educação na UFRN, é Coordenadora do Observatório de Recursos Humanos do Nesc/UFRN.

*** Regina Celie Simões Marques, tecnologista da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz), é bacharel em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e mestre em Ciência da Informação pelo Instituto Brasileiro de Informação Científica & Tecnológica (Ibict).

Celie Marques. A enfermeira Izabel dos Santos, personagem igualmente decisiva para os rumos da Cooperação, já havia sido entrevistada por Janete Castro, José Paranaguá de Santana e Roberto Nogueira, em uma iniciativa que resultou na publicação de *Izabel dos Santos: a arte e a paixão de apreender fazendo*, em 2002.

Este conjunto de depoimentos foi objeto de uma seleção e edição segundo um conjunto de questões consideradas relevantes para a trajetória da Cooperação Técnica e para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, assim como para o contexto de sua ocorrência. Agradecemos, portanto, a Janete Castro, José Paranaguá e Roberto Nogueira a oportunidade de utilizar o depoimento de Izabel dos Santos com este propósito. Esta iniciativa ficaria incompleta sem esta possibilidade. Como de alguma maneira fica sem o depoimento de Francisco Lopes, já falecido. Sua presença foi, contudo, frequentemente lembrada pelos seus ex-companheiros⁵⁶.

A edição dos depoimentos produziu uma espécie de conversa hipotética entre todos os personagens em um percurso que versa sobre a ação da Opas nas Américas e no Brasil; o desenvolvimento e o adensamento das discussões sobre RH em saúde; o desenvolvimento da cooperação técnica em recursos humanos; as suas conseqüências previstas e não esperadas; sua conexão com o movimento sanitário que desembocaria na criação do Sistema Único de Saúde, bem como sobre o estado da cooperação técnica em nossos dias e as suas perspectivas.

Historiadores profissionais costumam designar este tipo de trabalho como “Memória”, frequentemente em distinção à noção de “História”. A discussão em torno dos significados de ambas expressões não provoca apenas interesse particular para aqueles que têm a compreensão do homem no tempo como seu *métier*, isto é, os historiadores e os demais pesquisadores afins. Hoje em dia, grande parte daqueles que se devotam a pensar estas questões concordam que a Memória não pode ser vista simplesmente como um processo parcial e limitado de lembrar fatos passados, de pequena relevância para a compreensão dos processos históricos. Trata-se, antes, da construção de referenciais sobre o passado, o presente e o futuro realizada pelos diferentes grupos sociais, de modo sempre referido a determinadas tradi-

⁵⁶ A rigor, Regina Coeli Nogueira foi também uma pioneira da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos. Regina, porém, desligou-se muito precocemente da equipe durante os primeiros anos da década de 1980, afastando-se profissionalmente da Opas e, aparentemente, dos temas da Saúde e dos Recursos Humanos.

ções, ainda que tais grupos se considerem comprometidos com mudanças políticas e/ou sociais.

Nesse sentido, *Memória* pode ser encarada como um exercício de retomada do passado, de reflexão acerca do que foi feito ou dito por alguém em determinada época pretérita. Trata-se de uma reorganização mental, à luz de determinado presente, do como e do por que determinados fatos se passaram de tal maneira e não de outra. Memória, em síntese, não é apenas um exercício individual, ela é, como nos fazem entender estudiosos como Maurice Halbwachs e Pierre Nora, partilhada, transmitida e também construída pelos grupos sociais.

Neste sentido, a Memória pode ser matéria dos historiadores, como fonte histórica. Matéria que deve ser cruzada com fatos e informações muitas vezes ignorados pelos que se lembram, mas que ao historiador caberia a tarefa de contextualizar ou estabelecer inter-relações. Pode e deve ser também um exercício de reconhecimento de experiências sociais comuns, da sua atualização como acervo coletivo. Sugere-se que a edição dos depoimentos que será apresentada a seguir possa ser lida dessa dupla perspectiva. Da mesma forma, o conjunto integral de cada entrevista realizada que, uma vez revistas pelos depoentes, passarão a integrar o acervo do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, na Fundação Oswaldo Cruz.



Na altura da metade da década de 1970, a cooperação técnica em recursos humanos em saúde resultou de uma articulação entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o governo brasileiro. Como o tema era então considerado em termos organizacionais e programáticos na agenda da organização?

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – A Opas, em sua sede, contava com um Departamento de Educação e Treinamento, que mais adiante passou a chamar-se Programa de Educação Médica. Em 1967, ele foi oficialmente transformado em Departamento de Desenvolvimento em Recursos Humanos e, como tal, uma de suas primeiras ações foi a realização, em Maracay, de uma Primeira Conferência de Recursos Humanos em Saúde – que, com o patrocínio da Opas e da Fundação Millbank, deu grande ênfase a planificação de recursos humanos na América Latina e levou à realização do grande estudo de Recursos Humanos e Educação Médica, realizado na Colômbia e, depois, parcialmente na Argentina. Isso em si já mostra uma evolução: começou com treina-

mento e educação, passou pela educação médica e daí a recursos humanos. Mas, ainda assim, tratava-se essencialmente de educação médica, talvez um pouco de odontologia também. A enfermagem tinha um programa à parte, manejado pelo Departamento de Serviço de Saúde. A engenharia sanitária ficava a cargo do Departamento de Engenharia Sanitária. Só em 1975 houve a integração dessas áreas de formação, com o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, quando eu estava na chefia do programa. [...]

Eu enfrentei a tarefa, que me foi dada pelo [Hector] Acuña⁵⁷, de ampliar o Departamento de Recursos Humanos. Na época éramos basicamente eu e mais três outros profissionais e um grupo de funcionários responsáveis pelo Programa de Bolsas de Estudos, mais dois consultores. Mas, com a chegada ao departamento do pessoal de enfermagem, odontologia, engenharia sanitária, veterinária, o programa começou realmente a cobrir o campo de recursos humanos. Algumas dessas áreas se integraram mais facilmente do que outras. Enfermagem foi a mais fácil. Já tínhamos criado no Brasil o Nutes/Clates [Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional], e a nossa primeira medida foi criar um programa semelhante para enfermagem. Com isso a enfermagem se sentiu muito prestigiada, porque estava sendo tratada no mesmo nível que a educação médica, e integrou-se rapidamente. A engenharia sanitária também não foi um grande problema, apesar de eles terem uma orientação diferente. Tinha sido criada, no Peru, uma escola de engenharia sanitária — até hoje a única existente na América —, e eles funcionavam muito atrelados a ela. Veterinária praticamente nunca se integrou, nem odontologia, e o Acuña preocupava-se muito com isso. A área de odontologia fez muito pouco em matéria de educação; ela dedicava-se mesmo a campanhas para pós-graduações. E a de veterinária empenhou-se na questão da competência; eles foram os primeiros a trabalhar, no departamento, com a competência de ensino e educação.

Trabalhávamos assim, sem uma integração real e total. Uma das providências que tomamos para promover essa integração foi a organização dos *Talleres* de Educação em Ciências de Saúde. Foram cinco seminários, realizados uma vez por ano, em que participaram o nosso *staff*, incluindo o Juan

⁵⁷ Héctor Acuña, à época, era Diretor da Opas. Nascido no México em 1921, graduou-se em medicina pela Universidade Nacional Autónoma do México, em 1947, e titulouse mestre em Saúde Pública pela Universidade de Yale, em 1951. Acuña dirigiu a Opas entre 1975 e 1983, sucedendo a Abraham Horwitz.

César García⁵⁸, Miguel Márquez⁵⁹ e outros. Eram eventos muito dinâmicos, dirigidos especificamente para diretores de escolas e profissionais de saúde. Reuníamos cerca de 20 participantes em cada seminário, que durava de dois a três meses. Eles eram levados para Washington e durante esse período trabalhavam sobre uma cidade fictícia. Na realidade todos os dados eram baseados em El Salvador, só que ninguém sabia. A missão era planejar a situação de recursos humanos daquela cidade, incluindo a abertura de escolas, organização de cursos, o que fosse necessário. Esses *talleres* talvez tenham sido um dos mecanismos que mais ajudaram na nossa integração, e deles participaram pessoas que depois vieram a assumir posições destacadas na América Latina.

Nos anos 1960/70, de que maneira os temas dos recursos humanos em saúde se integravam à agenda mais geral do desenvolvimento nas Américas?

JOSÉ PARANAGUÁ – Em 1972, quando houve a Reunião de Ministros de Saúde das Américas, o tema mais importante foi o de recursos humanos. Embora a reunião fosse para discutir o [Segundo] Plano Decenal de Saúde para as Américas, o eixo desse plano de saúde é, praticamente, responder às necessidades que, naquela época, se consideravam muito defasadas no investimento em formação de pessoal; entre disponibilidade de pessoal e as necessidades de atendimento à saúde nos países do conjunto das Américas. Isso tudo tem, inclusive, muito a ver com a criação, no Brasil, no Ipea [Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada], no Ministério do Planejamento, aliás, na época, chamava Secretaria de Planejamento da Presidência da República, do CNRH, do Centro Nacional de Recursos Humanos. E a criação, também, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Recursos Humanos, em 75. Então, essas coisas estão ligadas umas às outras.

CESAR VIEIRA – Na Conferência de Punta del Este [1961] — onde foi lançada a Aliança Para o Progresso —, a Opas e os ministros de Relações Exteriores, Finanças e Planejamento chegam à seguinte conclusão: saúde é algo importante e não pode ficar fora do processo de desenvolvimento regional e

⁵⁸ Juan César García, médico e sociólogo argentino, é considerado um dos precursores no campo dos estudos sociais da saúde. Nos anos 1960/70, atuando na Opas, desempenhou um papel-chave no desenvolvimento da área de recursos humanos em saúde.

⁵⁹ Médico equatoriano, Miguel Márquez é um dos precursores do ensino técnico em saúde na América Central e Caribe. Foi representante da Opas em Cuba e na Nicarágua.

de planejamento, então vamos fazer um projeto para incorporar o planejamento de saúde ao plano de desenvolvimento. Na época eles acharam interessante a experiência venezuelana do Cendes, Centro de Estudos de Desenvolvimento, e recorreram ao método de planejamento desse centro para criar um segmento de saúde que ficou conhecido como Cendes-OPS. E foi montado, no Ilpes [Instituto Latino Americano e do Caribe de Planejamento Econômico e Social], Chile, um centro parecido com o projeto do Ppreps [Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde]. Raúl Vargas⁶⁰, Carlyle Macedo e Américo Migliónico foram trabalhar lá e formaram centenas de pessoas na área de planejamento em saúde. O Carlyle havia trabalhado na Sudene [Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste], integrando a equipe de saúde, com o Mozart de Abreu e Lima; depois foi trabalhar na secretaria de Saúde do Piauí — ele foi secretário ainda recém-formado⁶¹. Dali foi para Santiago do Chile, no convênio do Ilpes com a Opas.

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – Depois da reunião de Punta del Este e da Aliança para o Progresso, começou a haver uma pressão dos Estados Unidos para que todas as instituições interamericanas, e até as próprias Nações Unidas, aderissem à proposta do planejamento. A Opas aderiu com todo entusiasmo, e promoveu a criação de um grupo na Universidade de Venezuela para criar uma metodologia de planejamento em saúde que respondesse aos fundamentos da Aliança para o Progresso.

O grupo formulou então uma metodologia de programação, a Cendes-OPS, para os cursos que formariam pessoal para elaborar os planos de saúde que a Aliança apoiaria. A metodologia é muito matemática, porque transfere para o planejamento em saúde o que predominava então na teoria econômica quanto ao crescimento econômico. Ela é muito pobre com relação a praticamente todos os outros fatores que estavam fora desses parâmetros. Os recur-

⁶⁰ Estatístico peruano, Raúl Vargas integrou a equipe de formulação do método Cendes-OPS, uma metodologia referencial para o planejamento em saúde durante os anos 1960 e 1970 e desenvolvida mediante de cooperação entre o Centro de Estudos do Desenvolvimento, da Universidade Central da Venezuela, e a Opas.

⁶¹ Mozart de Abreu e Lima formou-se em odontologia (1960) e administração de empresas (1971) pela Universidade Federal de Pernambuco. Integra uma geração de profissionais ligados ao Centro de Planejamento sobre a América Latina (Cepal) e à área de planejamento da Opas. Trabalhou na Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) na década de 1960, na Central de Medicamentos (Ceme) e no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan) até 1978. Foi Secretário-Geral do Ministério da Saúde durante a gestão do Ministro Waldir Arcoverde, entre 1979 e 1985. Ver <http://www.bvshistoria.coc.fiocruz.br/polio/brasil/acervo/memoriaPoliomielite/mozartLima.htm>. (Acesso em 31.07.2006)

... humanos são pouco considerados, só entram como fator de produção para instrumentar — a palavra usada era esta — as ações de saúde. A racionalidade era a do capital e da tecnologia; a política era um fator neutro, não se considerava adequadamente sua importância — e esta era uma crítica central que eu fazia à metodologia. [...] A sociedade é muito mais complexa, e não bastava obedecer àquelas recomendações que brotavam de determinadas fórmulas, por mais sofisticadas que fossem. Nós trabalhávamos muito com métodos matemáticos para representar o que aconteceria na sociedade. Para nós, no Centro Pan-americano de Planejamento de Saúde, a idéia de um modelo matemático que representasse a realidade era algo útil para organizar as ações sobre essa realidade.

ROBERTO NOGUEIRA – O método Cendes-OPS é hoje considerado uma forma muito rígida e burocrática de fazer planejamento. Os diagnósticos que ele exigia eram exaustivos e caros. Levantavam-se dados de morbidade e mortalidade da área, todos os serviços e unidades de saúde, número de leitos e recursos humanos em cada unidade. Isso implicava aplicar formulários de cidade em cidade, de local em local. E depois que se reunia aquele mundo de dados, vinha a pergunta: “Como eu integro tudo isso?”. [...]

O método tem a ver com o [Primeiro] Plano Decenal de Saúde Pública, que foi feito em 1961. Para o Plano eles fizeram diagnósticos desse tipo exaustivo em alguns países, como o Peru, Chile e México. Havia um consenso de que era muito necessário ter informações adequadas, então existe sim uma conexão entre o método Cendes-OPS e essa linha de planejamento normativo e exaustivo em matéria de estatística, que predominava naquela época.

JOSÉ PARANAGUÁ – A literatura produzida na década de 1970 tem uma visão de recursos humanos como fator de produção, destaca a importância econômica de recursos humanos tanto nos setores da economia quanto da agricultura e tudo o mais. Nesse período houve, no Brasil, uma grande expansão da educação técnica, agrícola e industrial. Então, não há nenhuma peculiaridade no investimento que foi feito no campo da saúde com recursos humanos. A preocupação era exatamente essa. O Ppreps, consubstanciado no plano de trabalho do acordo da Opas com os ministérios, era um projeto para melhorar a articulação entre a universidade e os serviços de saúde, formar gente de nível médio e desenvolver a capacidade institucional das secretarias de saúde na área de recursos humanos.

O Acordo de cooperação, a criação e atuação do Ppreps correspondem ao período de introdução e fortalecimento da medicina social e da saúde coletiva, como a Opas participou deste processo?

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – A partir de meados da década de 1970 nós, na Opas, começamos um trabalho mais intenso com as escolas de saúde pública. A Opas havia reunido pela primeira vez as nove Escolas existentes em 1959, em uma reunião em São Miguel Regla, no México e, daí se seguiram reuniões cada dois anos, revisando o conteúdo de cada uma das disciplinas tratadas naquele contexto. Em 1974, a reunião realizada no Peru, já com um número mais significativo de Escolas, promoveu a criação da Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública (Alaesp). A partir de então, passou-se a uma análise mais geral da formação em saúde pública introduzindo-se, nessa área, um esforço de investigação, que até então vinha ocorrendo nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social. Um aspecto interessante dessa evolução foi a regionalização do ensino da saúde pública, que se desenvolveu no Brasil, com o apoio da Ensp e as iniciativas das Secretarias de Saúde dos Estados com as universidades locais, estratégia que conduziu a um aumento do número de cursos e um desafogo das duas Escolas mais tradicionais, do Rio de Janeiro e de São Paulo.

O trabalho do Ppreps nessa área favoreceu, em 1979, a criação da Abrasco [Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva], a qual se transformou nos dias atuais na principal associação de saúde pública do país. Quando Hésio Cordeiro⁶² assumiu a Previdência Social, levou o [José] Paranaguá – que estava no Ppreps, para coordenar a área de recursos humanos – e, ele, com recursos financeiros da Previdência Social, promoveu o estabelecimento dos Núcleos de Saúde Coletiva, em um momento em que também se desenvolviam as residências de saúde coletiva. Embora o Ppreps não tivesse uma articulação direta com a Previdência Social, este desenvolvimento ocorreu por influência de um funcionário que vinha da Opas, trazendo a orientação que predominava naquele contexto.

⁶² Hésio de Albuquerque Cordeiro é mineiro de Juiz de Fora, nascido em 22 de maio de 1942. Titulou-se em 1965 na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Integrou a equipe de fundação do Instituto de Medicina Social (IMS), também da Uerj. No IMS, coordenou o Mestrado em Medicina Social e exerceu o cargo de Diretor, entre 1983 e 1985. Foi presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Membro das equipes de transição do presidente eleito Tancredo Neves, entre 1985 e 1988 presidiu o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social. Atualmente é Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Ver: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1988000300010&script=sci_arttext&tlng=pt (Acesso em 01.08.2006)

Em toda a América Latina, o número de Escolas cresceu para mais de 120, nos dias atuais, e com isso tornou-se impossível manter o esquema das reuniões a cada dois anos. Passamos a promover eventos mais focalizados em determinadas regiões ou escolas, ampliando dessa forma o trabalho com todas as Escolas. Junto com a Associação Americana de Escolas de Saúde Pública, a Opas promoveu um amplo debate centrado na relativa impossibilidade da própria saúde pública em alcançar níveis de saúde adequados. Este esforço levou a publicação de dois livros analisando a “crise da saúde pública” e as possibilidades de superá-la. Mais recentemente, o debate tem se centrado na análise das funções essenciais da saúde pública.

ROBERTO NOGUEIRA – O coordenador de Recursos Humanos em Washington era José Roberto Ferreira. Essa área tinha uma linha de educação médica — publicava inclusive uma revista, a *Educación Médica y Salud*. A linha de educação médica se desdobrava em duas. Uma tinha a ver com as ciências básicas, apoiava pesquisas de ponta em desenvolvimento de recursos humanos, como Ribeirão Preto, por exemplo, que tinha uma escola inovadora, com currículos integrados para a formação de médicos. Esse interesse do José Roberto teve origem na Universidade de Brasília, e ele o levou para Washington. A linha apoiou várias iniciativas no continente que buscavam alternativas ao ensino tradicional e muito disciplinar que se tinha na medicina. Quando o Juan César García, que era argentino, foi para Washington, já tinha grande interesse em ciências sociais em saúde, e então ele se voltou mais para o apoio aos mestrados de Medicina Social e Medicina Preventiva na América Latina, o que se tornou também uma linha do programa que o José Roberto dirigia na época. Todas essas linhas integravam a área de formação médica, que sofreu uma reviravolta com a entrada da medicina social, no que diz respeito a políticas de saúde, políticas médicas etc. Isso aconteceu entre o final dos anos 1960 e início dos 1970 e coincidiu com a formação, no Brasil, de vários grupos, como o do IMS e o do Sergio Arouca⁶³ em Campinas. [...]

⁶³ Antonio Sérgio da Silva Arouca nasceu em Ribeirão Preto, estado de São Paulo. Formou-se médico em 1966 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi consultor da Opas, tendo atuado em países como México, Honduras, Costa Rica, Nicarágua, Cuba, Colômbia e Peru. Defende sua tese de doutorado em Medicina Preventiva em 1975. No ano seguinte ingressa na Escola Nacional de Saúde Pública. Torna-se Presidente da Fiocruz em 1985. Foi Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e eleito Deputado Federal pelo mesmo estado para duas legislaturas (1990 e 1998). Foi candidato a vice-presidente da República (1989) e Vice-Prefeito do Rio de Janeiro (1992). Ocupou, ainda, a Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (2002) e a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, em 2003. Faleceu em agosto deste mesmo ano. Ver: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br> (Acesso em 01.08.2006).

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – O Juan César García era muito irrequieto, e quando estava desenvolvendo seu estudo sobre educação médica na América Latina começou também uma série de seminários nacionais. Dois deles ficaram famosos, os seminários de Cuenca, em 1968 e 1978. A partir desses seminários ele promoveu a criação de três programas de pós-graduação em Medicina Social: no Rio de Janeiro (IMS/Uerj), que foi o primeiro, no México (UAN-Xochimilco) e no Equador (UCE). Os três são considerados líderes em medicina social na América Latina. Depois, é claro, foram obtidos recursos de outras fontes, como a Fundação Kellogg, mas esses programas foram basicamente produzidos e criados por Juan César García. No caso do IMS, o Carlos Vidal⁶⁴ participou muito intensamente na criação do programa.

ROBERTO NOGUEIRA – A primeira turma do IMS começou em 1973, e dela fizeram parte o [João] Regazzi⁶⁵, Hésio Cordeiro e José Noronha⁶⁶, praticamente os fundadores do instituto e que faziam a sua formação ao mesmo tempo que eram professores. Também havia alguns estrangeiros, chamados de *becarios* da Opas, que eram indicados pelo Juan César García, de Washington. [...] Eles eram de Honduras, Costa Rica, Peru, vários países, e vinham fazer o mestrado em Medicina Social. O curso do México, em Xochimilco, estava começando na mesma época. Os dois mestrados eram apoiados pela Opas, nas figuras de Juan César García e José Roberto.

Formava-se pessoal em áreas estratégicas, e uma delas, talvez a mais importante, era a de saúde pública, ou saúde coletiva, ou medicina social. Essa política estava muito ligada ao nome do Juan César García. [...] Esta foi uma novidade que apareceu no começo dos anos 1970, porque o que se tinha antes era algo muito mais higienista, preventivista — de médicos para médicos. Na

⁶⁴ Carlos A. Vidal, integrante do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, em Washington, foi também representante da OPAS no Brasil, em meados dos anos 1970; e em Buenos Aires, Argentina, na década seguinte.

⁶⁵ João Regazzi Gerk é médico, formado pela Uerj em 1969. Em 1979 obteve o título de mestre em medicina social pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj) da mesma universidade. Foi diretor do IMS e vice-reitor da UERJ. Atualmente é professor-assistente nesta universidade.

⁶⁶ José Carvalho de Noronha formou-se em medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1970. É especialista em Saúde Pública pela The Leeds University (1973); mestre em Medicina Social pela Uerj (1978) e doutor em Saúde Coletiva pela mesma universidade (2001). Foi Chefe de Gabinete no Inamps, na gestão Hésio Cordeiro; Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, de 1988 a 1990; foi Diretor do Instituto de Medicina Social da Uerj; presidente da Abrasco entre os anos de 2000 e 2003, e membro do Conselho Nacional de Saúde. Atualmente é médico da Fiocruz e é assessor da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Ver: Currículo Lattes, em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4798530A5> (Acesso em 02.08.06).

década de 1970 começam a perceber que as ciências sociais em saúde dariam uma outra visão a quem atuava nesse campo. Então, é uma linha inovadora a que se inicia com Xochimilco e Uerj [Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Não havia nenhum mestrado anterior nessa área, e foi preciso formar professores e alunos. O grupo da USP [Universidade de São Paulo], com a Cecília Donnangelo⁶⁷, também estava iniciando. Os grupos existentes eram ainda pequenos e débeis. [...]

O Arouca inovou ao trazer a perspectiva das ciências sociais e da epistemologia. Apesar de inserir a medicina mais numa linha de atendimento de massa, ele trouxe uma visão mais crítica, que vem de autores ligados à filosofia e às ciências sociais. Então, quando se criou o mestrado na Uerj, essa orientação já estava presente. Tanto é assim que uma das iniciativas do Juan César, no mestrado, foi trazer grandes vultos como o próprio Michel Foucault e o Ivan Illich, que eram os nossos gurus. Naturalmente o Foucault não era tão conhecido como veio a ser posteriormente, mas já era uma grande expressão da filosofia nessa época. E foi uma oportunidade única para nós, alunos, o contato com esses revolucionários do pensamento.

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – No final da década de 1970 começou uma discussão sobre formação em saúde pública, cujo ponto central era a definição de uma nova área, Saúde Pública como campo teórico e de prática. Que nome ela teria? Higiene não podia ser; já tínhamos passado a época da higiene. A expressão ‘saúde pública’ estava um pouco desgastada, e considerávamos a aceção um pouco limitada — estávamos ainda nos prelúdios do movimento sanitário, mas já tínhamos essa avaliação. E a expressão veio. Não sei exatamente quem propôs, mas surgiu na reunião [I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública]: ‘saúde coletiva’ parecia ser o que nós queríamos. [...] Com ela queríamos denotar algo que a saúde pública convencional, naquele momento, não alcançava. Saúde coletiva era a saúde da população, a saúde das comunidades. Era ver o ser como indivíduo, em vez de ignorá-lo. Vê-lo imerso em seu contexto, em seu meio, como parte de uma comunidade que, por sua vez, é muito mais que a soma dos indivíduos. Era não pensar somente na saúde individual e, por

⁶⁷ Socióloga, paulista de Araraquara, nascida em 1940, Maria Cecília Ferro Donnangelo se destacou como docente e pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Teve papel decisivo na constituição das Ciências Sociais em Saúde como campo de conhecimento e foi pioneira nos estudos sobre a profissão médica e o mercado de trabalho em saúde no Brasil. Faleceu em 1983.

outro lado, acabar com a oposição entre atenção médica e saúde pública, que não conduz a nada. A atenção médica é parte da saúde pública e absolutamente necessária. Então o conceito de saúde coletiva surgiu para substituir uma terminologia que, na época, era insatisfatória. Ao recuperarmos o conceito de saúde pública no sentido de saúde das populações, ele passa a ser sinônimo de saúde coletiva.

ALBERTO PELLEGRINI – O Juan César García teve importância na criação de dois cursos de Medicina Social, o da Uerj e o de Xochimilco, no México. Nosso movimento sanitário, em grande medida originado nos departamentos de medicina preventiva, no final dos anos 60, e centrado no conceito de determinação social do processo saúde-doença, buscava uma identidade própria. Não nos satisfiziam nem a denominação de medicina social, por não a considerarmos uma especialidade da medicina, nem tampouco a de saúde pública, por considerarmos que esta adotava um enfoque muito tradicional, muito biológico que tinha como paradigma a Escola de Saúde Pública de São Paulo. Queríamos ter identidade própria, criar algo novo, daí o conceito de saúde coletiva. Na América Latina isso não ocorreu e os grupos mais progressistas continuaram adotando a denominação saúde pública.

Como as contribuições deste debate promoviam um novo entendimento sobre as políticas de saúde e os recursos humanos em saúde?

ALBERTO PELLEGRINI – Naquela época, por vários motivos, o acesso à literatura não era tão fácil. Juan César García preparava uma espécie de bibliografia selecionada, que enviava a grupos e pessoas de toda a América Latina. Líamos avidamente as cópias de artigos de Michel Foucault, [Michel] Pollack e outros autores que ele enviava com comentários. Nós, em Campinas, incluindo o Sérgio Arouca, recebíamos diretamente dele esse material e fazíamos seminários de discussão. Foi uma fase meio heróica de formação, ainda não muito estruturada. O Instituto de Medicina Social começava a introduzir esses textos em seu curso.

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – Uma figura muito importante para a área de recursos humanos em saúde foi, sem dúvida, Juan César García. Era argentino, formado em medicina e dedicado à pediatria. Depois fez um curso de ciências sociais e então foi para a Universidade de Harvard, quando foi indicado pela Millbank Foundation, organização que financiou o programa que ele veio

desenvolver na Opas para realizar um estudo do ensino da medicina preventiva na América Latina. Este estudo contou com uma Comissão Diretora composta de professores ilustres da Inglaterra, EUA, Suécia, e outros países, e Juan César os convenceu de que para uma análise adequada do objeto do estudo, seria necessário primeiro uma abordagem mais geral de toda a formação médica na região, e isto, por sua vez, levava a idéia do mercado de trabalho, das demandas do estudante etc.

Depois de cinco anos, de 1965 a 1970, com o desenvolvimento do estudo em todos os países da América Latina, o resultado foi um livro: *La educación médica en la América Latina*. Paralelamente ele introduziu a medicina social como cadeira médica. [...] Naquela época só existiam médicos em matéria de profissionais de saúde. Os enfermeiros eram vistos como subalternos; a hegemonia médica era total.

IZABEL DOS SANTOS – A minha ligação com Juan César não foi através dos escritos dele sobre a escola médica. A minha ligação com Juan César e Miguel Márquez foi muito mais vinculada a uma luta política do que propriamente uma questão técnica de concepção de escola. Eles tinham vontade de me apoiar na luta política de uma sociedade mais justa. Eu nunca entrei, com eles, no mérito da discussão de uma escola médica. Eu sabia que eles tinham um sonho de que a América Latina fosse unida, de ter uma Universidade Latino-americana. Não sei nem por quê, mas eles tinham esse sonho.

JOSÉ PARANAGUÁ – O livro do Juan César García foi o primeiro estudo sobre educação médica feito com base nas ciências sociais. Com esse livro a educação médica passou a ser interpretada como um processo de inserção num determinado modo de produção, de valores e de bens na sociedade, por isso é uma referência-chave. A outra referência muito importante nessa época era a Cecília Donnangelo, como também o Eleutério Rodríguez Neto⁶⁸, um dos grandes nomes da minha escola na área de Saúde Pública, aluno e discípulo da Cecília. [...]

A literatura era formada por poucas publicações, alguns documentos oficiais da Opas e os anais das reuniões da Abem, a Associação Brasileira de Educação Médica. Era o que estava disponível sobre o tema. Em 1972, quan-

⁶⁸ O sanitarista Eleutério Rodríguez Neto nasceu em Campinas, São Paulo, em 1946. Integrou a Comissão de Coordenação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps), no início dos anos 1980 e foi secretário-geral do Ministério da Saúde ao final da mesma década.

do houve a Reunião de Ministros de Saúde das Américas, o tema importante foi o de recursos humanos. Embora a reunião fosse para definir o Plano Decenal de Saúde Para as Américas, o eixo central deste foi o investimento em formação de pessoal, porque naquela época considerava-se uma grande defasagem entre disponibilidade de pessoal e necessidades de atendimento à saúde no conjunto de países das Américas. [...]

O Acordo Opas-Brasil em RH em saúde se autodefiniu, desde o início, como de cooperação técnica. Nos anos 1960/70 isto significava tentar superar a noção de assistência técnica. Qual a diferença entre as duas idéias e suas implicações para as relações interamericanas em saúde?

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – A ação internacional começa com uma visão essencialmente filantrópica. O primeiro núcleo de ação internacional para controle de doenças sanitárias foi criado no Egito, em meados do século XIX. Depois a Fundação Rockefeller e o Instituto Pasteur começaram a oferecer ajuda aos países, sempre com caráter filantrópico, e vieram do Norte para o Sul. [...] Tratava-se, até então, de equilibrar as condições do comércio entre as duas situações. Tanto essas fundações quanto, depois, o governo americano traziam sempre soluções predefinidas, fórmulas a serem aplicadas nos países. Esse quadro evoluiu para a assistência técnica quando se criaram os organismos internacionais — a Opas em 1902 e a OMS [Organização Mundial da Saúde] em 1948. Em um ambiente multilateral, com a participação relativa dos países que constituem foros deliberativos nesses organismos, não havia mais uma imposição total, mas ainda assim as soluções continuavam a ser trazidas do mundo desenvolvido para o mundo em desenvolvimento.

Com o tempo e com o desenvolvimento de alguns países da América Latina, começou-se a dispor, no Sul, de gente capacitada, que passou então a assumir diretamente uma parte do processo de cooperação — e a Opas, nesse aspecto, talvez seja a mais progressista de todas. Essa capacitação permitiu que se desse uma certa horizontalidade, [...] e os próprios órgãos multilaterais começaram a buscar mecanismos de trabalho visando um maior compartilhamento no processo decisório e de implementação. Na América criaram-se então os centros multinacionais, entidades totalmente latino-americanas. Esses centros reuniam pessoal latino-americano atuando no próprio país, mas totalmente financiado por organismos internacionais também da América Latina. Mas um certo desequilíbrio se mantinha, pelo menos em ter-

mos de conteúdos, e havia a crítica de que esses centros eram muito dispendiosos para os órgãos que os custeavam.

JOSÉ PARANAGUÁ – Cooperação e assistência são termos presentes tanto no discurso quanto no ideário das Nações Unidas desde a sua criação, e fazem parte do processo de reorganização das relações entre os países, ocorrido depois da Segunda Guerra Mundial. De forma muito simplificada, podemos explicar a assistência técnica da seguinte forma: os países ricos, ou desenvolvidos, dão assistência técnica — que abrange conhecimento e financiamento — a países pobres por meio de várias formas, entre elas os organismos internacionais, agências de cooperação ou de assistência técnica. Aí incluem-se a OMS, a Opas no caso das Américas, a FAO [Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura], a Unesco [Organização das Nações Unidas Para a Educação, a Ciência e a Cultura], o Pnud [Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento] e o Unicef [Fundo das Nações Unidas Para a Infância].

A diferenciação entre assistência e cooperação tem muito a ver com a experiência da Opas no Brasil e na América. E um dos principais mobilizadores de opinião política, de decisão para criação da Opas em 1902 foi o Brasil, com suas preocupações sobre o campo médico e a saúde pública. Desde o começo existiam pessoas no Brasil, na Venezuela e no Peru que tinham conhecimento de sua própria necessidade e sabiam como resolver seus problemas. [...] Então, a história da cooperação técnica da Opas tem essa diferença: ela já nasceu destinada a ser cooperação em vez de assistência. A atual diretora, por exemplo, vem falando em programa de cooperação técnica descentralizada. Eu acho que a maior experiência de cooperação técnica descentralizada foi aquela do acordo de cooperação Opas-Brasil na área de Recursos Humanos. [...]

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – O termo cooperação surge no México em 1957, com Victor Urquidí⁶⁹, um economista mexicano que dirigiu a Cepal. Ele foi um dos primeiros a falar em cooperação técnica com um sentido diferente da usual assistência técnica, admitindo que cooperar envolvia um intercâmbio entre as partes e se orientava a soluções ad-hoc e não modelos estereotipados ajustáveis a qualquer contexto.

⁶⁹ Victor L. Urquidí, economista mexicano, graduou-se na London School of Economics. Entre 1951 e 1958, compôs o secretariado da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal). Presidiu o Colégio do México, tornando-se professor emérito desta instituição. Seu principal interesse intelectual residia sobre o desenvolvimento econômico e o comércio. Nos anos 1990 dedicou-se às relações entre economia e o meio ambiente.

No caso da Opas, embora a organização haja sido criada em 1902, inicialmente sua atividade restringiu-se à vigilância sanitária e, praticamente, uma cobertura mais ampla da área de saúde só veio a desenvolver-se depois do fim da segunda guerra mundial, na década de 50. A partir de então, o foco da cooperação, no campo específico do desenvolvimento de recursos humanos, centrou-se nas ciências básicas, tendo em vista que na América Latina não se havia desenvolvido a ciência médica, para o qual seria necessário reforçar a formação do pessoal nas ciências básicas melhorando o ensino básico. Isso durou talvez uns cinco ou dez anos.

Aí, entrou-se numa segunda fase, por influência do famoso seminário de Colorado Spring sobre ensino da medicina preventiva (1952), que foi depois reproduzido na América Latina em Viña del Mar, no Chile, e em Tehuacán, no México, em 55 e 56 respectivamente. A partir de então a Opas criou um programa de Seminários Viajeiros de Medicina Preventiva que levava professores selecionados a visitar outras escolas, já com alguma experiência nesse campo, nas quais se realizam debates sobre como conduzir o ensino de medicina preventiva. A Opas deve ter realizado uns cinco ou seis seminários desse tipo. A área de recursos humanos na Opas nasceu pequena mas cresceu rapidamente, porque o Fred Soper⁷⁰ deu muita importância a ela.

No contexto de meados dos anos 1970, quais foram os elementos mais imediatos que possibilitaram a proposição e concretização de um programa de cooperação técnica especialmente voltado para os temas de RH em saúde no Brasil?

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – O Brasil, naquele momento, estava na fase do milagre econômico e o Ministério da Saúde estava com muitos recursos financeiros. Um dos projetos do II Plano Nacional de Desenvolvimento, com financiamento definido, era o de recursos humanos para saúde; foi então firmado um acordo entre os Ministérios da Educação e da Saúde para formar um grupo com a participação da Opas como agência executora que elaborasse uma proposta para a área.

⁷⁰ Fred Lowe Soper nasceu nos Estados Unidos, em 1893. Formado em medicina pela Universidade de Chicago, iniciou a sua carreira internacional nos anos 1920, pela Fundação Rockefeller, onde colaborou nas campanhas de saúde pública no Brasil e no Paraguai. Em 1947 torna-se diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, cargo que permaneceu até 1959. Soper faleceu nos Estados Unidos em 1977. Ver: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/directors00.htm> (Acesso em 01.08.2006)

CESAR VIEIRA – Entre 1973 e 1974 havia um quadro grande de progressistas no Ministério da Saúde. [...] Nessa época o Ministério da Saúde destinou uma verba grande para que a Fiocruz implementasse um projeto de recursos humanos na área da saúde, mas por alguma razão o projeto não saiu. Na mesma época fecharam o Ilpes, por causa do golpe no Chile, as pessoas foram retiradas de lá e o Carlyle veio ao Brasil para explorar oportunidades.

Houve algo no Brasil diferente dos demais países da América Latina. Tivemos diásporas brasileiras em 1964 e 1968, mas elas foram muito pequenas quando comparadas com a diáspora chilena, a argentina ou a de qualquer outro país da América Central. A maior parte dos brasileiros ficou no país, não houve uma grande migração. Os núcleos de Ribeirão Preto, Campinas, IMS [Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro], Ensp [Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz], Minas Gerais, Pernambuco permaneceram aqui, e nós conseguimos desenvolver idéias sobre descentralização e formação de auxiliar de saúde que foram depois incorporadas pelo Ppreps. [...]

DANILO GARCIA – No Brasil, de repente... Eu tenho impressão que houve uma circunstância que talvez tenha sido decisiva. Eu não me lembro bem da história, de como essa idéia surgiu. Mas acho que dois fatores foram decisivos: um deles foi o [José Carlos] Seixas⁷¹ no Ministério; o segundo foram os brasileiros de Washington. Eu tenho a impressão que isto era um sonho do José Roberto. Eu me lembro do Zé Roberto com o Seixas, ... eles botaram a bola em movimento.

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – Em geral, os acordos da Opas eram elaborados em termos neutros que afirmavam – é claro – as boas intenções de um trabalho conjunto. Em 1973, assinou-se, com o Brasil, um acordo de cooperação que abrangia toda uma área de atuação, sem especificar ações. Já o de 1975 foi um programa firmado com base em um projeto que se elaborou previamente. São duas coisas inteiramente diferentes, mas um não invalida o outro. O acordo de 1973 continuou existindo; era ele que dava cobertura à permanência, no Brasil, do Carlos Vidal, consultor de recursos humanos, sob um convênio geral. O outro era um programa específico, que foi inclusive

⁷¹ José Carlos Seixas nasceu em Marília, SP, em 1937. Graduou-se médico, em 1963, pela Universidade de São Paulo (USP) e obteve o título de doutor em Saúde Pública, em 1972, também pela USP. Foi Secretário Geral do Ministério da Saúde durante o governo do Presidente Ernesto Geisel. Atualmente é assessor técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

desenhado por esse consultor, mas que ganhou autonomia e para o qual se nomeou um grupo brasileiro para coordenar. [...]

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – Para a Opas, o primeiro item da agenda do acordo foi estruturar um órgão no Ministério da Saúde que se responsabilizasse pela coordenação das ações e fosse replicado nos estados. Esse órgão iria coordenar as atividades realizadas pelos ministérios e secretarias envolvidas, no âmbito do acordo: formação, educação continuada, etc. Esta era a primeira grande meta — criar o centro de atividades da cooperação — e conseguimos realizá-la. Depois era fazer com que a cooperação funcionasse, o que já foi mais difícil, porque exigia que os órgãos responsáveis tivessem capacidade operacional para exercer suas funções, e nem sempre se conseguiu isso. E acho que o quadro não mudou. Havia outras áreas importantes, como o apoio ao ensino e a integração docente-assistencial, mas o núcleo da cooperação continuava sendo este: assegurar uma estrutura institucional que fosse capaz de operar a realização das atividades de recursos humanos para a saúde no país.

JOSÉ PARANAGUÁ – O ano de 1975, como marco inicial da cooperação técnica em recursos humanos da Opas no Brasil, é um pouco arbitrário. Muitas vezes os acordos são assinados, mas leva tempo para que os processos se materializem. Na verdade o acordo só teve vigência, em termos operacionais, com a liberação de financiamento para os projetos, a partir de 1976. O período de 1973 e 1974 foi de negociação política, de elaboração das propostas, de definição sobre quem, da organização, viria para o Brasil trabalhar com o projeto. O consultor de recursos humanos da Opas aqui era o doutor Carlos Vidal, que tinha voltado para Washington, e creio que levou um tempo também a decisão de quem viria participar do programa de cooperação. A escolha acabou recaindo sobre o Carlyle Macedo. Então, embora a base legal e institucional do projeto existisse anteriormente, eu adoto 1975 como marco inicial da cooperação técnica da Opas na área de recursos humanos em saúde no Brasil porque esse foi o ano em que ocorreu a designação do consultor da Opas para trabalhar no projeto. Carlyle veio para o Brasil e, ainda 1975, reuniram-se os primeiros integrantes desse projeto, para elaborar o plano de ação do projeto, que foi batizado com o nome de Ppreps. [...]

Como se deu o processo de composição da equipe do Ppreps, do núcleo central da cooperação?

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – Desde o início os brasileiros tiveram preponderância na equipe do Ppreps; tinha mais brasileiro do que qualquer outra nacionalidade. E a idéia era criar um programa que cobrisse totalmente o Brasil. Já havia projetos isolados em algumas universidades, mas pretendia-se criar um programa que cobrisse totalmente o país. [...]. Carlos Vidal, que era professor de Medicina Preventiva na Universidade Peruana Cayetano Heredia, em Lima, veio participar do projeto. E Ernani Braga, que tinha retornado recentemente de Genebra, também se incorporou a esse grupo.

Então começamos a pensar o que se poderia oferecer ao governo como solução integral de desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Na época o Ipea [Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada] tinha uma área de recursos humanos, e viu-se nisso uma oportunidade de se fazer um projeto grande. Então começou-se a trabalhar. Eu tive que ir ao Ceará durante uns 15 dias e quando voltei o projeto estava praticamente pronto. Tinha um orçamento milionário que, obviamente, todos achávamos que não seria aprovado. Mas em todo caso entregamos o projeto ao presidente da Fiocruz. Voltei para Washington e o Carlos Vidal prosseguiu com as atividades dele. Na época o Paulo de Almeida Machado era ministro, o secretário era o José Carlos Seixas e João Yunes⁷², o chefe de gabinete. Depois de seis ou oito meses, Vidal me disse: “Aquele projeto que nós apresentamos foi aprovado, aparentemente na íntegra.” E me contou que tinha conversado com o doutor Oswaldo Costa, então diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, e ele definitivamente não aceitava o projeto. Pela proposta inicial, uma vez aprovado, o projeto seria coordenado pela Ensp para o Brasil inteiro. Naquela época o orçamento do projeto era várias vezes maior que o da Escola Nacional de Saúde Pública, que ainda era pequena — ela cresceu depois, com Ernani Braga. O diretor da

⁷² João Yunes foi médico pela Universidade de São Paulo e mestre em Saúde Pública pela Universidade de Michigan. Doutou-se em medicina pela Faculdade de Medicina da USP, onde chefiou o Departamento de Pediatria Preventiva e Social. Presidiu o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap). Foi Secretário Nacional de Programas Especiais de Saúde, do Ministério da Saúde. Entre 1975 e 1977, foi responsável pela organização de duas Conferências Nacionais de Saúde, que não eram realizadas a quase uma década. Ainda em 1975, obteve o título de Livre Docente em Pediatria Preventiva e Social pela FMUSP. Assumiu em 1983 o cargo de Secretário de Estado da Saúde de São Paulo. Foi representante da Opas em Cuba (1987-1989). Em 1998 assumiu a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Em 2001 foi eleito Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Faleceu em 2002. Ver: www.abrasco.org.br/Boletins/bol86/Yunes.htm (Acesso em 31.07.2006)

Ensp argumentou que não tinha a menor condição de assumir aquilo, que era uma responsabilidade muito grande, e criou-se um impasse. Vim então ao Brasil e insistimos outra vez com o Oswaldo, mas não houve meios de ele concordar. Fomos então conversar com o [José Carlos] Seixas, com quem tínhamos muito boas relações, e ele disse: “Não tem problema. Vamos fazer do projeto um projeto nacional, com base na própria organização e subordinado ao ministério.” Era um *trust fund*: o dinheiro brasileiro seria transferido à Opas em moeda nacional, a organização o absorvia na sua contabilidade, transformando-o em dólar, e contratava o pessoal do projeto, pagando em dólar como funcionários internacionais normais. Isso era inédito na Opas também, porque naquela época não se contratavam nacionais.

Tínhamos então um projeto em mãos e precisávamos resolver como implementá-lo. Com o Seixas nós acordamos um grande seminário, com um determinado número de convidados, com os quais discutiríamos não só como levar o projeto à prática, mas também a seleção daqueles que o administrariam. A reunião foi realizada em Brasília, no edifício do INAN, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, cujo diretor era Bertoldo Kruse⁷³, de Pernambuco. Durou três dias, com 30 a 40 participantes: *o staff* do ministério, Carlyle – que já era funcionário da Opas trabalhando no Cendes –, César Vieira, Izabel dos Santos, Francisco Salazar, Yunes, Seixas, pessoas da área da saúde da Bahia e de São Paulo e várias outras. Os quatro primeiros nomes indicados foram além do Carlyle, como diretor e coordenador do projeto — ele seria transferido do Chile para cá —, Cesar Vieira, Izabel dos Santos, Francisco Salazar e Danilo Garcia [...] todos contratados como funcionários internacionais da Opas, com salário em dólar. As pessoas eram nomeadas pela organização, mas seus nomes tinham de ser aprovados pelos ministérios porque a verba do projeto era brasileira. Mas isso permitiu pagar salários altamente competitivos e selecionar os melhores; esta era a idéia por trás do projeto.

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – Criou-se o projeto, tinha-se dinheiro, mas não havia quem fizesse o trabalho. Não era por falta de dinheiro — nem sempre o problema é este —, mas sim por falta de estrutura de pessoal. [...] O Sergio Arouca era um dos candidatos a coordenador da equipe; todo mundo

⁷³ Bertoldo Kruse Grande de Arruda é médico pela Faculdade de Medicina da Universidade do Recife (1948) e doutor em medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1974). Foi presidente do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan). Atualmente, Bertoldo Kruse é pesquisador da Universidade Federal do Pernambuco e vice-presidente do Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

o queria, mas ele não aceitou vir para Brasília. [...] Então me chamaram para organizar esse grupo. Na época o Ministério da Saúde era muito débil, nem se compara ao que é hoje. No MEC [Ministério da Educação e Cultura] também a realidade era outra. Não havia realmente quem trabalhasse no projeto, e para implementá-lo era preciso formar uma equipe. Isso levou dois anos.

Não foi muito difícil a formação do grupo, porque a liberdade era relativamente restrita. Era preciso ter pessoas dos ministérios, e eu representava a Opas. Não houve pressão da Organização para selecionar especificamente alguém, mas tínhamos de aceitar quem os ministérios indicassem. Veio uma pessoa de cada um deles, e recrutamos mais umas quatro ou cinco, o que não foi difícil. O grupo começou a trabalhar, discutir e visitar os estados para elaborar o plano de ação.

JOSÉ PARANAGUÁ – A primeira equipe técnica do acordo de cooperação foi constituída pelo Carlyle, consultor de recursos humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, que era o coordenador do grupo técnico. Ele estava em missão no Chile quando foi convidado para assumir esse cargo no Brasil. A equipe foi se formando ao longo do ano de 1975, e a partir de meados de 1976 estava praticamente completa. Era composta pelo Cesar Vieira, oriundo da área de planejamento da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, Izabel dos Santos, que era professora da Universidade Federal de Pernambuco, Francisco Salazar⁷⁴, um consultor da Opas de nacionalidade chilena, e Danilo Prado Garcia, um cirurgião muito bem-sucedido de São Paulo que resolveu ingressar na saúde pública, nesse campo de recursos humanos. Foi basicamente esse pequeno grupo que funcionou como a equipe técnica do *Acordo*. O secretário-geral do Ministério da Saúde era o José Carlos Seixas, e ele também fazia parte da coordenação do programa.

IZABEL DOS SANTOS – Na época que eu estava com Roberto Nunes⁷⁵, desenvolvendo uma experiência de organização de serviço, muito charmosa e

⁷⁴ Francisco Salazar, chileno, coordenou o Curso de Administração de Sistemas de Saúde da Escola Interamericana de Administração Pública -FGV, fornecido em parceria com o MS a OPAS. Ver: Noronha et al., 1977: 443.

⁷⁵ Roberto Moreira Nunes da Silva graduou-se em medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em 1963, especializou-se pela mesma universidade em 1984. Chefiou o Departamento Estadual da Criança (1971-1976), também em Pernambuco. Em 1975 ingressou na Universidade de Pernambuco (UPE), onde desenvolveu atividades docentes e de pesquisa em áreas como pediatria, puericultura, avaliação do ensino médico e de serviços. Em 1983 ingressou na UFPE, dedicando-se ao ensino de Pediatria na Faculdade de Ciências Médicas. Ver Currículo Lattes, em <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/index.jsp>

interessante no bairro da Encruzilhada, João Yunes ia muito a Recife. Foi lá que ele me conheceu, me viu atuando, brigando, aprontando e me convidou para trabalhar em Brasília, integrando um grupo especial que estava sendo organizado para cumprir o acordo da Opas com o governo brasileiro. [...]

Eu já tinha feito alguns trabalhos para a Opas. Eu já tinha sido membro de comitês de escolha de livro-texto; já tinha sido convidada, na época da Aliança para o Progresso, para fazer parte de um grupo para discussão sobre políticas públicas. Nesse período fiz algumas viagens para vários países da América Latina. Essa experiência foi hilária! Eu não conseguia compreender como se queria fazer uma política de saúde que coubesse da Guatemala ao México. Só se fosse mágica! [...] Eu vim trabalhar nesse programa porque vislumbrei uma forma de fazer caminhar o meu trabalho no Brasil. O meu compromisso era criar para atender às necessidades do meu país.

CESAR VIEIRA – Depois de gerada a idéia, acho que o primeiro chamado para integrar a equipe foi o Carlyle; depois, a Izabel dos Santos, que esteve no Sesp [Serviço Especial de Saúde Pública]. Depois chamaram o Francisco Salazar, que estava trabalhando no Rio de Janeiro, na área de administração pública. [...] Mas precisavam de alguém da área docente médica, e Danilo Prado Garcia, professor de Cirurgia da USP, foi incorporado ao grupo. Danilo tinha ido a Washington, conhecera José Romero Teruel⁷⁶ e Juan César García, na Opas, soube por eles do projeto no Brasil, voltou, entrevistou-se e entrou na equipe. Ficava faltando um último moicano, alguém da área de planejamento. O candidato natural era o [Sérgio] Arouca, mas ele, por alguma razão, não aceitou o convite. Perguntaram então pelo Eugênio Vilaça Mendes⁷⁷, que tinha

⁷⁶ Jose Romero Teruel integrava a equipe do Departamento de Recursos Humanos da Opas, em Washington. Na primeira metade dos anos 1970 foi colaborador principal da Opas em um projeto de estudo da mortalidade infantil na região de Ribeirão Preto, São Paulo. Na segunda metade dos anos 1980 e início dos 90 dedicou-se à avaliação de sistemas e programas prioritários de saúde. Foi diretor da Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano e Assessor Especial para Saúde Internacional da OPAS, em Washington.

⁷⁷ Eugênio Vilaça Mendes é odontólogo, graduado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutorou-se em Cirurgia Bucal em 1968, também pela UFMG. Em 1969 especializou-se em Planejamento de Sistemas de Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública. É mestre em Administração pela UFMG, título obtido em 1975. Na primeira metade da década de 1970 foi Diretor Técnico Instituto de Preparo e Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural, atuando nos primeiros anos do Projeto Montes Claros. Desenvolveu atividades docentes na Faculdade de Medicina do Norte de Minas, na Fundação Getúlio Vargas, na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e na Universidade Federal de MG. Desde 1966 vem atuando junto às áreas de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Na Representação da Opas no Brasil foi Coordenador da Área de Sistemas e Serviços de Saúde, assim como de Infra-estrutura de Sistemas de Saúde. É professor da Escola de Saúde Pública do Ceará e consultor em vários organismos e instituições. Ver Currículo Lattes em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/index.jsp> (Acesso em 01.08.2006).

feito o curso de planejamento do Cendes-OPS. Ele era importante em Minas Gerais, era da Secretaria de Saúde, foi um dos precursores de Montes Claros e foi responsável pela revirada da odontologia social naquele estado. Foram falar com ele, mas ele não topou.

Eu tinha conhecido o Carlyle um ano antes, em uma reunião na casa do Eugênio Vilaça Mendes, em Belo Horizonte. Na ocasião, o Carlyle queria saber da possibilidade de fazer o centro de pesquisa em Minas Gerais, já que tínhamos experiência de planejamento em saúde, tínhamos Montes Claros, estávamos trabalhando muito com o Ilpes, na Secretaria de Planejamento, na Fundação João Pinheiro, estávamos envolvidos na criação das Secretarias de Saúde do Amapá, de Rondônia, Roraima e Acre, que estavam sendo transformados em estados. Mas naquele momento havia um racha na Secretaria de Saúde e na Universidade e desaconselhamos a ida do Carlyle para Minas Gerais. Logo depois houve uma mudança na secretaria e o pessoal que era segundo escalão assumiu a direção. Então, um ano depois, o Carlyle me chamou para participar do Ppreps, eu me fascinei com o projeto e, apesar de estar em um processo muito bacana na secretaria, resolvi aceitar o convite. Eu fui o último a ser incluído na equipe. [...]

A Izabel [...] mexia mais com a parte de formação de pessoal auxiliar e ensino profissionalizante. Danilo era responsável pela área de integração docente-assistencial. Salazar atuava em informação e apoio à administração de saúde. Eu trabalhava com planejamento de saúde.

JOSÉ PARANAGUÁ DE SANTANA – Eu entrei [em 1979] por indicação da Sesu [Secretaria de Educação Superior do MEC] Mais precisamente do doutor Carlos Marçílio de [Souza]. [...] que foi o Chefe da Assessoria de Educação Médica do MEC [...] Os outros dois candidatos do MEC eram uma técnica de educação, a Regina Coeli Nogueira, que foi mobilizada porque a Izabel andava atrás de uma pessoa envolvida com educação técnica, já era dentro do plano da Izabel de envolver gente com a proposta de formação de nível médio em saúde...[...]; o Francisco Lopes, que era um técnico de carreira do Ministério da Educação, que, na época, era assessor do secretário-geral, e foi indicado pelo secretário para compor essa equipe técnica. E fazia o perfil, porque eu era médico, Regina era educadora e o Francisco era administrador. Então, a idéia era que a gente partisse das linhas de trabalho do MEC, desenvolvimento institucional, de recursos humanos, de plano de carreira, que era a área que o Chico Lopes trabalhava; desenvolvimento da educação técnica, que

era a área da Regina, e essa parte de integração docente-assistencial, de pós-graduação em saúde coletiva, que era eu que trabalhava.

O [Alberto] Pellegrini entrou na época que eu entrei também, com uma diferença: ele já vinha acompanhando esse projeto como assessor, pelo Ministério da Previdência.

ALBERTO PELLEGRINI – Quando termina o Piass [Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento], o grupo que constituía sua secretaria técnica se dispersa. Aparece então para mim a oportunidade de participar da Secretaria de Serviços Médicos da Previdência Social (SSM), que estava sendo reestruturada, sob a liderança de Marlow Kwitko⁷⁸, e com a participação do grupo do Ppreps: Cesar Vieira, Carlyle e outros. Eles tiveram conhecimento da minha existência e me indicaram para integrar a SSM. O Serviço Nacional de Informações [SNI], vetou meu nome, mas o secretário geral do Ministério da Previdência assumiu a responsabilidade por minha indicação e eu pude ficar. Mas, não foi por muito tempo. Não terminou o ano de 79, o Ministério da Saúde encomenda para a OPS, para o Acordo da OPS, liderado pelo Carlyle, a coordenação da elaboração do projeto do Prev-Saúde. O Mozart de Abreu e Lima, que era o secretário-geral do Ministério da Saúde, convidou-me para trabalhar com ele no Ministério, vinculado a esse projeto, e como era obrigatório, submeteu meu nome ao SNI. O SNI do Ministério da Saúde não só não permitiu que eu fosse contratado para o Ministério da Saúde, como entrou em contato com o SNI do Ministério da Previdência para que eu fosse demitido⁷⁹. Justamente nessa mesma época a Previdência Social passou a integrar o acordo da Opas, o Ppreps, juntando-se ao Ministério da Saúde e MEC. Fui então indicado pelo Ministério da Previdência para integrar-me ao grupo do Acordo, onde pude continuar trabalhando no Prev-Saúde.

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA – Quando eu fui do Rio de Janeiro para Brasília, a Nina Pereira Nunes⁸⁰ fez uma carta de apresentação minha para o

⁷⁸ Marlow Kwitko é médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1968). Especializou-se em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo em 1970, e em Epidemiologia e Controle de Tuberculose pelo Instituto Nacional de Tuberculosis José Ignácio Baldo, da Venezuela, em 1974. Concluiu o mestrado em Saúde Pública na Universidade de São Paulo (1973). Atualmente é da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, Representação Institucional do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Coordenador do Departamento de Medicina Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

⁷⁹ O SNI, à época, dispunha de escritórios em cada um dos ministérios.

⁸⁰ Nina Pereira Nunes foi médica. Junto com Piquet Carneiro, Hésio Cordeiro e outros, no início dos anos 1970, fundou o primeiro programa de mestrado em medicina social da América Latina, o Instituto de Medicina Social da Uerj.

Carlyle. Então, quando eu saio daqui, no começo de 1977, eu já tinha uma carta de apresentação. Mas o Carlyle não tinha ainda como me colocar lá. Eu não sei..., acho que ele fez uma avaliação de que eu precisava um pouco mais de tempo. Então, ele me indicou para uma assessoria no Ministério da Saúde, onde estava se criando um grupo, um grupo muito pequeno, de três ou quatro pessoas, pra trabalhar com recursos humanos. Em 1979, eu saí do Ministério da Saúde e fui para o Ministério do Interior, onde fiz um estudo das condições sanitárias e assistenciais da Bacia do Alto Paraguai.

Isso foi em 1979. Em 1980, há uma reprogramação, uma reestruturação do Ppreps. [...] Eu não sei quando é que entra o Ministério da Previdência, mas, no final, se conformou um convênio tripartite: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência, Ministério da Educação com a Opas. Bem, então, quando se formou, esse, é, esse grupo, o Carlyle me convidou, no começo de 1980, para compor o GAP, Grupo de Assessor Principal.

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde, Ppreps, foi o ponto de partida da cooperação técnica, como foram seus momentos iniciais?

JOSÉ PARANAGUÁ — No Brasil tudo começou com o *Acordo Para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos Para a Saúde no Brasil*, que previa a definição de atividades. O documento desse acordo, que é o programa de trabalho, já nasceu com o nome Ppreps, Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde no Brasil. O acordo inicial vigorou até 1978. Havia nele uma certa dose de megalomania — como todo projeto —, e algumas metas não foram realizadas até o seu prazo final. Uma delas era implantar dez regiões docente-assistenciais, outra era o treinamento de cento e tantos mil auxiliares — foram treinados cerca de oitenta mil — e outra ainda era um projeto de desenvolvimento institucional das secretarias, que andou muito pouco. Por outro lado, o programa teve outros resultados: reforçou as instâncias que vinham lutando pela implantação da reforma sanitária, [...] movimentos em que o Ppreps esteve envolvido. [...] A primeira fase do acordo de cooperação técnica teve, muito mais do que metas quantitativas do projeto, um efeito de fermentação, de turbinar motivações, de valorizar uma área técnica e mobilizar atores em situações concretas e específicas do próprio país. E isso não foi só uma ação da Opas, até porque esse projeto era totalmente nacional, com muito pouca influência de escritórios da organização fora do Brasil.

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – Lembro-me um pouco do que levantamos sobre as condições de recursos humanos em saúde na época. Em primeiro lugar, havia o problema da inadequação entre a disponibilidade de recursos humanos e as necessidades da população. A constatação valia não só para médicos e dentistas, mas para todas as categorias. Um dos componentes fundamentais do Ppreps foi a formação de pessoal de nível médio, porque esta era a categoria em que tínhamos observado uma grande disfuncionalidade. A maior parte do pessoal de enfermagem, por exemplo, era atendente sem nenhuma formação ou preparo para atuar tanto nos hospitais como nos programas de saúde pública. E nós pensamos, na época, que esta talvez fosse a área mais fácil de mudar. Depois havia a situação das condições de emprego, muito heterogêneas. Eu me refiro ao setor público, dos municípios ao ministério — não estou nem falando do setor privado. Outro problema que me lembro bem era o da formação médica de nível de graduação. As escolas de medicina estavam muito afastadas da realidade social do país, e uma das propostas sobre as quais muito se insistiu, na época, foi a da integração docente-assistencial, como estratégia axial para as mudanças necessárias. [...]

Como quase todas as iniciativas de saúde no Brasil, o Ppreps foi conceitualmente importante, inclusive em termos continentais. Nisso nosso país tem uma originalidade em comparação com a maioria dos países da região e do mundo: geralmente nós criamos as coisas aqui. O SUS [Sistema Único de Saúde], por exemplo, é uma proposta de reforma de saúde tipicamente brasileira. Não há similar, e nenhum contrabando ideológico, pelo menos significativo, está embutido nela. Respeitadas as diferentes dimensões — porque o SUS vem de um movimento sanitário, é algo muito mais amplo que faz parte da redemocratização do país —, o Ppreps é também uma criação nacional. Lógico, houve participação da sede da Opas em Washington, e o José Roberto Ferreira participou de muitas discussões. Mas o Banco Mundial não teve nada, direta ou indiretamente, a ver com o Ppreps, nem o Banco Interamericano ou a OMS em Genebra. Washington sim, sobretudo através de José Roberto e seu grupo. E houve participação de muita gente nossa. O grupo específico do programa teve o cuidado de ouvir secretarias de saúde, ministérios, escolas; ouviu-se muito. E dessa capacidade de ouvir saiu a proposta, que era mesmo um pouco utópica. Nós do grupo sabíamos que ela não seria realizada, mas queríamos lançar a idéia, esperávamos que as condições políticas do Brasil mudassem e que uma formulação dessa magnitude seria adequada aos novos tempos que estavam por vir.

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – A idéia de levar o planejamento de recursos humanos aos estados começou muito mais forte na área de integração docente-assistencial, que eu acho que depois se enfraqueceu. Mas o grande benefício do Ppreps ao Brasil foi levar a área de recursos humanos para o Ministério da Saúde. No fundo, essa experiência foi inspirada em Cuba, o único país que tinha, então, recursos humanos no Ministério da Saúde e não no Ministério da Educação. E aqui no Brasil era muito mais lógico que o Ministério da Saúde assumisse, diante da situação do Ministério da Educação. A Saúde afirmava: “Precisamos defender a atenção básica”; o Ministério da Educação respondia: “Sim, com programas de residência e formação de especialistas.” Era uma oposição total. As marcas eram estas: a ênfase da educação era a especialização universitária, a medicina acadêmica; a ênfase de saúde era atenção básica. Virar o pêndulo para o lado da saúde foi uma obra fantástica do Ppreps, e a carga de trabalho foi muito grande. [...]

Eu diria que nós, da Opas, [...] queríamos levar a gestão em recursos humanos para a área da saúde, e sem dúvida alguma trouxemos a experiência de Cuba e Nicarágua. Mas o papel do Ppreps nessa tarefa foi original. A sua equipe teve condições, capacidade e interesse de abordar uma área que não sabíamos como manejar. Em Washington não tínhamos ninguém trabalhando com gestão; o primeiro grupo que entrou nessa linha foi o Ppreps.

DANILO GARCIA – Bom, em princípio, havia um contato via Ministério da Saúde, que acionava as Secretarias de Saúde, e a partir das Secretarias de Saúde, eventualmente, as universidades, as faculdades com as suas áreas específicas e se ia ao estado fazer um diagnóstico. Não, não era propriamente um diagnóstico da condição de saúde da população, um diagnóstico do sistema de saúde, como se dizia, “o sistema de saúde”. Se fazia um diagnóstico, se encontravam os problemas, montavam-se estratégias.

Neste contexto como se desenvolviam as relações entre Opas-Washington e o grupo técnico da cooperação no Brasil?

ALBERTO PELLEGRINI – Tínhamos muito contato com o pessoal de recursos humanos da Opas, em Washington, mas mantendo uma grande autonomia. A Opas era uma Organização bastante conservadora, mas havia ‘ilhas inovadoras’ e entre elas o programa de recursos humanos, onde estavam Juan César García, Miguel Márquez, Carlos Vidal e outras pessoas muito afinadas com grupos do Brasil como os do Peses [Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde, da

Ensp] e do Projeto Montes Claros. Esse vínculo, não só conosco, mas com outros grupos na América Latina, constituía também uma rede de sobrevivência, às vezes até em sentido literal. Pessoas perseguidas por ditaduras sobreviveram graças ao vínculo com esse grupo, porque podiam ser recebidas e contratadas em outro país. O Juan César teve um papel muito importante nessa rede. [...]

O Carlyle tinha uma autonomia muito grande e muitos recursos próprios. Nosso grupo era quase um enclave dentro da Organização. Tínhamos relações pessoais e de trabalho com as demais pessoas da representação brasileira da Opas, mas participávamos amplamente de tudo o que acontecia na área da saúde, ao contrário dos demais consultores da Opas que tinham uma inserção mais especializada. Por exemplo, como membros do acordo de cooperação, nós participamos diretamente da organização da Conferência Nacional de Saúde de 1986, com o Sérgio Arouca e todo aquele movimento, enquanto os demais consultores da representação da Opas praticamente não tinham informação de que haveria uma conferência nacional de saúde.

DANILO GARCIA – A nossa área aqui era diretamente vinculada ao José Roberto Ferreira, em Washington. E eu até diria o seguinte, não sei bem se havia algum mecanismo que formalizava a relação de um Carlyle, que era o coordenador do Ppreps, com o José Roberto. Mas havia muito contato, e o Zé Roberto vinha com certa frequência ao Brasil e as conversas eram algumas formais, mas, às vezes informais. O Carlyle tinha, porém, muito prestígio. Ele veio do Chile cioso da condição dele na Opas. Porque ele era antigo na Opas, nós éramos pequeninos, calouros. Mas ele era antigo [...] Então, o Carlyle tinha uma autonomia aqui muito grande.

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – Na realidade havia projetos e orientações que o Ppreps absorvia e aplicava no Brasil, e havia os que não eram adotados, porque o ministério os considerava inadequados ou simplesmente porque os membros do Ppreps não se identificavam com eles. Por exemplo, um programa que começou no período do Héctor Acuña, em 1978, e se desenvolveu até Carlyle foi o que chamamos, na época, de análise prospectiva da educação médica. Ele foi desenvolvido totalmente pelo nível central da Opas e aplicado em quase todos os países da América Latina, mas não aqui; o grupo brasileiro simplesmente rechaçou a idéia na ocasião. [...] O Brasil tinha essa característica. De fato, a equipe que estava à frente do programa era muito mais relacionada à política local e aos brasileiros do que nós, que estávamos em Washington, e por isso funcionava um pouco mais autonomamente.

Um bom exemplo é o Cadrhu [Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde], na década de 80. Ele foi gerado essencialmente no Brasil, pelo grupo do Paranaguá. A participação da Opas foi muito pequena. Lembro-me que estive presente no encerramento de um dos cursos, acho que em Brasília, e nada mais. O curso foi essencialmente do Ppreps. [...]

Eu, de Washington, não me envolvia, até porque o pessoal local encontrava as portas abertas. Certamente em alguns estados as relações eram melhores do que em outros. No Piauí, por exemplo, tinha também um pessoal muito bom, mas era pura decisão local. O GTC [Grupo Técnico Central] sempre foi o órgão central, as comissões nos estados funcionavam mais na integração com a Secretaria de Saúde ou a universidade local.

CESAR VIEIRA – Da mesma maneira que havia uma certa tensão entre Washington e Santiago na área de planejamento, com o Cendes-OPS, houve também tensão na área de recursos humanos entre Washington e Brasil, sobretudo devido a posições ideológicas, mas em parte porque o diretor da Opas Hector Acuña, que começou seu mandato em 1975, era muito menos liberal do que o anterior, [Abraham] Horwitz⁸¹.

O Cendes ganhou autonomia, entrava nos países, começou a formar centenas de pessoas, e tenho a impressão de que isso também gerou ciúmes. De repente, a metodologia Cendes-OPS começou a ficar muito mais visível do que a atuação da Opas em planejamento. Mas em vez de fazer uma aliança produtiva, frutífera, mutuamente satisfatória entre o cérebro e a base, houve uma tensão. Conosco a tensão era menor, mas a área era muito dividida em Washington. [...]

Havia tensões, mas também havia diálogo. Nós aqui estávamos muito perto da reforma sanitária que estava começando e tínhamos que dar respostas, não podíamos ignorar isso. Estávamos muito inseridos, enquanto que o pessoal de Washington, normalmente, ficava mais distante, mais no âmbito dos ministérios, dos governos. [...] Quando o Carlyle candidatou-se à direção da Opas, a discrepância ficou mais séria, mas depois de eleito isso foi superado.

⁸¹ Abraham Horwitz, médico chileno, formado pela Universidade do Chile, em 1936, concluiu mestrado em Saúde Pública na Universidade John Hopkins, em 1944, como bolsista de Fundação Rockefeller. Ingressou na Opas em 1950, onde desempenhou diversos cargos. Foi eleito seu Diretor em 1958, sendo o primeiro latino-americano a ocupar o cargo. Permaneceu na direção da Organização até 1975, quando substituído por Héctor Acuña. Ver: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/directors05.htm> (Acesso em 02.08.2006)

Como foi a relação da equipe técnica central da cooperação com os ministérios signatários do Acordo?

JOSÉ PARANAGUÁ – Qualificávamos nossa situação de ‘anfíbia’. Nós éramos contratados pela Opas, mas nossos contratos eram financiados pelos ministérios. Por exemplo, eu fui contratado pela Opas durante quase três anos — entrei em 1979 e meu cargo foi extinto em 1983 —, mas o financiamento desse contrato esteve a cargo do Ministério da Educação. Eu trabalhava, prioritariamente, em projetos de interesse desse ministério, mas participava de todos os outros projetos. Não fazíamos distinção, não tinha diferença. Quando o Ministério da Saúde precisava de alguém, em algum estado, para ajudar a resolver um problema, qualquer um de nós ia.

ROBERTO NOGUEIRA – Havia uma divisão de trabalho. A Opas se ocupava mais com a cooperação nos estados. O Ministério da Saúde tinha uma assessoria de recursos humanos, mais voltada para as suas necessidades internas e, simultaneamente, tinha programas que financiavam cursos específicos para capacitação nos estados, sobre tuberculose, hanseníase, saúde materno-infantil etc. A assessoria era estratégica para o ministério, porém não tinha uma perspectiva de cooperação técnica. Então, até onde eu sei, isso foi objeto do acordo entre a Opas e o ministério, que não tinha capacidade de dar conta da tarefa. A Opas assumiu-a e atuava diretamente nos estados e nas universidades. No início da década de 1980, com a chegada da Lia Fanuck⁸² há uma mudança, e o GAP teve que dividir as funções de cooperação com o próprio ministério. [...]

O GAP funcionava com total autonomia em relação aos ministérios. Havia o convênio e os ministérios faziam termos aditivos a ele. Eventualmente indicavam algumas pessoas, mas elas passavam a fazer parte do grupo da Opas. Não era um grupo à parte identificado com o ministério, um comitê que mantém a vinculação institucional de origem; era integrado à equipe da Opas. Por exemplo, eu poderia ter sido indicado pelo Ministério da Saúde, mas estaria lá como membro do GAP, faria parte de uma força-tarefa independente, coordenada pelos mecanismos regulares da Opas. [...]

⁸² Lia Celi Fanuck formou-se em Direito e especializou em Legislação Sanitária. Juíza aposentada, foi subsecretária de Recursos Humanos do Ministério da Saúde e assessora da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do mesmo ministério.

Como poderíamos caracterizar as relações estabelecidas entre a equipe técnica central da cooperação com os executivos estaduais e a universidade?

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – Um dos fundamentos do Ppreps era o trabalho com as secretarias de saúde. A descentralização que propúnhamos naquele momento não chegava até o município. Estava fora de questão pensar numa descentralização a esse nível, a não ser em municípios muito grandes. Então a filosofia de trabalho do Ppreps era atuar com as secretarias estaduais de saúde, que depois o disseminariam para os municípios. Dificuldades sempre existem, mas não me lembro de nenhuma secretaria com a qual tivemos problemas maiores, além do que a situação normalmente justificava. Também não me lembro de nenhuma extraordinariamente exitosa. Com algumas tivemos mais afinidade, por exemplo a da Bahia, com quem depois, com o novo Prev-Saúde, também houve uma relação especial. Mas era mais uma afinidade com as pessoas de lá. Já com as universidades avançamos muito pouco.

ROBERTO NOGUEIRA – Junto às secretarias estaduais, nossa proposta era de capacitação de planejamento das ações de recursos humanos, formação de quadros com cursos. [...] No início pouco se mexia com planejamento e gestão de pessoal; praticamente não se falava nessa parte. Logo depois a temática foi introduzida por conta das carreiras, mas nosso foco inicial foi o processo interno de formação de pessoal para as secretarias estaduais. Havia um sistema muito centralizado, que era pré-SUS, então a nossa contrapartida eram as secretarias estaduais de saúde. A cooperação técnica se fazia basicamente na linha educacional para nível médio e em alguns processos de educação permanente, em termos de especialização, de residência médica, que estavam aparecendo.

JOSÉ PARANAGUÁ – A Opas não inventa um projeto, não decide sobre as ações A ou B. Ou é um programa regional aprovado pelo Conselho de Ministros, que é o órgão deliberativo superior da organização, ou é um projeto acordado entre a representação e a autoridade nacional ou estadual. A Opas não tem poder de intervenção e execução próprias, e trabalhar com essa lógica é vantajoso do ponto de vista da perpetuidade, da permanência de objetivos, que são indispensáveis para uma boa administração pública [...].

O princípio básico era que qualquer ação de cooperação técnica da Opas nos estados dependia da anuência ou participação efetiva do governo federal —fosse através do Ministério da Saúde, da Educação ou da Previdência — e dos dirigentes da instituição no estado — fosse a universidade, através

de uma de suas unidades, ou o secretário de saúde e a equipe técnica local responsável por aquele projeto. Mas a troca de secretário e os períodos de transição de governo sempre levam à redefinição de prioridades e diretrizes, às vezes até de orientação do próprio projeto. A vantagem é que as autoridades estaduais, municipais, universitárias ou educacionais têm uma visão muito positiva, às vezes até idealizada, de organizações internacionais como a Opas, e as vêem como instituições neutras, sem ingerências de política partidária. Então, em estados onde o governo é de um outro partido que não o do governo federal, as relações entre a Secretaria de Saúde e o Ministério da Saúde, em geral, têm de levar em conta essa vicissitude. Isso era amenizado com a participação da Opas, e em situações de transição de governo estadual ou de gestão universitária nós sempre lançamos mão dessa vantagem para manter a continuidade e garantir a sobrevivência dos projetos que iam bem.

ROBERTO NOGUEIRA — Quando eu estava no Ministério da Saúde, em 1977, 1978, nossa perspectiva era mais interna. Com exceção de alguns cursos que apoiávamos com recursos — como aquele de especialização em saúde com duração de quatro meses, em São Paulo —, nossa atuação era mais voltada para o planejamento dos recursos humanos internos. Não tínhamos ainda uma perspectiva de cooperação técnica com as secretarias estaduais. Ela só se formou no início dos anos 1980. Aí então partimos para apoiar, nos estados, os órgãos de recursos humanos, como eram chamados, para formar capacidade administrativa nas secretarias que desse conta da problemática de recursos humanos, que quase nunca existia; o que havia eram órgãos de planejamento que cuidavam da gestão de pessoal.

De qualquer modo, eu vivenciei pouco a relação do GAP com as secretarias estaduais. Sei que em cada secretaria estadual havia de uma a três pessoas nas áreas de recursos humanos ou de planejamento, e era com elas que se montavam cursos ou outras formas de atualização de pessoal. No início predominavam atividades para o auxiliar de saúde — uma massa não-qualificada na época — que resultaram, mais tarde, no Projeto Larga Escala. Nossa área prioritária de cooperação era o Nordeste. Um pouco o Norte, um pouco Minas Gerais, com Montes Claros, mas sobretudo o Nordeste. Trabalhávamos de certo modo com a perspectiva da Sudene: o reforço a essas áreas do país que têm menos desenvolvimento social, econômico e sanitário. Havia a contrapartida das secretarias e das universidades. Nestas era a IDA [Integração Docente-Assistencial] e das secretarias era mais a formação de pessoal de nível elementar.

CESAR VIEIRA – Nós tínhamos boas relações com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, por causa do Nutes/Clates e outros projetos, tínhamos boas relações com a Unicamp, com a Federal de Pernambuco, com a Federal de Minas Gerais. Nossos laços com a Abrasco facilitaram muito a relação com as universidades, sobretudo na área de saúde coletiva.

Até que ponto propostas e experiências descentralizadoras eram incompatíveis com o contexto político do regime militar, nos anos 1970, marcado pela centralização política?

JOSÉ PARANAGUÁ – Em essência, a descentralização não tem contradição com o regime autoritário. A descentralização, a racionalização, a eficiência administrativa eram objetivos do governo autoritário. Depois que o governo Vargas — também um governo autoritário — montou a máquina administrativa do poder público no Brasil, o novo salto de qualidade da administração pública brasileira se deu durante a ditadura militar, especialmente na década de 1970. [...] A repressão se fazia noutro campo; era na opção de militância partidária, na organização sindical e em termos muito pessoais. O mesmo discurso na boca do Sérgio Arouca ou do Hésio Cordeiro era proibido e na boca do ministro da Saúde e do secretário-geral era oficial. Era complicado o Sérgio Arouca falar em descentralização numa palestra, mas o ministro da Saúde, ou o secretário-geral Paulo de Almeida Machado⁸³, ou o doutor Seixas falar era normal, estava na lei do Sistema Nacional da Saúde. A repressão agia muito mais sobre o ator que falava do que na substância.

Ainda que a descentralização pudesse ser considerada um componente meramente racionalizador, o Ppreps e outras iniciativas no âmbito do poder executivo constituíram-se em espaços concretos de ação política. Como isto funcionava?

ALBERTO PELLEGRINI – O Estado brasileiro deixou brechas para que grupos mais progressistas participassem da administração pública, em vários níveis. Entre as secretarias de saúde do Nordeste, havia, por exemplo, a de Alagoas, onde o secretário permitia que o grupo de sanitaristas apresentasse

⁸³ Paulo de Almeida Machado, mineiro de Uberaba, formou-se em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1938. Foi Ministro da Saúde entre 1974 e 1979, na gestão do Presidente Ernesto Geisel. Foi Diretor de Desenvolvimento Social do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

propostas bastante arrojadas, inclusive com participação comunitária, mobilização da comunidade, coisas que, pouco antes, eram vistas com muita suspeição. Mas nem todas as secretarias eram assim, e por isso nossas dificuldades variavam conforme os grupos. Os documentos do Piass já adotam uma linguagem muito mais aberta. O próprio Ministério da Saúde — cujo Secretário Geral, na época, era o José Carlos Seixas — abria muito espaço. O Ipea sempre foi mais aberto; a Previdência nem tanto. Mas sem dúvida a proposta do Piass e a sua expansão só se deram porque já havia espaço para propostas desse tipo.

ROBERTO NOGUEIRA — Em nosso trabalho, todas as questões partiam da análise da conjuntura nacional. Nós nos reuníamos muito regularmente e as abordagens giravam em torno do que acontecia no país e da formulação de políticas nacionais. Tanto é assim que eu tinha a impressão de que éramos agentes de formulação de políticas públicas feitas em uma instituição internacional. O compromisso ou sentido de vinculação com o governo era maior do que com os organismos internacionais e as suas diretrizes. Isso é muito singular; era como se estivesse reservado, dentro de um organismo internacional, um espaço para que o próprio governo formulasse as suas diretrizes, para que houvesse um espaço de pensamento. É claro que isso não se dava muito pacificamente, porque tínhamos uma vida relativamente independente do próprio governo.

Acho que a situação tinha a ver com a lógica da ditadura. Ela não podia fechar todos os espaços de pensamento, então criou algumas instituições de excelência, de reflexão, de educação, em que havia autonomia e ninguém mexia. Talvez tenha sido este o caso da Opas no Brasil, como também o do Ipea, na época. Era a época de abrir os espaços, e a ditadura permitia que nós os abrissemos. Politicamente nos articulávamos em várias frentes, dentro do próprio grupo e fora também. Na passagem dos setenta para os oitenta, no início desta década, aconteceram os primeiros simpósios de saúde da Câmara, e o GAP teve um papel importante nisso. Essas iniciativas do grupo eram quase clandestinas; não havia oficialização nenhuma [...] Tinha a ver, sim, com o momento de crescimento de participação política, nossa e da sociedade como um todo. Estávamos na redemocratização. Então, nós tínhamos interesse em extrapolar os limites institucionais como cidadãos e também como intelectuais.

A formação de pessoal de saúde em nível médio e elementar é considerada um dos aspectos fundamentais da cooperação técnica Opas-Brasil, como esta linha de trabalho se desenvolveu até culminar no chamado Projeto Larga Escala?

ROBERTO NOGUEIRA – O Larga Escala está muito ligado ao carisma da Izabel [dos Santos] desde o início até o final, se é que houve um final. Eu menciono a Izabel dos Santos como figura importante, mas foi se forjando toda uma cultura que, depois, deu origem ao Projeto Larga Escala. A qualificação dos agentes de saúde foi um dos primeiros projetos do Ppreps. O propósito era qualificar o pessoal que estava ingressando na Secretaria de Saúde para constituir a rede de expansão de cobertura, iniciada nos anos 1970, mas que possuía baixo nível de escolaridade e poucas habilidades. Esta linha daria, mais tarde, no Larga Escala. Inicialmente eram só cursos de qualificação, não havia a proposta de um processo formal de educação que levasse à titulação em nível médio, como depois o Larga Escala veio colocar.

O Larga Escala foi formulado na Opas, onde foi possível a um grupo afastar-se do dia-a-dia da burocracia ministerial e realizar um trabalho bastante técnico. Mas ele implicou uma divisão de trabalho dirigida mais para os estados e municípios do que para o governo federal. O Ministério da Saúde participou muito pouco desse processo, o que naturalmente deu margem a ciúmes. Eventualmente os técnicos do ministério eram chamados para uma ou outra etapa, mas o trabalho se exercia basicamente através da Opas em articulação com o MEC. Então os técnicos do Ministério da Saúde não se identificaram com esse programa. Ele nasce, cresce e se expande ou morre como iniciativa da Opas, identificada na pessoa de Izabel dos Santos. [...]

Acho que o Ppreps acumulou muita experiência na área da formação de nível elementar graças a Izabel. Ela sempre trabalhou com pessoal auxiliar. Ainda quando estava na Universidade Federal de Pernambuco, já se envolvia com a integração entre ensino e trabalho. O que o Ppreps fez foi fomentar essa integração no próprio ambiente de trabalho, e não a partir da escola. A idéia era que a educação permanente verdadeira se dá no local de trabalho.

Havia vários mecanismos de supervisão. Era grande o interesse por eles, no início da década de 1980, porque se imaginava que os supervisores do pessoal auxiliar tinham também uma função educacional, que atuavam como educadores.

IZABEL DOS SANTOS – Comecei a desenvolver um trabalho na Escola de Enfermagem em Recife que vim saber, mais tarde, que poderia se chamar

integração docente-assistencial. Já disse que sou uma pessoa que começo a fazer as coisas e no fazer é que eu vou compreendendo as relações, descobrindo e formando novos conceitos. Eu estava ensinando na Escola de Enfermagem e naquela época o ensino de enfermagem tinha três anos comuns, a todos os alunos, e no quarto ano diversificava. Os alunos podiam fazer Saúde Pública, Obstetrícia ou outro que não me lembro agora. Eu ministrava a disciplina Saúde Pública e pensei que seria interessante levar a disciplina para dentro de um centro de saúde. A idéia era, no decorrer do curso, organizar o serviço de enfermagem. Então passei, a cada ano, a ministrar a disciplina em um centro de saúde diferente. Na época existiam apenas cinco centros de saúde, em Recife. A essência do curso era como se organizam as rotinas, como se elaboram as normas, como se faz treinamento, como se avaliam os serviços, enfim, como se organiza uma unidade de saúde.

Nessa experiência, eu verifiquei o seguinte: primeiro, que o processo de ensino tem uma força geradora de energia, de entusiasmo, de afeto das pessoas muito importante para um processo de mudança; segundo, que vários outros atores passaram a participar do processo de ensino, quero dizer, foram ouvidos o diretor da unidade de saúde, a enfermeira-chefe, os atendentes de enfermagem e outros componentes da equipe. O importante não era, apenas, ao término do curso se ter o processo de produção sistematizado, organizado, normatizado, com rotinas, protocolos e atribuições claramente definidos; o mais significativo era a participação e aceitação do diretor e das demais chefias da unidade de saúde na reorganização do serviço. Dessa forma todos aprendíamos. Os alunos, vivendo uma situação real, aprendiam com mais segurança. Eles enfrentaram oposições, tiveram dificuldade de obter consenso, enfim, eles conheceram e viveram várias situações inerentes ao processo de reorganização de serviço.

Este foi um trabalho que teve muita repercussão. Veja, eu nunca tinha ouvido falar em qualquer projeto sobre integração de ensino e serviço, só vim saber que o que eu estava fazendo se chamava assim quando cheguei a Brasília. Mas quando eu saí de Recife já tinha uma experiência do fazer, tinha as coisas mais ou menos claras na minha cabeça, porque a gente nunca sabe direito as coisas, não é?

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – Esta era uma das áreas que acreditávamos ter maior probabilidade de ser realizada, a área de menor resistência a mudanças. Esperava-se que a formação significasse também uma melhora das

condições de emprego para esse pessoal, por isso não esperávamos muita oposição ao desenvolvimento do projeto nesta área. De fato, como proposta e discurso o Larga Escala teve aceitação institucional quase unânime. As dificuldades eram de caráter operacional, mas para isso contamos com esse ‘motor’ que é a Izabel. O grande problema era a lentidão na mudança das regras que regem a formação de pessoal no Brasil. Este foi o grande entrave que custou muito a ser resolvido, e até hoje acho que ainda há algumas lacunas nesse aspecto.

ROBERTO NOGUEIRA – Era o início dos anos 1980 e o GAP [Grupo Assessor Principal]⁸⁴ funcionava havia dois ou três anos. No Prev-Saúde estávamos avaliando a qualificação dos agentes de saúde, um pessoal com baixo nível de escolaridade, baixa capacidade técnica, uma massa de gente trabalhando nos postos e centros de saúde. Se nos anos 1970 a preocupação era qualificar por meio de pequenos cursos de reciclagem ou aperfeiçoamento desses trabalhadores, na década de 1980 surgiu a preocupação de titulá-los, fazer com que eles chegassem a dispor de um diploma.

Primeiro criamos a habilitação parcial de visitador sanitário. [...] A família de ocupações reconhecidas pelo MEC era composta pelo técnico de enfermagem, com habilitação plena, pelo auxiliar de enfermagem, com habilitação parcial, e foi incorporado a ela a ocupação de visitador sanitário, também uma habilitação parcial, porém sem titulação. Então surgem duas preocupações simultâneas. Uma delas era dar a esse trabalhador um diploma, para que ele não fosse apenas qualificado em serviço. Com uma titulação ele seria alçado à condição de cidadão pleno. Isso passava por uma articulação grande com o MEC, com os conselhos federais e com os conselhos estaduais de educação. A outra preocupação era fazer isso em um processo integrado de educação e serviço, utilizando-se os supervisores dos centros de saúde como professores e incorporando-se uma metodologia um pouco mais emancipatória, inspirada em Paulo Freire, com todas as adaptações necessárias. Nesse trabalho foi fundamental a contribuição da Izabel — sempre uma inspiradora —, da

⁸⁴ O GAP foi instituído em 1978, em substituição ao Grupo Técnico Central (GTC) como a principal instância de coordenação executiva da cooperação. Para mais detalhes, ver capítulos 3 e 4.

Hortênsia Holanda⁸⁵, uma educadora sanitária que havia sido consultora da OMS em vários países, e da Cristina Davini⁸⁶, pedagoga e assessora da Argentina que estava no Brasil, nessa época.

IZABEL DOS SANTOS – O Projeto Larga Escala, no sentido estrito da palavra, nunca existiu. Ele era uma idéia, não tinha dinheiro, não tinha meta, era uma idéia. Eu tinha muito claro todos os seus componentes de como eles deveriam ser. Mas, a rigor, não se poderia chamá-lo de projeto. Acho que para a sua construção foi muito bom não ser projeto, pois não se tinha prazo, você podia seguir o ritmo dos acontecimentos. Dessa forma, eu não posso chamá-lo de projeto, como o Profae [Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem], por exemplo, que tem um prazo de quatro anos e tem um financiamento externo. O Larga Escala não tinha dinheiro algum, as coisas conseguidas foram na conversa. [...] Talvez fosse mais um movimento. Falar em projeto para o Larga Escala, é usar um termo inadequado.

Como se deu o processo de desenvolvimento do chamado Projeto Larga Escala, inclusive em seus aspectos metodológicos?

ROBERTO NOGUEIRA – Primeiro tratamos de preparar os instrumentos de qualificação dos supervisores. Depois saímos pelos estados de todo o país promovendo seminários de qualificação dos instrutores, primeiramente para os cursos de visitador sanitário e, em uma segunda etapa, para as demais cate-

⁸⁵ Nascida em 26 de maio de 1917, na cidade de Corumbá, Mato Grosso do Sul, Hortênsia Holanda concluiu cursos de Língua e Literatura Anglo-Germânica, na Faculdade de Filosofia, em 1941, e outro de Nutrição, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1949. Especializou-se em Saúde Pública e Educação em Saúde na Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile, em 1950, tendo feito mestrado em Saúde Pública e Educação na Universidade da Califórnia, em 1952. De 1949 a 1955, foi assistente técnica da Divisão de Educação Sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública. A partir de 1954, atuou no Departamento Nacional de Endemias Rurais. Em 1963, ela foi contratada da *South Pacific Commission*, atuando em vários países e territórios do Pacífico. Foi consultora da Organização Mundial da Saúde (1968/1969), para programas em vários países. De 1970 a 1977, foi assessora e diretora da Divisão Nacional de Educação Sanitária do Ministério da Saúde, sendo também consultora de secretarias de saúde nos estados. Como *fellowship* da World Health Organization - WHO (1958), Hortênsia participou de programas sobre esquistossomose e malária em países africanos. Foi bolsista da Usaid (1960) e da *American Cancer Society* (1973). Foi também responsável por projetos voltados ao desenvolvimento de materiais educativos audiovisuais com a participação das populações rurais (De acordo com informações obtidas com Lisabel Klein, a quem agradecemos).

⁸⁶ Maria Cristina Davini, argentina, é doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Foi Diretora Geral de Educação Superior da Secretaria de Educação da Cidade de Buenos Aires. É professora da Universidade de Buenos Aires e consultora de educação do Campus Virtual de Saúde Pública, da Organização Pan-Americana da Saúde. Ver: cache de <http://educalibros.com.ar/Entrevistas/Entrevista2.asp> na ferramenta Google, obtida em 10 ago. 2005

gorias. Isso implicou um trabalho operacional muito interessante, e aprendemos muito com essa interação. Foi um processo artesanal, se comparado com a experiência posterior do Profae [Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem], e caracterizado por uma grande centralização — talvez a Izabel não concorde muito com isso. Não delegamos para ninguém a elaboração dos primeiros manuais de capacitação por receio de pôr a perder a filosofia pedagógica do Larga Escala. Queríamos fazer uma qualificação antitaylorista, fazer pensar o mundo a partir da função que se desempenha, e por isso nos encarregamos pessoalmente desses manuais. Depois o trabalho foi descentralizado; houve inclusive a contribuição da Universidade Federal de Minas Gerais.

ALBERTO PELLEGRINI – O projeto da Izabel tem duas vertentes. Uma é a capacitação e o treinamento de auxiliares de saúde em larga escala. Sobre esse aspecto, a Izabel sempre insiste na questão técnica, na importância de uma metodologia que permita formar um grande contingente de profissionais. A Fundação Sesp tinha um programa de capacitação, mas uma coisa é trabalhar com algumas pessoas, outra é formar centenas. A segunda vertente é a legitimação desse profissional. Foi grande o trabalho da Izabel, junto ao Ministério da Educação, para reconhecer as profissões de modo que o aluno que fizesse um curso em uma secretaria de saúde tivesse uma profissão reconhecida, garantindo-lhe um mercado de trabalho nacional. A Izabel saiu-se vitoriosa nas duas vertentes. Conseguiu desenvolver uma metodologia de capacitação em larga escala e obteve o reconhecimento desses níveis profissionais, que antes eram marginais.

IZABEL DOS SANTOS – Eu mexia com treinamento e não fazia nenhuma diferença de significado entre treinar e formar. Em um desses treinamentos, em Minas Gerais, uma agente de saúde me abordou da seguinte forma: “Moça, estou cansada de fazer treinamentos que não servem para nada. Não há um jeito de fazer uma coisa que possa me beneficiar depois?” Ela estava se referindo à construção de processos que oportunizassem futuros aproveitamentos de estudos e possibilidades de complementação que a fizessem galgar patamares de processos educativos mais avançados. Diante da pergunta dessa moça, comecei a refletir sobre a diferença que fazia um diploma. Comecei a perceber que, com o diploma, o trabalhador/aluno poderia se apresentar em qualquer ponto do país e teria um reconhecimento, teria uma profissão. Sem um diploma, ele poderia ser muito bem qualificado para a instituição, todavia

ele não poderia disputar no mercado de trabalho, enfim, não teria o direito de sair da instituição. Quando eu fui descobrindo isso, pensei, “nossa! a tarefa é maior do que imaginei”. Porque aí eu já estava intuindo que teria de pensar uma outra escola, pensar um outro processo educacional e teria, também, que fazer com que as pessoas se interessassem por essa mudança. O que, supus, seria o mais difícil.

Que escola seria essa? A minha experiência dizia que a escola formal, regular, pouco seria útil para o aluno/trabalhador que tinha sido excluído, em algum momento de sua vida, dos bancos escolares formais. Portanto, ela teria que ter, como princípio primordial, a inclusão. Como fazer isso? Foi a partir daí que eu comecei a formatar a idéia de que a escola para esse aluno/trabalhador deveria ser algo flexível; ele não poderia ser obrigado a ir até ela todos os dias; o professor não deveria ser um mero transmissor de conhecimentos. Dessa forma, passei a perceber que essa escola deveria ter regimentos diferentes, currículos diferentes, ofertar cursos descentralizados, pensar na qualidade da assistência de saúde prestada e formar instrutores e supervisores de ensino em processos técnicos e pedagógicos diferentes. Pressenti uma missão difícil.

CESAR VIEIRA – Eu acho que a nossa experiência mais relevante foi com o pessoal auxiliar, que culminou no Larga Escala. Porque a integração docente-assistencial não foi muito importante, talvez por não termos na época os instrumentos necessários. O mesmo aconteceu com a área da educação superior. Já o Larga Escala eu acho que teve resultados importantes. Primeiro porque é um nicho muito definido. Depois porque alguns desenvolvimentos na área educacional favoreceram o projeto. Trabalhando com a questão do ensino profissionalizante e técnico, ele ajudou a aproximar o setor saúde desses novos desenvolvimentos da área de educação.

IZABEL DOS SANTOS – A escola que eu pensei foi pensada intuitivamente a partir dos dados que o contexto me apontava. Eu pensei que essa escola deveria ser diferente porque ela teria um novo cliente e este novo cliente é um trabalhador adulto que vai cursar o ensino técnico. Portanto, a escola de formação técnica tem que ser diferente da escola de formação geral, ela tem que ter um compromisso com o fazer, com a aplicação do conhecimento, com a prática, com o desempenho.

A escola, em vez de ser uma escola endereço, passa a ser uma escola função. Isso quer dizer que ao invés do aluno ir todos os dias para a escola em

horários programados, a escola é quem vai ao aluno, no seu ambiente de trabalho. O docente, em vez de ser um cargo, passa a ser uma função. Nessa concepção de escola função é que se baseia toda a descentralização dos cursos, a busca de atender às necessidades do cliente trabalhador e do cliente gestor dos municípios mais distantes. Ou seja, ela rompe com os pressupostos da escola regular.

Eu não aceitava, de forma alguma, fazer uma escola de formação técnica baseada nos pressupostos de uma escola de educação geral. Eu não aceitava também que escola fosse só cadeiras, paredes e quadro-negro. Eu achava que a escola, para ser escola, devia ter um corpo filosófico, ou seja, todos aqueles que fazem aquela escola devem ter uma concepção de homem, de sociedade, de educação, de direitos à saúde, de serviços de saúde. Eu achava que a saúde era muito importante e que o processo de produção dos serviços de saúde era muito complexo para ser jogado numa vala comum do setor terciário. Quem trabalha numa escola de formação técnica de saúde não pode ignorar isso.

Eu acho que uma escola tem que ter um arcabouço filosófico, político e cultural para poder definir a missão dela e fazer a sua projeção para o futuro. Com base nisso é que ela deve organizar um regimento, coerente com esse projeto político pedagógico, que deve ser autorizado pelo sistema educacional para que ela possa atuar. E como essa escola tem os trabalhadores de saúde como docentes, eles também devem participar da construção desse projeto. A turma que pensa a escola pela escola acha que a escola é que tem que definir as suas prioridades, eu sempre neguei isso. A escola tem que trabalhar em parceria com o serviço de saúde. Quem define as prioridades é o serviço, o planejamento tem que ser conjunto.

Desde a primeira renovação do Acordo, em 1978/1980, a cooperação técnica vivencia um processo de ampliação de seu escopo original, como se deu esse processo?

ALBERTO PELLEGRINI – O final dos 70 e início dos 80 foram de intensa atividade. Trabalhávamos com a CNBB [Conferência Nacional dos Bispos do Brasil], a Comissão de Saúde da Câmara, o Cebes [Centro Brasileiro de Estudos de Saúde] e outras entidades... O Acordo cumpriu um papel importante de mobilização da sociedade civil e da burocracia do Estado. Não havia espaços de interação entre o MEC, a Previdência, a Saúde, e o Acordo rompe essa fragmentação, tornando-se um espaço de intercâmbio e consenso. Não

foi à toa que o Prev-Saúde, que tinha de ser um projeto integrado entre a Previdência, a Saúde e a Educação foi buscar apoio no Acordo com a Opas.

Quando o Ministério da Previdência me indicou para integrar o Acordo, continuei trabalhando com o Mozart de Abreu, só que vinculado ao espaço do Acordo, o que possibilitava nossa interação com os diversos ministérios. Embora tivesse uma trajetória na área de recursos humanos, por minha participação em experiências inovadoras de educação médica em Campinas, fui para o Acordo integrar-me mais diretamente na área de organização dos serviços, uma outra área importante de trabalho que o Acordo passou a incorporar a partir do Prev-Saúde. Posteriormente o Acordo incorpora também a área de Pesquisa em Saúde, à qual me vinculei depois da experiência do Prev-Saúde. A área de recursos humanos prosseguiu com Izabel dos Santos, José Paranaguá, Roberto Nogueira e outros.

CESAR VIEIRA – Eu estive no Ppreps de 1976 e 1979. Fui para Inglaterra e, quando voltei, fiquei no programa de 1982 a 1985, quando ele já havia se ampliado. Antes o Ppreps trabalhava só com recursos humanos. Nós éramos um grupo grande, mas as áreas de serviços de saúde, de planejamento não. Às vezes tinha alguma cooperação, mas recursos humanos era o nosso nicho, e nosso trabalho era definido com o Ministério da Saúde e o MEC, os dois organismos que participavam do acordo. Na segunda fase entraram dois outros ministérios, o da Previdência e o de Ciência e Tecnologia, e então começamos a atuar em desenvolvimento científico-tecnológico, com serviços de saúde, nos envolvemos mais com a questão da reforma sanitária e a criação do SUS. Antes era Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, depois virou Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde e no final passou a se chamar Programa de Infra-estrutura. Mas já estávamos trabalhando nesta área antes disso. Era muito difícil manter gente como Carlyle, eu e outros restritos à questão de recursos humanos. Por mais que gostássemos de ensino, estávamos envolvidos em outras áreas. Tínhamos interações muito boas com o pessoal do Ipea e outras instituições e começamos a atuar em outros trabalhos. Nós participamos e apoiamos as Conferências Nacionais de Saúde, por exemplo.

ROBERTO NOGUEIRA – Anteriormente o grupo era só de recursos humanos. Depois ele incluiu gestão e planejamento de serviços, e entrou também ciência e tecnologia, que o Pellegrini gradativamente assumiu. [...] Entre o final dos anos 1970 e início dos 1980, o grupo passou a ter, então, a atribuição de

formulação estratégica para o sistema de saúde como um todo. Isso teve a ver não só com a natureza do convênio, mas também com a entrada de Waldir Arcoverde⁸⁷ no Ministério da Saúde, com quem Carlyle tinha um relacionamento pessoal. Arcoverde, que era uma figura estratégica para a Opas, passou a ser também da estrutura do governo, assim como o Mozart [de Abreu e Lima], que era Secretário Geral do ministério. E começamos a formular coisas que desembocaram no Prev-Saúde. [...]

O Programa de Infra-estrutura, apenas totalmente formalizado em 1986, abrangia as áreas de serviços e de recursos humanos, além de ciência e tecnologia. Isso implicou uma acomodação que dava ainda mais autoridade e expressão ao grupo nacional da Opas, dentro e fora do Brasil. Nós não atuávamos na essência das várias áreas técnicas. A atenção à saúde da mulher e da criança, a tuberculose, a malária sempre estiveram em mãos de especialistas que contribuíam para a Opas, na cooperação técnica. A infra-estrutura é uma área integrada de conhecimento, que faz planejamento de uma espécie de capacidade instalada para produzir os serviços. Ela pensa as grandes lacunas dos serviços e a organização deles: quais são os níveis de atenção? Como eles se relacionam com a necessidade de recursos humanos? Qual é o papel da ciência e da tecnologia? Como isso tudo repercute na atenção à mulher, à criança, ao trabalhador, aos vários tipos de enfermidades? E esse trabalho exige aportes técnicos específicos, que eram dados geralmente pelo pessoal internacional. [...] Então foi difícil fazer valer a nova perspectiva dentro da Opas, porque não era esta a conformação das várias divisões em Washington, onde sempre se atuou com grupos programáticos conforme temas específicos.

CESAR VIEIRA – Minha atividade na coordenação do programa foi muito diferente, porque passamos a ter um apoio muito grande da Opas depois que o Carlyle assumiu a direção em Washington, [em 1983]. Nossa situação era ótima: já havia uma boa relação com o governo nacional, com as secretarias em geral a relação foi sempre boa e passamos a ter uma relação muito boa também com a Opas. Em vez de ser um grupo meio marginal na organização, passamos a ser da situação, e isso nos facilitou muito. [...]

Carlyle fez algo conosco que era diferente do resto da Opas. Nós tínhamos um programa de trabalho, coordenado pela Comissão de Coordenação.

⁸⁷ Piauiense de Amarante, onde nasceu a 23 de setembro de 1932, Waldir Mendes Arcoverde diplomou-se em medicina pela Universidade Federal do Paraná. Foi secretário de Saúde do Rio Grande do Sul e, entre 1979 e 1985, foi ministro da Saúde no governo Ernesto Geisel. Ver: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/popup/estrutura/ministros/galeria.html> (Acesso em 01.08.2007)

Depois nós quisemos incorporar o programa de recursos humanos no marco da Ciplan, [Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação], porque entrou o Programa de Ações Integradas em Saúde, as Pais, e queríamos expandir o nosso programa. Sentíamos que precisávamos expandir; não dava para ficarmos restritos à formação de pessoal. E a proposta era bem acolhida pelas secretarias de saúde. Eles estavam se sentindo órfãos e nós, bem ou mal, éramos um mecanismo possível. Os cursos, seminários e oficinas que fazíamos acabavam incorporando outros temas, tanto por sugestão nossa, quanto por demanda deles.

ALBERTO PELLEGRINI – Quando [em 1983] o Carlyle assumiu a direção da Opas em Washington, fez uma alteração nos contratos de trabalho. Havia anteriormente apenas o cargo de consultor internacional, com todas as regalias e custos que implicava. Durante a gestão do Carlyle como diretor da Opas, criaram-se novas formas de contrato, e uma delas era a de consultor nacional, que foi experimentada primeiramente aqui no Brasil. Nosso grupo do Acordo passou a ser contratado segundo esta modalidade que virou um modelo para outros países. A Opas passou então a contratar mais amplamente profissionais nacionais para atuarem em seus próprios países.

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – Em 1983, Cesar Vieira assumiu a direção do Ppreps. Nessa época extinguíram-se os postos internacionais, criou-se a figura do funcionário nacional e por isso a equipe foi ampliada. O convênio continuou vigindo, mas o nome Ppreps talvez tenha começado a desaparecer aí. O grupo de trabalho, porém, permaneceu. Izabel dos Santos continuou por mais dez anos, Roberto Nogueira ficou até ir para Washington e Paranaguá está aí até hoje. A diluição do Ppreps se deu aos poucos. O que deixou de haver foi a transferência de dinheiro brasileiro para a Opas transformar em salário. Os salários passaram a ser pagos em moeda nacional, mas pela Opas.

Simultaneamente, a cooperação Opas-Brasil participou ativamente das discussões em torno da formulação daquele que seria o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). No contexto da cooperação técnica Opas-Brasil em RH, qual o significado deste programa?

ALBERTO PELLEGRINI – O Prev-Saúde não caiu do céu; ele é resultado de um processo que inclui experiências anteriores como o Pias e Montes Claros e toda uma discussão que o movimento sanitário promoveu desde os

anos 1960. Vários intelectuais, na época, admitiram que o Prev-Saúde reunia grande parte do que o pensamento sanitário brasileiro tinha acumulado até aquele momento. A começar pelo reconhecimento de um setor informal de saúde, que passava a fazer parte do próprio sistema. Depois, pela definição clara de atribuições de um setor formal de serviços básicos, de atenção de primeiro nível, que seria basicamente estatal com o setor privado jogando um papel suplementar. E, ainda, um nível secundário e terciário com forte participação estatal, mas já admitindo presença importante de setor privado. Com essa proposta, o Prev-Saúde começava a discutir o que o movimento sanitário ainda não contemplava na época, que é a relação entre os setores público e privado de saúde. [...]

O projeto era bem completo. Abordava desde detalhes arquitetônicos das unidades básicas, suas funções, o tipo de especialistas que teriam, a relação com os vários níveis do sistema, até a parte financeira. Ele recuperava o que tínhamos acumulado até então: a experiência do Piass [Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento], dos serviços básicos de saúde, da atenção primária. E tinha muito a ver, também, com o que estava acontecendo na Opas e na OMS, quanto ao movimento da atenção primária. Ao mesmo tempo nós participávamos de toda a dimensão política do projeto. Acompanhávamos a Comissão de Saúde da Câmara se pronunciando em relação ao Prev-Saúde; os ministros defendiam-se das críticas da Comissão de Saúde, e nós também colaborávamos na redação dessas defesas; estávamos presentes na imprensa, dando várias entrevistas sobre o projeto. Enfim, nós circulamos o Brasil inteiro vendendo o Prev-Saúde.

Eu entrei para participar do Prev-Saúde e nele fiquei durante quase um ano e meio. Minha participação se dava em vários níveis. Como em tudo, naquela época, o trabalho formal era muito misturado com a militância política. Na redação do Prev-Saúde, trazíamos pessoas para nos ajudar nos aspectos financeiro, técnico etc. O grupo era coordenado pelo Carlyle; a mim coube, mais diretamente, participar na redação do documento.

ROBERTO NOGUEIRA – Esse programa foi feito quase na clandestinidade, vamos dizer assim. O grupo técnico se reunia em Brasília. Era o primeiro esforço de aproximação entre os Ministérios da Previdência e da Saúde para fazer uma ação integrada, um interesse inédito de conjugação de esforços. E nada podia ser divulgado; nós nos reunimos, discutimos e produzimos o documento em condições de sigilo. Mas as informações acabaram vazando, a

imprensa publicou, e desde o início houve opiniões contrárias. Para nós, estávamos no início de uma revolução. Só que não éramos a ponta daquela revolução, mas de outra que veio acontecer muito tempo depois, com o SUS. Na verdade, eu fui chamado a participar disso pouco marginalmente, para escrever algo sobre as equipes do centro de saúde básica. Eu não tive muita participação na formulação da estrutura geral do documento. [...] É claro que o projeto mais importante do grupo foi o Prev-Saúde. Ele foi abortado, mas dele surgiram muitas idéias que geraram políticas, sobretudo a de atenção básica de saúde.

ALBERTO PELLEGRINI – O Prev-Saúde era muito ambicioso, com um custo bastante elevado e com a expectativa de que os recursos viriam do sistema previdenciário. Uma projeção, feita por economistas, previa o crescimento da arrecadação da Previdência. Estávamos em 1979, ainda havia uma certa euforia na área econômica, resquício do grande crescimento da década, e esperava-se que, com a arrecadação da Previdência cada vez maior, haveria recursos suficientes para financiar o projeto. [...] O Prev-Saúde foi enterrado como projeto de construção de novas unidades e contratação de pessoal, mas como proposta continuou muito vivo. Foi um momento de gestação de idéias e propostas de uma política nacional de saúde, de organização de um sistema de saúde que deu frutos, sem dúvida.

A crítica da Previdência Social centrava-se na questão financeira, nos custos de manutenção dos serviços, porque afinal era ela quem teria de bancar. Já entre a intelectualidade, houve pessoas como o Hésio Cordeiro⁸⁸, por exemplo, que apoiou muito o Prev-Saúde, sendo um de seus grandes defensores, como também o Carlos Gentile [de Mello]⁸⁹. Havia o pessoal que criticava o excesso

⁸⁸ Hésio de Albuquerque Cordeiro é mineiro de Juiz de Fora, nascido em 22 de maio de 1942. Titulou-se em 1965 na Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Integrou a equipe de fundação do Instituto de Medicina Social, também da UERJ. No IMS, coordenou o Mestrado em Medicina Social e exerceu o cargo de Diretor, entre 1983 e 1985. Foi Presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Membro das equipes de transição do Presidente-eleito Tancredo Neves, entre 1985 e 1988 presidiu o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social. Atualmente é Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá Ver: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1988000300010&script=sci_arttext&tlng=pt (Acesso realizado em 01.08.2006)

⁸⁹ Carlos Gentile de Mello nasceu em Natal (RN) em 1920. Graduiu-se em medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia. Transferindo-se para o Rio de Janeiro tornou-se auxiliar de ensino voluntário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Foi membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, assessor dos Ministérios da Saúde e do Planejamento, vice-presidente da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro e secretário-geral da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro. Foi, também, autor de vários artigos científicos e de uma igualmente extensa obra como colunista da grande imprensa. Faleceu em 1982.

de importância dada à atenção primária, segundo eles em detrimento da atenção secundária e terciária. Setores mais progressistas criticavam em parte a proposta, porque a entendiam como uma medicina para pobre, algo de segunda categoria, excessivamente medicalizada. As críticas vinham, portanto, dos setores mais à esquerda aos mais conservadores. Mas, no geral, acho que havia um certo consenso, entre intelectuais e sanitaristas, de apoio à proposta. [...]

Lidar com Recursos Humanos e mobilizar instituições em torno desse tema significava, desde os primeiros anos da cooperação, participar da constituição da Saúde Coletiva como um novo campo. De que maneira a cooperação técnica Opas-Brasil atuou neste cenário?

JOSÉ PARANAGUÁ – O projeto de cooperação técnica da Opas tinha uma atuação visível e uma atuação invisível, sempre. Em 1979, por exemplo, fizemos uma reunião na sede da Opas que se chamou I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública. Este era o propósito visível da reunião. O invisível era a criação da Abrasco [Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva], uma associação civil que iria organizar o pensamento avançado daqueles grupos que, na época, eram chamados de comunistas ou marxistas da saúde pública. [...] Todas as pessoas que trabalham nas instituições fazem política a vida inteira, e nós também fazíamos. Foi este o motivo da minha decisão de não trabalhar na Opas fora do Brasil e do meu interesse em atuar sempre aqui.

CESAR VIEIRA – Nós tínhamos uma aliança muito forte com os grupos brasileiros. Estivemos na criação da Abrasco. Tínhamos que preparar uma delegação brasileira para ir a uma reunião da Alames, a Associação Latino-americana de Medicina Social. Estávamos recrutando o pessoal, identificando nomes e começamos a discutir: por que não criamos uma associação aqui? Foi circulando essa idéia que ajudamos a criar a associação.

Este movimento teve, por certo, implicações entre as secretarias estaduais de saúde e as universidades. Como foi esse processo?

JOSÉ PARANAGUÁ – As experiências que nós do grupo tivemos com os projetos de integração docente-assistencial, com a redação de documentos, com a realização de eventos em torno desse tema, o projeto de criação das residências em medicina preventiva, a avaliação e o estudo das escolas médicas

nos levaram a perceber que precisávamos pensar em uma instância operacional para essa relação entre academia e serviços. E a proposta, implantada a partir de 1985 com muito sucesso, e com base na acumulação realizada nesse período, foi a dos núcleos de saúde coletiva.

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – Quando Hésio Cordeiro assumiu a Previdência Social, em 1985, levou o Paranaguá para coordenar a área de recursos humanos, que mobilizava recursos financeiros da Previdência Social para promover os núcleos de saúde coletiva, em um momento em que também se desenvolviam as residências de saúde coletiva. Mas isso foi feito pela Previdência Social, com a filosofia de trabalho do Ppreps, por causa do Paranaguá. A Opas não tinha um relacionamento formal com o Ministério da Previdência, mas sim com o Ministério da Saúde, por isso a participação foi pequena.

A Opas e cooperação técnica no Brasil parecem ter desempenhado um papel singular no desenvolvimento da pesquisa em RH, como isto se deu?

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – O Ppreps introduziu algo muito importante, que até então não aparecia nos programas básicos da Opas. Nessa época iniciávamos, em Washington, a idéia de promover pesquisa na área de recursos humanos, que ainda não havia. A pesquisa, até então, estava mais dedicada aos problemas pedagógicos. O Ppreps propôs pesquisa em gestão de serviços de saúde. A primeira vez em que se fala, na Opas, em gestão de serviços de saúde é com o Ppreps. Isso foi definitivamente uma contribuição importante do programa. [...]

A área de recursos humanos estabeleceu três linhas iniciais de pesquisa: a pesquisa pedagógica, a de mercado de trabalho e a de gestão. A primeira era a pesquisa educacional propriamente dita. Em gestão, o que fizemos foi promover projetos de pesquisa de modelos alternativos de gestão, analisando cerca de doze esquemas distintos, com um de nossos residentes, Paulo Seixas⁹⁰,

⁹⁰ O médico Paulo Henrique D'Angelo Seixas integrou a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde. Atualmente é coordenador de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e membro do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

sob a orientação de Francisco Campos⁹¹, nosso colaborador no Departamento de recursos humanos na sede da Organização. Na linha de pesquisa de mercado de trabalho foram realizados estudos em vários países relacionados com os programas de planificação de recursos humanos.

ALBERTO PELLEGRINI – Por minha trajetória anterior e pela experiência no Acordo, quando cheguei a Washington para trabalhar na Unidade de Pesquisa em 1986, o setor de recursos humanos era minha referência. A área de pesquisa, que nasceu no grupo de recursos humanos, com Juan César, já havia se tornado uma Unidade independente. Eu tinha muito boas relações com o José Roberto e todo seu grupo, mas não havia vínculos formais. Fizemos várias atividades em conjunto, como aquela série de discussões sobre a crise da saúde pública e as publicações que saíram em torno disso. Foram várias reuniões em diversos locais da América Latina, e nelas trabalhamos juntos, os programas de pesquisa e de recursos humanos.

ROBERTO NOGUEIRA – Quando fui para a Opas, em 1980, comecei a desenvolver gradualmente o interesse em estabelecer uma ponte entre a pesquisa de recursos humanos e a minha trajetória acadêmica. Foi muito difícil transpor o tema da minha tese, muito histórica e caracteristicamente acadêmica, para um escopo de pesquisa institucional. O que mais se aproximava de um trabalho com interesse institucional era aquele que a Cecília Donnangelo fazia na USP, um estudo de mercado de trabalho — basicamente sobre o mercado médico na região metropolitana de São Paulo — que foi tese de mestrado e doutorado dela. [...] Então entendi que deveria fazer algo similar e comecei a conversar com algumas pessoas. O encontro com André Medici⁹², do IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística], em 1981 ou 1982, foi fundamental naquele momento. Nós formulamos um plano de estudo sobre força de trabalho em saúde, que consistia em analisar os dados dos

⁹¹ Francisco Eduardo de Campos é médico pela Universidade Federal de Minas Gerais (1974), especializou-se em Saúde Pública, em 1975, e em Medicina do Trabalho, em 1976, pela Fiocruz. Pela FGV-RJ, oito anos depois, especializou-se em Política e Administração de Saúde. Realizou seu curso de mestrado em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1977), e doutorado em Saúde Pública pela Fiocruz em 1985. Atualmente é Professor da Universidade Federal de Minas Gerais. (Ver Currículo Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4783088Y8>, consultado em 30/10/2006).

⁹² André Medici é economista, com mestrado pela Universidade Estadual de Campinas e é doutor em História Econômica pela Universidade de São Paulo. Ocupou diversos cargos públicos no Brasil e foi Presidente da Associação Brasileira de Economia de Saúde. Em 1996 ingressou na Divisão de Programas Sociais do Departamento de Desenvolvimento Sustentável, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Ver: http://www.hospitalar.com/arquivo_livros/liv711.html (Acesso em 02.08.2006)

censos de 1970 e 1980 e estudar não só a situação do médico — como fazia a Cecília Donnangelo — mas o mercado de trabalho de todos os profissionais. Isso seguramente teria interesse para o planejamento das políticas de recursos humanos. Começamos então a financiar algumas pequenas pesquisas e estudos de assistência médico-sanitária com base nos censos e fizemos estudos descritivos das forças de trabalho em saúde. [...] Em 1983 publiquei um artigo chamado “A força de trabalho em saúde” na *Revista de Administração Pública*, que introduzia uma abordagem de economia política mas também demográfica da questão. [...] Foi então que fomos formando um grupo, que contou com Sábado Nicolau Girardi⁹³ e Maria Helena Machado⁹⁴, e começamos a formular, com algumas pessoas da Ensp, uma linha de pesquisa sobre força de trabalho em saúde. Mais adiante, os estudos realizados por nós substanciariam, inclusive, o Cadrhu, iniciado em 1987.

A pesquisa em recursos humanos não era um tópico oficial do programa da Opas. Eu a fazia simultaneamente a outras atividades e fui ganhando reconhecimento. Também não envolvia muitos recursos e eu pude abrir esse espaço [...]. Era novidade demais, algo que não parecia ter aplicação imediata.

Uma coisa importante a destacar dessa linha de pesquisa sobre força de trabalho é o fato de ela ter ganhado uma certa evidência continental. Depois, em várias oportunidades, a Opas começou a estimular pequenos estudos nessa linha, apesar das dificuldades com a falta de informação censitária, porque nem todos os países dispõem do que nós temos, em termos de censo, de Pnad [Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios] etc. [...] Mas mesmo assim houve interesse na concepção do estudo.

⁹³ Sábado Nicolau Girardi graduou-se em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1981), realizou curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, em 1984. É também especialista em Medicina Preventiva e Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (1983) e foi residente em Saúde Internacional pelo Programa de Formação em Saúde Internacional da Organização Pan-Americana da Saúde (1992). É pesquisador no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFMG e em 2003 assumiu a Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde. Ver: Currículo Lattes em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4787146T6#Formacaoacademica/Titulacao> (Acesso em 02.08.2006).

⁹⁴ Maria Helena Machado é socióloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (1980), com mestrado em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (1982). Doutorou-se em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), em 1996. É pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública, onde ingressou em 1986. Nesta instituição foi Coordenadora de Ensino e Pós-graduação e do Núcleo de Estudos em Recursos Humanos, entre outras funções. Foi Subsecretária de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. No Ministério da Saúde é Coordenadora Geral da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e do Fórum Permanente Mercosul, Diretora Técnica em Gestão em Saúde, entre outras atividades. Ver Currículo Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4781006P8> (Acesso em 02.08.06).

Qual avaliação pode ser feita acerca dos resultados da cooperação?

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – Vamos considerar dois momentos. O primeiro, aquele em que estávamos envolvidos com o projeto. Tínhamos consciência de que estávamos propondo muito mais do que era possível realizar, mas éramos muito entusiasmados. Achávamos que a idéia era uma semente que iria germinar. Em algumas partes acreditávamos que haveria muito progresso. Uma delas era a da formação de ensino médio, sobretudo dos cursos para o pessoal de enfermagem, a parte liderada pela Izabel. Nós tínhamos esperança de que era uma das áreas que iriam adquirir auto-sustentação com o tempo. E não estávamos sozinhos nessa convicção, tanto é que a Fundação Kellogg, depois, tomou essa parte para si e continuou trabalhando nela.

Já o processo de integração docente-assistencial, como eixo definidor dos currículos nas escolas de medicina, nós tínhamos dúvidas se iria pegar. Ao final, quando eu estava me afastando, depois do Prev-Saúde, havia um gosto amargo da certeza de que isso nunca ocorreria, porque a Universidade é talvez a instituição mais conservadora da sociedade e não mudaria a si mesma. Muito liberal para fora, mas para dentro extraordinariamente conservadora. Mas hoje sou mais tolerante. Acho, inclusive, que esse conservadorismo extremo das universidades e das instituições docentes em geral é bom, porque ajuda a preservar uma memória e evita saltos que podem ser destrutivos, em um mundo em que já não há revoluções. Talvez em uma época em que as revoluções eram possíveis isso tenha sido ruim, mas hoje, quando as revoluções são pura utopia, uma dose de conservadorismo talvez seja bom. Então, naquela época, sabíamos que tínhamos fracassado no alcance das metas, mas que tivemos sucesso em plantar idéias, plantar sementes que, depois, elaboradas noutro contexto, com outros nomes, dariam algum resultado — o que, aliás, é o que sempre acontece. [...]

O Ppreps foi um projeto nacional e com um forte componente executivo, com metas quantitativas precisas, ao contrário da cooperação, que, *per se*, não tem que alcançar metas em termos finais, mas sim obter transformações nas instituições nacionais para que essas metas sejam atingidas. Esta é uma diferença muito importante. E isso foi mudando: à medida que o Ppreps foi desinflando como projeto nacional e perdendo a perspectiva das metas — pelo menos as quantitativas —, a cooperação passou a existir como tal, propriamente cooperação. Tratava-se então de cooperar com os órgãos para que eles realizassem algo. Por um lado, algo

se perdeu — a execução propriamente dita das ações—, mas, por outro, ganhou-se um papel mais claro de cooperação.

ALBERTO PELLEGRINI – O Ppreps foi um espaço de interação, antes inexistente, dos distintos setores da área da saúde. A Previdência Social era um mundo, a Saúde era outro e o MEC era outro. Hoje, com o SUS, não se imagina como era difícil esse diálogo. O Ppreps criou espaços em que os ministérios podiam dialogar e desenvolver projetos comuns. No caso do Larga Escala, eram o MEC e o Ministério da Saúde trabalhando juntos para a formação de pessoal auxiliar. No caso do Prev-Saúde, era obrigatório que todos participassem, pois nem o Ministério da Saúde podia tocar esse projeto sozinho, nem a Previdência. Foi um projeto que já nasceu interministerial, no âmbito desse espaço do Acordo. Eu acho que isso foi muito inovador.

JOSÉ PARANAGUÁ – Uma das contribuições mais valiosas da cooperação técnica da Opas como um todo — não só no Brasil — foi o desenvolvimento de um método pedagógico aplicado ao campo da saúde. Essa metodologia, apelidada durante muito tempo de Larga Escala, foi desenvolvida inicialmente para a formação de pessoal auxiliar, o visitador sanitário, que era categoria existente nos serviços públicos de saúde. Depois ela foi redefinida e incorporou a concepção do currículo integrado, com a proposta de um aprendizado que tivesse completa aderência ao processo de trabalho, na qual o trabalhador é aprendiz e é efetivamente reconhecido. [...] E pelo menos na área de recursos humanos da Opas tudo teve a mesma influência, que foi o método desenvolvido pela Izabel.

Por exemplo, a montagem de um curso de especialização de enfermagem em saúde pública, voltado para enfermeiros trabalhando em um sistema descentralizado de saúde, que os capacitasse para a gerência do processo de trabalho e para a gerência de problemas de saúde na comunidade. O curso foi dado na Universidade Federal de Minas Gerais, mas a princípio era um projeto a ser desenvolvido em sete universidades. O problema foi que, das sete instituições, só uma conseguiu chegar ao fim, porque nas outras a tradição e a resistência das instâncias acadêmicas e a cultura da transmissão do conhecimento impediram que o curso chegasse a ser implantado. O Gerus [Gerência de Unidades de Saúde] foi também influência desse modelo, assim como o Cadrhu [Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde] e vários outros com menor ênfase na integração curricular. [...]

A minha participação no projeto a e em toda a proposta da cooperação na área de educação técnica foi mais a de apoiar as iniciativas da Izabel. Sempre que ela nos pedia para ajudar em alguma iniciativa que considerava importante nós atendíamos ao seu pedido. Então, eu participei diretamente mobilizando recursos para iniciativas durante a construção do Larga Escala. [...]

IZABEL DOS SANTOS – Acho que o ensino superior permaneceu intocável. Se há alguma experiência nesse sentido, eu desconheço. Todavia, alguns cursos de pós-graduação *lato sensu* tiveram seu embasamento a partir da concepção do movimento Larga Escala. Como por exemplo, o Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade de Minas Gerais, o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cadrhu), e o Curso de Especialização em Gerência de Unidades Básicas (Gerus). Mas, de novo, ressalto, a graduação continuou intocável, assim como a pós-graduação *stricto sensu*. [...]

A paixão pelo Larga Escala me deu a gana de continuar persistindo por vinte anos. Acho que ninguém sabia o quanto eu estava apaixonada por esse trabalho. No entanto eu estava e sabia que ele não estava pronto, por isso era necessário continuar persistindo.

DANILO GARCIA - Na área de enfermagem, eu tenho a impressão que muita coisa se fez, graças à participação da Opas. Aliás, onde eu digo Opas, leia-se Izabel [dos Santos]. O Larga Escala, esse projeto,... a Izabel se debruçou nisso, e com uma inteligência de criar, nos locais, verdadeiros fanáticos pela proposta. Então, o Larga Escala virou um cartão de visita. Os ministros faziam referência. Agora, dizer que isso tenha sido mérito da Opas.... O mérito da Opas foi acolher a Izabel e respaldá-la [...]. O Larga Escala foi, nada mais, nada menos, que a integração docente assistencial pra valer. E a Izabel acionava a coisa daqui de Brasília. Ela acionava, botava a meninada nos estados a funcionar. Então, o mérito da Opas nesse negócio foi não atrapalhar.

Além dos resultados alcançados no Brasil, que tipos de desdobramentos ocorreram nos demais países da América Latina e do Caribe?

ROBERTO NOGUEIRA – Eu acho que não houve repercussão da experiência brasileira em outros países. O Brasil tem uma posição muito específica para a Opas, porque é considerado privilegiado por várias razões, sobretudo

porque tem mais recursos. O país tende a ser visto como o primo rico, tem todas as condições de fazer o que bem entende, então nunca é exemplo para os outros. Nossas condições institucionais, políticas e financeiras são excepcionais. Por isso a Opas parece ter o cuidado de não colocar o Brasil como exemplo ou paradigma para os outros países. É preferível pegar as iniciativas de outros países com condições mais niveladas em relação à América Latina.

JOSÉ PARANAGUÁ – A Opas vive um problema recorrente que é o dilema entre praticar cooperação técnica e assistência. A diferença entre uma e outra é que cooperação técnica significa estabelecimento de relações de intercâmbio, de mobilização de conhecimento e experiências realizadas nos países. Diversas iniciativas da Opas têm apontado nesse sentido. A experiência brasileira, esta de que estamos tratando, talvez seja a mais duradoura e radical de cooperação técnica. [...] Por ter sido um projeto bem-sucedido de cooperação, os consultores ou a direção da organização poderiam explorá-la melhor e utilizar os recursos nela desenvolvidos para o fortalecimento de relações com outros países. Ou seja, devia-se estender a experiência da cooperação técnica no Brasil para o universo dos 36 países membros da organização que têm problemas muito semelhantes, respeitados os contextos histórico-culturais de cada um deles. [...]

Por exemplo, a proposta do currículo integrado. Como se muda o processo de trabalho através de uma experiência pedagógica? Porque na experiência pedagógica do currículo tradicional, ou da pedagogia baseada na transmissão do conhecimento, o produto desse processo é o próprio conhecimento. “Eu sei mais do que antes do curso; adquiri um elenco de conhecimentos que não tinha antes dele”. No currículo integrado muda-se o processo de trabalho, instaura-se uma nova relação entre as pessoas da equipe, alteram-se os instrumentos e equipamentos de trabalho. O segredo do currículo integrado é este: organizar um processo que inclua tudo isso. O Gerus, por exemplo, é um curso em que está embutida toda uma estruturação do papel de vigilância à saúde, de responsabilidade pública com a saúde, da rede de unidade de saúde do município. Ou ele é entendido desse jeito ou é só mais um cursinho. E nós desenvolvemos essa metodologia e a aplicamos de forma sistemática para a formação de técnicos de nível médio, que é adotado hoje, inclusive, pelo Profae, nas escolas técnicas.

CESAR VIEIRA – Uma organização feita a nossa, que consegue atrair e manter o Paranaguá no quadro há mais de 20 anos, ou que manteve a Izabel

dos Santos, do Brasil, o Edmundo Granda⁹⁵, do Equador, e outros dos demais países, tem uma experiência muito positiva. Foram pessoas precursoras que conseguiram, mesmo sendo nacionais, trabalhar a dimensão internacional e vice-versa. É uma vivência que os estrangeiros não têm, porque há uma barreira natural ou um limite para a sua inserção. Por ter participado dessa equipe há vinte e tantos anos, eu acho que isso foi ótimo para a organização, e agora, por uma série de medidas, tende-se a cortar esse tipo de experiência. [...]

Considerando as experiências brasileira e latino-americana, qual o futuro de organismos como a Opas como agências de cooperação interamericana?

CARLYLE GUERRA DE MACEDO – A Opas é, ao mesmo tempo, uma das organizações mais centralizadas e descentralizadas. É centralizada no sentido de que todo o poder, nela, depende do diretor. Ele é a única autoridade eleita e, teoricamente, tem a prerrogativa de organizar a secretaria da maneira como melhor lhe convier. Posto isso em termos de autoridade formal, há todas as limitações da realidade. Para se entender essas relações entre Opas e os países, entre os programas da Opas central e os programas de países apoiados por ela, é preciso ter sempre em mente a diferença entre a organização e a secretaria. A secretaria é composta de pessoal contratado para trabalhar na Opas e é dirigida pelo diretor. A organização são os países, ou melhor, os governos que os representam. As pessoas nunca recordam essa diferença, mas ela é importante do ponto de vista de filosofia da organização e também do ponto de vista da ação.

O diretor deve, em princípio, responder às decisões da Organização que são tomadas pelos países, tanto coletivamente, nos conselhos, nos chamados corpos diretores ou em cada país individualmente, no que se refere as ações em seu território. Daí a Opas não se definir como um organismo internacional, mas sim intergovernamental. Durante o meu período como diretor, eu sempre insistia com o pessoal sobre esse aspecto, porque há uma diferença imensa. As organizações internacionais respondem às nações. Estão, assim,

⁹⁵ O equatoriano Edmundo Granda é professor no mestrado de Saúde Pública na Universidade Nacional de Loja, Equador. Autor de extensa obra sobre aspectos teóricos e metodológicos em epidemiologia e saúde, integra a equipe da representação da Opas em Quito, Equador, onde atua na área de recursos humanos em saúde e no Projeto Técnica de Informação e Gestão do Conhecimento.

além – e às vezes sobre – os governos. A reunião de nações confere um poder extraterritorial que é superior aos governos. Mas isso não existe, e não sei se alguma vez existiu — talvez apenas às vezes algo assim ocorre no Conselho de Segurança das Nações Unidas. Então, como organização intergovernamental, a Opas responde a governos, no caso representados pelos ministérios da Saúde, porque os ministros dessa pasta são os delegados dos governos nos corpos diretores da Organização.

Nessa perspectiva a Opas continuará a existir, limitada em sua ação pelas decisões dos governos membros, a capacidade de sua secretaria e liderança de seu diretor.

ALBERTO PELLEGRINI – A história da cooperação internacional em saúde transita da assistência técnica — na qual o consultor levava consigo o conhecimento aos países — à administração do conhecimento, defendida pela primeira vez como missão primordial da Opas na gestão do Carlyle e entendida como a capacidade de promover a geração, seleção, avaliação, disseminação e utilização do conhecimento. Na época, colocar a administração do conhecimento como missão primordial da Organização foi algo muito avançado, quase uma ruptura, mas hoje me parece obsoleta a idéia de dar a Opas o papel do protagonista que seleciona, avalia, dissemina e promove a utilização do conhecimento. Na nova cooperação, as redes são os atores principais, e cabe a Organização basicamente criar espaços de interação. Pode-se promover redes como a ScienTI [Rede Internacional de Fontes de Informação e Conhecimento para a Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação] e seus nós estarão nos países. Por isso vejo o grande potencial da BVS [Biblioteca Virtual em Saúde], não apenas como depositária de conhecimentos e informações, mas especialmente como um espaço de interação entre grupos. É claro que a Opas é também um ator importante no âmbito desse espaço. Mas se você me perguntar, hoje, o que é cooperação técnica, eu respondo: cooperação técnica é fundamentalmente a criação de oportunidades e espaços de interação. [...]

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – A organização identifica núcleos de grande desenvolvimento, dá a eles caráter internacional, mas só contribui com o aporte financeiro de algum componente específico de cooperação técnica. O processo para sua aprovação é muito complexo e lento [...]. Paralelamente, a Opas criou um outro mecanismo que é o TCC [Cooperação Técnica entre Países], um intercâmbio entre nacionais visando a cooperação. O acordo tem de ser aprovado por representantes dos dois países envolvidos, e o financiamento é

feito com os recursos da Opas destinados aos países, em partes mais ou menos iguais. Este também é um processo muito lento, mas é um dos mecanismos de cooperação existentes hoje. Depois vieram as redes, até agora com poucos resultados, e é nesta fase que nos encontramos. Atualmente buscamos mecanismos que permitam aos grupos nacionais em rede participar mais do processo decisório.

JOSÉ PARANAGUÁ – Está se fazendo aquilo que o momento requer. Conforme eu previ, hoje há uma grande autonomia das instituições nacionais em relação à cooperação técnica da Opas. Já temos gente no país que participou de seminários e outros processos de discussão, promovidos ou não pela Opas, e o ministério e outras instituições podem formular seus projetos sem a participação direta da organização. O que o ministério preserva é o interesse pela participação da Opas do ponto de vista institucional, em virtude da legitimidade e do reconhecimento científico e político que ela tem. Hoje não vejo necessidade de consultoria de um especialista da Opas, minha ou de qualquer de meus colegas de Washington, nos projetos que são promovidos pelo ministério. [...] A proposta em que estamos empenhados agora é a de estender para as dezenas de instituições da América Latina as redes de cooperação que ajudamos a formar, no Brasil, em 30 anos de experiência. Por isso há alguns anos nosso programa não é mais de recursos humanos, mas sim de cooperação em redes colaborativas. [...]

Mudar do modelo de assistência técnica para um modelo que mobilize centros de referência dos países para cooperação técnica é a proposta em pauta na Opas. Esperamos agora que ela seja assumida pela diretora da organização em termos administrativos e práticos, porque do ponto de vista político isso já foi feito. No discurso de posse e em reuniões com os gerentes da organização, que são os representantes e os coordenadores de programas na sede em Washington e nos países, a diretora vem afirmando que a linha de trabalho que ela quer fortalecer, na Opas, é a da cooperação técnica, da cooperação descentralizada com base em países.

CESAR VIEIRA – Minha conclusão é que ninguém sabe sobre o total de interfaces das relações Opas-Brasil, porque é um processo multiporoso e muito complexo. Na Assessoria Jurídica da Opas, supostamente, todos os convênios estão registrados. Mas em conversa com alguém, de outra área, pode-se saber sobre um projeto com uma secretaria estadual que não está em nenhum desses convênios. As relações atuais são múltiplas. É impressionante.

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – A idéia de que a Opas tem algo especial para aportar aos países é do início do século, quando a organização foi criada e os países não tinham competência própria. A organização estava mais em contato com o primeiro mundo e oferecia transferência de tecnologia. A ação era essencialmente supletiva. À medida que os latino-americanos ganharam cada vez mais competência, passou a ocorrer um intercâmbio horizontal entre eles, um apoio mútuo. Nesse sentido, acho que uma maior participação no processo decisório das próprias instituições colaboradoras é melhor do que contar com decisões tomadas por ministros que, afastados do que está ocorrendo, definem prioridades que na realidade não o são.

Na década de 70, ao participarmos da formulação do plano de ação da OMS no campo de Recursos Humanos, chamamos a atenção para a possibilidade de utilização dos mecanismos de redes de cooperação, tomando como exemplo alguns programas da região das Américas, como o caso da Bireme, interligada com bibliotecas de saúde em toda a região; o programa de saúde materno-infantil, com unidades em vários países; o próprio Ppreps, com a rede de unidades estaduais de planejamento e gestão de recursos humanos, interapoiando-se com a ajuda do núcleo central e das demais unidades estaduais etc. Entre as vantagens das redes está a possibilidade de usufruir de várias experiências, aproveitando em cada caso os aspectos que melhor correspondem a situação específica de cada um de seus membros. Em especial poderá beneficiar-se por este mecanismo o desenvolvimento da pesquisa científica e aplicada, que em cada caso possa absorver cada país. Este mecanismo tende a se generalizar com a possibilidade de utilização de modernos recursos de comunicação eletrônica.

No tocante, em particular, ao tema de recursos humanos, quais são os horizontes?

ROBERTO NOGUEIRA – Acho que a Opas-Brasil praticamente perdeu a sua potencialidade de afetar as políticas de recursos humanos. Talvez eu tenha essa impressão porque não conheço as outras áreas, mas penso que provavelmente ela irá se resumir a um papel de assessoria técnica, muito especializada, muito pontual. Eu, por exemplo, tenho essa vivência atualmente, no Ipea. Acabei de fazer um estudo com outras pessoas do Ministério da Saúde, sobre os objetivos do milênio acerca de mortalidade materno-infantil, com aspectos demográficos, epidemiológicos e avaliação de políticas de saúde. Nós o enviamos à Opas para que eles leiam e façam sugestões, contribuições pontuais ao

texto. Mas não farão, no contexto político atual, a avaliação das políticas do milênio. No Brasil isso não acontece. É o Ipea, junto com os outros ministérios — porque são vários e grandes os objetivos do milênio — que está fazendo essa avaliação.

Eu dei esse exemplo para mostrar que o papel da Opas, hoje, já não é de protagonismo político, mas de assessoria técnica especializada e pontual. Antigamente o Cesar Vieira dizia, brincando, que cada programa especial tinha o seu assessor da Opas. Era o companheiro ali, o tempo todo junto, a ponto de, no dia-a-dia, os papéis se confundirem. Então minha impressão é que, hoje, a Opas se restringe a um papel mais a distância, mais de opinião e não de formulação. [...] Hoje ela enriquece o processo com informações, análises, produtos mais ou menos desenvolvidos do ponto de vista de referencial teórico. Tanto é assim que o Paranaguá vem se dedicando em grande medida à questão dos sistemas de informação, com ênfase na questão da web. Ele não tem mais uma função de formulação. E isso ficou ainda mais claro neste último governo.

[...] A Opas já entendeu que a autonomia brasileira está mais do que consagrada desde o final dos anos 1980 e começo dos 1990. Seu papel aqui é de contribuições esporádicas, de centro de informação e reunião, uma função talvez mais diplomática do que propriamente política, no sentido de ajudar tecnicamente a formulação de política. Mas ainda é uma referência. As reuniões que o ministério faz reunindo grupos do país inteiro acontecem na Opas, que as apóia.

JOSÉ ROBERTO FERREIRA – Houve força e apoio importante do governo no sentido de desenvolver o Observatório de Recursos Humanos. Em geral este parece ser um tema periférico nos ministérios de saúde da América Latina, porque na maioria dos países, com exceção de Cuba e, ultimamente, do Brasil — que vem se atualizando nessa linha —, esses órgãos estão afastados da programação de recursos humanos, que fica a cargo dos ministérios de educação. Sem o apoio direto do governo e sem motivação para criar algo nessa área, os outros países são muito fracos no desenvolvimento do Observatório. Talvez não tenha havido ainda, por parte de Washington, uma sistematização do trabalho de modo que um país pudesse cooperar com outro e desenvolver um trabalho colaborativo.