

Recursos críticos: história da cooperação técnica opas-brasil em recursos humanos para a saúde no Brasil (1975-1983)¹

Fernando A. Pires-Alves*
Carlos Henrique Assunção Paiva*

Resumo: Esse trabalho discute as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil, a partir da cooperação técnica desenvolvida neste campo entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e o governo brasileiro. Examina o contexto de formulação e a implementação do *Acordo para um Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil*, sobretudo a partir de 1975, quando tem início o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Da mesma forma, são discutidas as implicações do PPREPS na institucionalização da área de RH em saúde como parte das instâncias de gestão pública da saúde, na organização do campo da saúde coletiva no Brasil e na crítica e reforma dos sistemas de saúde do país, cujos reflexos são presentes até hoje.

Palavras-chave: Cooperação internacional – Recursos Humanos – Saúde Pública

Abstract: This article discusses the human resources for health policies in Brazil, from the technical cooperation accomplished by the Brazilian government and by the Pan American Health Organization (PAHO/WHO). We analyse the “Acordo para um Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil”(1973) and the “Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS” (1976). We discuss the establishment of human resources for health range, the public health organization and health system reform in Brazil.

Keywords: International cooperation – Human resources – Public Health

Introdução:

Atualmente se reconhece a importância da cooperação internacional e das agências cooperativas na resolução de problemas e na condução de mudanças em diferentes áreas de conhecimento, na saúde, na educação, na ciência e na tecnologia, revelando assim a centralidade deste fenômeno para a compreensão das relações verticais/horizontais entre países e povos no mundo contemporâneo (Herz e Hoffmann, 2004).

A historiografia que trata do tema, por sua vez, tem orientado suas interpretações a partir de dois grandes modelos assim esquematizados: um primeiro entende a cooperação internacional como um recurso de poder dos países desenvolvidos para orientar o

¹ Este texto é uma versão condensada e revista de Pires-Alves e Paiva (2006), produto do *Projeto História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde*, financiado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-americana da Saúde.

* Mestre em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz), tecnologista da COC/Fiocruz.

* Doutor em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), tecnologista (faperj/Fiocruz).

desenvolvimento das regiões periféricas, via o controle de recursos financeiros e humanos e do próprio monopólio frente à agenda cooperativa. Nesta perspectiva, a rigor, a cooperação seria manifestação ou instrumento do imperialismo dos países centrais, desenvolvidos economicamente e industrializados, sobre aqueles países situados na periferia do capitalismo, em situação secundária na economia mundial.

Uma segunda vertente encara a cooperação em seu sentido mais horizontal, considerando a capacidade dos diferentes atores situados na periferia de negociar a agenda de trabalho da cooperação com as agências internacionais ou representantes de governos centrais, bem como se posicionar frente à utilização dos seus recursos, remetendo assim a agenda da cooperação mais aos interesses nacionais ou regionais dos assistidos. Exemplo do primeiro enquadramento é o estudo de Labra (1985) e McNeill (1989). Já o trabalho de Castro Santos e Faria (2003) tem mostrado a capacidade das elites brasileiras influenciarem, desde os anos 1920, a agenda de trabalho da Fundação Rockefeller no Brasil, pondo em cheque assim os modelos de interpretação que imputam um caráter mais imperialista às agências internacionais no campo da cooperação técnica.

Nosso trabalho se enquadra na segunda perspectiva de análise, tendo em vista a capacidade das lideranças sanitárias brasileiras influenciarem as características e propostas originais da cooperação acordada entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde para a área de formação de recursos humanos, a partir de meados dos anos 1970. Contudo, para além das generalizações ou da definição de posicionamentos teórico-metodológicos *a priori*, acreditamos que as experiências de cooperação internacional devem ser interpretadas e entendidas em seu próprio contexto.

Alem disso, para além das abordagens defendidas por uma ou outra linhagem de interpretação, discute-se atualmente a respeito da necessidade de mudanças nas bases da cooperação internacional. O panorama reformador vem a reboque das transformações no cenário das relações internacionais, no contexto de um mundo dito globalizado e pós-guerra fria. O sentido destas mudanças sugere uma adequação da lógica de funcionamento e organização da cooperação internacional - e no próprio papel dos organismos especializados em cooperação - às características de um mundo novo. O verticalismo, a excessiva burocratização, a baixa participação daqueles que recebem a cooperação no desenvolvimento das agendas, dos programas e dos recursos, a ausência ou insuficiência de mecanismos de prestação de contas, entre outros problemas são apontados como responsáveis pela diminuição do impacto de qualquer cooperação, seja no campo da saúde, educação ou tecnologia (Bronfman e Polanco, 2003).

Neste contexto bastante amplo de questões, este texto tem como objeto a análise de uma experiência que julgamos bem sucedida no campo da cooperação técnica internacional na área de saúde e formação de recursos humanos. Esta avaliação de sucesso, já em primeiro tempo, se pauta tanto sob o ponto de vista de seus resultados programados (ainda que rigorosamente abaixo do esperado), como também da parte daquelas conseqüências consideradas inesperadas ou, na expressão de um de seus técnicos, “invisíveis”.

A cooperação opas-brasil em RH para a saúde

Nosso estudo construiu historicamente a trajetória da cooperação técnica em formação de recursos humanos, acordada entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o governo brasileiro, então representado pelos ministérios da Saúde e da Educação. Este convênio, assinado em 1973 e retomado em um complemento jurídico, dois anos depois, quando se definiram recursos e estratégias para o desenvolvimento da cooperação, desembocou na criação de um grupo de trabalho, basicamente composto por profissionais nacionais (OPAS/BRASIL, 1973; OPAS/BRASIL, 1975^a e 1975b)².

Este grupo foi responsável pelo lançamento, em meados de 1976, do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, mais conhecido pela sigla PPREPS (PPREPS, 1976) Este programa, com operação prevista até 1978, teve três grandes metas: (1) a primeira seria a constituição de dez **regiões docente-assistenciais**. Isto é, a definição de um dado limite territorial que tanto serviria ao propósito de treinamento e formação de pessoal, como também de ampliação da cobertura dos serviços de saúde. Aqui, seu princípio básico foi formar recursos humanos de acordo com as necessidades de saúde da população.

Um segundo objetivo foi o (2) **apoio financeiro e cooperação técnica a projetos de formação direta de pessoal auxiliar e elementar de saúde, instalados nos estados**. Este objetivo alinhava-se ao primeiro, tendo em vista a formação de pessoal adequada às reais necessidades de expansão dos serviços públicos de saúde, bem como tinha relação com a percepção de que a carência geral de pessoal, a concentração de profissionais de nível superior nos grandes centros e a ultra-especialização profissional, se situavam na contra-mão

² Estes instrumentos definiram as bases de atuação da cooperação até suas transformações mais agudas, a partir dos primeiros anos da década seguinte. Adotamos 1983 como um marco tendo em vista um amplo painel de mudanças em suas bases jurídicas e programáticas. Neste ano se deu a saída do coordenador do Programa, Carlyle Guerra de Macedo, então eleito para a Direção da Opas, em Washington. A partir daí, observamos um amplo leque de mudanças na agenda de trabalho do grupo técnico que, mais afinados às discussões em torno da organização do sistema de saúde no país, acabaram por transcender os objetivos da formação de recursos humanos para a saúde.

deste processo de ampliação da cobertura médica. Daí a necessidade de mudança não apenas quantitativa, mas especialmente qualitativa na formação de pessoal de saúde.

Por fim, o último objetivo do PPREPS, relacionava-se à (3) **criação de órgãos de formação de recursos humanos nas secretarias de saúde dos estados**. Um esforço de imprimir mais institucionalidade à temática dos recursos humanos em nível local, em sintonia com uma das estratégias centrais do Programa, de promoção da descentralização político-administrativa no setor da saúde.

Esses objetivos contaram com uma base financeira invejável. À Fiocruz coube a gestão dos recursos financeiros, o que incluía o repasse à Opas das verbas para a remuneração do grupo técnico gestor da cooperação. Desta forma – e isto foi uma característica impar nas experiências de cooperação desenvolvidas pela Opas – a equipe técnica contratada pela Organização, embora composta essencialmente por funcionários nacionais, recebia remuneração baseada em dólar. Isto apenas mudaria em 1983, em pleno quadro da crise de financiamento do estado brasileiro, mas até lá permitiu salários competitivos para a equipe do PPREPS, garantindo sua unidade e continuidade já em um quadro de turbulência econômica e política. Este modelo de cooperação, já desde o início caracterizado pela atuação de consultores e existência de recursos financeiros nacionais, logo imprimiu rumos que transcenderiam os objetivos do contrato inicial, contribuindo para seu êxito e sucesso, consubstanciados, em boa medida, em seus resultados ditos “invisíveis”.

Basicamente o Programa de cooperação funcionava mobilizando e apoiando atores institucionais situados nos diversos estados federativos (11 estados, sobretudo no nordeste), que, por sua vez, elaborariam os projetos a serem avaliados em primeira instância para o grupo técnico, e depois encaminhados para análise e pronunciamento de uma Comissão de Coordenação, esta composta por representantes dos ministérios e da Fiocruz, bem como pelo coordenador do PPREPS. Desta forma, a cooperação funcionava como uma rede: sua estrutura mais ampla envolvia a OPAS e os ministérios da Saúde e Educação³ e “para baixo”, na linguagem própria dos seus técnicos, envolvia a relação do grupo técnico com lideranças e instituições instaladas nos estados, secretarias de saúde, de educação e universidades.

Os recursos necessários ao desenvolvimento do Programa seriam provenientes principalmente de repasses do Ministério da Saúde, através da constituição de uma espécie de “trust fund” entre a Opas e o governo brasileiro. Segundo o texto do Acordo complementar, assinado em 1975, o Ministério da Saúde transferiria, no exercício daquele ano, a quantia de

³ Na década de 1980 fariam parte do Acordo o Ministério da Previdência Social e Assistência Social e o Ministério da Ciência e Tecnologia.

15 milhões de cruzeiros (em números atuais cerca de 17 milhões de reais) para a Fiocruz⁴. Além disso, o Ministério se comprometia a transferir nos exercícios subseqüentes os recursos estabelecidos expressamente em seus orçamentos anuais para a cooperação.

A disposição destes recursos e a configuração do arranjo institucional que viabilizou a cooperação foram possíveis graças a um contexto que conjugou movimentos nacionais e continentais mais amplos. No Brasil, a cooperação se alinhava a tradição de discussão em torno da ampliação da cobertura dos serviços de saúde, ainda que naquele momento, sob influência da Opas, traduzida em termos de planejamento social. Além disso, o ano de assinatura do acordo complementar, em 1975, marcava também o momento de lançamento do II Plano Nacional de Desenvolvimento, da organização da V Conferência Nacional de Saúde e também da institucionalização do Sistema Nacional de Saúde. Havia assim, em poucas palavras, por parte do governo brasileiro e movimentos sociais um esforço de maior reordenação das políticas sociais, maior articulação entre agências públicas e racionalização de gastos e recursos financeiros e humanos (Escorel, 1998; Escorel, Nascimento e Edler, 2005)

A OPAS, por sua vez, trazia experiências e temas desenvolvidos em escala continental que muito se sintonizavam com aquelas apontadas pelos fóruns e lideranças do campo da saúde nacionais. A discussão em torno do aumento da cobertura dos serviços de saúde, por exemplo, foi um dos temas privilegiados pela Organização naquele período. Pensar em estratégias que possibilitassem a expansão dos serviços estatais de saúde, especialmente para as zonas de fronteira e o interior dos países, era uma questão apontada como chave na construção de patamares mínimos de desenvolvimento social e econômico. Essas estratégias, nada consensuais, passavam pela idéia de desenvolvimento de ferramentas de planejamento social, como o chamado método Cendes-ops, na tentativa de permitir uma maior produção de informações e racionalização das decisões no campo da gestão em saúde (Mendes, 1988; Giovanella, 2006).

Por uma outra via, as discussões em torno da educação médica já figuravam no escopo de trabalho da Opas, ao menos, desde os anos 1950 (Cueto, 2004). E ainda que a discussão em torno da educação médica seja um componente de uma trajetória relativamente diferente daquela que marcou a face mais tecnicista da Opas, como a discussão acerca do planejamento, ela seria gradualmente capturada nos termos de uma agenda planificadora para

⁴ A conversão para valores em reais é obtida mediante a aplicação do Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV. Disponível em: http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/servicos/pg_atualizacao_valores.php. Acessada em 20.09.2006.

a saúde, na forma de um planejamento da formação de pessoal de saúde. A própria constituição do PPREPS é um exemplo desta pretensão planificadora para o campo de recursos humanos: produzir pessoal de saúde na quantidade e qualidade necessárias ao sistema de saúde, sistema que se pretendia de alcance nacional e universalista.

A partir destas experiências e da mencionada base institucional, a cooperação estrategicamente se voltou para os estados. Seu desempenho, contudo, foi considerado desigual, segundo Relatório Anual de 1978 (PPREPS,1979). Os fatores a serem considerados determinantes para um maior ou menor êxito da cooperação, em cada iniciativa, diziam respeito: ao grau de mobilização e apoio político nas várias agências dos governos estaduais envolvidos na execução dos projetos; a capacidade de produzir um arranjo institucional amplo em torno das iniciativas; e um maior ou menor grau de maturidade técnico-institucional nos setores mais diretamente ligados aos temas dos recursos humanos.

Considerações finais

É interessante notar que a matriz institucional configurada na cooperação foi negociada ao longo do próprio desenvolvimento da cooperação técnica, em um processo em que dependeu da percepção política e gerencial das lideranças do PPREPS na avaliação dos vários cenários e circunstâncias encontradas. Nesse sentido, por exemplo, as dificuldades relativas à uma maior articulação institucional entre os órgãos federais iriam requerer, como pauta futura, a montagem de novos arranjos institucionais, a mobilização de novos atores, pauta que a cooperação técnica Opas-Brasil enfrentaria a partir do início dos anos 1980.

Os chamados “propósitos invisíveis” de parte da atuação do PPREPS eram também componentes de um movimento de gradativo transbordamento dos próprios objetivos originais do programa em direção a temas como políticas globais de saúde e organização dos serviços de atenção. Sem dúvida, no período estudado, a Cooperação Técnica repercutia no contexto brasileiro as doutrinas, os princípios e as normas presentes nas formulações da OPAS, quanto ao planejamento dos serviços de saúde, às suas conexões com o processo de desenvolvimento, quanto às políticas de recursos humanos adequadas. Nesse sentido, a Cooperação Técnica era parte do aparato do desenvolvimento e do discurso técnico – tanto como ideologia, quanto como materialidade – expresso na Organização Pan-Americana da Saúde.

Por outro lado, a Cooperação Técnica era também um lugar de recepção ativa desses enunciados; do seu reprocessamento e re-enunciação à luz da experiência local dos

seus personagens. Ao operar dessa maneira, a Cooperação Técnica foi marcadamente eficaz em sua capacidade de, com significativo grau de autonomia, influir e, eventualmente, modelar as políticas nacionais e a própria constituição de espaços e redes institucionais de conformação do campo da saúde coletiva e do desenvolvimento de recursos humanos. Todavia, esta capacidade se restringiu à sua dimensão nacional, pois a experiência do PPREPS jamais foi considerada em termos de experiência para outros contextos nacionais.

A experiência de cooperação internacional, especificamente brasileira no terreno do desenvolvimento de recursos humanos, não foi, desse modo, capaz de disseminar-se em larga medida para o contexto regional latino-americano. Isto aconteceu devido a peculiaridade do processo político-institucional da saúde no contexto brasileiro, no que concerne às expectativas com relação ao papel do Estado e das políticas públicas às vésperas da voga neoliberal.

Seja como for, o caso brasileiro revela especialmente que a cooperação Opas-Brasil foi para além do universo técnico, ao conjugar às propostas de natureza técnica, proposições normativas. Ela deu, enfim, passos decisivos para o desenvolvimento de um modelo bem sucedido de cooperação horizontal, cujo resultado foi tanto uma maior institucionalidade ao tema recursos humanos no campo da saúde, como também uma contribuição para o fortalecimento das propostas organizacionais que se consagrariam no sistema de saúde brasileiro: a descentralização, a hierarquização e a universalidade da saúde.

Referências bibliográficas:

- BRONFMAN, M. & POLANCO, J.D. *La cooperacion tecnica internacional y las politicas de salud*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1. Rio de Janeiro, 2003. pp.227-241.
- CASTRO SANTOS, L.A. & FARIA, L.R. **A Reforma Sanitária no Brasil**: ecos da Primeira República. São Paulo: EDUSF, 2003.
- CUETO M. **El Valor de la Salud**: história de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 2004.
- SCOREL, S. & NASCIMENTO D.R. & EDLER, F. *As origens da reforma sanitária e do SUS*. In: Nísia Trindade Lima, et alli (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 59-81.
- SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

- GIOVANELLA, L. *As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina*. **Cadernos de Saúde Pública**, 7(1):26-44, 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004. Acesso em: 6 set. 2006.
- HERZ, M. & HOFFMANN, A.R.. **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- LABRA, M.E. **O movimento sanitário nos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil**. Dissertação de mestrado em administração. Rio de Janeiro: FGV, 1985
- LIMA, N. T. *O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões*. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 23-106.
- McNEILL, W. H. **Plagues and peoples**. Nova York: Anchor Books, 1989.
- MENDES, E.V. **O Planejamento da Saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1988. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 8).
- OPAS/BRASIL. **Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil**. [Brasília], 14/12/1973.
- OPAS/BRASIL. **Acordo Complementar ao Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil**. [Brasília], 08/08/1975a
- OPAS/BRASIL, **Termo Aditivo ao Acordo Complementar para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil**. [Brasília], 08/08/1975b.
- PIRES-ALVES, F. A. e PAIVA, C.H.A. **Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1976-1988)**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- PPREPS. **Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – OPAS/BRASIL**. Brasília: MS/MEC/OPAS, junho de 1976
- PPREPS. **Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – OPAS/BRASIL**. Relatório anual de 1978. Brasília: MS/MEC/OPAS, março de 1979.