

Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

FERNANDO A PIRES-ALVES

**COOPERAÇÃO INTERAMERICANA EM SAÚDE NA ERA DO
DESENVOLVIMENTO:
INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS
NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS (1963-1983)**

JUNHO
2011

FERNANDO A PIRES-ALVES

COOPERAÇÃO INTERAMERICANA EM SAÚDE NA ERA DO
DESENVOLVIMENTO:
INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS (1963-1983)

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Chor Maior

Rio de Janeiro

2011

FERNANDO A PIRES-ALVES

COOPERAÇÃO INTERAMERICANA EM SAÚDE NA ERA DO
DESENVOLVIMENTO:
INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA
FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS (1963-1983)

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em História
das Ciências e da Saúde da Casa de
Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito
parcial para obtenção do Grau de Doutor.
Área de Concentração: História das
Ciências.

Aprovada em 01 de julho de 2011

BANCA EXAMINADORA

Profa. Letícia Pinheiro
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Prof. Marcus Cueto
Universidade Peruana Cayetano Heredia

Prof. Marcos Chor Maio - Orientador
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Gilberto Hochman
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Luiz Antonio Teixeira
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. André Luiz Vieira de Campos
Universidade Federal Fluminense
(suplente)

Prof. Flávio Coelho Edler
Fundação Oswaldo Cruz
(suplente)

Rio de Janeiro
2011

AGRADECIMENTOS

Esta tese de doutoramento conclui um percurso que se iniciou a um pouco mais de sete anos, no primeiro semestre de 2004, quando ingressei no curso de mestrado do Programa da Pós-graduação da Casa de Oswaldo Cruz.

Comecei este caminho provocado pelos incentivos de Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman, e o percorri sempre com o seu estímulo próximo. Sou especialmente grato a ambos. Nísia, em especial, tem reiteradamente dado mostras de uma confiança talvez desmedida na minha capacidade de trabalho. Todavia, sempre espero poder corresponder.

Marcos Chor Maio me orientou desde então e foi, todo o tempo, uma presença tanto solidária, quanto instigante. Sua orientação foi sempre precisa, assim como as contribuições de Letícia Pinheiro e Gilberto Hochman quando do exame de qualificação do projeto de tese.

Carlos Henrique Assunção Paiva, meu colega do Observatório História e Saúde - Casa de Oswaldo Cruz, tem sido um profissional dedicado e um amigo, com quem compartilhei minhas reflexões e aflições. Nossos diálogos, suas leituras e comentários sobre versões desta tese foram uma ajuda inestimável. Paiva e Carlos Fidelis Ponte se responsabilizaram pelas tarefas do Observatório durante os últimos meses, me permitindo a concentração necessária para os trabalhos de redação final. Meu muito obrigado

O mesmo agradecimento pode ser feito aos meus novos colegas da Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz, que me concederam o mesmo tempo vital.

A equipe da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz, sob a chefia competente de Wanda Weltman, foi de uma solidariedade a toda prova, digna dos grandes amigos. Assim como os auxílios preciosos que me foram proporcionados por Jefferson Silva, do SGI-COC. Recebi apoio igualmente decisivo da equipe da biblioteca do Nutes-UFRJ.

Professores, colegas de curso, da Casa de Oswaldo Cruz e da Fiocruz reiteradamente me concederam manifestações de incentivo e apoio sempre muito necessárias e importantes. Agradeço todas elas, assim como todas aquelas dos amigos de coração que a vida me permitiu cultivar até aqui.

Esta tese também não teria sido de nenhum modo possível sem os depoimentos concedidos por Abel Packer, Abraham Sonis, Carlyle Guerra de Macedo, Cláudio Luís Amorim, Henri Jouval Jr., José Roberto Ferreira, Luís Carlos Galvão Lobo, Maria Alice Sigaud e Nilma Fontanive. Todos me proporcionaram conversas especialmente elucidativas durante encontros sempre agradáveis.

Por fim - e sobretudo - agradeço a presença amorosa e bem próxima de Juliana, Camila e Thaís, as toda-poderosas mulheres da minha vida. E a do Jean que, pelas mãos da Camila, de alguns anos pra cá se juntou à turma.

RESUMO

Trata-se de um estudo, em uma perspectiva histórica e comparada, das trajetórias de dois centros regionais instituídos pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas): (1) a Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), criada em 1967, em São Paulo, e (2) o Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde (Clates), instituído em 1972, no Rio de Janeiro. Juntas essas iniciativas estão referidas às ações da Opas voltadas para estabelecimento de uma infraestrutura de capacitação docente, como parte dos seus programas de ampliação e reforma do ensino médico e de formação de recursos humanos em saúde na América Latina. A criação destes centros regionais é considerada parte de um processo de expansão dos meios operacionais da organização no período de vigência das ideias e práticas do desenvolvimento, dizendo respeito às relações entre um organismo intergovernamental de saúde e os ambientes institucionais locais, como manifestações das práticas da cooperação interamericana em saúde no período.

O processo de criação, assim como o percurso histórico de cada centro em seus aspectos mais fundamentais são descritos e considerados separadamente, sendo em seguida submetidos a uma análise comparada.

Conclui-se que cada centro experimentou processos singulares de gênese e implantação e que, embora referidos a fontes comuns no que concerne às ideias sobre o desenvolvimento e às relações entre saúde e desenvolvimento, cada um reagiu, à sua maneira, às variações que essas referências globais e setoriais experimentaram no período. O comportamento institucional de cada um deles deve ser atribuído às especificidades das condições locais de implantação e a cada circunstância institucional particular.

ABSTRACT

Under a historical and comparative approach, this thesis studies the trajectory of two regional centers established by the Pan American Health Organization (PAHO): (1) the Regional Library of Medicine (Bireme), created in 1967, in São Paulo, and (2) the Latin American Center for Educational Technologies on Health (Clates), in 1972, in Rio de Janeiro. Together, these institutions are part of the PAHO's actions to expand and reform the Latin American medical education and human resource's training on health. The establishment of these regional centers is considered to be part of an expansion of the organization's operational resources, during the period of the development ideal and practice. This process is related to the interactions between an intergovernmental organization for health and the local institutional environments, as an example of the inter-American cooperation practices for health in force at that time.

The process of each center's origin and their own history are described and treated separately. Later, they are both considered by a comparative analysis.

It is concluded that the centers went through specific processes of genesis and implementation, according to their singularities. Each of these global and sectorial references reacted in its own manner to the variation of their experience in the period; although they were under common sources of ideas about the development and about the connections between health and development. Each center's institutional behavior must be considered as a result of specific local conditions of its establishment and its particular institutional circumstance.

Sumario

| | |
|---|-----|
| I. Introdução | 16 |
| II. Centros Interamericanos de Saúde na era do Desenvolvimento: elementos para uma abordagem histórico-comparativa | 36 |
| II.1 Organizações Internacionais de Saúde como Aenas de Negociação | 37 |
| II.3 O Desenvolvimento como Filosofia Pública da Cooperação Internacional | 45 |
| III. Saúde interamericana, Desenvolvimento e Recursos Humanos em Saúde: a moldura setorial da cooperação | 59 |
| III.1 A Organização de Saúde das Américas | 60 |
| III.2 - A Gestão de Hugh Smith Cumming: a Repartição Sanitária Internacional entre os anos 20 e a Segunda Guerra Mundial | 63 |
| III.3 - Fundação Rockefeller, Assistência Bilateral Norte-Americana e Fundação Kellog: atores relevantes da assistência técnica internacional em recursos humanos | 65 |
| III.4 - A Repartição Sanitária Pan-Americana no Novo Cenário da Guerra e da Paz | 70 |
| III.5 - A Gestão de Fred Soper: a organização adentra a era do desenvolvimento | 76 |
| III.6 - Horwitz, o Desenvolvimento e o Ciclo Econômico das Enfermidades | 94 |
| III.7 - Punta del Este e o Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas | 106 |
| III.8 - A Saúde e os Recursos Humanos na Primeira Década do Desenvolvimento | 114 |
| III.9 - 1972, o I Plano Decenal de Saúde | 118 |
| III.10 – Sob o signo da universalização e da atenção primária | 125 |
| IV.A Biblioteca Regional de Medicina: um centro regional para a informação científica e técnica em saúde | 129 |
| IV.1 Os Antecedentes na Organização Pan-Americana da Saúde | 129 |

| | |
|--|-----|
| IV.2 A National Library of Medicine: protagonista decisiva | 134 |
| IV.3 Um Modelo de Biblioteca Regional para a América Latina | 138 |
| IV.4. A Escolha da Sede | 143 |
| IV.5 A Criação da Bireme | 149 |
| IV.6 Ações e Projetos Fundadores | 156 |
| IV.7 Mudança de Direção: o modelo sob crítica | 170 |
| IV.8 Os Temas Críticos | 180 |
| IV.9 O Fim do Ciclo Crítico | 187 |
| IV.10 Uma Trajetória de Consolidação do Centro Regional | 201 |
| V. O Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde: modernizando a formação das profissões da saúde | 209 |
| V.1 - Antecedentes | 209 |
| V.2 - A Criação do Nutes-Clates | 231 |
| V.3 - A Fase de Instalação | 242 |
| V.4 - Os Programas e Projetos Fundadores | 248 |
| V.5 - Crise de Financiamento – crise de crescimento | 268 |
| V.6 - Em busca de uma identidade | 277 |
| V.7 - PPREPS: proximidade e conflito | 286 |
| V.8 - O fim do componente internacional | 294 |
| V.9 - Entre a singularidade e o fim da ambigüidade: uma trajetória distinta da Bireme | 305 |
| Considerações Finais | 316 |
| Referências Bibliográficas e Fontes | 325 |

LISTA DE SIGLAS

AACR2 - *Anglo-American Cataloguing Rules*, segunda edição

AAMC - *American Association of Medical Colleges*

Abem - Associação Brasileira de Escolas Médicas, depois Associação Brasileira de Educação Médica

AIS - Ações Integradas de Saúde

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

Bireme - Biblioteca Regional de Medicina ou Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

BNDE - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico

BVS-Bireme- Biblioteca Virtual de Saúde

CAI - Instrução Assistida por Computador

Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior

Carec - Centro de Epidemiologia do Caribe

CCS/UFRJ- Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro

CDC - *Center for Disease Control*

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CED - *Center for Educational Development*

Cendes - Centro de Estudios e Desarrollo Económico y Social

Cepal - Comissão Econômica para a América Latina

Cepanzo - Centro Pan-americano de Zoonoses

Cepis - Centro Pan-americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente

CIES - Conselho Interamericano Econômico e Social

Clam - Centro Latino- americano de Administração Médica

Clap - Centro de Perinatologia e Desenvolvimento Humano

Clates - Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Pesquisas

CNRH-Ipea- Centro de Nacional de Recursos Humanos, do Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Conasp - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

Cosupi - Comissão Supervisora do Plano dos Institutos

CRICS - Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde

CSP - Conferência Sanitária Pan-americana

CTPA - Centros de Pesquisa e Treinamento Avançado

CTPD - Cooperación Técnica entre Países em Desenvolvimento

DEC - *Digital Equipment Corporation*

DeCS - Descritores de Ciências da Saúde

DES-MEC - Departamento de Ensino Supletivo, do Ministério da Educação e Cultura

DMPS - Departamentos de Medicina Preventiva e Social

DNC - Departamento Nacional do Câncer- DNC

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

Eco - Centro Pan-americano de Ecologia Humana e Saúde

EPM - Escola Paulista de Medicina

Fepafem - Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas)
de Medicina

FID - *International Federation for Information and Documentation*

Finep - Financiadora de Estudos e Projetos

FMI - Fundo Monetário Internacional

Funtec - Fundo de Desenvolvimento Tecnológico, do Banco Nacional de
Desenvolvimento Econômico

GTC - Grupo Técnico Central

IANC - Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe

IBBD - Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação

Ibict - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia

IBM - International Business Machine

IDA - Integração Docente-Assistencial

IDRC - *International Development Research Centre*

IEA - Instituto de Energia Atômica

IFLA - *International Federation of Library Associations and Institutions*

IGP-DI - Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna

II PND - Plano Nacional de Desenvolvimento

IIAA - *Institute of Inter-American Affairs*

IIB – *International Institute of Bibliography*

Ilpes - Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social

IMLA - Index Medicus Latino-Americano

Inam - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

Incap - Instituto de Nutrição da América Central e Panamá

Inppaz - Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRDC - *International Development Research Centre*

ISDB - *International Standard Bibliographic Description*

Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde

MDB - Movimento Democrático Brasileiro

Meditech - *Medical Information Technology, Inc.*

Medlars - Medical Literature Analysis and Retrieval System

Medline – Medlarsonline

MeSH - *Medical Subject Headings*

MI - Ministério do Interior

MIT - *Massachusetts Institute of Technology*

MPAS - Ministério Previdência e da Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

NCE-UFRJ - Núcleo de Computação Eletrônica, da UFRJ

NERMLS - Sistema Regional da Nova Inglaterra

NIH - *National Institutes of Health*

NLM - *National Library of Medicine*

NMAF - *National Medical Audiovisual Facility*

Noei - Nova Ordem Econômica Internacional

Nutes - Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde

Nutes-Clates - Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde / Centro Latino-americano de Tecnologias Educacionais em Saúde

OCIAA - *Office of the Coordinator of Inter-American Affairs*

OEA - Organização dos Estados Americanos

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

Opas - Organização Pan Americana da Saúde

OSP - Organização Sanitária Pan-americana

Pais - Programa das Ações Integradas de Saúde

Panaftosa - Centro Pan-americano de Febre Aftosa

Pappe - Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais

PASCAP - Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá

PBDCT - Plano Básico de Desenvolvimento de Ciência e Tecnologia

PCB - Partido Comunista Brasileiro

Plades - Programa Latino Americano de Desenvolvimento Educacional em Saúde

Pnud - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Ppreps - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

RSI - Repartição Sanitária Internacional

RSP - Repartição Sanitária Pan-americana

Sate - Sistemas Avançados de Tecnologias Educacionais

Seplan - Secretaria de Planejamento da Presidência da República

Sesp - Serviço Especial de Saúde Pública

Snict - Sistema Nacional de Informação Científica e Tecnológica

Subin - Secretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional

Sudene - Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste

Unam - Universidade Nacional Autônoma do México

UnB - Universidade de Brasília

Unesco - Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura

UNI - Integração Docente-Assistencial com Participação da Comunidade

USAID - *The United States Agency for International Development*

USBE - *United States Book Exchange*

Capítulo I

Introdução

Nesta tese de doutoramento empreendo um estudo, em uma perspectiva histórica e comparada, de duas iniciativas da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Juntas, essas iniciativas estão referidas a um programa de ação que em sua origem se apresentava de forma articulada e que se destinava ao estabelecimento de uma infraestrutura de capacitação docente, em conexão aos esforços de ampliação e reforma do ensino médico e da formação de recursos humanos em saúde na América Latina a partir dos anos 1960. Essas iniciativas compreendem: (1) a criação da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), em 1967, em São Paulo, em associação com a Escola Paulista de Medicina; e (2) o estabelecimento de um Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde, o Nutes-Clates, em 1972, junto à Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A instituição desses dois centros regionais da Opas fez parte de um projeto de expansão das agências criadas pela organização e que marcou a sua trajetória institucional entre 1950 e 1975, no período de vigência das ideias e práticas do desenvolvimento na região. Trata-se, portanto, para aquele contexto temporal, de uma investigação a respeito das iniciativas inscritas nas relações entre um organismo intergovernamental de saúde e os ambientes institucionais locais, como manifestações das práticas do desenvolvimento, da assistência e cooperação interamericana em saúde, tal como vivenciadas no período em questão.

Concebida deste modo, a investigação histórica procurou comportar quatro níveis articulados de análise. Esses níveis são relativos: (1) à questão da assistência e cooperação técnica, mediadas por uma organização internacional, como parte das práticas do desenvolvimento; (2) às políticas de escopo mais geral formuladas e estabelecidas no âmbito da Opas e que realizam a articulação entre saúde e desenvolvimento no período; (3) à evolução das doutrinas, políticas e práticas na educação médica e na formação de recursos humanos em saúde, bem como a sua articulação com os componentes da informação científica e das tecnologias educacionais aplicadas à saúde, como domínios especializados; e, por fim (4) ao exame das experiências históricas concretas de cada centro regional, em sua dimensão institucional específica.

Pretende-se contribuir para o conhecimento acerca de cada um desses processos históricos singulares. Espera-se também que, por meio de uma análise comparada das duas iniciativas, das semelhanças e distinções entre cada uma delas, seja possível ampliar nossa compreensão das práticas de cooperação interamericana em saúde, nos marcos do desenvolvimento.

Para que o sentido e a razão de ser do estudo realizado se tornem imediatamente claros ao leitor, julgo oportuno apresentar desde já, ainda que de forma preliminar, as informações básicas sobre os objetivos e processos de instalação dos referidos centros regionais da Organização Pan-Americana da Saúde.

I.1 A Bireme e o Nutes-Clates: apresentando os objetos

Na segunda metade do mês de agosto de 1964, médicos de 15 países da região das Américas estiveram reunidos na cidade de Poços de Caldas, no estado de Minas Gerais. O objetivo do encontro era a realização da II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas e da IV Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, neste caso sob a liderança da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina, a Fepafem. As duas entidades encontravam-se então em seus primeiros anos de existência, tendo sido instituídas em um movimento diretamente motivado e patrocinado pela sua congênera norte-americana, a *American*

Association of Medical Colleges (AAMC), pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pela Fundação Kellogg.

Em larga medida, os debates sobre a educação médica no contexto latino-americano davam-se, então, sob a inspiração dos principais documentos programáticos que resultaram do lançamento da Aliança para o Progresso, em agosto de 1961, quando da realização da Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social, na cidade uruguaia de Punta del Este, e em especial do Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança, e das resoluções da I Reunião de Ministros da Saúde, realizada em 1963. Assim, as conferências e discussões de Poços de Caldas deram-se em torno de preocupações acerca do número, qualidade e distribuição territorial dos profissionais de saúde, sobretudo médicos, tal como requeridos para uma expansão dos serviços de atenção médica que, nos marcos do desenvolvimento, permitisse a cobertura de uma população em franco crescimento, majoritariamente agrícola, porém, em processo de acelerada urbanização.

Em sintonia com esta agenda regional, no tocante ao ensino de medicina, o temário oficial da reunião de Poços de Caldas concentrava-se na possibilidade de criar centros de aperfeiçoamento científico e docente para professores e pesquisadores e no estabelecimento de requisitos mínimos para o funcionamento de escolas de medicina (ABEM, 1965), o que manifestava a preocupação com a qualidade de um ensino médico em expansão. Adicionalmente, na pauta objetiva do encontro figuravam outras medidas promotoras de maior qualidade e capacidade docente na região. Dentre essas se incluíam a criação de um fundo destinado a financiar a publicação e distribuição de materiais didáticos aos estudantes de medicina; a organização de um centro de documentação bibliográfica e de intercâmbio de publicações; e a instituição de um centro para a produção de recursos visuais e audiovisuais para apoio às atividades de ensino.

Em um período de oito anos que sucedeu à reunião em Minas Gerais, a Organização Pan-Americana da Saúde instituiu, de fato, um programa permanente e dois centros regionais especializados cujas linhas de ação correspondiam, em larga medida, às pretensões enunciadas e debatidas naquela reunião.

Em 1966, a Conferência Sanitária Pan-Americana autorizou o desenvolvimento de um Programa de Livros-Textos de Medicina, mais tarde rebatizado Programa Ampliado de Livros-Texto, sob a sigla Paltex. Em 1970, chegou-se a um acordo de financiamento para essa iniciativa com o Banco Interamericano de Desenvolvimento com vistas ao estabelecimento de um fundo rotatório. Seu conceito básico era ser um programa destinado a prover as escolas médicas de manuais para o ensino, inicialmente das disciplinas ou ciências básicas. Pretendia-se, se necessário, a tradução e, sobretudo, a edição em espanhol e português de obras selecionadas, que seriam distribuídas às escolas médicas da região para serem adquiridas a preço de custo ou eventualmente alugadas pelos estudantes das instituições de ensino médico. O planejamento inicial envolvia a publicação de 22 manuais e a elaboração do programa foi precedida da realização de uma demorada viagem de reconhecimento, na qual os consultores da Opas visitaram 32 faculdades de medicina de dez países¹. A pesquisa no Brasil, que alcançou uma dezena de escolas médicas, ficou sob a responsabilidade de uma equipe coordenada pela Associação Brasileira de Escolas Médicas, que à época acumulava o secretariado da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina. Seguiu-se a realização de reuniões de grupos de especialistas, tendo em vista selecionar as publicações mais adequadas. Previu-se a produção de uma série de manuais a cada ano, iniciando-se com aqueles para o primeiro ano do currículo, seguindo-se os anos subsequentes e manuais correspondentes. Imaginava-se que, após esse primeiro período de investimentos, o programa seria integralmente autossustentável, a partir das receitas geradas com os pagamentos efetuados pelos estudantes. Com ampla penetração nos países de língua espanhola, o Paltex encontra-se até hoje em funcionamento, ainda que tenha sofrido alterações em seu escopo e nas formas de operação.

Em 1967, a Organização Pan-Americana da Saúde constituiu o primeiro dos centros regionais especializados anunciados na reunião de Poços de Caldas. Em março daquele ano a organização e os ministérios brasileiros da Educação e Cultura, da Saúde e a Escola Paulista de Medicina assumiram formalmente um compromisso visando à implantação, em São Paulo, da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme). Voltada para o atendimento das necessidades de informação bibliográfica na pesquisa biomédica, no

¹ Os países visitados foram, pela ordem, Venezuela, Argentina, Uruguai, Chile, Peru, Equador, Colômbia, Panamá, El Salvador e México.

ensino de medicina e da prática médica nos países da América Latina, essa biblioteca regional deveria ser um centro diretamente gerenciado pela Organização. Do seu processo de gênese, que teve início em 1963, foram partícipes diretas a *National Library of Medicine* dos Estados Unidos (NLM) e a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades de Medicina (Fepafem). À NLM caberia possibilitar acesso à sua coleção de periódicos, então a mais completa em todo o mundo, e fornecer as mais modernas tecnologias e metodologias para a recuperação da informação no terreno da biblioteconomia médica. Caberia à Fepafem promover a visibilidade e o reconhecimento institucional da iniciativa junto aos estabelecimentos de ensino médico na região, auxiliando a constituição de uma rede de faculdades e bibliotecas médicas associadas à iniciativa.

No período compreendido entre 1963 e 1982, um modelo inicial de biblioteca regional foi concebido e implementado, tendo sofrido, a partir de 1976, um processo de revisão que só se concluiu em 1980. Ao término desse ciclo havia um novo modelo de biblioteca regional orientando o desenvolvimento da Bireme. Esse novo modelo refletia, simultaneamente, transformações verificadas na agenda programática na saúde internacional nas Américas, novas abordagens conceituais no tocante ao desenvolvimento do ensino médico e da formação de recursos humanos em saúde, além de novas estratégias no terreno específico do desenvolvimento de tecnologias para o tratamento da informação científica e técnica em saúde.

Nos anos seguintes, já com a nova denominação de Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e preservando a mesma sigla, a Bireme passaria a ter indiscutível presença regional, ao instituir e consolidar um conjunto de metodologias e de novos recursos tecnológicos de computação como fundamentos para a operação da sua Base de Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (Lilacs) e para a liderança de uma vasta rede de bibliotecas colaboradoras. Nos anos 1990, sob o signo de uma nova transformação tecnológica, agora a emergência da *World Wide Web* (www), a rede mundial de computadores, a Bireme passou a orientar-se por uma estratégia dirigida à constituição da Biblioteca Virtual de Saúde. No contexto desta estratégia, mediante projetos como o Scielo, a biblioteca de periódicos em texto eletrônico completo, também inicialmente brasileira; da Rede SCienti, uma rede internacional para fontes de informação para a gestão de ciência e tecnologia que

integrada, além da América Latina, países da península ibérica e da África de língua portuguesa; da iniciativa ePORTUGUÊSe, voltada para a acessibilidade da literatura científica em língua portuguesa, a Bireme adentra o século XXI com respeitável capacitação técnica e tecnológica, extravasa os limites regionais de seu mandato original e abarca a informação e a comunicação científica em campos disciplinares bem mais amplos e diversos do que aqueles estritamente referidos à saúde. Nos dias de hoje, operando ainda como um centro regional da Organização Pan-Americana da Saúde, a Bireme é uma referência indiscutível quando se trata de pensar a informação científica e tecnológica nessa região do planeta².

A efetiva implementação da terceira iniciativa preconizada na reunião de Poços de Caldas, de 1964, referente à criação de um centro regional simultaneamente dedicado à produção de material instrucional na forma dos então denominados *multimeios* e ao desenvolvimento de atividades de capacitação pedagógica dos docentes, teria de esperar um pouco mais. Somente em 1972, associando-se a uma iniciativa em gestação, de início no Instituto de Biofísica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Opas instituiria o Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde.

De fato, a iniciativa de implantar um programa voltado à introdução de recursos instrucionais audiovisuais, agora combinando-os aos experimentos de autoinstrução assistida por computador teve início no Instituto de Biofísica da UFRJ, no ano de 1972. Àquela altura, a Reforma Universitária havia unificado os cursos de ciências básicas para o conjunto das faculdades das profissões de saúde. Assim, o Instituto de Biofísica enfrentava a tarefa de ensinar até 1000 (mil) alunos anualmente. A resposta a esse desafio foi procurar apoio na instrução intensivamente assistida pelas novas tecnologias de computação e comunicação que então se tornavam crescentemente disponíveis, mesmo que mediante o dispêndio de recursos consideráveis.

Um projeto inicial, que contou com apoio financeiro do Centro Nacional de Recursos Humanos, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CNRH-Ipea), foi elaborado no âmbito do Instituto de Biofísica, apresentado ao seu diretor, Carlos Chagas Filho, e por este submetido naquele mesmo ano ao Colegiado do Centro de Ciências da

² Como se verá, o Capítulo V será dedicado a apresentar e discutir em detalhe a gênese e desenvolvimento da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme).

Saúde (CCS-UFRJ)³ e à Reitoria. Desse exame resultou a decisão de que a iniciativa deveria consolidar-se em todo o CCS, já que este enfrentava problemas análogos ao do Instituto de Biofísica, por ter de ministrar cursos unificados de biofísica, bioquímica, fisiologia, anatomia e histologia para alunos de medicina, farmácia, odontologia, enfermagem, nutrição e educação física. Assim, propunha-se a constituição de um Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde, como órgão suplementar, integrado à estrutura do Centro de Ciências da Saúde.

Ao tomar conhecimento da existência da iniciativa brasileira, ainda no seu nascedouro, a Organização Pan-Americana da Saúde, por meio do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da sua sede em Washington – D.C., sugeriu a constituição simultânea de um Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais. A Organização pretendia, deste modo, estabelecer um centro regional que fosse capaz de promover a introdução de novas abordagens, técnicas e recursos pedagógicos aptos a ampliar, com qualidade, as capacidades docentes das instituições formadoras dos profissionais de saúde em âmbito latino-americano, apoiando-se na iniciativa da universidade. Para tanto, ela apoiou e fortaleceu a mobilização de recursos institucionais e financeiros que estava então em andamento.

Esta convergência de interesses e expectativas culminou, na prática, em 1972, na instituição simultânea do Nutes-Clates, como organização ambivalente, como núcleo integrado à estrutura da UFRJ e dedicado ao aperfeiçoamento da capacidade docente do seu Centro de Ciências da Saúde e, ao mesmo tempo, um centro latino-americano vinculado a Opas e às suas diretrizes para o desenvolvimento de recursos humanos na região.

Seus objetivos, tal como originalmente formulados, incluíam a elaboração e desenvolvimento de cursos voltados para o preparo pedagógico e treinamento no uso de novas tecnologias, entre as quais expressamente os computadores; de projetos de cursos, com ênfase em componentes comportamentais na aprendizagem; da autoinstrução, da instrução programada e da avaliação formativa; de programas em multi-meios e

³ O CCS-UFRJ foi criado formalmente em 1966, pela Reforma Universitária e implantado em 1969 como Centro de Ciências Médicas. Não foi possível precisar em que momento sua denominação foi alterada para Centro de Ciências da Saúde. Um manuscrito de 1977 registra indistintamente as duas denominações, o que sugere uma alteração recente (JOUVAL JR et al., 1977) Utilizei a denominação atual.

modelos de simulação de eventos biológicos, clínicos e epidemiológicos; de *softwares* voltados para o ensino; de propostas curriculares inovadoras, e pesquisa no tocante ao processo de ensino-aprendizagem.

Ao contrário do sucedido com a Bireme, até os dias de hoje um centro ligado à Opas, aquela dupla vinculação do Nutes-Clates teve vida efêmera. Em 1983, dez anos transcorridos desde a sua fundação, extinguiu-se o componente internacional da iniciativa, após uma avaliação do projeto promovida pelo escritório central da OPAS.

Os resultados e êxitos do empreendimento não foram, todavia, desprezíveis, inclusive no seu componente internacional. Em resposta a um item programático do Plano Decenal de Saúde para as Américas, 1972-1981, que, em parte, também justificava estrategicamente a instituição do Clates, o centro chegou a implantar, com apoio direto da Fundação Kellogg, uma rede de dez subcentros de tecnologia educacional em enfermagem em instituições de ensino na América Latina⁴. Até 1983, o Nutes-Clates ofereceu cursos de curta duração para algo como 5.700 (cinco mil e setecentos) alunos provenientes da UFRJ, de instituições brasileiras e de vários países latino-americanos, um número que decresceu severamente, tão logo cessou a sua vinculação à Opas. Pode-se antecipar também, aqui, que sua programação incluía, em finais da década, prestar apoio à criação de 12 (doze) núcleos de pesquisa educacional nos países latino-americanos, entre os quais constavam, além do Brasil, México, Honduras, Costa Rica, Nicarágua, República Dominicana, Bolívia, Paraguai e Equador. As áreas de atenção desses núcleos incluiriam: a didática do ensino superior; o desenvolvimento de formas de ensino modularizado; técnicas e meios de avaliação educacional; o uso de computadores e simulações em educação; além de atividades de planejamento educacional. Deste modo, vale assinalar, entre as estratégias do Nutes-Clates incluía-se a de promover a constituição, na América Latina, de uma área de pesquisa e tecnologias educacionais orientadas à saúde. Todavia, esta pauta abrangente para a América Latina e o desenvolvimento de atividades com um alcance regional

⁴ Foram instituídos subcentros nos seguintes países e respectivas instituições: Brasil, Escola de Enfermagem Ana Nery; Equador, Universidade Central do Equador; Chile, Universidade do Chile; Venezuela, Escola Nacional de Enfermagem; Costa Rica, Universidade da Costa Rica; México, Escola de Enfermagem de Nova Leon, Monterrey; Colômbia, Universidade del Vale; Brasil, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; Brasil, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; Peru, Escola de Enfermagem de San Marcos (NUTES, 1992).

expressivo, foram, como indicado anteriormente, descontinuados em 1983, numa decisão cujos sentidos e conseqüências permanecem pouco conhecidos.

Esta tese de doutoramento tem por objetivo comparar a história da gênese e desenvolvimento dos dois centros regionais da Organização Pan-Americana da Saúde, a Bireme e o Nutes-Clates, até aqui sumariamente descritos, no período compreendido entre os anos de 1963 e 1983. Essas duas décadas correspondem ao percurso entre a enunciação original, na Conferência da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina, de um programa articulado de modernização da infraestrutura docente do ensino de medicina, e a cessação, por um lado, do componente internacional do projeto do Nutes-Clates e, por outro, o fim da primeira fase de desenvolvimento institucional da Bireme, como biblioteca regional de medicina para a América Latina e Caribe.

Cada uma das duas trajetórias institucionais, isoladamente, já mereceria a realização de estudos históricos dedicados à sua gênese e desenvolvimento. A Bireme, por um lado, praticamente inaugura o campo da informação científica e tecnológica em saúde no Brasil, pelo menos segundo os parâmetros de abrangência e base método-tecnológica então recentemente introduzidos nos países onde a gestão de ciência & tecnologia e, portanto, do conhecimento científico registrado sob a forma de publicações periódicas, tornou-se parte das preocupações estratégicas e das funções do Estado. O uso generalizado que hoje fazemos de recursos como os disponíveis em Scielo, a biblioteca on-line de periódico científicos mantida pela Bireme – para citar um só exemplo –, é uma boa medida de como tratar da história desse centro é tratar de parte significativa da história de como hoje, no plano prático e cotidiano, se desenvolve a atividade de pesquisa e se compartilha o conhecimento produzido.

A histórica inicial do Nutes-Clates pode ser considerada de forma semelhante. Ela trata da introdução e da institucionalização de um domínio de saberes e técnicas devotados ao ensino e aprendizagem em saúde, o que incluía a pretensão de introduzir em determinadas regiões do continente, de modo profissional e generalizado, sob a forma de recursos instrucionais, uma sucessão de novas mídias de comunicação audiovisual e no momento mesmo em que elas se difundiam no nosso ambiente social e, portanto, também nos ambientes e práticas educacionais. A introdução desses novos

meios implica considerar a presença de diferentes e múltiplas imagens e sons – e de discursos – no espaço docente tradicional. Eram cartelas ilustradas, coleções de *slides*, o *slide-show* sonorizado, o vídeo-educativo. Por outro lado, implicava também a possibilidade de que um único enunciado pudesse, pela via da teleeducação, atingir um público potencialmente incomensurável, por meio da distribuição de programas nos circuitos internos de tevê e nas redes de televisão educativa, então em processo implantação.

Entre os novos recursos instrucionais se incluía também o computador e, por meio dele, as práticas educativas “assistidas por computador” no campo do ensino médico e das profissões de saúde. Se tivermos em mente o tanto que se produziu e polemizou e as expectativas – ora frustradas, ora ainda vigentes – no domínio das relações entre tecnologias da informação e educação, individualizada ou de massa, creio que se torna clara a relevância de um estudo histórico da gênese desse tipo de prática no campo da saúde.

Ainda mais reveladores das duas experiências, assim como da sua relevância, são os aspectos que elas têm em comum. Ambos os processos aqui estudados ocorreram em um período áureo do *Desenvolvimento* compreendido como um sistema de crenças, um conjunto de representações amplamente difundido, uma moldura de possibilidades cognitivas e um domínio de ações materiais no terreno da assistência/cooperação internacional. A partir do final da Segunda Guerra Mundial, o *desenvolvimento* passou a definir os termos pelos quais se dariam as relações entre sociedades capitalistas centrais e o mundo periférico, e a se expressar no terreno da política, da cultura, da economia, da ciência & tecnologia e das políticas sociais⁵. O período em questão também experimenta, a partir da década de 1970, o início da crise do desenvolvimento, marcada por uma dupla inflexão: o começo da década deu lugar à primeira crise do petróleo e aos movimentos por uma Nova Ordem Econômica Internacional, que incluíram a crítica à ideia de “assistência” técnica e a preconização das relações de “cooperação”, inclusive entre países em desenvolvimento, tidas por mais horizontais. No final da década de 1970 e no início da seguinte, o segundo choque do petróleo e a crise da dívida decretam

⁵ O capítulo II da tese de doutoramento tratará de questões de ordem teórica e dos aspectos contextuais relevantes para a compreensão e análise dos processos históricos a serem estudados. Assim, estas questões são apenas pontuadas nesta introdução, sendo retomadas mais adiante.

o fim da capacidade de endividamento dos Estados nacionais e impões restrições às atividades de cooperação e desenvolvimento.

Inscritos nesse contexto mais geral, a Bireme e o Nutes-Clates foram parte da estrutura de um organismo intergovernamental da saúde, sendo que no primeiro caso esta condição foi preservada até os dias de hoje. Organizações internacionais e, entre elas, organizações intergovernamentais de tipo funcional ou setorial⁶ – como Unesco, FAO, OMS e Opas, entre outras –, em grande parte produziram, pela transformação do pensamento em ação, muito das próprias condições necessárias para a ocorrência do desenvolvimento como movimento global. Em associação com outras agências, foram instâncias poderosas na produção de saberes e normas, assim como de formas de intervenção no mundo. Proporcionaram, portanto, os conhecimentos, métodos, técnicas e tecnologias, organizações e outros atores sociais que tanto concorreram, como foram em larga medida constituídos, para a resolução do que seriam os problemas do subdesenvolvimento, do mesmo modo que para a própria consolidação deste campo de práticas sociais. Assim, estruturas operacionais, como a Bireme e o Nutes-Clates, eram em sua especificidade, nos seus domínios especializados de atuação, meios institucionais do desenvolvimento como fenômeno maior.

Como centros regionais, a Bireme e o Nutes-Clates eram parte dos meios operacionais da Opas. Sua criação e funcionamento, portanto, estão referidos às políticas regionais da Organização nesse período, em especial no que concerne à educação médica, à formação de recursos humanos e, em relação com estas, aos temas da gestão da informação científica, de uma pedagogia médica ou das profissões de saúde e das tecnologias educacionais em saúde. No que diz respeito a esses domínios específicos de atuação, vale salientar que as décadas de 1950, 1960 e 1970 são especialmente significativas. Elas experimentaram a emergência e crescimento da educação e pedagogia médicas e, depois, do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, como domínios especializados; verificaram, em termos gerais, uma expansão acelerada da prestação de serviços públicos de saúde, com impactos significativos no tocante à demanda por recursos humanos e à sua qualificação; e testemunharam,

⁶ Para uma classificação das organizações internacionais ver Herz & Hoffmann, 2004, especialmente o capítulo I. As siglas se referem, pela ordem, à Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, à Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura, à Organização Mundial de Saúde, além da Opas.

também, o desenvolvimento e as primeiras aplicações de soluções radicalmente inovadoras baseadas na computação eletrônica de dados em vários contextos, entre estes a informação científica e a educação. E todas essas dimensões estão entretecidas na história dos dois centros regionais da Opas que são objeto desta análise comparativa.

No que concerne à introdução de aparatos tecnológicos, a gênese e os primeiros anos da Bireme e do Nutes-Clates realizam a introdução inovadora de recursos tecnológicos de desenvolvimento então muitíssimo recentes, o que implicou uma contribuição particular e significativa no processo de constituição no país dos próprios campos da informação científica e técnica em saúde e das tecnologias educacionais.

No caso da Bireme, ela significou a introdução no Brasil e na América Latina de *Medlars*, sigla correspondente a *Medical Literature Analysis and Retrieval System*. Lançado em 1964, pela *National Library of Medicine*, o sistema permitiu a essa instituição dar início ao primeiro recurso em larga escala de recuperação de informação disponível ao público em geral e, no campo médico, trata-se da primeira implementação efetiva da recuperação automatizada da informação bibliográfica. A partir de 1972, uma nova versão da tecnologia recebeu a denominação *Medline*, uma sigla para “*Medlars on line*”. Era uma base de dados bibliográficos desenhada especificamente para consultas à distância em terminais conectados ou “em linha”, e se tornaria o modo por excelência de difusão de *Medlars* para as bibliotecas regionais e os parceiros internacionais da NLM.

A história da Bireme em seus primeiros anos foi, em larga medida, a da recepção dessa tecnologia como parte do seu projeto institucional. Foi uma história de recepção que abarcou, inclusive, um processo de reconfiguração das estratégias institucionais no tocante a tecnologias da informação e de qualificação tecnológica da instituição, quando a estrita observância do pacote previsto no projeto original da Bireme se mostrou inadequada para um efetivo papel de centro de documentação orientado para o que seriam as necessidades da informação científica e tecnológica em saúde na América Latina.

No caso do Nutes-Clates, seu desenvolvimento institucional implicou a introdução de *Mumps*, sigla que designa o *Massachusetts General Hospital Utility Multi-Programming System*. Criado em 1969, o *Mumps* era uma combinação de

linguagem e sistema operacional eficaz para a utilização de computadores de porte variável e possibilidade de acesso para vários terminais remotos. Desenvolvido por um laboratório de tecnologias do próprio hospital de Massachusetts, a partir de recursos proporcionados pelo governo dos Estados Unidos, o Mumps era uma tecnologia de domínio público. A partir desta base tecnológica, o Nutes-Clates mobilizou consultorias internacionais, entre estas a Faculdade de Medicina da Universidade de Ohio, para o desenvolvimento de sistemas de avaliação formativa automatizada.

Para além dos recursos de computação eletrônica, o Nutes-Clates também constituiu aparatosos laboratórios e desenvolveu a sua capacitação técnica para a produção de recursos instrucionais nas mais variadas mídias, de modo eventualmente inovador. Esses meios incluíam a combinação de materiais impressos, fílmicos e videográficos; a projeção de imagens fotográficas; o uso de manequins, da televisão educativa e de tinta invisível em questionários dinâmicos, e outras possibilidades proporcionadas por novas tecnologias e pela atualização do uso pedagógico de outras não tão recentes.

Deste modo, a criação da Bireme e do Nutes-Clates e os percursos das duas iniciativas ao longo das décadas de 1960 e 1970 são, nos marcos mais gerais dos anos áureos do *desenvolvimento*, expressão das práticas de cooperação internacional em saúde, tal como eram então conduzidas pela organização intergovernamental de saúde das Américas, à luz das recomendações mais gerais no tocante às políticas de saúde para a região, no terreno da educação médica e da formação de recursos humanos em saúde e na especificidade da informação científica e das tecnologias educacionais em saúde. Em seus domínios específicos de atuação, a constiuição da Bireme e do Nutes-Clates também implicaram a adoção de modelos institucionais exógenos e sua adaptação aos contextos brasileiro e latino-americano, e/ou a introdução de recursos tecnológicos, metodologias e práticas de trabalho com forte componente de inovação – características que se podem dizer típicas das ações de cooperação técnica internacional nos marcos do desenvolvimento. Deste modo, estamos convencidos de que uma análise histórica e comparativa das duas iniciativas pode lançar luz sobre processos desta natureza, no contexto em que se realizaram, contribuindo para a compreensão dos processos de cooperação internacional em saúde.

Este trabalho é composto de cinco capítulos. Este primeiro, correspondendo à introdução, compreende uma rápida descrição da gênese da Bireme e do Nutes-Clates, do contexto de criação e do processo de desenvolvimento desses organismos no período em questão. Nesse capítulo serão também apresentados os objetivos do estudo, seu sentido e relevância, a estrutura da obra, e os principais conjuntos de fontes utilizados.

No capítulo II, busco definir e discutir os níveis de análise requeridos para a melhor compreensão histórica dos meus objetos de investigação, considerados como meios operacionais de uma política regional para a educação médica e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, empreendida por uma organização interamericana de saúde no contexto do *desenvolvimento*, na segunda metade do século XX. Segue-se uma discussão sobre *o desenvolvimento* como filosofia pública e referência global no que concerne às ideias e aos valores gerais que conferem sentido às ações de assistência e cooperação internacional no período estudado.

No capítulo III pretende-se discutir como esses valores gerais e as doutrinas setoriais da saúde articulam-se na relação entre saúde e desenvolvimento, assim como as linhas gerais que definiriam uma moldura normativa para as políticas de saúde, em especial para a cooperação interamericana e em saúde. Essas conexões são preferencialmente exploradas a partir do que seria um terceiro nível da narrativa e da análise histórica que se pretende: a da emergência de conhecimentos especializados no domínio da educação médica e do desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Considerando-se o papel especialmente relevante desempenhado pela Opas neste particular, são explicitados os principais debates doutrinários, assim como os papéis conferidos em cada estratégia para a chamada infraestrutura docente e para os processos de capacitação de professores. São objetivos do capítulo, portanto, atender, por um lado, à necessidade de identificar e articular o processo de constituição de uma moldura normativa para as políticas regionais de saúde; a sua manifestação especializada no terreno da educação médica e dos recursos humanos em saúde; e, de outro lado, estabelecer conexões entre estas e a proposição, instituição e desenvolvimento dos dois centros regionais da Opas, inclusive no que tange ao desempenho das suas funções especializadas.

A gênese e o desenvolvimento da Bireme entre 1967 e 1982 são discutidos no capítulo IV. Nele, explicitam-se os arranjos institucionais e as fontes de competência especializada mobilizadas na sua criação, assim como o modelo de instituição adotado e as tensões decorrentes do seu processo de implantação. Será descrita a transição verificada no modelo original, no decorrer de meados da década de 1970; a consolidação de uma nova agenda para o projeto institucional nos primeiros anos 1980; assim como as iniciativas que permitiriam a sua viabilização concreta ao longo da década. O capítulo compreende, deste modo, uma nova visita aos resultados da minha dissertação de mestrado, intitulada *A biblioteca da saúde das Américas: a Bireme e a informação em ciências da saúde (1967-1982)* (PIRES-ALVES, 2005)⁷.

O capítulo V aborda a história do Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde, dando conta da origem remota e parcial da sua proposição, em meados na década de 1960; da reconfiguração da proposta em novos termos, no início da década de 1970; e do seu desenvolvimento até a extinção do seu componente internacional, em 1983. São discutidas as bases institucionais e de competência conceitual e método-tecnológicas mobilizadas na modelagem e desenvolvimento da iniciativa; as tentativas da sua difusão no contexto latino-americano; as possíveis tensões experimentadas pelo modelo de instituição adotado; a crise do componente internacional; e o seu possível legado para o componente brasileiro existente até os dias de hoje. Na seção final do capítulo, ao mesmo tempo em que sumário o desenvolvimento histórico da iniciativa, eu o comparo com aquele experimentado pela Bireme no mesmo período. Assim, a trajetória do Nutes-Clates é examinada também à luz das questões suscitadas por aquela do seu congêneres.

Nas Considerações Finais, retomo os percursos comparados dos dois centros regionais examinados, são retomadas as semelhanças e diferenças entre ambos e são explicitados os processos de modelagem de cada projeto, sua pertinência aos valores gerais e à agenda programática setorial e a presença e papel do componente tecnológico. Concluo com comentários acerca das implicações da análise realizada para a melhor compreensão das ações de cooperação técnica internacional em saúde, na era do desenvolvimento.

⁷ A historiografia publicada sobre a Bireme é composta por SILVA et al. (2006) e PIREs-ALVES (2008). O capítulo expande e é construído em diálogo com as contribuições desses trabalhos.

Em larga medida, o conjunto de questões de ordem contextual que serão objeto de minha atenção nos capítulos II e III pode ser adequadamente abordado recorrendo-se, sobretudo, à literatura secundária. No capítulo III, foram mobilizadas fontes primárias de modo complementar. Vale, entretanto, indicar que documentos de política da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e de outros órgãos e instâncias das Nações Unidas, entre estes a Unesco e o Conselho Econômico e Social, por exemplo, foram elementos valiosos no desenho de um quadro contextual mais preciso. Da mesma forma, os documentos de entidades como a Associação Brasileira de Educação Médica. Assim, no estabelecimento das molduras contextuais nas quais se encontram inscritos os objetos estudados, ainda que a literatura secundária permitisse determinar a maior parte dos elementos centrais, a documentação primária foi decisiva para definir aqueles traços mais próximos do contexto imediato, especialmente significativo em suas implicações analíticas, uma vez que ajuda a conferir sentido aos processos históricos concretos a serem examinados.

Neste trabalho, foram três os principais conjuntos de fontes documentais primárias mobilizados – e em parte constituídos –, definidos segundo a sua tipologia: documentos de arquivo, literatura científica periódica e depoimentos orais.

Entre os principais grupos de documentos de arquivo inclui-se a documentação oficial da Organização Pan-Americana da Saúde, da Bireme e do Nutes-Clates. São também documentos deste tipo os relatórios e anais da Associação Brasileira de Escolas Médicas (Abem) e da Federação Latino-Americana de Faculdades e Escolas Médicas (Fepafem). A Organização Pan-Americana da Saúde mantém em sua sede em Washington, junto a sua biblioteca central, um acervo oficial da organização. Este reúne, principalmente, os documentos produzidos e acumulados em razão do funcionamento dos corpos diretivos da organização. Essas instâncias são: (1) a Conferência Sanitária Pan-Americana, estatutariamente a autoridade suprema de governo da organização, convocada a cada cinco anos; (2) o Conselho Diretor, que se reúne uma vez por ano, à exceção dos anos em que se realiza a Conferência; (3) e o Comitê Executivo. Integram também este fundo documental os registros da Repartição Sanitária Pan-Americana, seu escritório operacional em Washington, assim como de vários grupos de trabalho e comitês, alguns de caráter permanente. A maior parte desse acervo documental se encontra disponível em versão eletrônica a partir da Biblioteca

Virtual de Saúde, conduzida pela Bireme. O gabinete do diretor da Bireme reúne um precioso conjunto de documentos entre os quais se incluem relatórios, programas e projetos de trabalho, documentos de programação financeira, diagnósticos de situação, além de outros materiais. Uma investigação do Centro de História e Filosofia da Ciência – Unifesp sobre a história da criação da Bireme me proporcionou acesso a inventários de fontes, relatórios de pesquisa e transcrições de depoimentos especialmente úteis (CEHFI, 2002).

A biblioteca do Núcleo de Tecnologias Educacionais da Universidade Federal do Rio de Janeiro dispõe de uma coleção virtualmente completa dos relatórios de atividades da instituição durante o período em que como Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde, era parte dos meios operacionais da Opas. Esses relatórios foram uma das fontes primárias fundamentais. A mesma biblioteca dispõe, ainda, de uma vasta coleção de documentos avulsos que reúne cópias de artigos, originais datilografados, comunicações, projetos e relatórios, entre os quais se incluem aqueles produzidos pela equipe do Nutes-Clates no meu período de interesse. Vários itens dessa rica coleção foram examinados para dar conta da tarefa de construir uma narrativa sobre o trajeto histórico do projeto institucional do Nutes-Clates.

Quanto à literatura científica periódica, dois títulos foram especialmente importantes para os nossos propósitos: o *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana e Educación Médica y Salud*. Ambas as publicações foram editadas pela Organização Pan-Americana da Saúde e hoje já não mais existem. Ambas estão também disponíveis em texto completo a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Bireme). O *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, em seus primeiros anos sob o título *Boletín Panamericano de Sanidad*, foi, entre 1922 e 1997, o órgão oficial por excelência da Opas. Nesse último ano é continuado pela *Revista Panamericana de Salud Pública*. No período que interessa a esta pesquisa, o *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* revelou-se uma fonte fundamental, tanto para traçar uma visão mais panorâmica da saúde interamericana, quanto para identificar aspectos particulares das políticas específicas da Opas no terreno da educação médica e dos recursos humanos em saúde.

Por seu turno, *Educación Médica y Salud* foi criada em 1966 e encerrada em 1995. A criação desta publicação é não só sincrônica, como parte mesmo dos

investimentos institucionais da Opas na constituição de uma agenda modernizadora da educação médica na região das Américas a partir de meados da década de 1960. *Educación Médica y Salud* foi, assim, porta-voz de uma incipiente e emergente comunidade de especialistas nos temas dos recursos humanos em saúde. Foi parte do movimento que termina por constituir uma área especializada na Opas sob a denominação de Desenvolvimento de Recursos Humanos, inicialmente sob a liderança de Ramón Villarreal e Jorge Andrade, nas décadas de 1950 e 1960, e depois, no decênio seguinte, de José Roberto Ferreira. Pelo exame de artigos selecionados de *Educación Médica y Salud* foi possível observar os contextos político-institucional, conceitual e programático no qual emergem as propostas de constituição da Bireme e do Nutes-Clates, assim como seu desenvolvimento posterior.

Os processos históricos que examinamos têm início nos primeiros anos de 1960. Há meio século, portanto. Muitos dos componentes da primeira geração de protagonistas já não se encontram entre nós. É o caso de Amador Neghme, presidente da Fepafem e primeiro diretor da Bireme, de Carlos Chagas Filho e Paulo de Góes, importantes na história da UFRJ, do Instituto de Biofísica e do Nutes-Clates. Também é o caso de Jorge Andrade e Juan Cesar Garcia, fundadores do campo dos recursos humanos como área especializada da Opas, assim como de Jorge Galperín, o último diretor do Clates. Vários personagens, todavia, ainda estão entre nós, e para o desenvolvimento do trabalho foi possível colher os seguintes testemunhos orais, em ordem alfabética dos depoentes:

- (i) Abel Packer – diretor da Bireme entre 1999 e 2010. Foi membro da equipe de desenvolvimento de sistemas de informação a partir de 1986. Reside em São Paulo;
- (ii) Abraham Sonis – médico sanitário argentino, militante nas áreas de administração de saúde e educação médica. Foi o segundo diretor da Bireme, entre 1976 e 1982. Reside em Buenos Aires, Argentina;
- (iii) Carlyle Guerra de Macedo – Médico, dedicado à área de planejamento em saúde, é funcionário internacional da Opas desde 1969. Coordenou iniciativas no âmbito do desenvolvimento de recursos humanos e da

organização e serviços e saúde no Brasil. Dirigiu a Opas entre a 1983 e 1995. Reside em Brasília;

- (iv) Cláudio Luís Amorim - analista de sistemas, foi o primeiro coordenador do Setor de Computação do Nutes-Clates. Reside no Rio de Janeiro;
- (v) Henri Jouval Jr. - médico, foi vice-diretor do Nutes-Clates na vigência do componente internacional. Foi protagonista fundamental no processo de formulação e implantação do centro. Reside no Rio de Janeiro;
- (vi) José Roberto Ferreira - médico, funcionário da Opas em Washington desde 1968, foi coordenador da área de desenvolvimento de recursos humanos da Opas entre meados dos anos 1970 e o final da década de 1990, teve sob sua responsabilidade os programas institucionais aos quais estiveram vinculadas a gestão tanto da Bireme quanto do Nutes-Clates. Nesse período foi também o editor de *Educación Médica y Salud*. Atuou junto à Abem e a Fepafem no início dos anos 1960. Reside no Rio de Janeiro;
- (vii) Luís Carlos Galvão Lobo – médico, biofísico, da equipe de Carlos Chagas Filho, foi o primeiro diretor do Nutes-Clates e figura fundamental na sua gênese e desenvolvimento nos primeiros anos. Reside no Rio de Janeiro;
- (viii) Maria Alice Sigaud – terceira diretora do Nutes, no período entre 1991 e 1994. Foi componente da equipe do Setor de Treinamento Docente desde o início do seu funcionamento. Reside no Rio de Janeiro;
- (ix) Nilma Fontanive - Educadora, fez parte da equipe fundadora do Nutes-Clates e coordenou o seu setor de Treinamento Docente. Foi diretora do Clates entre 1982 e 1990. Reside no Rio de Janeiro;

Outros depoimentos, já recolhidos por projetos de pesquisa desenvolvidos na Casa de Oswaldo Cruz, ou com a participação de seus pesquisadores, também foram consultados. Carlos Chagas Filho, já falecido, nos deixou um depoimento oral. Vários dos personagens ainda vivos também já tiveram seus depoimentos orais registrados. São eles: Clementino Fraga Filho, Henri Jouval Junior e José Roberto Ferreira (ver

Referências Bibliográficas e Fontes). Embora tais depoimentos tenham sido concedidos em diferentes contextos de pesquisa, muitas das suas passagens são pertinentes aos nossos propósitos. Outros depoimentos também utilizados foram colhidos no âmbito do projeto desenvolvido no CEHFI-UNIFESP.

Capítulo II

Centros Interamericanos de Saúde na era do Desenvolvimento: elementos para uma abordagem histórico-comparativa

Neste trabalho pretende-se descrever e realizar uma análise comparativa de dois processos históricos, pertinentes à política da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no terreno da educação médica e da formação de recursos humanos em saúde em geral, transcorridos, sobretudo, nas décadas de 60 e 70. Tais processos culminaram na instituição e funcionamento de meios operacionais concretos da organização, no Brasil, mediante a instalação de dois centros regionais, com base na mobilização de recursos políticos, institucionais, humanos, financeiros e meios técnico-científicos de várias origens. Assim, este trabalho diz respeito à operação de uma política regional em educação médica e recursos humanos em saúde, no período em questão, conduzida por uma organização intergovernamental específica, observada, sobretudo, a partir da singularidade de dois empreendimentos em particular.

Dado este objetivo, parece oportuno tornar explícitos os aspectos centrais da abordagem que orienta a investigação histórica, a análise proposta e organiza, em vários sentidos, a narrativa.

II.1 Organizações internacionais de saúde como arenas de negociação

Organizações intergovernamentais tais como a Opa são entendidas, neste trabalho, simultaneamente, como atores e arenas de negociação. Como atores, elas são capazes de produzir realidades, seja pelo funcionamento dos seus meios operacionais diretos, seja pela produção e disseminação de valores e normas. Isso significa, ainda, que essas organizações também operam segundo visões de mundo e interesses próprios das suas burocracias, não sendo passíveis, portanto, de serem consideradas apenas como um lugar que reverbera, arranja e acomoda sentidos e interesses de origem externa à sua própria configuração e trajetória institucional (MAIO et al., 2010).

Segundo Martha Finnemore (1995), foi dessa forma que, por exemplo, nas décadas de 60 e 70, a Unesco, em resposta a interesses e expectativas originados na órbita do seu Departamento de Ciências Naturais, foi capaz de promover a instituição, sob a forma de conselhos nacionais de pesquisa, de burocracias nacionais dedicadas ao desenvolvimento científico e tecnológico, em quase uma centena de países, em vários dos quais este tipo de atividade seria virtualmente inexistente. Em casos, portanto, onde iniciativas dessa ordem dificilmente poderiam ser debitadas a motivações de caráter estritamente realista por parte de cada um desses Estados. Segundo a autora, ao serem examinados alguns casos-limite, seria possível demonstrar que, em dadas situações, organizações intergovernamentais poderiam funcionar com amplas faixas de liberdade no que concerne aos interesses dos estados nacionais, podendo ainda introduzir agendas essencialmente motivadas pelos interesses das lideranças políticas das organizações e das suas burocracias técnicas internas. Seus argumentos indicam, todavia, que, também nas situações normais, as lideranças políticas e técnicas são atores muitas vezes protagonistas, quando se trata da definição das agendas de trabalho e das orientações doutrinárias e de trabalho (FINNEMORE, 1995).

Com base no que foi exposto, pode-se afirmar que as organizações internacionais são também arenas, já que perspectivas e interesses das mais variadas origens, seja de natureza estatal, infra estatal ou extra estatal, manifestam-se e competem entre si em suas várias instâncias. Da mesma forma, os eventuais interesses de suas burocracias internas também se manifestam nesse mesmo ambiente

concorrencial, requerendo, portanto, a adoção de estratégias de convencimento e legitimação (MAIO et al., 2010).

Na dupla condição de ator relevante e arena de negociação, uma organização intergovernamental pode ser observada, pelo menos em parte, à semelhança de um Estado Nacional, quando se trata de examinar os processos pelos quais se formulam e se implementam as políticas públicas. Consideradas as premissas até aqui explicitadas, essa possibilidade é especialmente possível caso se considerem as análises que, em ciência política, procuram atribuir - ou reatribuir - protagonismo ao papel do Estado enquanto ator social ⁸.

Em artigo voltado para as relações entre as ideias, a política e as políticas sociais norte-americanas dirigidas às questões do emprego no período compreendido entre o *New Deal* e a gestão Reagan, Margareth Weir (1992) assinala que o processo de elaboração de uma política social, assim como a sua implementação, em um dado contexto institucional, envolve uma certa combinação entre uma filosofia pública, ideias programáticas e meios administrativos. Por filosofia pública, a autora compreende os enunciados que, no plano dos símbolos e da retórica, dizem respeito a valores e princípios de ordem geral. Dizem respeito aos fundamentos morais ou éticos, ao sentido e à legitimidade de uma dada iniciativa. Ideias programáticas, por sua vez, são aquelas mais diretamente afeitas à ação prática. Envolve a elaboração de uma agenda e a prescrição de modos e meios de atuação, constituindo o ambiente por excelência da fala autorizada dos especialistas. Os meios administrativos constituiriam, por seu turno, os recursos institucionais de natureza operacional a serem mobilizados na implementação da política ⁹.

Desse modo, a proposição de uma determinada política será tanto mais viável ou passível de êxito à medida que demonstre pertinência às formas vigentes de compreensão da sociedade e aos princípios e expectativas dominantes acerca do que seria o seu melhor funcionamento; capacidade de apresentar formas concretas de ação, consideradas como viáveis; e condições de mobilizar os meios operacionais necessários

⁸ Para uma revisão crítica da literatura sobre o papel do Estado como ator social, tal como as que resultam das análises neomarxistas, do institucionalismo histórico, da análise setorial e na abordagem do *state in society*, ver Eduardo Marques (1997).

⁹ A descrição e utilização das proposições de Weir feitas por Fonseca (2007) me foram muito úteis.

à sua implementação. Assim, uma proposição de política teria melhor perspectiva de sucesso quanto melhor ou mais densas fossem as relações entre aqueles três elementos. Na ausência de alguns deles, ou na sua ocorrência de modo difuso ou inadequado, uma proposição de política seria, na mesma medida, frágil ou mesmo inexecutável.

As abordagens da análise setorial, tal como apresentadas por Eduardo Marques (1997), sugerem um enquadramento similar. Nessa perspectiva, uma política pública diz respeito a uma representação do setor especializado ao qual a política é pertinente e, simultaneamente, a um conjunto de normas, organizações, formas de conhecimento, aos meios técnicos de intervenção no mundo e aos recursos de poder que possibilitam a sua implementação. Assim, para uma compreensão da política seria preciso articular a dimensão da representação ao terreno das práticas, em domínios específicos onde se articulam dimensões profissionais e administrativas.

Para tanto, esse tipo de abordagem considera como ‘chaves de análise’ três elementos, a saber: a relação global / setorial, os referenciais de setor e os mediadores da política. A dimensão global diz respeito a um conjunto de valores e normas acerca da sociedade, aos projetos sociais de escopo mais amplo e, portanto, aos modelos culturais dominantes. Os referenciais de setor são também da ordem dos valores e das normas, mas agora àquelas pertinentes à especificidade do setor em questão. Dizem respeito aos valores compartilhados pelo(s) grupo(s) profissional(ais) envolvido(s) diretamente na própria configuração do setor. Por mediação, por sua vez, entende-se a produção de conexões entre aqueles dois níveis, a partir da perspectiva setorial. O grupo profissional, com funções intelectuais, combina as duas dimensões anteriores para a produção de um projeto sociocultural e, com base neste, de uma moldura normativa setorial (MARQUES, 1997). A viabilidade de os projetos corporativos tornarem-se hegemônicos, realizando-se, portanto, como políticas, tal como no institucionalismo histórico de Weir, dependeria, assim, da sua aderência ao referencial global.

As duas abordagens sugerem, portanto, que o estudo da formulação e implementação de políticas públicas possa ser empreendido com base em uma arquitetura de níveis analíticos na qual se articula o nível mais geral das representações; aquele das formulações de nível intermediário ou setorial, no qual assumem maior importância os aspectos de ordem programática; e, por fim, os aspectos pertinentes à

implementação propriamente dita da política, nos quais ressaltam os aspectos de ordem operacional. Em ambas as proposições destaca-se que esses níveis são distinções válidas apenas para fins de análise. Na vida real, eles não se realizariam de forma autônoma e sim de modo combinado, prevalecendo a indefinição de limites entre cada nível e a sobreposição de suas fronteiras.

As duas abordagens são formuladas para tratar da emergência de políticas públicas no contexto de Estados nacionais. Elas dizem respeito, portanto, às condições de gênese da inovação em políticas públicas e dos seus desdobramentos, segundo a movimentação dos atores sociais, nos marcos das trajetórias institucionais presentes em determinada formação social ou Estado-nação. Acreditamos, todavia, que a adoção de uma moldura analítica similar pode ser especialmente útil para orientar uma investigação histórica acerca do surgimento e implementação de uma política e da implantação de seus meios operacionais, por parte de uma organização internacional de tipo funcional, nos moldes da Organização Pan-americana de Saúde.

Esta combinação da análise de elementos pertinentes ao âmbito valorativo mais geral, referido a princípios e valores, de um lado, e de componentes pertinentes ao domínio dos conhecimentos e das técnicas especializadas, me sugerem assinalar que organizações internacionais de tipo funcional são ambientes especialmente propícios à constituição e institucionalização de comunidades epistêmicas, no sentido assumido por Peter Hass (1992). Neste caso elas operariam como redes baseadas em conhecimentos, articulando relações de causa e efeito no tocante a problemas complexos; auxiliando Estados Nacionais na identificação dos seus interesses; estabelecendo os termos do debate coletivo e propondo políticas, entre outras funções. Conforme progride o processo de consolidação burocrática deste tipo de comunidade em agências nacionais específicas ou em organismos internacionais, torna-se igualmente crescente a sua capacidade de estabelecer tanto a agenda em debate, quanto os termos da negociação (HASS, 1992).

Esta linha de análise nos permite admitir que as comunidades epistêmicas podem desdobrar-se em subcomunidades superespecializadas, seja porque a agenda se torna crescentemente complexa, seja porque as burocracias recortam novas áreas de poder especializado. No entanto, é necessário ainda assinalar que, se o processo de

produção de referenciais setoriais especializados tem nas organizações internacionais um espaço privilegiado, ele pode também por seu meio influir sobre os próprios conteúdos valorativos que conformam os referenciais globais ou uma filosofia pública. Sua capacidade de protagonismo, portanto, na definição de políticas em áreas especializadas, não é de modo algum desprezível. Tampouco pode ser considerada como de passividade a sua relação com enunciados no terreno dos valores e das normas de cunho geral.

A política no domínio da educação médica e da formação de recursos humanos em saúde, empreendida pela Opas no período compreendido entre as décadas de 60 e 70, e que suscitou a instituição da Bireme e do Nutes-Clates, foi presidida por uma filosofia pública ou referencial global: o ‘desenvolvimento’. Considerado seja como sistema de crenças, seja como moldura cognitiva e como domínio da ação prática, e nesse sentido, da legitimação de uma agenda dos chamados problemas do subdesenvolvimento, o desenvolvimento definiu, a partir de finais da Segunda Guerra Mundial, os termos pelos quais se estabeleceram as relações entre os chamados países desenvolvidos e aqueles tidos como pertencentes às regiões atrasadas. O desenvolvimento compreendeu, também, como parte dessa mesma arquitetura, os modos de realização das atividades de assistência e cooperação técnica internacional, para as quais as organizações intergovernamentais desempenharam papel determinante como um dos seus meios privilegiados de realização.

No contexto do desenvolvimento, organizações como a OMS e, no nosso caso, a Opas, operando como mediadores setoriais, produziram as conexões entre desenvolvimento e saúde, e, por essa via, os projetos setoriais para a saúde de alcance global ou regional. Esses projetos, expressos nos documentos programáticos das organizações no período, realizavam a transição entre filosofia pública e ideias programáticas, entre referenciais globais e estratégias setoriais, conferindo orientação para as ações setoriais concretas, inclusive no domínio específico da educação médica e dos recursos humanos em saúde.

No entanto, a configuração doutrinária do desenvolvimento variou durante o período histórico aqui abordado. Se as décadas de 50 e 60 podem ser, grosso modo, caracterizadas como aquelas que assinalam o auge do desenvolvimento, de maior

otimismo diante das possibilidades redentoras das transferências de recursos, conhecimentos e tecnologias, a década de 70 pode ser definida como de emergência da crise do desenvolvimento, nos marcos do que se convencionou chamar da crise da hegemonia norte-americana. Dessa última, são marcos relevantes, a derrota norte-americana no Vietnã, o rompimento dos acordos de Breton Woods, a primeira crise do petróleo, e o movimento dos países não alinhados por uma nova ordem econômica internacional. Neste percurso, alteraram-se os discursos acerca do desenvolvimento e da sua agenda, e essas modificações refletiram-se também na configuração das pautas setoriais da saúde. Como se buscará demonstrar, ao longo do trabalho, essas inflexões nas ideias acerca do desenvolvimento e das relações entre saúde e desenvolvimento implicaram modificações relevantes no ambiente institucional em que se encontravam inscritos os dois processos históricos que serão examinados, com implicações para a configuração de cada projeto institucional e dos seus desdobramentos.

A próxima seção deste capítulo será dedicada a uma apresentação do conceito de desenvolvimento tal como adotado para a abordagem do objeto deste estudo. No capítulo seguinte, serão discutidas, no âmbito da Opas e da cooperação interamericana em saúde, as relações entre saúde e desenvolvimento. Dessa forma, são explicitados os aspectos mais importantes tanto da filosofia pública, quanto dos referenciais setoriais, em sua expressão mais ampla, que presidem as experiências históricas concretas da Bireme e do Nutes-Clates, no período em questão.

Antes de empreender essa tarefa, todavia, é importante apresentar aqui os elementos que completam a abordagem histórico-comparativa.

A filosofia pública do desenvolvimento e o marco referencial setorial representado pelas relações entre desenvolvimento e saúde, tal como então compartilhados pelos atores presentes na cena, não determinam o conteúdo da política, tampouco a sua forma concreta de implementação ou os recursos e os meios mobilizados para tanto. Filosofias públicas e referenciais que articulam as relações global-setorial apenas limitam as possibilidades concretas de enunciação tanto dos problemas considerados relevantes, quanto dos meios para sua solução tidos como legítimos.

A forma pela qual determinada iniciativa se configura de fato, considerada esta moldura mais geral, depende de uma combinação de experiências institucionais concretas que dizem respeito às trajetórias institucionais do setor ou setores envolvidos na formulação da iniciativa e/ou mobilizados para sua implementação. Neste caso particular, isso implica dizer que será preciso considerar, como um segundo nível de referenciais setoriais institucionais, a evolução, no período em pauta, das doutrinas, políticas e práticas do ensino médico e da formação de recursos humanos em saúde, assim como a sua combinação com os componentes da informação científica e das tecnologias educacionais aplicadas à saúde.

A constituição e funcionamento da Bireme e do Nutes-Clates são, como já indicado, processos nos quais os aspectos técnicos e tecnológicos desempenham papel decisivo. Assim, para completar os referenciais que configuram a sua cultura institucional genética, será preciso considerar também, no tocante à Bireme, a biblioteconomia médica norte-americana, ancorada na *National Library of Medicine* (NLM), cujos desenvolvimentos a partir de meados do século XX produziram os meios conceituais, metodológicos e tecnológicos que tornaram possível a constituição de sistemas internacionais de informação científica em medicina e saúde.

No tocante ao Nutes-Clates, constituiu-se como referência o surgimento nos Estados Unidos, desde a década de 50, da pedagogia médica como ramo especializado do movimento de reforma do ensino médico naquele país. Os seus desenvolvimentos em instituições como a *Western Reserve University* e as faculdades de medicina e educação da Universidade de Ohio constituíam então um domínio conceitual e de tecnologias educacionais voltadas para o ensino de medicina e das profissões da saúde.

Como será visto no capítulo IV, foi o formato institucional da *National Library of Medicine* que serviu de modelo ao projeto da Bireme, e a história da instalação desse centro foi, em larga medida, também a história da recepção desse modelo e das suas bases tecnológicas sob a forma de sistemas computacionais de recuperação automatizada de informações bibliográficas. No capítulo V, por seu turno, será possível observar que a conceituação do projeto do Nutes-Clates e a sua agenda de trabalho inicial mobilizaram, em várias circunstâncias, a competência dessas instituições norte-americanas, ainda que ele não tenha assumido nenhum modelo institucional a ser

perseguido ou mesmo alguma fonte unitária de autoridade conceitual ou técnica. As condições institucionais objetivas de gênese e desenvolvimento do projeto do Nutes-Clates, ao contrário do ocorrido com a Bireme, permitiram-lhe operar desde o início com considerável margem de independência conceitual e programática e de estabelecer uma agenda tecnológica autônoma.

Os comentários anteriores consideraram que cada centro regional estudado experimentou a sua ecologia institucional particular no que tange ao seu processo de gênese e à sua implantação propriamente dita. Ambos os processos são referidos a fontes comuns no que concerne à filosofia pública do desenvolvimento; aos referenciais setoriais produzidos pelas representações sobre as relações entre saúde e desenvolvimento; e ao percurso dos movimentos de reforma da educação médica e de desenvolvimentos dos recursos humanos em saúde. Todavia, cada um reagiu, à sua maneira, às variações que essas referências globais e setoriais experimentaram no período, e o seu comportamento institucional concreto deve ser atribuído às particularidades das condições locais de implantação, e a cada circunstância institucional particular.

As organizações internacionais são arenas de negociação não apenas no que se refere às suas grandes assembleias ou ao funcionamento das suas demais instâncias deliberativas. Elas o são também no que tange ao funcionamento do seu corpo diretor central e aos departamentos técnicos especializados que operam em sua sede. São também arenas as suas agências e programas especializados de campo. Tanto nessas últimas instâncias, nas quais se realizam as ações especializadas, quanto naquelas instâncias centrais de decisão, mediadores e operadores concretos estão em permanente interação com vistas à atualização das representações vigentes, à introdução de inovações, à eleição de estilos e modos concretos de intervenção na realidade, e ao funcionamento concreto das ações de campo. Esses atores concretos, ao interagirem, estão permanentemente mobilizando suas tradições e trajetórias institucionais como experiências humanas dinâmicas.

Os objetos deste estudo são, em sua singularidade, testemunho das formas objetivas de operação no campo de uma organização interamericana da saúde nos anos do desenvolvimento. Sua instalação e funcionamento resultam de arranjos institucionais

para os quais concorrem as representações acerca da sua pertinência quanto aos referenciais globais e setoriais, as tradições e recursos institucionais efetivamente mobilizados, as condições locais objetivas, assim como as capacidades e personalidades individuais dos personagens envolvidos no empreendimento. É como esse tipo de ambiente de contato, considerado em sua experiência histórica concreta, à luz das referências de valor e dos projetos setoriais do seu tempo, que a Bireme e o Nutes-Clates foram abordados neste trabalho.

II.2 - O desenvolvimento como filosofia pública da cooperação internacional

O propósito, nesta seção, é introduzir uma discussão sobre o desenvolvimento, tal como concebido e praticado a partir de finais da Segunda Guerra Mundial, como conjunto a um só tempo articulado e dinâmico de crenças, valores, normas gerais, formas de conhecimento, prescrições de ordem prática e intervenções na realidade, que definiram os termos das relações entre os países considerados desenvolvidos e aqueles que, a partir de então, passavam a conformar o chamado terceiro mundo.

Esta discussão se justifica porque, por seu intermédio, será possível indicar de que maneira o desenvolvimento pode ser mobilizado, na condição de filosofia pública ou referencial global, para auxiliar a compreensão acerca da gênese e trajetórias históricas da Bireme e do Nutes-Clates, na condição de manifestações das políticas empreendidas pela Organização Pan-Americana da Saúde no percurso das décadas de 60 e 70.

Optou-se por escolher uma determinada linhagem de formulações acerca do desenvolvimento, entre várias outras possíveis. Assim, não se trata, aqui, de abordar as grandes linhas teóricas que configuram a volumosa produção da chamada economia do desenvolvimento, seja na sua tradição neoclássica e keynesiana, seja nas formulações de corte estruturalista e heterodoxo elaboradas de uma perspectiva latino-americana ou terceiro-mundista (LOVE, 1998). Essas concepções serão convocadas, ainda que ligeiramente, no decorrer do terceiro capítulo, quando tentar-se-á estabelecer as formas pelas quais o pensamento sobre saúde, formulado a partir da Opas, buscará estabelecer as suas conexões setoriais com o pensamento desenvolvimentista.

Para se operar com o conceito de filosofia pública, as formulações recentes no campo da antropologia do desenvolvimento parecem ser as mais adequadas. Nestas, o desenvolvimento é tratado como uma construção social, firmemente ancorada na tradição cultural do mundo ocidental. Posto nesses termos, o desenvolvimento comporta elementos de transcendência, ao referir-se à antiguidade e à modernidade, e, portanto, a uma experiência coletiva de longo curso no ocidente e dos seus encontros coloniais; de permanência, ao projetar sobre a sua contemporaneidade essa herança de conhecimentos e práticas, atualizando-a sob a forma do desenvolvimento do pós-Segunda Guerra; de capilaridade e profundidade, na medida da sua presença espacialmente generalizada e ubíqua, uma vez que se fez presente nos mais variados domínios da vida social; de historicidade, ao comportar as suas diversas variações doutrinárias ao longo da segunda metade do século XX; e mesmo de contingência, ao admitir-se que os encontros do desenvolvimento, quando observados em sua singularidade, são também arenas de negociação, ainda que quase sempre desiguais quanto à distribuição dos poderes que nelas se manifestam.

Dois autores e dois trabalhos em particular, representativos dessa linha de estudos antropológicos, parecem especialmente adequados para as pretensões deste estudo.

O primeiro deles é Arturo Escobar e o seu *Encountering Development: the making and unmaking of the third world*, de 1995¹⁰. Escobar é um antropólogo colombiano, radicado nos Estados Unidos, onde leciona na *University of North Carolina at Chapel Hill* e desenvolve pesquisas nas áreas de antropologia do desenvolvimento, de movimentos sociais colombianos, latino-americanos e antiglobalização, entre outras agendas. Segundo os argumentos presentes na obra mencionada, o imediato pós-Segunda Guerra testemunhou a emergência de um modo peculiar de se conceber e realizar as relações entre sociedades e povos. Trata-se do ‘desenvolvimento’, um regime de representações e um domínio de intervenção na realidade, que pretendia, mediante um modo de conhecer, de introdução de capitais e da adoção de técnicas de vários tipos, empreender uma transformação radical das

¹⁰ Para efeito de citação, foi adotada a edição em espanhol para a América Latina, pelo Grupo Editorial Norma, em 1998, sob o título *La Invención del Tercer Mundo: construcción e desconstrucción del desarrollo*.

sociedades tidas por mais empobrecidas e atrasadas, segundo os padrões vigentes nas formações sociais mais ricas do mundo euro-americano, moldando-as à feição de um ocidente moderno que avançava em seu movimento de mundialização. Assim, o desenvolvimento tanto se constitui, quanto se expressa, por meio de seus ‘aparatos do desenvolvimento’, um conjunto de conhecimentos, métodos, técnicas, tecnologias, assim como por meio dos arranjos sociais que os viabilizam. Tais aparatos, e sobretudo as conexões entre eles, tanto concorrem, e são mesmo constituídos, para o atendimento de necessidades e para a resolução dos problemas da relação subdesenvolvimento/desenvolvimento, quanto contribuem para a própria definição dessa arena ou domínio de práticas sociais (ESCOBAR, 1998).

As organizações internacionais de tipo funcional como a Unesco, a Fao, a OMS e a Opas, entre outras, assim como organismos de assistência econômica e financeira como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), não só se engajaram nesse movimento, como em grande parte produziram, também pela transformação do pensamento em ação, muitas das próprias condições necessárias para a sua ocorrência. Portador de uma generalizada confiança na ciência e tecnologia e nos métodos de planejamento, o desenvolvimento revestiu-se de neutralidade ao mesmo tempo que prescrevia intervenções ubíquas, sistemáticas, integradas e abrangentes, territorialmente disseminadas que perpassavam os mais recônditos espaços da vida social. Assim, pretendeu-se em larga medida multi-setorial e baseado em formas de colaboração entre instituições e países, o que reitera a importância dos organismos internacionais e da cooperação técnica como parte de suas agências e práticas. Em sentido estrito, o desenvolvimento seria o lugar por excelência de presença, realização e sentido dessas mesmas organizações. Concebido dessa maneira, o desenvolvimento estabeleceu o mais amplo escopo para “colonizar” e “normalizar o mundo” (ESCOBAR, 1998, p. 56-99; 107-111).

Sob inspiração da obra de Foucault e de outros críticos da modernidade, Escobar considera que o desenvolvimento como regime discursivo dominante delimita as possibilidades de conhecimento. É nesse sentido que se configura como uma moldura cognitiva. Nesse quadro, o terceiro mundo é uma invenção que determina os países-objeto do desenvolvimento. Escobar em certa medida sugere que o desenvolvimento possa ser parte e forma avançada, mutante, da modernidade, com poderosas implicações

sobre o pensamento antropológico, à semelhança da relevância que as práticas coloniais representaram para o próprio surgimento da disciplina. Parte da antropologia do desenvolvimento, tal como proposta por Escobar, seria uma tomada de consciência dessa inscrição da antropologia do pós-Segunda Guerra, como parte das tecnologias de conhecimento e ação, ou seja, como um dos próprios aparatos do desenvolvimento.

O pensamento de Escobar atribui uma indiscutível direcionalidade à concepção e operação do desenvolvimento como modo de conceber e intervir no mundo. Sua emergência, sua constelação de meios de conhecimento e formas de intervenção respondiam, àquela altura, segundo o autor, à necessidade de renovar as formas de dominação norte-sul, no contexto de um sistema internacional em processo de acelerada transformação. Tais mudanças realizavam-se de modo crítico, dadas as circunstâncias do término do conflito mundial de 1939-45, uma conjuntura caracterizada pela destruição econômica da Europa ocidental, pelo subsequente dismantelamento dos seus impérios coloniais, pelo estabelecimento de uma nova hegemonia dos Estados Unidos da América no mundo ocidental, pela consolidação da União Soviética como potência concorrente e pela emergência da guerra fria como *modus convivendi* entre estas duas últimas. Nesse novo cenário, o desenvolvimento era parte das estratégias, que originadas nos EUA como centro do sistema internacional eram orientadas para a contenção geopolítica de um temido avanço das posições socialistas. Buscava promover, pela via da transferência de capitais e da assistência técnica, a imagem de um futuro possível, de maior equilíbrio na distribuição da riqueza entre as nações e de uma melhoria constante e permanente nos níveis de vida de populações até então vitimadas pelo atraso. Para tanto, seria preciso submeter estas últimas a toda sorte de intervenções modernizadoras, nos mais diversos âmbitos da vida coletiva. Essas intervenções, por seu turno, obedeceriam a uma estrita racionalidade econômica, o que resultaria em uma certa “economização” da vida social em suas mais diversas expressões, uma racionalidade que implicava uma necessidade imperativa de se estabelecer conexões entre – para citar apenas um dos diversos âmbitos possíveis - saúde, adoecimento e produtividade do trabalho.

Seria injusto, porém, creditar a Escobar a enunciação de apenas uma dura ou absoluta unidirecionalidade dos aparatos do desenvolvimento e do funcionamento real do seu regime de discurso e representação. Com relação ao pensamento da Comissão

Econômica para a América Latina - Cepal e a autores de inspiração marxista como Samir Amim, Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto, por exemplo, Escobar assinala que se tratavam de enunciados que tencionaram o pensamento dominante em vários aspectos importantes, entre os quais a teoria do comércio internacional. Foi ainda explícito ao considerar a economia da dependência, na companhia da pedagogia do oprimido, da teologia da libertação e da crítica ao colonialismo intelectual, como componentes de uma crítica ao desenvolvimento dos anos 60 e 70, que teria “influído positivamente a crítica pós-modernista dos anos 80 e 90” (ESCOBAR, 1998, p. 22-23). Parece importante destacar que, para Escobar, o desenvolvimento define, em uma larga extensão de tempo, as formas possíveis de compreensão do mundo, os modos e meios preferenciais de intervenção na realidade, pelos quais seriam considerados os problemas da pobreza e do subdesenvolvimento e das relações entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

Mas como essas formulações podem auxiliar o estudo das iniciativas da Opas que compõem o nosso objeto de investigação?

Escobar, por certo, define um macroambiente no qual essas iniciativas estão inscritas. Assim, seu trabalho, bem arquitetado e portador de uma erudição invejável quanto ao seu tema específico, ajuda a tecer o pano de fundo, no tocante a valores e normas e a um certo imaginário; de vigência ampla, útil para um enquadramento contextual dos meus objetos. Mais do que isso, assim concebido, como domínio no qual se articulam valores, recursos de conhecimento e práticas concretas de intervenção, o conceito de desenvolvimento mostra-se especialmente capaz de articular os níveis de análise que se pretende abordar neste estudo.

Um dos problemas, todavia, é que Escobar, ainda que assinale a possibilidade de emergência de proposições alternativas ao desenvolvimento, como todo estudo alinhado àqueles que valorizam os processos de ‘disciplinarização’ do mundo e de ‘colonização’ da realidade, tende a conferir um sentido e direção imanentes a todo processo singular inserido nesse contexto. Adotando-se sua perspectiva, corre-se sempre o risco de atribuir um componente de vontade sistêmica à proposição e funcionamento de iniciativas concretas, no sentido da dominação. Trata-se de um risco a ser evitado.

Um segundo autor a ser considerado é Gilbert Rist, e a obra a ser convocada aqui é o seu *The History of Development: from Western Origins to Global Faith*, de 1997, com uma edição revista e ampliada em 2002¹¹. Gilbert Rist, suíço de nascimento, é hoje professor do *Institut Universitaire d'Etudes du Développement*, em Genebra. Suas concepções acerca do desenvolvimento têm vários pontos em comum com os argumentos de Escobar. Entre estes, um diagnóstico definitivamente negativo dos resultados alcançados pelos empreendimentos desenvolvimentistas e uma motivação no sentido de, ao fim e ao cabo, estabelecer uma agenda e um programa pós-desenvolvimentista. Ambos compartilham uma compreensão igualmente abrangente do desenvolvimento como fenômeno cultural. Porém, ao tratar o desenvolvimento como um sistema de crenças, ou como elemento de uma “religião da modernidade”, Rist amplia, por assim dizer, a extensão temporal do desenvolvimento, identificando suas origens às concepções ocidentais mais longevas acerca de evolução, progresso e história. Portanto, segundo as formulações desse autor, o desenvolvimento, embora ‘inventado’ no pós-Segunda Guerra, seria parte de um processo mais extenso no tempo, mantendo referências ora de continuidade ora de ruptura em relação ao aristotelismo, ao pensamento agostiniano, e ao pensamento moderno. Tais referências dizem respeito à secularização da vida e afirmação das possibilidades humanas de conhecimento e transformação, que culminariam no estabelecimento de uma ideia de uma capacidade de crescimento permanente da produção humana, de um “progresso infinito”, como um processo tanto natural, quanto necessário e positivamente valorado (RIST, 2002, p. 43-46). Inscrito nessa trajetória, o desenvolvimento manteria elos essenciais quanto ao iluminismo, à Revolução Industrial e à instituição de um sistema mundial quando da instituição dos impérios neocoloniais no século XIX, bem como com as experiências de assistência internacional colocadas em curso pela Liga das Nações no período posterior à Primeira Guerra Mundial.

Para reiterar essas conexões, pode ser útil citar a definição que Rist propõe para desenvolvimento:

“Development’ consists of a set of practices, appearing to conflict with one another, which require - for the reproduction of society - the

¹¹ Uma versão reduzida de seus principais argumentos podem ser encontrados em Rist (2006)

general transformation and destruction of the natural environment and of social relations. Its aim is to increase the production of commodities (goods and services) geared, by way of exchange, to effective demand” (RIST, 2002, p.13)

Assim, para esse autor, por um lado, a expressão concreta do desenvolvimento se confunde como o próprio processo de produção de mercadorias no modo de produção capitalista e do seu impacto sobre o ambiente e as relações humanas. Por outro, está longe de se restringir às relações entre países centrais e os territórios periféricos ao sistema, dizendo tanto ou mais respeito ao funcionamento de toda e qualquer formação social capturada pela sua dinâmica.

Todavia, como sistema de crenças, o desenvolvimento não se completa apenas com essa sua expressão concreta, real. Para tanto, é preciso também acionar os enunciados relativos ao que se ‘acredita’ que ele seja. Assim, nos seus próprios termos, o desenvolvimento “*appears to be a belief and a series of practices which form a single whole in spite of contradictions between them*”. E continua: “*the belief is no less real than the practices, because they are indissolubly linked to each other*” (RIST, 2002, p. 24).

Segundo a sua perspectiva, o desenvolvimento que se ‘inventa’, ou se reinventa, no final da Segunda Guerra Mundial, e que tem como marco fundador a inclusão do chamado “Ponto IV” na agenda estratégica anunciada pelo presidente dos Estados Unidos, em janeiro de 1949, introduz uma inovação fundamental: a ideia de continuidade proposta no binômio subdesenvolvimento/desenvolvimento. Assim, a noção de descontinuidade e ruptura presente nas oposições entre termos como metrópole/colônia, dependência/independência e tradicional/moderno, entre outros binômios das representações coloniais e pré-desenvolvimentistas, foi substituída por uma ideia de pertencimento, de destino comum e continuidade histórica a todos aqueles envolvidos na experiência planetária do desenvolvimento. Esse movimento seria responsável por uma atualização da problemática norte-sul, agora posta em novos termos (RIST, 2002).

Na segunda metade do século XX, essa continuidade histórica comportará em seu interior uma sucessão de períodos, definidos segundo os enunciados presentes em documentos de referência que Rist elege como representativos do percurso desenvolvimentista. Essa sucessão de fases será importante para o presente trabalho. Ao admitir sucessivas atualizações das crenças e das práticas do desenvolvimento ao longo do tempo, a narrativa histórica do desenvolvimento que Rist realiza permitirá examinar a pertinência segundo cada enunciado, ou os ajustes experimentados, pelas formulações programáticas setoriais e pelas ações de cooperação técnica concretas da saúde interamericana no decorrer das décadas de 60, 70 e 80.

Para Rist, a década de 50, que se segue imediatamente ao anúncio do Ponto IV, caracteriza-se por ser um período de “incubação” do desenvolvimento. Por um lado, ela teria proporcionado a instalação e primeiros movimentos das agências internacionais do desenvolvimento como partes determinantes dos seus meios de realização e, por outro lado, teria sido dominada por uma conceituação estritamente econômica do desenvolvimento, aferido quase que estritamente pelos impactos do crescimento na composição do produto interno bruto de cada país (RIST, 2002, p. 89).

Os anos 60 iniciaram-se com o anúncio da Década das Nações Unidas para o Desenvolvimento, em 1962, reiterando pronunciamentos na mesma direção realizados por John Kennedy em setembro do ano anterior. Uma das suas principais inovações teria sido a introdução, ainda que tímida, de enunciados de menor reducionismo econômico. Isso implicou adicionar apelos relativos à importância do ‘fator humano’, da mobilização dos ‘recursos humanos’ e de temas como educação e saúde. De qualquer modo, a década teria sido palco de uma completa montagem do desenvolvimento, dos seus aparatos, se quisermos introduzir aqui a expressão cunhada por Escobar (RIST, 2002, p. 90-92).

Rist não faz nenhuma menção à Aliança para o Progresso, lançada por John Kennedy, em 13 de março de 1961, precedendo, portanto, as exortações do presidente norte-americano no sentido de uma década das Nações Unidas. Mas vale a pena referi-la neste ponto. Na cerimônia de lançamento do programa, Kennedy assim se pronunciou para uma plateia formada por congressistas norte-americanos e os corpos diplomáticos dos países da América Latina e Caribe:

“Never in the long history of our hemisphere has this dream been nearer to fulfillment, and never has it been in greater danger. The genius of our scientists has given us the tools to bring abundance to our land, strength to our industry, and knowledge to our people. For the first time we have the capacity to strike off the remaining bonds of poverty and ignorance -- to free our people for the spiritual and intellectual fulfillment which has always been the goal of our civilization. Yet at this very moment of maximum opportunity, we confront the same forces which have imperiled America throughout its history -- the alien forces which once again seek to impose the despotisms of the Old World on the people of the New”
(KENNEDY, 1961).

Uma vez finalizado, o discurso foi imediatamente transmitido pela Voz da América para todo o continente em versões para o espanhol, português e francês, além, naturalmente, da fala original em inglês. A regionalização do programa, entretanto, teve por marco a sua aprovação quando da realização, em agosto de 1961, na cidade uruguaia de Punta del Este, da Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social, uma instância de assessoramento da OEA. Ao seu término, os países da região - com a exceção de Cuba – firmaram a Carta de Punta del Este e as suas duas resoluções anexas que estabeleciam para as áreas de educação e saúde pública os Planos Decenais da Aliança para o Progresso.

Trata-se, portanto, de um evento especialmente importante para os objetivos deste trabalho. Ele será retomado quando forem discutidas mais diretamente as relações entre saúde e desenvolvimento. O que é importante assinalar, por ora, é que a Aliança explicitava, em âmbito interamericano, sob a forma de uma política hemisférica, a gradativa emergência das políticas sociais para a superfície mais visível da agenda internacional. Assim, alimentação e nutrição, habitação, educação e saúde, entre outras temáticas de cunho social, passaram a ganhar enunciados crescentemente destacados nos planos e programas regionais de desenvolvimento, todos afirmando um papel de

centralidade para o conhecimento e as tecnologias e os mecanismos para a sua transferência (CUETO, 2007; OEA, 1961).

Retornando aos argumentos de Rist, a década teria assistido ainda à emergência das mais profícuas teorias do desenvolvimento. De modo esquemático, elas podem ser exemplificadas aqui por duas proposições polares. De um lado, o evolucionismo desenvolvimentista de Walt Rostow, e, de outro, a Teoria da Dependência.

No primeiro caso, tratar-se-ia de uma teoria que atualizaria as práticas correntes pela reiteração da combinação de crescimento contínuo e ajuda internacional rumo a uma sociedade mundial de consumo de massa como destino comum. No segundo caso, seria uma formulação de intelectuais ‘do Sul’, construída em contraponto às proposições de Rostow, cuja ênfase se localizava na natureza desigual das trocas internacionais e na permanente deterioração dos seus termos em detrimento das nações exportadoras de matérias-primas. Segundo estas análises, o desenvolvimento proporcionou, ao fim e ao cabo, no melhor dos cenários, processos que resultaram em ‘desenvolvimento na dependência’ e na permanência das condições de disparidade entre as nações do centro e do mundo periférico (RIST, 2006, p. 109-110).

Para além dessas duas proposições clássicas, Rist indica ainda outras formulações alternativas. Dentre estas, confere especial destaque às proposições orientadas pela noção de autossuficiência, baseadas em práticas tradicionais, tal como a experiência liderada por Julius Nyerere na Tanzânia. Tal ênfase justifica-se porque as formulações conservantistas quanto às práticas sociais e ao impacto ambiental constituem parte importante das proposições pós-desenvolvimentistas com as quais Rist conclui o seu volume (RIST, 2002). Contudo, não vem ao caso avançar aqui no detalhamento dessas formulações.

O que importa destacar é que ao longo dos anos 70, que se inaugura com o lançamento da Segunda Década das Nações Unidas para o Desenvolvimento, um conjunto de formulações alternativas seriam mobilizadas e atualizadas nos marcos de um duplo movimento: de um lado, um importante ciclo de demandas terceiro-mundistas, cujo ponto culminante foi o lançamento, em 1974, da Declaração das Nações Unidas pelo Estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Internacional; de outro, a ‘abordagem das necessidades básicas’, formulada e promovida, a partir de 1972, pela

presidência do Banco Mundial, quando da gestão do norte-americano Robert MacNamara (RIST, 2002, p. 143 e 162-163).

A década iniciou-se em um ambiente que parece indicar um firme fortalecimento das posições à esquerda do espectro político e dos países do terceiro mundo em geral, no âmbito do que seria uma crise geral do capitalismo e da hegemonia norte-americana. Os eventos indicativos dessa tendência foram vários e de impacto indiscutível. Eles incluíram, ainda em finais dos anos 60, a Revolução Cultural chinesa e a resistência vietnamita às investidas das forças armadas mais poderosas do seu tempo. Ambas as situações pareciam indicar, pelo menos aos olhos da época, a força dos processos coletivos e das soluções simples e inventivas diante de uma pseudosofisticação cultural e tecnológica. O ano de 1968 foi também o das grandes marchas estudantis, que transtornaram o cotidiano das principais capitais europeias, com reflexos mais ou menos generalizados na América Latina, enquanto nos EUA ganhavam terreno os movimentos pacifistas e contraculturais, ao mesmo tempo em que as lideranças negras começavam a radicalizar suas agendas e táticas. Em 1971, os Estados Unidos romperam unilateralmente os acordos de Bretton Woods e desvalorizaram a sua moeda, no que parecia ser uma tentativa desesperada de fazer frente aos seus crescentes déficits comerciais. A década testemunhou, também, um ativo movimento de crítica à atuação das grandes companhias multinacionais, que repercutiu até no interior das Nações Unidas. Em 1973, em resposta ao desfecho do conflito militar árabe-israelense, os países da Organização dos Países Produtores de Petróleo (Opep) aumentaram drasticamente os seus preços. Em 1974, a Revolução dos Cravos, em Portugal, pôs fim às intermináveis guerras coloniais na África de língua portuguesa. No ano seguinte, em abril, as tropas do Vietnã do Norte eliminaram os últimos focos de resistência e ocupavam definitivamente Saigão. Os EUA e seus aliados foram derrotados em um conflito que fora tratado como uma questão pertinente ao tema do equilíbrio global.

Nesse clima, que não raramente assumia o tom de confrontação aberta, a Assembléia Geral das Nações Unidas, de maio de 1974, aprovou uma declaração por uma Nova Ordem Econômica Internacional (Noei). Celebrado poucos meses depois do choque nos preços do petróleo, esse documento e o seu plano de ação tinham um claro tom terceiro-mundista. Manifestavam preocupação com a produção e o regime de trocas de matérias-primas essenciais e, nesse sentido, estabeleceu a legitimidade de

movimentos de defesa de preços, à semelhança daquele realizado pela Opep. Estabelecia o princípio da necessidade de um novo modelo de desenvolvimento, capaz de promover uma crescente independência econômica dos países em desenvolvimento, de cooperação e solidariedade entre estes, e de crescimento acelerado rumo a patamares mais equitativos de desenvolvimento. Seus desdobramentos imediatos, entre estes os documentos relativos à chamada ‘cooperação técnica entre os países em desenvolvimento’, acentuaram o uso da noção de tratamento preferencial aos países em desenvolvimento; de busca de uma tão almejada quanto imprecisa autossuficiência coletiva; e da adoção de tecnologias apropriadas, tanto no que concerne às necessidades locais dos países, quanto às possibilidades de sua apropriação sustentada.

Neste mesmo ambiente de crise, a abordagem das necessidades básicas foi gestada no Banco Mundial, segundo Rist, como uma espécie de “contra-formulação” aos enunciados da Noei e ao cunho terceiro-mundista dos seus pronunciamentos. Sua emergência assinalaria uma inflexão nas políticas do banco em direção a uma percepção generalizada da pobreza como uma condição negativa de regiões e grupos populacionais específicos e à sua transformação em objeto de políticas públicas. Seu *modus operandi* clássico consistiu em associar uma agenda de temas básicos de cunho social, dirigidas a grupos populacionais específicos, ao apoio aos grandes projetos de infraestrutura (RIST, 2002).

Formulada no Banco Mundial, a abordagem das necessidades básicas logrou o apoio de organizações como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e do Fórum do Terceiro Mundo. Alianças desse tipo indicavam a existência de uma considerável audiência e tornaram alvos de suspeição comum as burguesias nacionais do terceiro mundo e as agências estatais por elas controladas. Seu teor de oposição essencial à Noei, expressão da manifestação dos Estados Nacionais do Terceiro Mundo, ficava, assim, evidente. Seu alcance imediato foi, porém, reduzido. Essa situação se alteraria durante a década de 80, sob os ditames da recessão e dos ajustes neoliberais (RIST, 2002, p 164-165 e 171-174).

De fato, a década de 70 se encerrou com a revolução iraniana e um segundo choque de preços do petróleo, a partir de 1979. No seu rastro, sobretudo no terceiro mundo, sobreveio um acirramento da combinação explosiva de balanças comerciais

desfavoráveis, com *déficits* vultosos decorrentes da elevação dos preços de combustíveis, e endividamento crescente a juros em taxas flutuantes, apoiado na oferta aparentemente interminável dos chamados “petrodólares”. Esses recursos, vale dizer, acumulados pelos países exportadores, inundaram os fluxos do capital financeiro internacional e proporcionaram um endividamento que arrefeceu também o ímpeto demandante do terceiro mundo dos primeiros anos da década. Todavia, a elevação das taxas de juros nos EUA, posta em prática pela administração Reagan, a partir de 1981, e a crise da dívida do terceiro mundo, inaugurada pela moratória mexicana de 1982, reduziram drasticamente a liquidez dos mercados e puseram um fim, simultaneamente, aos anos dourados do capitalismo do pós-guerra e às décadas do desenvolvimento, pelo menos em sua forma clássica.

Nos anos 80, a chamada década perdida do crescimento capitalista, o desenvolvimento simplesmente “marcou passo”, segundo a expressão de Rist (2006, p 171), enquanto o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial aplicavam planeta afora suas receitas de ajuste, retirando o protagonismo econômico do Estado, reduzindo seus gastos e promovendo a privatização de empresas públicas, desregulando os mercados de mercadorias e trabalho, restringindo a proteção social que fora assumida como de responsabilidade pública nos anos de vigência do Estado de bem-estar, entre outras prescrições. Nesse período e nas décadas seguintes, o desenvolvimento - ou um simulacro da sua configuração precedente -, por um lado, retomou a ajuda humanitária como um dos seus focos privilegiados, o que se tornou explícito mediante expressões como “ajuste de face humana” e da atualização da noção de atenção às necessidades básicas de populações mais fragilizadas, dentre estas as mulheres e crianças do terceiro mundo ou grupos vitimados por práticas de racismo e discriminação. Por outro lado, atualizava-se também a noção de desenvolvimento ambientalmente sustentado. Dentre as versões mais radicais e mesmo críticas desse último, considerado como uma impossibilidade em termos, é possível alinhar, também, os partidários do próprio fim do desenvolvimento, seja como sistema de crenças, como regime discursivo dominante, ou como práticas sociais condenadas ao fracasso.

Esta última discussão extrapola em muito os limites do intervalo de tempo em que será examinada a trajetória da Bireme e do Nutes-Clates como centros regionais especializados dedicados à cooperação técnica internacional em saúde, nos marcos do

desenvolvimento. Torna-se necessário, portanto, retomar o sentido dessas ponderações já um tanto longas, ou seja, refletir sobre como transferir essas considerações para o funcionamento dos organismos internacionais no tocante a iniciativas setoriais específicas, no período em questão.

O desenvolvimento tal como tratado por Escobar e Rist operou certamente como referencial global e filosofia pública da cooperação internacional a partir da segunda metade do último século. Foi ainda mais do que isso: ele povoou o imaginário das lideranças e presidiu políticas nacionais nos cinco continentes, à esquerda e à direita, nos mais diversos domínios da vida social. Com certeza o fez com grande potência, no que tange às orientações e ao funcionamento de organizações internacionais. Naquelas de natureza funcional, ou de especialização setorial, a combinação entre desenvolvimento, conhecimento científico e tecnologia assumiu, talvez, uma das suas expressões mais completas.

Nos próximos capítulos será examinado, no âmbito da cooperação interamericana e nos domínios da medicina e da saúde, o desenvolvimento em ação, no percurso de duas décadas, observado a partir de duas iniciativas bastante objetivas: a instalação e funcionamento da Bireme e do Nutes-Clates. Como indicado na primeira seção deste capítulo, boa parte dos argumentos aqui utilizados estará voltada para estabelecer as conexões entre os enunciados globais, os discursos organizadores das políticas setoriais, assim como o conteúdo das ações setoriais concretas. Como poder-se-á observar, as variações doutrinárias do desenvolvimento ao longo do tempo, que a narrativa de Rist nos ajuda a identificar, não deixaram de suscitar, seja como discurso seja como prática concreta, inflexões importantes tanto nas políticas setoriais como nos próprios enunciados e decisões programáticas pertinentes à condução dos projetos institucionais da Bireme e do Nutes-Clates.

Capítulo III

Saúde Interamericana, Desenvolvimento e Recursos Humanos em Saúde: a moldura setorial da cooperação

Neste capítulo, são explicitadas as formas pela quais os valores mais gerais do desenvolvimento e as doutrinas setoriais da saúde articulam-se na relação entre saúde e desenvolvimento, proporcionando, assim, uma moldura normativa para a cooperação interamericana em saúde. Essas formulações setoriais, descritos os seus componentes gerais, serão, por seu turno, exploradas a partir da emergência de um conhecimento especializado no domínio da educação médica e do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, considerando-se o papel especialmente relevante desempenhado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) nesse particular. Para tanto, inicia-se o capítulo com uma síntese da trajetória histórica dessa organização interamericana, desde a sua instalação, em 1902, até a conjuntura de criação dos centros regionais que constituem o objeto deste estudo, o que se deu na segunda metade da década de 60.

A trajetória da Opas será utilizada também como fio condutor para a introdução dos debates acerca da educação médica e dos recursos humanos em saúde, no contexto dos planos e estratégias continentais de desenvolvimento, assim como do lugar ou papel a ser desempenhado pela chamada infraestrutura docente e, como parte desta, pela biblioteconomia médica e as tecnologias educacionais. Busca-se, assim, tornar inteligível o contexto normativo em que se inscrevem os episódios de criação da Bireme e do Nutes-Clates.

III.1 A organização de saúde das Américas

A Organização Pan-Americana de Saúde foi instituída como Repartição Sanitária Internacional, em consequência de uma decisão das delegações dos países representados na I Conferência Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, realizada em dezembro de 1902, em Washington, que por sua vez havia sido convocada por resolução da II Conferência Internacional Americana, ocorrida entre outubro de 1901 e abril de 1902, na Cidade do México. O propósito da nova organização sanitária era promover a adoção de normas comuns entre os países, que favorecessem a melhoria das condições sanitárias gerais, sobretudo nas cidades portuárias, evitando, assim, a adoção de quarentenas e outras medidas prejudiciais ao fluxo do comércio. Pretendia também facilitar a circulação de informações de importância epidemiológica, para fins de defesa sanitária, além de discutir aspectos conceituais e práticos pertinentes à uma medicina tropical com base em uma biomedicina, então, florescente (CUETO, 2007).

A instituição da Repartição Sanitária Internacional refletia, no terreno da saúde pública, o crescimento vertiginoso do fluxo de pessoas e mercadorias no âmbito continental americano, a partir da segunda metade do século XIX. No período em questão, a região das Américas experimentava um crescimento econômico importante, com o aumento significativo dos preços das matérias-primas e dos produtos das atividades agrícolas e pecuárias. Simultaneamente, os EUA aprofundavam seu processo de industrialização, passando a demandar na região um volume de trocas mercantis compatível com sua nova escala de produção. Esse incremento da atividade comercial e industrial era acompanhado de uma crescente urbanização, de uma atividade portuária frenética e de um maior trânsito de pessoas, inclusive no tocante à migração intercontinental. Assim, autoridades políticas e médicas, do norte e do sul das Américas, reconheciam que a eclosão de epidemias de cólera, peste bubônica e febre amarela, em particular, era um tema de interesse comum, que justificava a adoção de medidas compartilhadas em algum grau. Todavia, a extensão de tais medidas e a possibilidade de subordinação de interesses e da autoridade nacional aos eventuais tratados internacionais não deixaram de suscitar resistências e controvérsias.

O empenho por parte das reuniões sanitárias interamericanas e da Repartição Sanitária Internacional nos assuntos de relevância epidemiológica e na gestão de medidas de defesa sanitária foi explicitado pela adoção, já em 1905, da Convenção Sanitária de Washington. Fruto de negociações prolongadas e de gestões diplomáticas persistentes, com vistas à sua aplicação efetiva pelos Estados nacionais, esse documento, duas décadas mais tarde, em 1924, portanto, foi transformado após sucessivos aprimoramentos no Código Sanitário Pan-americano (CUETO, 2007).

Nas mesmas reuniões sanitárias, é digna de nota a ausência, quase absoluta, de enunciados pelo menos assemelhados com aqueles das concepções de assistência e cooperação para o desenvolvimento, tal como formulados a partir da metade do século XX. No terreno geral das relações interamericanas, a III Conferência Internacional dos Estados Americanos, realizada no Rio de Janeiro, em agosto de 1906, que ratificou a Convenção Sanitária de Washington, deliberou pela instituição de um centro de informações epidemiológicas, em Montevideú, Uruguai. Um dos objetivos desse centro seria manter estreito contato com as comissões sanitárias nacionais dos vários países, coletar e comparar a experiência acumulada em cada uma delas e estar capacitado a assistir, mediante solicitação, qualquer uma dessas organizações sanitárias. Vale registrar, a esse respeito, que, desde muito cedo, a organização interamericana voltou-se para a problemática da reunião e difusão de informações confiáveis em saúde. A mesma conferência sinalizou quanto à necessidade de o escritório central da União das Repúblicas Americanas difundir informações sobre as disponibilidades educacionais dos países, considerando que relações educacionais crescentes propiciariam uma identidade comum ainda maior entre as nações do continente (REINSCH, 1907).

Ainda que a organização, nos seus primeiros anos, tenha sido palco de militância ativa das lideranças da saúde pública latino-americana, sobretudo mexicanas, cubanas e chilenas, o protagonismo das autoridades da saúde norte-americanas na sua condução foi indiscutível. Essa proeminência correspondia ao peso regional da economia e da política estadunidense, uma vez que essa nação ditava o ritmo e os termos da interdependência entre as sociedades nacionais da região. Como confirmação dessa hegemonia no âmbito da organização da saúde, já bastante destacada na literatura, vale

lembrar que, entre 1902, ano da fundação da organização, e 1959, todos os seus quatro diretores foram norte-americanos.¹²

Em virtude, sobretudo, das dificuldades decorrentes da eclosão da Primeira Guerra Mundial, apenas uma reunião interamericana dedicada à saúde foi realizada durante a década de 10. Assim, em 1911, em Santiago do Chile, foi realizada a V Conferência Regional da Saúde, que registrou o início de uma gradativa ampliação da agenda de temas, pela inclusão de questões não estritamente pertinentes à defesa sanitária de portos e fronteiras. Dentre os novos temas incluídos estavam a profilaxia da tuberculose; a regulamentação da prostituição e da emissão de atestados de óbito; o controle da qualidade de alimentos; e o incentivo à formação de especialistas em higiene para o desempenho de funções públicas da saúde. Esse aspecto, em particular, introduziu pela primeira vez a temática da formação e qualificação de profissionais da saúde, ainda que de forma acessória. Para Marcus Cueto, essa agenda, paulatinamente ampliada, representava uma convergência entre os interesses da saúde internacional e de uma emergente saúde pública urbana, inclusive no que concerne ao processo de profissionalização dos seus quadros. Portanto, os anos 10/20 teriam registrado também, segundo Cueto, um aumento da participação de cientistas de renome nas reuniões da organização, percebidas como espaço de visibilidade na esfera pública (CUETO, 2007, p. 70-71 e 76).

Assim, a VI Conferência Sanitária Internacional, realizada em 1920, em Montevideú, a primeira no pós-guerra, confirmou a tendência por uma ampliação da pauta. Verificou-se a introdução de temas como a educação sanitária, ainda que suas preocupações centrais se referissem ao controle de doenças infectocontagiosas no contexto da circulação de mercadorias e pessoas. A esse respeito, foi digna de nota a proposição, pela delegação brasileira, de uma versão pan-americana de um código sanitário internacional capaz de atender às especificidades nosológicas da região. Nessa mesma conferência, Hugh Smith Cumming, cirurgião geral dos EUA, foi designado

¹² Os nomes e os períodos de exercício no cargo dos diretores da organização, entre 1902 e 1959, foram: Walter Wyman (1902/1911); Rupert Blue (1912/1920); Hugh Cumming (1920/1947) e Fred Soper (1947/1959). O chileno Abraham Horwitz, que dirigiu a organização entre 1959-1975, foi o primeiro diretor não norte-americano.

diretor da Repartição Sanitária Internacional, cargo que ocuparia até 1947, já no período pós- Segunda Guerra Mundial, portanto (CUETO, 2007).

III.2 - A gestão de Hugh Smith Cumming: a Repartição Sanitária Internacional entre os anos 20 e a Segunda Guerra Mundial

A VII Conferência Regional da Saúde, agora renomeada Conferência Sanitária Pan-americana, realizou-se, em 1924, na cidade de Havana, Cuba. O principal resultado dessa reunião foi a aprovação do Código Sanitário Pan-americano. Sua importância como instrumento de uniformização conceitual e regulação de práticas de saúde nas fronteiras e portos é reconhecida, e ele permanece, com modificações, vigente até os dias de hoje. No caso específico deste estudo, o fator de relevância foi que ficou estabelecido no Código Sanitário Pan-americano que a Repartição Sanitária Internacional seria também incumbida de promover a organização dos serviços nacionais de saúde e de divulgar, no continente, o conhecimento mais atualizado sobre saúde pública. Para tanto, reafirmava-se a decisão de publicar, desde 1922, o *Boletín Panamericano de Sanidad*, transformado, no ano seguinte, em *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, para corresponder à nova denominação da organização, definida pela V Conferência Internacional Americana, de 1922, que passava a ser denominada, então, Repartição Sanitária Pan-americana (RSP).

Por esta altura, um artigo de John D. Long, de 1924, assinado na dupla condição de cirurgião geral auxiliar do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e primeiro auxiliar do diretor da RSP, informava sobre a escassez de recursos disponíveis para a prestação de uma assistência técnica efetiva por parte da organização. Em seus argumentos, Long reconhecia que os termos dos documentos constituintes da organização referiam-se às suas atribuições quanto a propiciar, tanto quanto possível, de forma gratuita, “peritos ou conselheiros”, sempre que solicitada, e que a organização deveria responsabilizar-se por fazer “os devidos preparativos, sempre que assim se requeira, para realizar uma troca de professores, funcionários médicos, peritos ou conselheiros de saúde pública ou ciências da saúde”. O autor argumenta, todavia, que essas atribuições, entre outras, ainda não haviam se cumprido totalmente, até a metade

da década, mesmo que, por exemplo, “um representante da Repartição Sanitária Pan-americana tenha visitado algumas das repúblicas da América do Sul e que no ano entrante visitará outras repúblicas da América Central e do Sul”, ou, ainda, que se tenha obtido do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, “a nomeação de alguns de seus funcionários para representar a OSP, [...na] América do Sul e América Central” (LONG, 1924, p. 13).

Na VIII Conferência Sanitária Pan-americana (CSP), realizada em Lima, foi instituído o cargo de *comisionado viajero*, ou representante itinerante da organização, junto aos países da região. Assim, formalizava-se, como parte da estrutura de cargos da organização, a função de consultoria e assistência técnica aos organismos de saúde nesses países. Antes disso, essas atividades eram desempenhadas por representantes *ad hoc*, que, no desempenho dessas funções, ainda reproduziam eventualmente situações de ambiguidade com relação aos seus vínculos simultâneos com a organização e a saúde pública norte-americana. O próprio Long, antes de tornar-se o primeiro *comisionado viajero*, em 1927, assinava seus artigos publicados no *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, registrando sua dupla condição funcional. Quando, porém, desincumbia-se de missões de assistência técnica junto ao governo do Chile e na Zona do Canal do Panamá, por exemplo, o fazia na condição de funcionário do governo dos Estados Unidos (OPAS, 1925)¹³.

Em uma visão panorâmica, a agenda da organização compreendeu, no decorrer das décadas de 20 e 30, uma permanente preocupação com o controle da febre amarela, malária, cólera, varíola, febres tifoides, entre aquelas de maior potencial epidêmico; uma crescente atenção para com a tuberculose, a ancilostomíase, a hanseníase, a sífilis e outras doenças venéreas; recomendações quanto ao desenvolvimento da engenharia sanitária; e a celebração de acordos continentais tendo em vista o estabelecimento de normas para o transporte de cargas e pessoas entre os vários países. Envolveu, ainda, um interesse também crescente em torno de práticas sociais como o alcoolismo, o

¹³ A Organização Panamericana da Saúde teve desde 1902 várias denominações e uma forma de organização relativamente complexa. Ao longo do tempo suas denominações foram: Repartição Sanitária Internacional (RSI) (1902-1922); Repartição Sanitária Panamericana (RSP) (1922-1947); Organização Sanitária Pan-americana (OSP) (1947-1958) e Organização Pan-americana da Saúde (a partir de 1958). Após 1947, Repartição Sanitária Panamericana foi mantida para designar o escritório central em Washington, a sua instância executiva. Nas referências bibliográficas e de fontes, para efeito de identificação de autoria utilizarei a denominação utilizada desde 1958 e a sigla correspondente.

tráfico de drogas e a prostituição, em boa medida em associação com preocupações eugênicas. Ao final do período, tornaram-se mais frequentes as recomendações relativas à alimentação e nutrição, à educação sanitária e à proteção à saúde da mulher e à infância.

No âmbito das instituições e da organização dos serviços de saúde, as instâncias deliberativas manifestaram, nessas décadas, reiteradamente, sua convicção na necessidade de constituição de bases confiáveis de dados demográficos e epidemiológicos, assim como de métodos consolidados para o intercâmbio de informações atinentes à defesa sanitária regional na eventualidade da ocorrência de surtos epidêmicos, e também da centralização da autoridade sanitária nos países, mediante a criação de diretorias ou ministérios da saúde. As mesmas instâncias defenderam, sistematicamente, a premência de uma formação especializada para o exercício das funções de saúde pública, além da criação de uma carreira específica, regulada de forma apropriada quanto às formas de ingresso e promoção, assim como aos níveis de remuneração.¹⁴

Todavia, como foi visto, eram escassos os recursos disponíveis para fazer valer as recomendações da Repartição Sanitária Pan-americana, ou seja, para a implementação efetiva de iniciativas capazes de alterar substancialmente o quadro institucional da saúde, no plano interno aos Estados nacionais, para além, portanto, de uma política sanitária de fronteiras. Foram especialmente escassas as recomendações e medidas efetivas no tocante à ampliação e aperfeiçoamento do ensino da medicina e das demais profissões da saúde.

III.3 - Fundação Rockefeller, assistência bilateral norte-americana e Fundação Kellog: atores relevantes da assistência técnica internacional em recursos humanos

¹⁴ Esta síntese foi elaborada com base em documentos da VII Conferencia das Republicas Americanas (1924); da I Conferencia Panamericana de Directores Nacionais de Saúde (OPAS, 1926); da VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, (OPAS, 1927); da II Conferência Panamericana de Directores de Saúde (OPAS, 1931); e na IX Conferência Sanitária Panamericana (OPAS, 1935); Long (1924) e Cueto (2007).

No caso das profissões da saúde, assim como em outros domínios relativos à organização e oferta dos serviços de saúde, as iniciativas então levadas a efeito na América Latina pela Fundação Rockefeller tinham, de fato, maior alcance e significação. A partir de 1916, essa fundação atuou em apoio às instituições de ensino, pesquisa ou de prestação de serviços de saúde na Colômbia, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Haiti, Jamaica, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela. Atuou também em países da Ásia, do Oriente Médio, da África, da Europa Mediterrânea e Balcânica, e também na Inglaterra, Irlanda e Canadá (FARIA, 1995, p. 114-116).

O Brasil foi, de longe, em volume de recursos, o maior receptor das iniciativas de assistência na América Latina, na primeira metade do século XX, com importância reconhecida no terreno da modernização do ensino da medicina, na promoção do ensino das ciências básicas e do ensino especializado de higiene e saúde pública, sem prejuízo de outras áreas de atuação. Exemplo da presença da fundação, foi o seu apoio, a partir de 1917, à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sobretudo na introdução das cadeiras de histologia patológica e na criação do curso de higiene e do laboratório de higiene. Este último foi transformado, mais tarde, em 1924, no Instituto de Higiene de São Paulo, nos moldes da Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, instituída alguns anos antes, em 1916, em Baltimore, EUA, também com o auxílio direto da Fundação Rockefeller. Dentre os objetivos do novo instituto incluíam-se a pesquisa e o ensino de pós-graduação em higiene e saúde pública; o estudo de métodos de intervenção em saúde pública e de legislação sanitária; a fiscalização sobre soros e vacinas; o treinamento de enfermeiras e profissionais auxiliares, além de iniciativas de educação em saúde (FARIA, 1999). O apoio a essas iniciativas tanto envolveu o envio, ao Brasil, de professores norte-americanos quanto a concessão de uma considerável quantidade de bolsas de estudos para brasileiros (LIMA, 2002).¹⁵

No tocante à formação de profissionais da saúde, outra linha de atuação importante da fundação, no Brasil, foi dar suporte ao ensino superior de enfermagem de

¹⁵ Entre 1918 e o final da década de 30, a Fundação Rockefeller teria proporcionado setenta viagens de estudos para brasileiros aos EUA, segundo o discurso de Gustavo Capanema, proferido em saudação a Fred Soper, em 1940 (FARIA, 1999: 185).

saúde pública e hospitalar.¹⁶ Com o apoio direto da Fundação Rockefeller, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) criou uma escola de enfermeiras que enfatizava a formação em saúde pública, com o propósito de atender às necessidades do departamento concernentes a uma expansão das ações de caráter preventivo, que teriam por objetivo fazer frente às demandas por saneamento rural vocalizadas por um movimento reformador da saúde especialmente atuante a partir da segunda metade da década de 10. A escola tinha por propósito, também, formar quadros docentes com vistas a uma expansão do ensino de enfermagem para outras unidades da federação. Todavia, segundo os cânones da enfermagem norte-americana, defendidos pela Fundação Rockefeller, a formação em enfermagem não poderia descuidar-se de uma formação completa, capaz de habilitar as novas enfermeiras também para o cuidado direto ao paciente em condições de ambulatório ou internação. Em 1926, essa escola de enfermagem transformou-se na Escola de Enfermagem Ana Néri, reafirmando seu compromisso com esse tipo de formação ampla, porém integrada (SANTOS & FARIA, 2004).

Nessa mesma década, mais precisamente em 1925, também com o apoio da Fundação Rockefeller, o governo de São Paulo criou, no Instituto de Higiene, o curso de educadoras sanitárias. O propósito do curso era constituir um quadro de visitadoras de saúde, especificamente orientado para o atendimento estrito das necessidades educativas em campanhas sanitárias contra a ancilostomíase, o glaucoma, a febre amarela, entre outras doenças constantes da agenda sanitária (SANTOS & FARIA, 2004).

Em ambas as iniciativas, assim como no apoio à modernização do ensino médico, a Fundação Rockefeller ofertou bolsas de estudo para viagens de estudo aos EUA. Da mesma forma, proporcionou também apoio financeiro para que estudantes de engenharia sanitária desenvolvessem seus estudos naquele país. Assim, a fundação foi partícipe direta e relevante de um processo, em andamento já nos anos 20, e especialmente marcante a partir da década de 30, de redirecionamento das elites médicas e, sobretudo, das lideranças da saúde pública, no que concerne às suas

¹⁶ Até então, o Departamento Nacional de Saúde Pública oferecia apenas o que eram considerados “cursos de emergência”, com o objetivo de proporcionar experiências práticas para as visitadoras sanitárias. Ver Santos e Faria (2004).

referências científicas e doutrinárias no exterior: da Europa, especialmente da França e da Alemanha, para as instituições e os profissionais dos EUA.

O que importa assinalar aqui, todavia, é que nas décadas de 20 e 30, o caso brasileiro é especialmente exemplar do papel de maior protagonismo da Fundação Rockefeller, no que concerne à implementação de iniciativas concretas de cooperação internacional no contexto regional, conferindo à Repartição Sanitária Pan-americana e à assistência intergovernamental multilateral, portanto, um papel marcadamente secundário.

O início da Segunda Guerra Mundial (1939–1945) introduziu um novo componente na cena da cooperação internacional bilateral em saúde. Em 1940, a administração Franklin Delano Roosevelt, dos EUA, instituiu, sob a chefia de Nelson Rockefeller, o *Office for Coordination of Commercial and Cultural Relations between the American Republics*, que, no ano seguinte, foi transformado em *Office of the Coordinator of Inter-American Affairs - OCIAA*, ou Escritório de Coordenação dos Negócios Interamericanos, como o organismo responsável pela ampliação das operações de cooperação bilaterais entre os EUA e os países americanos, em domínios como cultura e artes, indústria e comércio, defesa, educação e saúde. Seu propósito foi reforçar as relações de interdependência entre os EUA e os países da região, robustecendo a liderança continental norte-americana, iniciativa tida como fundamental, na conjuntura da eclosão e desenrolar do conflito mundial (CUETO, 2007).

Na saúde, essa agenda incluiu a proteção sanitária de áreas estratégicas, inclusive no tocante às regiões de produção de matérias-primas fundamentais para o esforço de guerra. No contexto brasileiro da saúde, a cooperação com o OCIAA, através do *Institute of Inter-American Affairs*, (IIAA), um instituto subsidiário, resultou na criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), com atribuições inicialmente específicas para atuar em regiões produtoras de borracha e minério de ferro. Essa iniciativa teria continuidade no pós-guerra, até pelo menos 1960, com implicações significativas para a organização dos serviços de saúde e a formação dos recursos humanos. O Sesp, muito rapidamente, deu início a um vigoroso programa de bolsas de estudos e, no tocante, por exemplo, ao ensino de enfermagem, apoiou diretamente a instalação, orientação metodológica e/ou capacitação docente de mais de

uma dezena de escolas de enfermagem, além de atuar diretamente na formação de auxiliares de enfermagem e visitadoras sanitárias (RENOVATO & BAGNATO, 2008; CAMPOS, 2006, 2008; CASTRO SANTOS & FARIA, 2004).⁵

Os primeiros anos da guerra registraram a emergência de um novo ator relevante na filantropia internacional norte-americana no tocante à educação e saúde: a Fundação Kellogg, uma instituição que desempenharia, duas décadas depois, um papel ativo no financiamento de iniciativas da Opas, dentre elas, a Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) e o Centro Latino-americano de Tecnologias Educacionais em Saúde.¹⁷

Criada em 1930, por Will Keith Kellogg, empresário que fizera fortuna no comércio de cereais, a Fundação Kellogg manteve originalmente suas atividades circunscritas ao estado de Michigan, EUA, dedicando-se à saúde de comunidades rurais. Nos primeiros anos da década de 40, entretanto, associando-se às estratégias governamentais de cooperação internacional, a fundação ampliou a abrangência territorial de suas atividades, assim como o leque de temas de interesse (CHAVES & CUTHBERT, 2002, p. 10-11). Desse modo, muito cedo ela se tornaria uma das mais expressivas fontes de recursos destinados à concessão de bolsas de estudos em saúde. No decênio compreendido entre 1947 e 1957, por exemplo, a instituição concedeu cerca de 500 bolsas, a metade delas para médicos e as demais para dentistas, enfermeiras e, em menor escala, engenheiros sanitários, administradores hospitalares e especialistas em saúde pública (CUETO, 2007, p. 103).

Diante de uma manifesta carência de meios à disposição da Repartição Sanitária Pan-americana, uma ampliação expressiva da cooperação bilateral norte-americana em saúde e a presença em cena de novas organizações filantrópicas poderiam comprometer ainda mais o peso relativo da cooperação multilateral em saúde no âmbito regional. O conflito mundial e os anos que se seguiram ao seu desfecho, todavia, produziram também condições para um aumento sensível dos recursos financeiros e da capacidade operacional da organização.

¹⁷ Segundo Cueto (2007), a Fundação Kellogg teria desempenhado, na segunda metade do século XX, um papel similar e de importância equivalente aquele exercido pela Fundação Rockefeller ao longo das primeiras décadas do mesmo século. Para a descrição detalhada da colaboração entre a Opas e a Fundação Kellogg nas primeiras décadas de desenvolvimento da Bireme, ver Pires-Alves (2004). Para o caso do Clates, ver o capítulo V. Inexistem estudos históricos de fôlego sobre a história da Fundação Kellogg. Uma narrativa oficial encontra-se em Arnett (1986)

III.4 - A Repartição Sanitária Pan-Americana no novo cenário da guerra e da paz

A XI Conferência Sanitária Pan-americana (CSP), realizada em setembro de 1942, no Rio de Janeiro, ajustou a agenda sanitária regional aos ditames da defesa hemisférica do continente americano, nos termos da III Reunião dos Chanceleres dos Países Americanos, realizada na mesma cidade, em janeiro do mesmo ano. Assim, a XI CSP, reiterava, em novos termos, algumas diretivas já enunciadas em suas edições anteriores. Ao fazê-lo, entretanto, reforçou a necessidade de ações profiláticas nas áreas estratégicas para a defesa continental e ao esforço de guerra, sobretudo norte-americano, indo ao encontro da agenda do OCIAA (OPAS, 1942). Esse período renovou, em boa medida, a ideologia do pan-americanismo, e a literatura registra uma certa profusão de enunciados que associavam saúde e esforço de guerra.¹⁸ Tais manifestações, todavia, traduziam, também, um novo ânimo programático nas ações da organização. A RSP estabeleceu, na época, as bases dos seus primeiros escritórios de campo em El Paso, Texas, na cidade da Guatemala e em Lima, Peru.

Cessadas as hostilidades, o pós-Segunda Guerra iniciou-se sob os signos da ciência e da tecnologia. Os últimos acontecimentos no *front* do Pacífico impunham um certo sentimento comum de assombro diante do poder destrutivo das aplicações bélicas da nova física nuclear. Mais do que isso: pode-se dizer, sem maiores riscos de exagero, que a ciência e, sobretudo, a tecnologia terminaram por jogar um papel decisivo em cada disparo, em cada escaramuça, em cada cálculo balístico, em cada *raid* aéreo ou avaliação estratégica, em cada procedimento para prevenir doenças transmissíveis entre a soldadesca ou em cada tentativa de curar seus ferimentos. Cada novo artefato bélico era também um novo produto, eventualmente desenvolvido com base na nova pesquisa operacional.

Tal ubiquidade da ciência e da técnica no esforço de guerra teria consequências visíveis ao longo das décadas seguintes. As novas aquisições tecnológicas não eram fruto casual de um esforço mais ou menos desorganizado de aplicação dos recursos de conhecimento já disponíveis. Pelo contrário, no caso exemplar dos EUA, resultaram de

¹⁸ A esse respeito, ver Cueto, 2007, pp 94-97

um esforço deliberado, de um novo arranjo de capacidades e competências nacionais, organizado a partir do Estado e por agências especialmente constituídas para esse fim. No mundo não euro-americano, a cooperação científica ensejou a criação de escritórios locais pelas potências aliadas. No centro e na periferia mundiais foram tentadas novas práticas de organização da pesquisa baseadas em arranjos interdisciplinares, dirigidos ao atendimento das necessidades da guerra. Esses experimentos de gestão de ciência e tecnologia apontavam, nos anos de paz, para o estabelecimento de novos termos para as relações entre a ciência, a esfera pública e o mercado. Seus êxitos introduziram uma nova percepção pública da ciência e tecnologia, e, de forma consistente, defesa, riqueza e ciência e tecnologia passaram a constituir uma tríade cujos elementos justificavam-se mutuamente (ESCOBAR, 1998).

Um exemplo conhecido dessa nova percepção pública da ciência, na perspectiva norte-americana, pode ser encontrado em *Science the Endless Frontier*, de 1945. Esse estudo foi empreendido mediante solicitação do presidente Roosevelt a Vannevar Bush, então diretor do *Office of Scientific Research and Development*, a agência governamental norte-americana responsável pelo esforço de guerra no terreno da ciência e tecnologia.¹⁹ Apoiado em uma rede de consultores, tornar-se-ia um documento exemplar acerca das formas pelas quais se enunciariam os novos arranjos e relações entre ciência, tecnologia e negócios públicos (BUSH, 1945; GÓMEZ, 2003).

Informado por um pragmatismo liberal, Bush reafirmava o primado da pesquisa básica como fundamento da capacitação estratégica do Estado, da geração de riquezas e da promoção do bem-estar. Ao Estado, caberia manter o fluxo de recursos em grande parte responsável pelo êxito do esforço de guerra em matéria de C&T. Entretanto, a eleição dos temas de pesquisa, dos processos e métodos e a avaliação baseada em

¹⁹ As preocupações do líder norte-americano diziam respeito a quatro ordens de questões. A primeira indagava sobre as possibilidades e formas de serem disseminados “para o mundo” os conhecimentos e aplicações já desenvolvidas, respeitadas as restrições interpostas pela área de segurança nacional. Acreditava que essa difusão de conhecimentos e tecnologias resultaria na abertura de novos empreendimentos e postos de trabalho, com incremento do nível geral de vida. A segunda preocupação referia-se à necessidade de garantir que os novos avanços resultassem em melhoria nas condições de saúde da população. O terceiro ponto indagava explicitamente sobre qual seria o papel a ser desempenhado pelo Estado no fomento das atividades de C&T, no que concerne tanto ao setor público como ao privado, e quais seriam os melhores termos para as relações entre essas duas esferas. O quarto aspecto, por fim, dizia respeito às formas pelas quais poderia ser estimulado o interesse dos jovens pela ciência e seus afazeres, como forma de garantir-se, no futuro, o mesmo ritmo da aquisição de novos conhecimentos e técnicas (ROOSEVELT, 1944).

critérios de excelência deveriam ser mantidas como esfera privativa da ciência e dos cientistas, ficando a produção da ciência básica a cargo de suas agências tradicionais: a universidade e os institutos de pesquisa (GOMEZ, 2003; BUSH, 1945). Recomendava-se um forte componente de pesquisa aplicada tanto no governo como na indústria, ainda que de forma complementar à pesquisa básica. No setor estatal, Bush defendia o estabelecimento de novas formas de recrutamento e remuneração de pessoal e a criação de um *bureau* consultivo especializado para orientação das decisões legislativas e de governo. No plano da iniciativa privada, o caminho preconizado contemplava um novo cardápio de incentivos fiscais e maior precisão nos sistemas de patentes, enfim, na regulação do exercício de direitos em um mercado de inovações que se imaginava emergente. O diretor preconizava, também, a criação de uma agência estatal especializada para o planejamento, coordenação e avaliação das atividades de financiamento à pesquisa e de indução à formação de novos quadros mediante a concessão de bolsas de estudos (BUSH, 1945). Esse novo ente voltado para a gestão de ciência e tecnologia, que não deveria assumir nenhuma atividade direta de pesquisa, teria também como atribuição zelar e promover os meios adequados para uma eficaz comunicação científica e técnica entre especialistas e destes com os domínios de possíveis aplicações. Vale, portanto, destacar que a informação científica e tecnológica, como o domínio de saberes e práticas especializadas, nascem assim em sincronia com a própria gestão de ciência e tecnologia. Equivale dizer que, pelo menos para uma determinada linha de argumentos entre especialistas, a informação candidata-se a transformar a trindade em quadratura: defesa, riqueza, ciência e tecnologia, e informação em C&T.²⁰

²⁰ As medidas prescritas por Vannevar Bush se aproximam daquelas presentes em um dos polos do debate em torno dos princípios que deveriam orientar a constituição e os primeiros anos de funcionamento da United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, a Unesco, a partir de novembro de 1945. Àquela altura, a Unesco caracterizava-se por um conflito que opunha duas concepções sobre o lugar da ciência e os meios adequados à sua promoção. De um lado, a orientação de caráter universalista e internacionalista da ciência, avessa a qualquer forma de dirigismo, que defendia uma Unesco não governamental, composta por representantes das comunidades científicas. Para essa posição, o conhecimento era um patrimônio do gênero humano, e as aquisições derivadas de sua aplicação prática um recurso a ser compartilhado. Os usos dessas aplicações, assim como os rumos do desenvolvimento científico, deveriam ficar a cargo de uma comunidade internacional de cientistas orientados por valores próprios do mundo da ciência, livre de injunções, por exemplo, dos Estados nacionais. Do lado oposto, a concepção que, informada pelos interesses particularistas das grandes potências, defendia uma organização de perfil intergovernamental, composta exclusivamente pelos Estados-membros e dirigida por seus representantes. Assim, era mais inclinada a subordinar a agenda da ciência e tecnologia a uma

Para Vannevar Bush, por exemplo, o Estado norte-americano deveria, como parte de seus compromissos, garantir a geração no país de um *scientific capital*, considerado indispensável tanto à defesa como à geração de riquezas, ambas desde então baseadas “*on new principles and new conceptions which in turn result from basic scientific research*” (BUSH, 1945).

Essa centralidade do conhecimento científico e da técnica não deixaria de alcançar – muito pelo contrário – o terreno da assistência técnica internacional no âmbito do desenvolvimento. Para essa discussão, como já examinado no capítulo anterior, é importante assinalar que a segunda metade dos anos 40 e os primeiros anos da década de 50 demarcam um período de fundação do desenvolvimento, de instituição de uma rede de instituições especializadas e de recursos de conhecimento destinados a promover a modernização da vida social, pela introdução da técnica nos seus mais variados domínios, e, desse modo, realizar a tarefa do desenvolvimento (ESCOBAR, 1995).

O discurso de posse de Harry Truman como presidente dos EUA, em 1949, é a esse respeito emblemático e, embora tenha sido recorrentemente mencionado, vale a pena fazê-lo mais uma vez:

“More than half the people of the world are living in conditions approaching misery (...). Their poverty is a handicap and a threat both to them and to more prosperous areas. For the first time in history humanity possesses the knowledge and the skill to relieve the suffering of these people (...). I believe that we should make available to peace-loving peoples the benefits of our store of technical knowledge (...) Greater production is the key to prosperity and peace. And the key to greater production is a wider and more vigorous application of modern scientific and technical knowledge” (TRUMAN, 1949, *apud* ESCOBAR, 1995, p. 3).

Terminado o conflito, a cooperação multilateral em saúde na região das Américas assumiria uma nova feição. O exame das resoluções das instâncias decisórias da

razão orientada pelo binômio segurança e desenvolvimento nacional (ELZINGA, 2004: 89-94; MAIO, 2004: 983-985; BUSH, 1945).

Repartição Sanitária Panamericana e dos seus documentos preparatórios permite que se aquilatem os principais componentes e o sentido dessas mudanças. Nas XII e XIII Conferências Sanitárias Pan-americanas, realizadas, respectivamente, em 1947 e 1950, são nítidas a importância e a preocupação conferidas ao processo de integração da organização ao sistema das Nações Unidas, então em processo de gênese e instalação.

A esse respeito, a XII CSP, realizada em Caracas, Venezuela, foi decisiva. Nela, diferentes posições foram defendidas a respeito das formas pelas quais se dariam as relações entre a organização pan-americana e uma nova organização mundial de saúde, cuja criação havia sido autorizada pela Conferência das Nações Unidas sobre Organização Internacional (leia-se, dos países ‘aliados’ no conflito contra aqueles do ‘eixo’), realizada em São Francisco, EUA, em 1945, e que, em 1946, fora objeto de uma conferência internacional específica com vistas à sua instituição. Cumming, a partir de uma concepção estrita de pan-americanismo, em certa medida radical, não só pronunciou-se pela manutenção de uma independência absoluta da RSP como se posicionou de forma contrária à criação da própria organização mundial. Thomas Parran, chefe da delegação estadunidense, defendeu a criação da organização mundial e ponderou sobre a possibilidade de que a manutenção da RSP resultasse na proliferação de organizações similares nas várias regiões do globo, com um conseqüente enfraquecimento de uma autoridade sanitária global. Ao final dos debates, prevaleceu uma solução de compromisso em que se recomendava a adesão de todos os países à organização mundial, e que uma “Organização Sanitária Pan-Americana”, segundo a designação cunhada naquela oportunidade, tendo a Conferência Sanitária Pan-americana como instância superior e a Repartição Sanitária Pan-americana como órgão executivo, seguiria funcionando como organização continental autônoma e como comitê e escritório regional da organização mundial (CUETO, 2007; OPAS, 1992).²¹

Dada essa desejada nova configuração institucional, a XII CSP exortou os governos nacionais a ampliarem os aportes de recursos para o financiamento da organização. Ao mesmo tempo, deu início a formulações que pretendiam uma maior articulação entre as ações de prevenção de doenças, assistência à saúde e proteção e seguro social, este último um tema para o qual foi dedicada uma atenção singular

²¹ A melhor narrativa desse processo está em Cueto (2007, p. 104-110). A obra de Marcos Cueto é também a melhor narrativa panorâmica sobre a história da Opas. Ver também OPAS (1992).

durante a conferência. Os delegados reiteraram a necessidade de maior centralização da autoridade nacional de saúde e a criação de planos de carreiras para as profissões da saúde; autorizaram a organização a criar uma comissão permanente de combate à malária com o propósito de instituir um programa regional amplo, que associava, entre outros aspectos, a introdução do DDT na luta antimalárica e a associação desta com iniciativas de fomento rural; e resolveram incluir na agenda novos temas e questões, entre as quais o estudo epidemiológico da doença de Chagas (OPAS, 1947).

Antes da realização da XII CSP, em 1946, portanto, tomou corpo uma iniciativa da OSP, de caráter organizacional, que teria importância para o desenvolvimento posterior da organização. Em fevereiro daquele ano, representantes de seis nações da América Central e o Panamá reuniram-se, na Cidade da Guatemala, para formular um programa comum em alimentação e nutrição.²² Nessa reunião, entre outros resultados, foi constituído, no plano ainda formal, o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (Incap). Contando com o apoio da Fundação Kellogg, o programa inicial do instituto contemplava a formação de um corpo de professores em bromatologia, bioquímica de nutrição e métodos de laboratório; a instalação de um laboratório e o início da oferta de cursos de especialização (OPAS, 1950; HARRIS, 1948; SOPER, 1948). Assim, foi criado o primeiro centro regional especializado da OSP, dando início a um ciclo que, sobretudo nas décadas de 50 e 60, daria ensejo à constituição de pelo menos outros 15 centros regionais, dentre estes a Bireme, em São Paulo, e o Clates, no Rio de Janeiro.²³

²² Esses países eram: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá (OPAS, 1950)

²³ Os centros pan-americanos estão listados originalmente em Pires-Alves (2005). São eles, suas cidades-sedes e anos de criação: Instituto de Nutrição da América Central e Panamá, (Incap), Cidade da Guatemala, 1946; Centro Pan-americano de Febre Aftosa (Panaftosa), Rio de Janeiro, 1951; Centro Pan-americano de Zoonoses (Cepanzo), Buenos Aires, 1956; Bireme, São Paulo, 1967; Centro Latino-americano de Administração Médica (Clam), Buenos Aires, 1967; Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe (IANC), Kingston, 1967; Centro Pan-americano de Planificação da Saúde, Santiago, 1968; Centro Pan-americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (Cepis), Lima, 1968; Centro de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (Clap), Montevidéu, 1970; Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde, (Clates), Rio de Janeiro, 1972; Centro de Epidemiologia do Caribe (Carec), Porto Espanha, Trinidad e Tobago, 1974; e o Centro Pan-americano de Ecologia Humana e Saúde (Eco), Cidade do México, 1974. Em 1976 o Clam foi extinto. Novas desativações no período do meu interesse incluíram os Clates de México, D.F. e do Rio de Janeiro e em 1982 e 1983 respectivamente ((CUETO, 2007; OPAS, 2002: 8-9). Hoje subsistem apenas a Panaftosa, o Clap, a Bireme, o Carec e o Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe (CFNI, na sigla em Inglês).

III.5 - A gestão de Fred Soper: a organização adentra a era do desenvolvimento

Eleito diretor da OSP, na Conferência Sanitária Pan-Americana de 1947, o americano Fred Soper seria o artífice de uma gestão política capaz de sustentar a deliberação que pretendia, ao mesmo tempo, estabelecer vínculos com uma nascente Organização Mundial da Saúde; operar como sua instância regional autorizada; e preservar a autonomia da OSP, como órgão integrante do sistema interamericano e, portanto, objeto de uma manifestação soberana, exclusiva, dos países do hemisfério. Para alcançar esse objetivo, Soper empreendeu um esforço formidável para amearhar uma coleção de compromissos governamentais, a fim de constituir um fundo de recursos regulares e extraorçamentários capaz de rivalizar com o próprio volume de recursos disponíveis para as atividades da Organização Mundial da Saúde em escala planetária.

Dois documentos são especialmente úteis para atestar a situação orçamentária e a agenda programática da OSP nos primeiros anos da sua gestão, especialmente no tocante aos temas mais pertinentes a este trabalho. O primeiro deles, apresentado à discussão na II Reunião do Conselho Diretor da OSP, em outubro de 1948, é o *Informe sobre el programa de la Oficina Sanitaria Panamericana*, concernente aos anos de 1949 e 50 e elaborado por Soper (1948). Dividido em três partes, respectivamente Programa Autorizado, Programa Actual e Programa Proposto, esse documento apresenta a evolução dos mandatos, encargos e compromissos assumidos pela organização ao longo do tempo, e que não foram cumpridos, uma vez que ela não dispunha dos recursos humanos ou meios financeiros adequados. Segundo o diretor da OSP, a organização havia sido completamente dependente do Serviço de Saúde Pública dos EUA e do Instituto Nacional de Saúde, desse país, ao mesmo tempo que seus âmbitos de atuação ampliavam-se para contemplar também “os aspectos médicos sanitários da assistência médica” (SOPER, 1948, p. 979). Dentre as várias dificuldades assinaladas estava a precariedade e insipiência das ações voltadas para a prestação de serviços de informação a órgãos oficiais nacionais, de consultoria técnica, de orientação e colocação de bolsistas, enfim, de serviços de assistência técnica. Quanto às bolsas de estudos, Soper recomendava que antes de “emprender o desenvolvimento de um extenso programa de bolsas, seria preciso realizar uma pesquisa sobre as necessidades do campo sanitário” (SOPER, 1948, p. 983). O diretor indicava que, só com a ajuda da

Fundação Rockefeller, é que foi possível manter um serviço de consultoria para o ensino de enfermagem. Reconhecia que seria impossível dar conta de todas as responsabilidades, e, ao assinalar aquelas que deveriam ser consideradas prioritárias, conferiu destaque para as responsabilidades históricas referentes ao enfrentamento das doenças transmissíveis; para as possibilidades de colaboração financeira com instituições governamentais e privadas de assistência internacional; e, ainda para a importância da engenharia sanitária, da enfermagem e da educação higiênica como campos comuns de ação sanitária. Nota-se que não há nenhuma menção especial à educação médica propriamente dita, ao mesmo tempo que a implementação de um programa de bolsas mais ambicioso é postergada para o futuro, diante da necessidade da reunião de informações e planejamento prévio de um programa específico, preocupações que seriam típicas da agenda de desenvolvimento de recursos humanos tal como formulada na segunda metade dos anos 50 e na década seguinte (SOPER, 1948, p. 986-997).

Nos anos de 1948 e 1949, a organização não conseguiu amealhar as contribuições regulares dos países para fazer frente ao programa de trabalho aprovado. As expectativas para 1950 mostravam-se menos difíceis, seja por um melhor fluxo das contribuições regulares, seja pela obtenção de verbas extraorçamentárias importantes. Ao mesmo tempo, a OMS passava a transferir recursos para a OSP, de modo a sustentar parte de suas atividades como comitê regional para as Américas.

Entretanto, o programa para 1950, proposto por Soper ao Comitê Executivo introduz vários aspectos inovadores, que procuravam dar substância às resoluções meramente autorizativas das instâncias deliberativas da OSP. Quanto aos temas de particular interesse deste estudo, esse programa introduziu, pela primeira vez, a educação médica e das profissões da saúde como um dos temas organizadores da Divisão de Serviços Médicos e Assistência; arrolou recursos substantivos para um programa de bolsas em “higiene pública, medicina e ciências afins ou para trabalhos de investigação”;²⁴ definiu como objeto de atenção o desenvolvimento de uma seção de biblioteca capaz de realizar, “sempre que houver recursos”, a elaboração de

²⁴ Foram destinados ao programa de bolsas US\$ 142.680,00, um volume que correspondia a 8,1% do orçamento formalmente aprovado. Cabe ressaltar que, àquela altura, a proporção do orçamento da OMS destinado a bolsas era proporcionalmente muito mais expressivo.

bibliografias regionais organizadas “por autores e assuntos para aquelas revistas não cobertas pelos índices publicados” (OPAS, 1949).

No mesmo período, a OMS demonstrava possuir uma agenda mais madura no tocante a essas temáticas. Enquanto Soper preparava a reconfiguração programática da OSP, a OMS convocava a primeira reunião do seu Comitê de Especialistas em Educação Profissional e Técnica do Pessoal Médico e Auxiliar, num primeiro movimento de articulação dos temas da formação e do trabalho do pessoal da saúde, nos seus vários níveis.

A realização dessa reunião, ocorrida em Genebra, em fevereiro de 1950, permitiu um tratamento, sem dúvida, abrangente da temática, contemplando aspectos relativos ao ensino médico em geral; à necessidade de utilização das abordagens sociais no tratamento dos problemas da medicina e da saúde; à formação de enfermeiras e das demais profissões de nível superior; à formação de pessoal auxiliar, ainda que compreendida como de caráter acentuadamente acessório, provisório e estrategicamente secundário; à introdução dos estudos de administração hospitalar; à necessidade de maior articulação entre o ensino e as realidades sociais e de saúde; e ao desenvolvimento de programas de bolsa de estudos. A agenda dedicou itens específicos para a discussão da cooperação com outros organismos e com o Programa Ampliado de Assistência Técnica para o Desenvolvimento. Contemplou, ainda, explicitamente, os problemas relativos ao acesso e intercâmbio de informação científica em saúde; à distribuição de material didático para o ensino das profissões da saúde; e à necessidade de avanço no ensino de métodos de ensino.

Cabe ressaltar, portanto, que esses três últimos temas - o intercâmbio de informação científica, a oferta de materiais didáticos e a discussão sobre métodos de ensino -, essenciais na configuração do nosso objeto de estudo, emergem, historicamente, de forma articulada, ao tratamento também articulado das questões de recursos humanos, no âmbito dos debates de uma recém instituída OMS (OMS, 1950).

Ainda em 1949, o orçamento da OMS para as regiões das Américas já abrangia, explicitamente, um programa de bolsas mais robusto, destinado a contemplar preferencialmente estudantes graduados em medicina, enfermagem, administração hospitalar, odontologia, farmácia, nutrição, além de técnicos em radiologia e

laboratórios de saúde. O mesmo orçamento previa o desenvolvimento de iniciativas destinadas a prover de literatura médica atualizada as bibliotecas dos estabelecimentos de ensino e abastecer de livros didáticos e materiais de ensino os países mais desfavorecidos (OPAS, 1949).

Os documentos examinados sugerem que o debate sobre esses temas, na OMS, teve início alguns meses antes da sua introdução, de uma forma também articulada, na agenda da OSP. É difícil aquilatar se a agenda da OMS exerceu algum poder indutor efetivo sobre as discussões travadas na OSP. No entanto, é possível indicar conexões efetivas entre as duas agendas. De fato, em 1952, a OSP traduziu para o espanhol e publicou para distribuição na região, como o seu Informe Técnico nº 22, a íntegra do relatório da comissão de especialistas da OMS, de 1950 (OMS, 1952).

As resoluções da XIII Conferência Sanitária Panamericana, realizada em 1950, em Ciudad Trujillo, na República Dominicana, demonstraram uma nítida preocupação com o estabelecimento de uma programação orçamentária sustentada. Em consonância com preocupações existentes no âmbito das Nações Unidas, sobretudo do seu Conselho Econômico Social, e respondendo a solicitações expressamente manifestadas pela delegação dos EUA nos encontros preparatórios (ONU, 1949; OPAS, 1950), a conferência dedicou atenção especial à coordenação de iniciativas e à articulação entre a OSP e as agências internacionais de assistência técnica, em particular, sua participação, como organização especializada da OEA e agência regional da OMS, nos marcos do Programa Ampliado de Assistência Técnica para o Desenvolvimento, instituído em 1949. Assim, é possível indicar que desde muito cedo, já portanto durante o período de maturação das estruturas institucionais do “desenvolvimento”, segundo os termos da periodização proposta por Gilbert Rist, os “aparatos do desenvolvimento”, recorrendo à terminologia de Arturo Escobar, enfrentavam o problema da coordenação da assistência técnica, pelo menos segundo o discurso das agências e programas centrais das Nações Unidas.²⁵

Nas questões mais caras a esta tese, a XIII Conferência Sanitária Panamericana resolveu apoiar fortemente a criação de escolas de saúde pública, bem como o

²⁵ A periodização proposta por Gilbert Rist para o desenvolvimento e a conceituação dos aparatos do desenvolvimento, segundo a terminologia de Arturo Escobar, foi discutida no Capítulo II (RIST, 2002; ESCOBAR, 1998).

aperfeiçoamento daquelas já existentes. Decidiu, ainda, estimular a criação de centros regionais para treinamento de pessoas nas várias categorias.

O período de gestão do norte-americano Fred Soper à frente da OSP, compreendido entre 1947 e 1959, pode ser considerado como um exemplo do processo de construção acelerada dos aparatos do desenvolvimento no pós-guerra. Seus números são impressionantes e já foram destacados em outros trabalhos. Segundo apurou Cueto, entre 1946 e 1950, o número de funcionários permanentes da organização saltou de 32 para 171. Em 1954, já eram 412 funcionários, sendo que mais da metade trabalhava fora das dependências do escritório central de Washington. Em 1959, eram 750. Essa expansão também se refletia em um processo de capilarização territorial da organização, bem representado, no período, pela criação efetiva das cinco zonas em que foi administrativa e operacionalmente dividida a sua atuação na região das Américas.²⁶ Como foi visto, o período registrou, também, a instalação e consolidação de centros internacionais vinculados à organização. Entre estes, o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá, o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa e o Centro Pan-americano de Zoonoses, o Cepanzo, na cidade de Buenos Aires (CUETO, 2007).

No que concerne ao núcleo de atuação programática da OSP, o período registra a emergência e o vigor pleno dos programas ditos verticais de erradicação de doenças, baseados em um franco otimismo acerca do poder das novas aquisições tecnológicas proporcionadas pelo desenvolvimento científico e tecnológico inaugurado com o esforço de guerra. Soper foi, ainda, um dos artífices do próprio conceito de erradicação como objetivo estratégico das políticas de combate às doenças infectocontagiosas e aos seus vetores naturais. As campanhas de erradicação da boubá, no Haiti (1950-1952), da varíola, tentada pela primeira vez em 1950 e retomada em 1959, e contra o *Aedes Aegypti*, responsável pela transmissão da febre amarela urbana, abriram espaço para aquela que se tornaria a campanha mais ambiciosa e de resultados mais decepcionantes de todas: a campanha de erradicação da malária (CUETO, 2007).

²⁶ As cinco zonas, com suas respectivas cidades-sede e países componentes, eram: Zona I, Washington, para o Alasca, Canadá, Estados Unidos e territórios não soberanos, a exceção de Belize; Zona II, Cidade do México, para México, Belize, Cuba, República Dominicana e Haiti; Zona III, Cidade da Guatemala, para Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá; Zona IV, Lima, para Peru, Bolívia, Equador, Colômbia e Venezuela; Zona V, Rio de Janeiro, para o Brasil; e Zona V, Buenos Aires, para Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai (CUETO, 2007: 128).

O lançamento, o desenvolvimento e os resultados alcançados das campanhas de erradicação da varíola e da malária, em um país como o Brasil, revelam, simultaneamente, a importância das condições institucionais existentes em cada contexto de formulação e implementação da política de saúde. Revelam, ainda, que sua gênese e seu desenrolar só são plenamente compreensíveis em diálogo com os enunciados e eixos de ação da saúde internacional, que, no caso específico, revelaram uma sintonia relevante da Organização Sanitária Pan-Americana, em 1958 rebatizada como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com as diretrizes da OMS (HOCHMAN, 2007).

Um segundo objetivo central consistia na constituição de sistemas nacionais de saúde nos países membros, crescentemente abrangentes e garantidos por equipes bem treinadas, mediante estudos especializados em saúde pública, e com um regime de trabalho preferencialmente de dedicação integral. As condições de implementação de diretrizes dessa ordem variaram muito de país para país, com resultados senão modestos, quase sempre parciais. Todavia, constituíam gradativamente a necessidade de uma agenda de expansão da cobertura dos serviços de atenção.

No âmbito da OSP, atesta a alta importância dos programas de erradicação e controle, o fato de que, juntos, esses programas representavam, em 1958, 68% do total de recursos geridos pela organização, restando para os demais programas, inclusive formação e treinamento, algo como 32% (CUETO 2007).²⁷

Ainda que com recursos relativamente menos expressivos, a agenda de formação e treinamento de recursos humanos não demonstrou menor dinamismo. O programa de bolsas de estudo expandiu-se vigorosamente, chegando a alcançar, por exemplo, 413 bolsas concedidas no ano de 1953 (CUETO, 2007), um número comparável, por exemplo, aos melhores alcançados pela Fundação Rockefeller nas décadas precedentes.

²⁷ Cueto esclarece que, formação e treinamento recebiam apenas 7% do total de recursos, embora os programas de erradicação e controle reservassem em média algo como 10% para ações de treinamento. Esclarece também que se forem considerados apenas os recursos do orçamento regular próprio da OSP, que correspondiam à metade do orçamento total, estes números se tornam diferentes: para o controle erradicação 39% e para serviços gerais 47% (CUETO, 2007). Estes números são reveladores da importância de recursos extra-orçamentários, provenientes da OMS, da Unicef e da cooperação internacional estadunidense para estabelecer a centralidade da agenda da erradicação. Ou por outra, a existência destes recursos para os programas de erradicação pode ter proporcionado maior margem de manobra para a implementação de uma agenda menos “vertical”.

Nos primeiros anos da administração Soper, a organização estabeleceu bases mais sólidas para imprimir um programa regional voltado para a formação em enfermagem, sob a coordenação de Agnes Chagas. Entre os seus desafios, estava conhecer as condições vigentes e introduzir padrões unificadores da formação de enfermeiros em cerca de 60 escolas de enfermagem. Para mostrar a importância atribuída pela OSP ao ensino e à qualificação profissional em enfermagem, na metade do século XX, pode-se indicar, por exemplo, que, entre 1950 e 1954, 76% dos artigos referentes ao conjunto de temas relativos à formação e desenvolvimento de recursos humanos publicados no *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* versavam sobre a formação e o trabalho em enfermagem. Isso significava um número relevante, seja em termos absolutos (81 artigos), seja quando comparado ao total de artigos da revista (512), ou seja, algo como 15% da soma geral dos artigos publicados nesse intervalo (veja Quadro I).

Em que pesem essas iniciativas no terreno da enfermagem, os anos 50, sobretudo a segunda metade, assinalaram também, na Opas e fora dela, um movimento de reforma do ensino de medicina. Àquela altura, para vários analistas, os preceitos preconizados pelo relatório de Abraham Flexner, que haviam orientado o movimento de reforma das escolas médicas norte-americanas a partir da década de 10, já demonstravam sinais de esgotamento, ainda que alguns de seus princípios permanecessem válidos (LAMPERT, 2001).²⁸ Se a combinação de enfoque biomédico estrito, ênfase no laboratório e articulação ensino-pesquisa centrada no hospital de ensino havia imprimido crescentes padrões de cientificidade aos procedimentos médicos, ao fim e ao cabo resultaram em uma medicina crescentemente especializada,

²⁸ O relatório Flexner recebeu esse nome em função de seu autor, o químico e educador Abraham Flexner, e resultou da iniciativa da Carnegie Foundation com vistas a conhecer a realidade do ensino médico nos EUA e Canadá e promover sua reforma. Publicado em 1910, seus preceitos foram largamente adotados para a reorganização do ensino médico nos EUA. Os principais componentes do relatório seriam, segundo seus críticos posteriores: (1) a ênfase nas aulas teóricas, com foco na doença; (2) a fragmentação do conhecimento nas disciplinas; (3) uma pedagogia centrada no professor e na aula expositiva; (4) a definição do hospital de ensino como o espaço da prática; (5) a valorização da competência científica e técnica, do laboratório e da dedicação exclusiva como elementos centrais da capacitação docente; (6) a eleição do consultório privado como lugar privilegiado para exercício do trabalho médico; e (7) a organização da unidade de ensino em departamentos. Ainda segundo seus críticos da segunda metade do século, esse modelo de organização do ensino da medicina promoveu, desde a escola, uma crescente especialização do profissional médico em oposição a uma formação de caráter geral (LAMPERT, 2001, p. 67 – 68).

com conhecimentos e práticas fragmentadas, incapaz de obter uma percepção integral do paciente e da sua inserção em seu meio social.

No continente europeu, as preocupações eram semelhantes. Quando a Associação Médica Mundial, em colaboração com a OMS e a Unicef prepararam o programa da I Conferência Mundial de Educação Médica, em Londres, em 1953, dedicaram atenção exclusiva à graduação em medicina. Suas preocupações concentraram-se em quatro pontos principais: os requisitos para o ingresso em uma escola de medicina; os objetivos e o conteúdo do currículo médico; as tecnologias e métodos para o ensino de medicina; e o lugar da medicina preventiva e social no currículo médico.

No primeiro tópico, segundo um editorial do *British Medical Journal*, tratava-se de reafirmar a medicina como um domínio superior de conhecimento, portanto, de vocação universitária e destinado a aqueles melhor habilitados. No segundo ponto, o propósito seria estabelecer o tipo de médico a ser obtido, uma vez concluído o curso de graduação. Nesse caso, afirmava-se a importância fundamental da clínica geral para a prática médica e para um desenvolvimento posterior da carreira - devendo ser evitada a especialização precoce do estudante -, combinada com uma formação humanística sólida e o domínio do método científico.

O terceiro ponto do programa estava dedicado aos métodos e meios instrucionais para o alcance desses objetivos, no que tange aos processos de ensino. Cabe ressaltar aqui que, em alguma medida, as preocupações com métodos e tecnologias educacionais no ensino de medicina já estavam presentes no movimento reformista (calibrar) do ensino de medicina de meados do século, constituindo terreno propício à introdução de iniciativas de pretensões modernizadoras (*BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 1952).

O quarto ponto do programa da I Conferência Mundial de Educação Médica, explicitado como uma área de “especial interesse da Organização Mundial da Saúde”, reconhecia que o que talvez fosse melhor designada como “ecologia humana”, em substituição a uma indesejada ‘imprecisão’ da expressão “medicina social”, vinha se constituindo em um campo disciplinar específico, com implicações importantes para as práticas preventivas, a merecer lugar no currículo médico (*BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 1952, p. 481).

No âmbito latino-americano, os principais trabalhos dedicados a investigar os movimentos de reforma do ensino médico na região consideram sistematicamente a década de 50 como um período de inflexão. Nessa década, teria se consolidado a transição para as instituições norte-americanas do papel de fontes de referência para as experiências de modernização do ensino médico, em substituição à influência europeia que predominara até pelo menos os anos 20. Para essa transição, muito tinha contribuído a Fundação Rockefeller e outras instituições da filantropia privada, concedendo bolsas de graduação e pós-graduação a estudantes e profissionais latino-americanos. Nos anos de guerra e no pós-guerra, a assistência técnica oficial haveria de promover uma intensificação definitiva desse processo. Nesse período, a mesma literatura assinala a emergência, nos EUA, de um movimento de crítica à organização e aos conteúdos vigentes no ensino médico. Como resultados e eventos centrais desse movimento, a literatura assinala a emergência das propostas de um ensino compreensivo (*comprehensive*) de medicina, formuladas em instituições como a *Western Reserve University*, e das iniciativas de introdução do ensino de medicina social e preventiva no currículo médico. A esse respeito, é atribuída centralidade especial à realização da Conferência de Colorado Springs, em 1953, dedicada ao ensino de medicina preventiva, e que contou com a presença de delegações das escolas médicas dos EUA e do Canadá. Os desdobramentos desse movimento específico em direção à América Latina ocorreram mediante a realização, com o apoio da OSP, dos seminários internacionais temáticos de Viña del Mar, no Chile (1955), e de Tehuacán, no México, em 1956 (ALMEIDA, 1999).

Muito pouco é mencionado na literatura brasileira sobre esse movimento crítico norte-americano. Sem pretender, em absoluto, preencher essa lacuna, e tendo em mente os objetivos deste trabalho, vale a pena mencionar aqui que, a partir de 1953, por iniciativa da Universidade de Harvard e com o apoio direto da *Association of American Medical Colleges* (AAMC), foi realizado um extenso ciclo de *Teaching Institutes*, concebidos como reuniões temáticas, para um exame dos mais variados aspectos envolvidos na educação médica, a serem constituídas mediante convite a todas as escolas norte-americanas. Entre os temas contemplados incluíram-se: o desenvolvimento das ciências médicas básicas; os perfis dos candidatos aos cursos médicos e do estudante de medicina; os objetivos e métodos do ensino de clínica

médica; as relações e interações entre a educação e o cuidado em saúde, entre ensino e prática médica; um panorama de toda a série e o balanço das relações entre ensino e pesquisa; além de reuniões dedicadas aos aspectos administrativos das instituições de ensino (FIELD, 1968).

Foram, ao todo, treze reuniões, e, em linhas gerais, para os seus principais propositores, o objetivo era tentar instituir um ensino integral (*comprehensive*) de medicina, sem prejuízo dos avanços conquistados no tocante às tecnologias médicas e ao seu desenvolvimento. Essa concepção incluía a presença, nos currículos, das abordagens comportamentais e sociais para uma apreensão mais ampla dos problemas de saúde. A inclusão dessas novas disciplinas (psicologia e sociologia médica) deveria ser possível mediante um currículo médico “enxugado” do seu conteúdo “arcaico” ou tradicionalista e pela manutenção de um núcleo científico do mesmo. Todavia, esses princípios e concepções dos promotores do ciclo de reuniões não deixaram de suscitar a oposição daqueles que consideravam as ciências sociais ainda “imaturas” para uma aplicação substancial em medicina e que tampouco estavam dispostos a abrir mão de tempo de conteúdos no desenho das frações que lhe cabiam do currículo escolar médico, um debate que se estendeu pelas décadas seguintes (FIELD, 1970, p. 519-520).

Esse movimento crítico encontra-se na raiz de formulações curriculares inovadoras, como aquela adotada na *Western Reserve University*, ao mesmo tempo que é expressão mesma da sua ocorrência. Seu surgimento foi, em parte, consequência da espetacular expansão das atividades de desenvolvimento da ciência e tecnologia, em geral, e das ciências e tecnologias médicas no nosso caso particular. A esse respeito, esse movimento representou um fortalecimento sem precedentes do *National Institutes of Health* (NIH), no papel de agência promotora do desenvolvimento científico e tecnológico em medicina, e um aumento relativo especialmente importante dos aportes financeiros diretos pelo tesouro norte-americano.²⁹ Esse desenvolvimento científico e tecnológico implicara uma notável expansão do ensino médico e o incremento da

²⁹ Como ilustração da magnitude dessa expansão e segundo dados fornecidos pelo próprio diretor do NIH, Alan Gregg, se em 1947 os gastos totais em pesquisa médica eram da ordem de 87 milhões de dólares, com 31 % de participação direta do tesouro, em 1966, esses números passaram a ser de 2,05 bilhões de dólares, com 68% de participação federal. Os gastos aumentaram, portanto, 24 vezes no período. No mesmo intervalo, a participação do NIH evoluiu de 10% para cerca de 60% do total de gastos (GREGG, *MEMORIAL LECTURE*, apud FIELD, 1970).

produção científica em medicina e ciências afins.³⁰ Também correspondia a um aumento da demanda por serviços médicos em uma sociedade crescentemente industrial, urbanizada e afluyente, na qual a oferta de cuidados médicos tornava-se cada vez mais concentrada na prestação institucional de serviços, organizados em torno do hospital, constituindo um mercado em permanente expansão.

Essas tendências adicionaram relevância para temas como o desenho curricular da escola médica e, em associação com este, para questões relativas às tecnologias educacionais a serem mobilizadas no ensino médico, assim como para a publicação, armazenagem e difusão de informação científica e tecnológica em medicina e saúde.

O mesmo incremento na produção do conhecimento, entretanto, resultava em problemas de outra ordem. A aquisição de novos conhecimentos, a abertura de novos campos, de disciplinas e subdisciplinas, de novos métodos e técnicas de diagnóstico e de terapêutica ocasionaram, simultaneamente, um inchamento do currículo e um fracionamento do saber médico. Era, portanto, diante dessa ordem de questões, que os reformadores do ensino médico se colocavam.

O movimento de reforma do ensino médico na *Western Reserve University*, em Cleveland, Ohio, remonta à segunda metade da década de 40, quando começa a se expressar, na sua faculdade de medicina, um consenso em torno da necessidade de revisão no formato curricular e na organização de ensino, tal como definidos no modelo de Flexner. Foi, todavia, em 1952, após um ciclo de estudos preliminares relativamente extenso, com patrocínio substantivo da *Commonwealth Foundation*, que a instituição deu início a um programa sistemático de reforma do seu curso.

A Conferência de Colorado Springs, especialmente dedicada às questões da medicina preventiva, pautou-se pela crítica à separação entre a medicina preventiva e a curativa. Registra-se, a esse respeito, uma crítica à escola médica organizada segundo uma estrita inspiração no relatório Flexner, de 1910. Com o apoio da OSP, essa discussão alcançou a América Latina, primeiro em um seminário internacional realizado em Cali, na Colômbia, ainda com um alcance apenas nacional. Os seminários realizados em Viña del Mar e Tehuacán, respectivamente em 1955 e 1956, também sob chancela

³⁰ Entre 1949 e 1959, o número de professores nas escolas médicas dobrou, e suas instalações físicas também se expandiram significativamente (FIELD, 1970).

da OSP, todavia, são fartamente reconhecidos pela literatura como centrais para a difusão na América Latina e Central do chamado movimento preventivista (ALMEIDA, 1999; CUETO, 2007).

A reunião de Cali incorporou boa parte das discussões realizadas nos eventos norte-americanos que a precederam e, nesse sentido, registrou uma crítica à organização da escola médica segundo os preceitos de Flexner. Todavia, um exame da agenda e das recomendações emanadas da reunião sugere que várias das orientações não explicitavam desacordo com aquelas do médico reformador norte-americano. Segundo Jorge Andrade, na reunião mencionada, foram examinados: os objetivos da graduação médica; as modalidades de ingresso nos cursos médicos; a estrutura em departamentos como forma preferencial de organização do ensino médico; a criação de departamentos de medicina preventiva; a importância da dedicação exclusiva em tempo integral; e a relevância da residência médica em hospitais, em sua maior parte aspectos presentes, ainda que de modo específico, no receituário flexneriano. Como tema especialmente afeito aos debates sobre o ensino integral de medicina, discutiu-se, ainda, a necessidade de coordenação das disciplinas em cada período escolar e ao longo de todo o curso (ANDRADE, 1979). Embora não seja possível estabelecer conexões diretas - e sobretudo a natureza das eventuais relações - entre o movimento americano da educação médica, especialmente o latino-americano, e as questões e o processo de discussão no âmbito da I Conferência Mundial de Educação Médica realizada em Londres, em 1953 (ALMEIDA, 1999), é possível identificar uma agenda comum em torno de temas, sobretudo no tocante à seleção e ao ingresso de estudantes, ao ensino de medicina preventiva, a uma maior coordenação curricular e as atividades docentes, entre outros temas. Outras evidências sobre eventuais conexões entre as formulações de então, no contexto europeu, e o movimento latino-americano podem ser mais diretas. Ao escrever, em 1951, sobre o ensino de higiene e medicina preventiva nos programas de educação médica, Horwitz, na condição de funcionário da OSP, instituição que mais tarde dirigiria,³¹ discutindo o que seria o objetivo da educação médica, refere explicitamente o relatório da primeira reunião do Comitê de Especialistas em Educação

³¹ Abraham Horwitz, chileno de nascimento, foi o primeiro latino-americano a desempenhar as funções de diretor da OPS, entre 1959 e 1975. Antes disso, teve participação ativa nos importantes seminários internacionais de medicina preventiva, realizados em Viña del Mar, Chile (1955), e Tehuacán, México (1955), e conduzidos pela organização.

Profissional e Técnica do Pessoal Médico e Auxiliar da OMS, já discutido aqui (HORWITZ, 1952). Vale mencionar, também, que o cirurgião geral adjunto dos EUA participou, ativamente, da I Conferência Mundial sobre Educação Médica, proferindo uma comunicação sobre a nova orientação imprimida ao ensino de medicina preventiva nos EUA (DEARING, 1954). Na mesma conferência, Gustavo Molina, como representante da Divisão de Educação e Treinamento da OSP, apresentou as iniciativas da organização para a promoção do ensino dessa disciplina (MOLINA, 1954). Como será visto mais adiante, a realização, pela OSP, dos Seminários sobre o Ensino de Medicina Preventiva, na América Latina, propiciará mais evidências acerca da proximidade entre os dois processos. Outros elos de ligação também serão apresentados.

Por hora vale indicar que no âmbito da OMS, realizou-se, em 1952, a segunda reunião do Comitê de Especialistas em Educação Profissional e Técnica do Pessoal Médico e Auxiliar. Seu temário, atendendo à resolução da primeira reunião, dedicou-se exclusivamente ao que seriam as grandes linhas ordenadoras da educação médica. Na agenda de discussão prevista na sua convocação, as questões presentes incluíam também: o currículo ou programa de formação médica, com atenção especial para os estudos sociais; a inclusão, desde os primeiros anos, de conteúdos pertinentes à medicina preventiva e social; as possibilidades de observação dos componentes sociais das enfermidades durante o período de estudos clínicos e de aplicação de medidas preventivas aos enfermos; as condições para a participação direta dos estudantes em programas de proteção à saúde da comunidade; e a introdução de conteúdos especiais, entre estes a reabilitação física e mental e a atenção aos idosos.

Essa agenda, como se percebe, conferia importância central às discussões sobre medicina preventiva e social. Na condução dos trabalhos, os membros do comitê optaram por examinar aqueles que seriam os elementos fundamentais da medicina, os princípios básicos a serem observados no ensino médico, em todas as regiões do planeta, e suas relações “com os indivíduos, com a sociedade, com a instituição médica docente e com o próprio estudante de medicina” (OMS, 1954, p. 1-2).

Como resultado, o comitê produziu considerações abrangentes sobre o ensino da medicina, buscando uma agenda global ou comum. Quanto aos conceitos fundamentais,

reafirmou o papel dos avanços do conhecimento científico e da estrutura social, econômica e cultural na definição do “caráter” da medicina em uma dada circunstância. Reconheceu a natureza técnica e especializada da medicina contemporânea, com implicações na constituição de um corpo de especialistas e de profissões paralelas, que todavia não poderiam deslocar o médico de um papel central, em especial o médico generalista. O comitê de especialistas defendeu, ainda, como finalidade do ensino médico, uma qualificação em “medicina integral”, sendo esta considerada como a que abarca “a prática da medicina somática, psíquica, social e preventiva” (*COMITÉ DE ESPERTOS EN EDUCACIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA DEL PERSONAL MÉDICO Y AUXILIAR*, 1954, p. 3). O comitê caracterizou a instituição de ensino médico como sendo “depositária”, produtora e difusora do conhecimento médico, além de exercer funções de consulta em matéria sanitária e de oferta de assistência médica de qualidade. Para corresponder a esses objetivos e funções, o ingresso de estudantes, a cada ano, deveria corresponder à real capacidade instalada em cada estabelecimento de ensino. A seleção deveria ocorrer entre aqueles de alta capacidade intelectual, de conhecimentos básicos sólidos em humanidades, ciências naturais, sociais e da conduta humana, de perfil psicológico, moral e capacidades físicas compatíveis com os desafios e responsabilidades da profissão (OMS, 1954).

O comitê conferiu atenção especial ao ensino das ciências básicas, enfatizando, entretanto, a necessidade de coordenação e articulação entre as várias disciplinas. Ele reconhecia, todavia, que esta não era uma orientação simples, que iria requerer esforços concertados, mas também reconhecia que a ausência de coordenação implicava a perda de substância e qualidade no ensino. O mesmo sentido de coordenação, aliás, deveria presidir a incorporação dos “conceitos sociais” e das primeiras relações diretas dos estudantes com os pacientes e suas comunidades. Quanto a esses últimos aspectos, que requerem uma articulação entre a escola médica e as instâncias de prestação de assistência médica à comunidade, a coordenação das ações de ensino deveria ficar a cargo dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS), como aqueles mais capacitados para a tarefa. Além disso, tendo em vista a carga de ocupação e trabalho experimentada pelos demais departamentos, e o fato de que caberia aos departamentos de medicina preventiva e social a responsabilidade pela parte da educação do aluno relacionada com o estudo do paciente considerado em sua inserção no meio social, o

informe argumentava que caberia aos DMPS um papel decisivo de coordenação do conjunto dos ensinamentos clínicos (OMS, 1954).

O informe sugeria, por um lado, que os estudos básicos e o ensino clínico deveriam se interpenetrar, superando uma clássica separação entre as duas etapas do currículo. Por outro lado, o ensino clínico deveria esmerar-se em não tratar as especialidades médicas como dimensões mais ou menos autônomas dos processos de adoecimento, diagnóstico e cura. Seria adequado, portanto, permitir ao estudante conhecer a história de vida e adoecimento do paciente, assim como as informações e experiências essenciais para o exame, diagnóstico e terapêutica das doenças mais comuns em uma dada comunidade (OMS, 1954).

Corroborando a importância conferida pelo informe ao ensino de medicina preventiva e social, o documento lista um conjunto de recomendações a serem seguidas pelas instituições de educação médica com vistas ao fortalecimento do ensino dessa disciplina. Entre as recomendações incluem-se: a criação de departamentos independentes; o apoio político, administrativo e orçamentário; o suporte e valorização de atividades de pesquisa em temas pertinentes à especialidade; a sua integração ao programa clínico da instituição; e, por fim, a necessidade de que os professores do DMPS assumam parte das responsabilidades diretas pela atenção à saúde da comunidade. O informe sugere, ainda, que aspectos sociais e preventivos devam ser também ministrados como parte da programação dos demais departamentos, com referências explícitas à medicina interna, pediatria, cirurgia corretiva de anormalidades congênitas e psiquiatria, sendo esta última mencionada como um dos “pilares” de sustentação da medicina preventiva e social (OMS, 1954, p. 12-13).

Ao discorrer sobre os requisitos para um adequado funcionamento da escola médica, o informe destaca a importância de um corpo docente capacitado. Indica, explicitamente, que, ainda que o pleno domínio intelectual de uma determinada disciplina seja importante, e, portanto, igualmente relevante às capacidades para o desenvolvimento de atividades de pesquisa pura, as instituições de ensino deveriam dar importância para a “experiência e capacidades para ensinar”. Expressando-se sob a forma de uma recomendação aos corpos docentes, o informe assinala textualmente que

“ainda que a formação pedagógica em forma sistemática de professores de faculdades em colégios profissionais seja matéria na qual ainda não se tenha alcançado grande desenvolvimento, um professor dispõe de múltiplos meios para adquirir as qualidades acadêmicas necessárias” (OMS, 1954, p. 17).

Em outra passagem:

“Em alguns lugares, tem-se reunido os professores recentemente ingressados nas faculdades, procedentes de diversas instituições, e se tem dado, com caráter experimental, breves cursos de formação na arte e na ciência da ‘educação’. Se bem não possamos estabelecer conclusões definitivas sobre o valor deste procedimento, há uma margem considerável para recomendar-se que prossigam os ensaios desta natureza”. (OMS, 1954, p. 18)

Assim, o informe registra a emergência de uma área de estudos e desenvolvimento de soluções para o aperfeiçoamento docente dos estabelecimentos de ensino superior médico. Ainda que de forma tímida, ele a legitima como área de interesse e agenda pertinente ao desenvolvimento da escola médica. Como já foi indicado anteriormente, e será retomado mais adiante, uma década depois, no contexto interamericano, a Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina pleitearia o estabelecimento, na América Latina, sob os auspícios da Opas, de um centro de aperfeiçoamento docente em pesquisa e ensino e de um núcleo devotado às tecnologias educacionais em apoio à modernização do ensino da região.

Por fim, os autores do informe assinalam que estava em curso, em vários países e sob formas diferenciadas, profundidade e ritmos diversos, um processo de reformulação ou reforma do ensino médico relativamente generalizado. A esse respeito,

foi registrada a importância e a validade dessas iniciativas, e convocaram-se as autoridades acadêmicas e os corpos docentes a acompanharem esses processos e a eles aderirem, dirigindo-os segundo os termos julgados adequados para uma dada faculdade, em uma dada sociedade (OMS, 1954).

Nos anos de 1955 e 1956, a OSP realizou os já mencionados Seminários sobre o Ensino de Medicina Preventiva, respectivamente em Viña del Mar e Tehuacán. Contando com a chancela da OMS e o apoio institucional e a presença de delegações da Fundação Rockefeller e do Instituto de Assuntos Interamericanos do governo dos EUA, o evento teve por clientela os decanos e professores de medicina preventiva das instituições de ensino médico do Caribe e das Américas Central e do Sul.³² Secretariados, nas duas ocasiões, pelo chefe da Divisão de Educação e Treinamento, da OSP, Myron Wegman, a programação dos seminários concentrou-se em quatro temas: o programa e os métodos do ensino de medicina preventiva; a organização do departamento de medicina preventiva e a formação e as funções do pessoal docente; as relações entre o DMPS e os demais departamentos e instâncias da escola médica; e o papel dos DMPS na organização e nas atividades dos serviços de saúde pública (OPAS, 1957).

As conclusões e recomendações das duas reuniões, ainda que tenham se detido de modo mais aprofundado sobre a sua temática específica e às dificuldades pertinentes ao contexto latino-americano, não deixaram de reafirmar vários dos princípios e diretrizes enunciados nas reuniões anteriores. Dentre estes, pode-se indicar a reiterada opção por uma medicina integral que superasse as tradicionais separações entre prevenção, cura e reabilitação e a dicotomia entre as abordagens biológicas e psicossociais; a preocupação com os processos de seleção e com o número de novos alunos a serem admitidos anualmente nas escolas médicas; a prioridade a ser conferida ao processo e constituição de departamentos de medicina preventiva; a necessidade de um ensino de medicina preventiva distribuído ao longo de todo o ensino médico; a premência de uma maior articulação entre os DPMS e os demais departamentos ou

³² A Oficina Sanitária Pan-Americana realizou seminários similares voltados para outras disciplinas, como por exemplo, o ensino de pediatria, sempre com a preocupação de promover a adoção de abordagens preventivas e integrais. A pediatria era considerada um campo especialmente propício para uma integração entre aspectos curativos, preventivos e sociais (OPAS, 1960).

cátedras; e as possibilidades de fecundação mútua entre o ensino de medicina e os serviços de saúde e a necessidade de se realizar de fato essa articulação (OPAS, 1957).

Durante sua preparação prévia, como fontes de referência para as discussões, foram amplamente distribuídos os informes de 1950 e 1952 do Comitê de Expertos da OMS sobre Educação Profissional e Técnica do Pessoal Médico e Auxiliar e os relatórios das conferências sobre medicina preventiva de Colorado Springs (1952) e de Nancy, França (1953), assim como os da I Conferência Mundial de Educação Médica. O próprio relatório assinala que o debate latino-americano sobre medicina preventiva inscrevia-se e era parte integrante do movimento mais geral de reforma do ensino médico, pelo menos no Ocidente (OPAS, 1957).

Para além de sua programação, os seminários suscitaram a realização de reuniões informais com o propósito de promover a criação de uma “organização de escolas de medicina e de professores de escolas de medicina”, um movimento que se tornaria regionalmente abrangente, com implicações para o objeto de estudo deste trabalho (OPAS, 1957, p. 4).

O relatório conjunto dos dois eventos, tornado público pela RSP, em 1957, assinalou, ainda, em sua introdução, que a melhoria do ensino de medicina preventiva e o êxito de uma concepção da saúde e da doença como parte de um mesmo fenômeno dinâmico, somente compreensível a partir de suas relações com os meios natural e social, são também parte de uma compreensão de que homem deve ser visto “como elemento fundamental de progresso por sua capacidade de produção (...)” e que corresponderia à medicina, manter os indivíduos em produção ativa e caso sejam adultos, e em crescimento e desenvolvimento ótimos, caso ainda não tivessem atingido a fase produtiva (*COMITÉ DE ESPERTOS EN EDUCACIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA DEL PERSONAL MÉDICO Y AUXILIAR*, 1957, p. 1).

A passagem, sem dúvida, é reveladora do processo de “economização” da vida, tão típico da era do desenvolvimento, por meio do qual a existência e o trabalho humano passam a ser concebidos, progressivamente, por um prisma exclusivamente econômico, no qual o crescimento da “produção”, por meio de homens em condições “ótimas”, passa a ser considerado como um fim em si mesmo. Um processo que, desse

modo, envolveria considerar a medicina, “em última instância”, também em estritos termos econômicos.

Não é de menor importância, caracterizar os movimentos de reforma do ensino médico na América Latina e de introdução ou promoção do ensino de medicina preventiva como parte do processo mais geral do desenvolvimento. É essa inscrição, seu ajustamento ao conjunto de valores mais gerais e às estratégias para a sua promoção que poderiam, àquela altura, conferir sentido também estratégico para o próprio movimento médico de então.

Os anos finais da década de 50 corresponderam aos últimos anos da administração de Soper e ao início, em 1959, da gestão do chileno Abraham Horwitz. Foram anos também de sensível crescimento da importância relativa da assistência internacional para o desenvolvimento no contexto latino-americano, que culminariam com o lançamento, em 1961, da Aliança para o Progresso. Esse processo é especialmente ilustrativo da maneira pela qual saúde e educação tornaram-se parte das políticas sociais do desenvolvimento.

III.6 - Horwitz, o desenvolvimento e o ciclo econômico das enfermidades

No final da década de 50 e início da de 60, uma sequência de acontecimentos relativos à história política e da diplomacia no continente americano trouxe para primeiríssimo plano o tema da assistência internacional para o desenvolvimento. Esses acontecimentos contribuíram para que políticas de saúde e educação gradativamente passassem a fazer parte dessa agenda. Entre esses eventos relevantes, incluem-se o lançamento da Operação Pan-americana, em 1958; a Revolução Cubana, em 1959; a celebração da Ata de Bogotá, em 1960; o lançamento da Aliança para o Progresso, em 1961; e a assinatura da Carta de Punta del Este, em agosto também de 1961, quando foi realizada naquela cidade uruguaia uma Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social (CIES) em nível ministerial, uma instância da OEA.

Iniciativa do governo de Juscelino Kubitschek, a Operação Pan-americana pretendeu, no contexto da Guerra Fria e de um crescente sentimento antiamericano na opinião pública latino-americana, realizar uma revisão do pan-americanismo. Defendia a necessidade de uma deliberada ajuda norte-americana ao desenvolvimento dos países

do sul, que incluísse investimentos públicos de monta, como parte de um pacto comum em torno dos chamados valores “hemisféricos”, e, portanto, das posições anticomunistas. O conteúdo da operação era estritamente econômico.

Embora a adesão dos EUA a esse tipo de compromisso tenha sido, a princípio, fria, ela suscitou a formação de uma Comissão Especial do Conselho da OEA, o chamado “Comitê dos 21”, um grupo de estudo de alto nível composto por representantes de 21 países da região, encarregado de examinar e propor medidas e, sobretudo, da ampliação da cooperação econômica. A eclosão da Revolução Cubana fez crescer, contudo, a ansiedade em Washington quanto à possibilidade de um avanço da ideologia comunista nos países latino-americanos. Quando, ainda durante a administração de Dwight Eisenhower, o Comitê dos 21 se reuniu em Bogotá, Colômbia, em 1960, para uma das suas reuniões regulares, os representantes norte-americanos estavam não só mais sensíveis quanto à necessidade de uma ação multilateral e coordenada para o desenvolvimento, como foram capazes, segundo algumas análises, de fazer incluir na agenda o tema das políticas sociais. Essa inclusão, todavia, fazia parte dos esforços destinados a mitigar as dificuldades sociais, em resposta a necessidades prementes, fazendo avançar a produtividade e fortalecendo o desenvolvimento econômico para, desse modo, deter o avanço socialista (MOREIRA, 2001).

A Ata de Bogotá, adotada pelo Conselho da OEA, em setembro de 1960, reconhecia que, embora importantes, os esforços empreendidos individualmente pelos países latino-americanos no enfrentamento dos seus problemas sociais e econômicos somente teriam êxito se acompanhados do que deveria ser um novo e vigoroso programa de cooperação interamericana. Admitia também, todavia, que mesmo diante de resultados importantes no terreno econômico, a serem obtidos mediante um urgente reforço dos programas, seus efeitos sobre as condições de vida da maior parte das suas populações ainda tardariam. Assim, para que esse processo pudesse ser acelerado, o governo dos EUA propunha instituir um fundo interamericano para o desenvolvimento social, a ser gerido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, o BID, que havia sido recém instituído, em 1959, nos marcos da Operação Pan-americana (OEA, 1960, preâmbulo e item II).

No plano econômico, segundo os princípios da Operação Pan-americana, o documento registrava que seria necessária uma ampliação da assistência financeira por parte dos países exportadores de capital da América do Norte, da Europa Ocidental e das agências internacionais de crédito. Esse aumento deveria considerar as necessidades de flexibilidade, inclusive quanto às possibilidades de amortização de empréstimos mediante pagamentos em moeda nacional, para não deteriorar ainda mais as balanças de pagamentos dos países, assim como a disponibilidade de assistência técnica para a formulação de projetos e das “políticas monetárias, fiscais e de câmbio necessárias para a sua efetividade” e para a elaboração dos planos nacionais de desenvolvimento (OEA, 1960, item III).

Entretanto, a Ata de Bogotá avançava mais no terreno das políticas sociais. Ela propunha a implementação de medidas adicionais no terreno da administração de impostos e tarifas, da propriedade e do uso da terra, da educação e treinamento e da saúde e habitação. Assim, o documento recomendava medidas cujos objetivos eram, entre outros, promover uma legislação de terras que propiciasse maior equidade na sua distribuição, incorrendo em taxação sobre terras ociosas; proporcionar crédito agrícola a pequenos proprietários, inclusive quando em regime de posse cooperativa; estabelecer programas de colonização em áreas abandonadas ou subutilizadas; criar infraestrutura de transporte em áreas não assistidas; incentivar a construção de habitações de baixo custo, com respeito a padrões de qualidade, e a realização de obras de saneamento, adotando-se formas inovadoras de crédito e financiamento público e privado; realizar programas massivos de erradicação do analfabetismo; promover o treinamento técnico-científico em artes e disciplinas mais diretamente aplicáveis ao desenvolvimento; promover um ensino rural básico que também contemplasse matérias como técnicas agrícolas, comércio, habitação e saneamento.

Na saúde, a Ata de Bogotá propôs a revisão das políticas de saúde pública, enfatizando a necessidade de expansão dos serviços nacionais, com atenção especial para a redução da mortalidade infantil; o desenvolvimento progressivo de sistemas de seguridade social no tocante à maternidade, acidentes e invalidez, nas áreas urbanas e rurais; o provimento de atenção médica em áreas empobrecidas e remotas; o fortalecimento de campanhas de controle ou eliminação de doenças transmissíveis, com ênfase na erradicação da malária; o fortalecimento de programas de nutrição voltados

para populações com carências alimentares graves; a expansão do provimento de água potável e da rede de esgotos; e a realização de treinamento de especialistas e técnicos em saúde pública (OEA, 1960, item I).

A Ata de Bogotá, como documento de política internacional, estabelecia o entrelaçamento entre o progresso econômico e o avanço nas condições sociais como partes de um mesmo processo de desenvolvimento e indicava os passos seguintes para, com um sentido de urgência, fazer avançar a formulação de uma política hemisférica segundo essa orientação. Dessa forma, sugeriu que, “no prazo de sessenta dias”, o Conselho da OEA convocasse uma reunião especial de representantes de alto nível dos países para a proposição de medidas concretas, para a implementação de um amplo programa de assistência multilateral, que lograssem, também, estabelecer a coordenação institucional necessária entre as instâncias da OEA, das Nações Unidas e os bancos de desenvolvimento.

Decorridos exatos seis meses da assinatura da Ata de Bogotá, em 13 de março de 1961, portanto, o recém-empossado presidente dos EUA, John F. Kennedy, fez o discurso de lançamento da Aliança para o Progresso, diante de uma audiência formada pelos corpos diplomáticos dos países americanos em Washington e pelos membros do Congresso norte-americano. Seguindo o espírito da Operação Pan-americana e as recomendações de Bogotá, a Aliança para o Progresso pretendia ser um programa de dez anos voltado para o desenvolvimento econômico e social da América Latina e Caribe, cujos contornos mais precisos seriam definidos em uma reunião ministerial do Conselho Interamericano Econômico e Social da OEA, a ser convocada para esse fim. Os recursos iniciais do programa consistiram de fundos autorizados pelo Congresso do EUA, e seus princípios básicos alinhavam-se à defesa do que eram considerados valores básicos do hemisfério, tais como democracia, liberdade individual e economia de mercado.

Trechos do pronunciamento de Kennedy, recorrentemente citado na literatura, são especialmente ilustrativos acerca do espírito que governava as lideranças norte-americanas quando da formulação e lançamento do programa. Ei-los:

“Never in the long history of our hemisphere has this dream been nearer to fulfillment, and never has it been in greater danger. The genius of our scientists has given us the tools to bring abundance to our land, strength to our industry, and knowledge to our people. For the first time we have the capacity to strike off the remaining bonds of poverty and ignorance -- to free our people for the spiritual and intellectual fulfillment which has always been the goal of our civilization. Yet at this very moment of maximum opportunity, we confront the same forces which have imperiled America throughout its history -- the alien forces which once again seek to impose the despotisms of the Old World on the people of the New” (KENNEDY, 1961, p. 2).

Trata-se, sem dúvida, de uma manifestação exemplar de uma crença inigualável na capacidade redentora da ciência e da tecnologia, da sua positividade em direção ao futuro, articulando em um mesmo enunciado conhecimento, tecnologia, indústria, abundância e realização espiritual e intelectual. Todavia, poucas páginas são mais representativas de como esse otimismo, nos marcos de um pan-americanismo excludente e no espírito da Guerra Fria, combinava-se a um temor de quem se pretende guardião de uma ameaçada civilização virtuosa no Novo Mundo, que mobilizava elementos imprecisos de uma identidade comum para projetar, no presente e no futuro, ameaças, igualmente difusas, atualizadas do passado. Essas projeções, também implicavam a hostilidade real e concreta para com os dissidentes dessa pretendida unidade: simultaneamente, a inteligência norte-americana e contingentes cubanos no exílio ultimavam, às escondidas, os preparativos para uma invasão militar à Cuba, que se realizaria exatos 34 dias depois. Sem êxito, como sabemos.

Além desse espírito, no qual *real politik* e considerações de ordem ideológica e moral coexistem, a Aliança correspondia, segundo a fala presidencial, a uma tomada de consciência de que os EUA *“not always grasped the significance of this common mission, just as it is also true that many in your own countries have not fully understood the urgency of the need to lift people from poverty and ignorance and despair”*. Assim,

tratava-se de um chamamento a uma iniciativa que se pretendia “*a vast cooperative effort, unparalleled in magnitude and nobility of purpose, to satisfy the basic needs of the American people for homes, work and land, health and schools - techo, trabajo y tierra, salud y escuela*”. E para atender a essa vasta agenda de desenvolvimento, as iniciativas concretas diziam respeito e estavam articuladas, por exemplo, tanto ao estímulo para a formação de mercados comuns e administração de preços de produtos primários quanto à formulação de políticas hemisféricas e à assistência técnica em nutrição, habitação, educação e saúde (KENNEDY, 1961, p.3).

A Aliança para o Progresso foi formalmente pactuada pelos países das Américas com a assinatura conjunta da Carta e da Declaração de Punta del Este, de 17 de agosto de 1961, quando da realização, naquela cidade uruguaia, da Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social a nível ministerial. O processo de discussão sobre a Aliança, na reunião, esteve longe de ser tranquilo.

Marcada de modo irremediável pela questão cubana, a forma de expressão da Guerra Fria no contexto americano da época, a reunião uruguaia foi palco de debates entre modelos de desenvolvimento. Esses debates são mais conhecidos pelas intervenções marcadamente antiimperialistas do representante cubano, Ernesto Che Guevara, mas envolveram também, da parte de países como Argentina e Brasil, posições divergentes acerca dos termos da proposta americana, ainda que ela tenha sido bem recebida como uma iniciativa promissora.

A principal crítica desses países residia no que consideravam a pouca ênfase dada pela proposta americana aos temas do desenvolvimento econômico, sobretudo industrial, *vis à vis* a agenda de questões sociais.³³ Nos encontros preparatórios à reunião, por exemplo, os governos do Brasil e Argentina compartilharam documentos de análise econômica nos quais esboçavam um projeto de desenvolvimento regional no

³³ Cuba foi o único país que não assinou os documentos terminais da reunião. Sua posição foi sempre radicalmente contra os princípios que presidiam a formulação original da proposta, por ela considerados como orientados para a sustentação da hegemonia dos EUA na região e de conteúdo marcadamente assistencialista. Para uma tese elaborada no campo da saúde, e conhecendo a importância conferida ao saneamento no pensamento sanitário brasileiro no primeiro quartel do século XX, causa espécie a passagem de um dos discursos de Guevara em Punta del Este, no qual, ao destacar a importância da industrialização no processo de desenvolvimento, criticou a proposta norte-americana ao salientar que nela “*el tema de la industrialización no figura en el análisis de los señores técnicos. Para los señores técnicos, planificar es planificar la letrina. Los demás, quién sabe cuándo se hará?*” (GUEVARA, 1961, *apud* BOTEGA, 2009: 158).

qual prevalecia a ideia de que um projeto de desenvolvimento para a América Latina não deveria enfatizar o apoio a projetos de caráter assistencial, mas contemplar firmemente o financiamento de projetos voltados às indústrias de base e à produção econômica em geral. Diante dessas críticas, os representantes dos EUA aceitaram a modificação da proposta, para incluir a industrialização como objetivo da ajuda e reduzir o destaque atribuído à reforma agrária, tema especialmente delicado aos olhos das elites sul-americanas, entre outras alterações (BOTEGA, 2009).

Assim, como resultado, a Carta de Punta del Este teria sido uma síntese entre a posição norte-americana e as aspirações desenvolvimentistas de alguns dos países mais importantes da América Latina. Como objetivo, ficou definida a realização de um grande esforço cooperativo que acelerasse o desenvolvimento econômico e social dos países, rumo a um máximo de bem-estar e oportunidades iguais, “em sociedades democráticas adaptadas aos seus próprios desejos e necessidades”. Para a consecução desse objetivo foram previstas 12 metas principais, que, sinteticamente, incluíam: (1) crescimento substancial e - diríamos hoje - sustentado da renda *per capita* dos países e distribuição mais equitativa desse desenvolvimento; (2) melhor distribuição de renda com maior poupança e nível de investimentos; (3) diversificação das estruturas econômicas nacionais com mudanças na pauta de comércio exterior com menor dependência da importação de industrializados e bens de capital; (4) aceleração do processo de industrialização “racional”; (5) aumento da produtividade na agricultura e suas condições de armazenagem, transporte e distribuição; (6) realização de programas de reforma agrária, segundo as “particularidades de cada país”, complementados por linhas de crédito adequadas e assistência técnica em regimes de posse e trabalho justos e dignos; (7) eliminação do analfabetismo entre os adultos até 1970, proporcionando um mínimo de seis anos de instrução primária, modernização e ampliação do ensino secundário, técnico e superior, aumentando a capacidade para a pesquisa pura e aplicada, assim como o pessoal habilitado requerido por uma sociedade em desenvolvimento acelerado; (8) aumento, em um mínimo de cinco anos, da esperança de vida ao nascer, e elevação da capacidade de aprender e produzir, através do melhoramento da saúde; (9) construção, em número adequado, de moradias de baixo custo, com a infraestrutura de saneamento necessária, reduzindo o *déficit* habitacional, tanto na cidade como no campo; (10) manutenção da estabilidade dos preços; (11)

promoção e fortalecimento dos acordos de integração econômica, inclusive com vistas à criação de um mercado comum latino-americano; e, por fim, (12) promoção de programas cooperativos, evitando-se as flutuações excessivas das rendas provenientes de exportações primárias, e adoção de medidas necessárias para facilitar o acesso das exportações latino-americanas aos mercados internacionais (OEA, 1961).

A Carta de Punta del Este e a Declaração de Punta del Este foram acompanhadas por documentos de natureza especializada, também firmados na reunião, um deles dedicado ao tema da saúde: o *Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso*.³⁴

Antes de apresentarmos esse documento e discutirmos o modo pelo qual a saúde se fez presente nos documentos fundadores da Aliança para o Progresso, vale a pena examinar como a Organização Pan-Americana da Saúde interagiu com esta agenda diplomática da assistência internacional e do desenvolvimento. Tomando por base os documentos de caráter programático produzidos pela Opas, assim como os artigos publicados no seu principal periódico, o *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana*, entre o final da década de 50 e a passagem para a de 60, a organização operou, por intermédio do seu diretor Abraham Horwitz, para estabelecer uma relação de sentido entre economia e a saúde, tornando esta última componente de uma agenda do desenvolvimento tal como formulada nos fóruns interamericanos de então.

O primeiro artigo publicado no *Boletín* explicitamente dedicado a essa discussão, da lavra do próprio Horwitz, veio a público em 1959 (HORWITZ, 1959). Intitulado *Relaciones entre Salud y Desarrollo Económico*, o artigo reproduzia um trabalho apresentado na reunião da Comissão Especial do Conselho da OEA, realizada em Buenos Aires, Argentina, entre abril e maio de 1959, ou seja, na segunda das reuniões - a primeira após a Revolução Cubana - do já mencionado Comitê dos 21, grupo encarregado de propor mecanismos e medidas para fazer avançar a cooperação multilateral nos marcos da Operação Pan-americana.³⁵

³⁴ Nos são conhecidos três desses documentos: Resolução A.1 (Plano Decenal de Educação da Aliança Para o Progresso); Resolução A.2 (Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança Para o Progresso); e Resolução A.4 (Grupos de Estudo para Tarefas de Programação). Ver: OEA, 1961.

³⁵ O Comitê dos 21 realizou reuniões em Washington, entre novembro a dezembro de 1958; em Buenos Aires, entre abril e maio de 1959; e em Bogotá, em setembro de 1960. Ver Silva, 2009.

O segundo artigo publicado, por seu turno, também de autoria de Horwitz, reproduzia o documento apresentado pelo diretor da Opas na terceira reunião do mesmo comitê, de setembro de 1960, e que resultou na assinatura da Ata de Bogotá³⁶. Ainda em 1960, no mês de dezembro, Horwitz voltava à carga e apresentava a mesma discussão no IV Congresso Mexicano de Saúde Pública. Esse trabalho foi igualmente publicado no *Boletín*, em agosto de 1961.³⁷

Mas o tema frequentou novamente as páginas da principal publicação da Opas por outras duas vezes, em 1961, sempre assinados por Horwitz, agora para estampar dois trabalhos sobre bem-estar e desenvolvimento econômico e sobre o planejamento no âmbito das políticas sociais.³⁸ Ambos os trabalhos foram apresentados na Reunião Especial do Conselho Interamericano Econômico e Social que resultou na Carta de Punta del Este e no Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso.

As contribuições da Opas para a reunião extraordinária não se limitaram, todavia, a esses dois documentos de autoria do seu diretor. Ela apresentou um documento institucional, intitulado *Hechos sobre problemas de salud*, no qual se destacavam temas como recursos humanos, nutrição, malária, tuberculose, varíola e outras doenças infectocontagiosas, água e saneamento, que foi publicado, em julho de 1961, como um número da sua série *Publicaciones Várias*.

Entrementes, Horwitz publicou, ainda em 1960, nas três línguas oficiais da Opas, inglês, espanhol e português, como um número da mesma série *Publicaciones Várias*, uma bem acabada e ilustrada brochura intitulada *A Saúde e a Riqueza* e a fez circular como uma explicitação da posição da Opas, no momento mesmo em que as políticas sociais tornavam-se parte integrante dos debates diplomáticos no continente.³⁹

³⁶ O artigo em questão é Horwitz, A. *Reflexiones sobre economia y salud*. (HORWITZ, 1961).

³⁸ Os trabalhos em questão são: Horwitz, A. *El desarrollo económico y el bienestar social*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; 51(5):387-9, nov. 1961b; e Horwitz, A. *Planificación del desarrollo económico y social en la América Latina*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; 51(5): 379-86, nov. 1961a.

³⁹ *A Saúde e a Riqueza*, sob o título *O Papel da Organização Pan-Americana da Saúde no Programa de Desenvolvimento da OEA*, foi publicado originalmente como artigo na revista *Américas*, periódico mensal da União Pan-americana, designação, até 1970, do corpo permanente da OEA, hoje Secretaria Geral. Ver Horwitz, 1960.

Antes de examinar essa publicação em maior detalhe, porém, é preciso um comentário sobre o significado dessa sequência de publicações, do seu aparecimento e ritmo. Em primeiro lugar, as relações entre saúde e desenvolvimento, como tema em si, estiveram virtualmente ausentes dos debates e preocupações da organização até que as políticas sociais aflorassem como objeto de atenção no interior das discussões acerca da ajuda internacional e desenvolvimento. Uma vez que esses temas emergiram, a Opas elaborou e fez publicar documentos em contribuição aos debates formais, primeiro no Comitê dos 21 e, em seguida, na Reunião Especial de Punta del Este. O fez com ímpeto, pode-se dizer. Abraham Horwitz empenhou-se pessoalmente nessa empreitada, assinando várias dessas contribuições. Em segundo lugar, todos os documentos apresentados pela Opas nos principais fóruns internacionais vieram a público sob a forma de artigos e publicações avulsas, indicando a preocupação com a visibilidade dessa produção.

Em *A Saúde e a Riqueza*, Horwitz assinala a “permanente interdependência que liga a saúde, a economia e o progresso social”, assim a Opas teria um interesse “evidente por si mesmo” no programa da OEA, especialmente nas suas novas manifestações programáticas que adicionavam os qualificativos “econômico e social” aos enunciados do desenvolvimento. O elemento central de sua preocupação era destacar o trabalho humano ou a dimensão do trabalho como o “valor econômico da vida humana”. Segundo sua argumentação, os gastos com o nascimento de um indivíduo e o seu sustento ao longo da vida são consideráveis. Se ele deixa de produzir ou produz aquém “da sua quota”, aqueles investimentos seriam perdidos. Nesse caso, haveria pouca ou nenhuma “margem de lucro” (HORWITZ, 1960, p. 1-2).

Ao avançar sobre sua conceituação de relação doença e pobreza, ou saúde e produção, “em termos positivos”, Horwitz desenvolve a ideia de “ciclo econômico das enfermidades”, apresentado sob a forma de um diagrama circular. Neste, a baixa produção econômica implica meios de subsistência mínimos, que por sua vez acarretam uma nutrição deficiente, uma habitação inadequada e uma instrução de baixo nível, que, por seu turno, conduzem à doença. A doença provoca baixa energia humana que, completando o ciclo, ocasiona uma baixa produção econômica. A alta carga de doenças gera gastos importantes em medicina curativa. Nos países de recursos limitados, isso acarreta uma inversão nos cuidados preventivos e em saúde pública, o que levaria à

sustentação de um quadro de adoecimento da população. Portanto, o círculo vicioso também se fecha, mesmo diante de investimentos vultosos com assistência médica (HORWITZ, 1960).

Essa íntima relação entre problemas referentes à saúde, educação, habitação, alimentação e produção econômica, enraizados no âmbito da cultura dos povos, requeria uma abordagem abrangente, que desse conta de fenômenos complexos, e articulasse políticas de crescimento econômico como aquelas voltadas para a melhoria das condições de vida. Em *A Saúde e a Riqueza*, o diretor da Opas reconheceu que

“[...] as estatísticas do século XVIII mostram uma queda da mortalidade geral [...] resultado de outras causas que não o aperfeiçoamento dos cuidados médicos, [...] antes do leite pasteurizado e das clínicas de tuberculose; [e que] a melhoria do cultivo de terras e da distribuição de alimentos desempenhou decerto um papel relevante neste fenômeno” (HORWITZ, 1960, p.6).

Assim, Horwitz demonstrava conhecer argumentos de autores como Thomas McKeown sobre a primazia das melhorias na habitação e, sobretudo, na dieta, para explicar o crescimento populacional em países europeus ao longo do século XVIII.⁴⁰ Mas, para ele, ainda que assim fosse, tal fato não invalidava a importância de medidas de prevenção e tratamento das doenças “quando aplicadas dentro de um programa equilibrado de desenvolvimento econômico” (HORWITZ, 1960, p. 6).

⁴⁰ A obra de Thomas McKeown, médico e historiador norte-americano, composta de artigos e livros publicados entre 1955 e 1978, pretendeu demonstrar, com base em argumentos histórico-demográficos, o papel determinante dos avanços em habitação, produção e distribuição de alimentos agrícolas na melhoria das condições de saúde e a importância secundária das práticas sanitárias e mesmo de uma eventual perda de virulência dos principais agentes patogênicos. Suas convicções filosóficas orientavam-no para a defesa das políticas sociais e do seu impacto sobre a saúde, contrárias a uma excessiva ênfase nos aspectos curativos da medicina. Alguns historiadores indicam que sua obra exerceu mais influência e causou mais polêmica nas décadas de 70 e 80, ainda depois de sua base empírica ter sido refutada. A mobilização desse tipo de argumento, por parte de Horwitz, indica que talvez o artigo de McKeown T. e Brown RG. (*Medical evidence related to English population changes in the eighteenth century, Population Studies* 1955; 9:119–141) tenha tido um impacto considerável ainda na segunda metade da década de 50, quando os temas das políticas sociais e das suas relações com o crescimento econômico tornaram-se mais presentes. Para um panorama dos debates em torno da ‘tese McKeown’, ver: Colgrove, J., 2002 .

Parece ser esta a primeira preocupação central de Horwitz nesse texto: afirmar a saúde como um tema social do desenvolvimento. Para tanto, ele reconhecia, recorrendo explicitamente a Gunnar Myrdal, que o sucesso de qualquer programa de saúde pública dependeria da sua integração a um processo de “evolução social”. Portanto, as intervenções em saúde pública, com resultados eventualmente imediatos, deveriam ser acompanhadas de avanços iguais nas condições de produção e bem-estar, para que os progressos pudessem se dar de forma sustentada. Com essas relações definidas, Horwitz enumerou os temas de maior impacto sanitário e econômico: destacou o valor da prevenção e combate às doenças infectocontagiosas, sobretudo a malária, cuja campanha pela erradicação é enaltecida em seus méritos, ainda que “agora complicada pela resistência aos inseticidas por parte dos mosquitos”; ressaltou a relevância do saneamento básico e sua implantação sob a forma de programas economicamente sustentados; salientou a importância da produção de alimentos e dos programas de nutrição; e, também, indicou a necessidade de habitações condignas. Reconheceu, em seguida, a educação como condição de acesso “às fontes de conhecimento e informação”, fundamentais para a inserção do indivíduo no mundo do trabalho e da produção e para uma consciência sanitária (HORWITZ, 1960, p. 13-15).

No que concerne às organizações internacionais, Horwitz vislumbrava o que seria o seu funcionamento nos marcos de um novo pan-americanismo, inaugurado pelas iniciativas da OEA e pela criação do Comitê dos 21. As organizações internacionais, segundo Horwitz, teriam o duplo papel de apoiar o financiamento e prover assistência técnica, sob a forma de uma “ajuda consultiva”. No primeiro caso, foram tecidos elogios à constituição do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e à inclusão dos programas de caráter social entre os itens a serem financiados. Horwitz reiterou a importância dessa inclusão, assinalando que, segundo a sua compreensão, “o programa da OEA inclui a doutrina de que a saúde é complemento básico da economia” e portanto deveria “fazer da saúde pública um capítulo permanente dos seus projetos”. Quanto ao segundo caso, Horwitz procurou destacar o papel a ser desempenhado pela Opas, indicando que, pelo seu caráter de organização especializada, a instituição poderia ser a responsável por “traçar os planos de saúde pública” a serem apresentados para financiamento pelos governos, ou seja, uma instância especialmente autorizada de assessoramento técnico (HORWITZ, 1960, p. 16-17).

III.7 - Punta del Este e o Plano Decenal de Saúde Pública para as Américas

A preocupação em estabelecer o papel da natureza das relações entre crescimento econômico, condições sociais e qualidade de vida e o papel da saúde e das suas instituições nos planos e programas do desenvolvimento estiveram igualmente presentes nos documentos apresentados pela Opas e por seu diretor na Reunião Especial de Punta del Este, assim como nos seus eventos preparatórios. É possível perceber, todavia, em *Planificación del Desarrollo Económico y Social en la América Latina* e em *El Desarrollo Económico y el Bienestar Social* (HORWITZ, 1961, 1961b), ambos apresentados na reunião, que Horwitz e as lideranças da saúde, embora sem abandonar o sentido econômico de suas manifestações, procuraram reforçar, por um lado, o valor ‘em si’ das políticas e programas de saúde e o seu papel de condição prévia ao desenvolvimento econômico; por outro lado, procuraram atribuir a este um objetivo último de propiciar maiores níveis de realização e bem-estar aos indivíduos e às populações.

Na abertura do primeiro texto mencionado, por exemplo, Horwitz, ao comentar sobre a perspectiva que orientava a política da Opas, afirmou que

“a veces se expresa la idea de que un aumento en el nivel y la diversificación de la actividad económica redundan necesariamente en la mejoría de las condiciones de salud. Sin embargo, [somos] de la opinión que el mejoramiento de las condiciones de salud, no solo es deseable en si mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte esencial de los programas de desarrollo de la región” (HORWITZ, 1961, p. 370).⁴¹

⁴¹ Ao fazer essa afirmação, Horwitz faz referência à publicação da OEA intitulada *Informe do Grupo del Expertos de la Organización de los Estados Americanos sobre Planificación del Desarrollo Económico y Social en la América Latina*. (OEA – Documentos Oficiales Ser. H/X.1; ESRE-Doc4 (español)). Washington, 1961).

No segundo texto mencionado, Horwitz, assinalava que

“de lo que se trata hoy es de restituir el equilibrio, sin olvidar que el hombre es el objeto, el fin y la medida de todas las cosas y que, en consecuencia, el crecimiento económico está destinado en última instancia a promover el bienestar. Así considerado, es un medio y no un fin” (HORWITZ, 1961b, p. 387).

Ao elencar os problemas concretos a serem imediatamente enfrentados, esses artigos reiteraram, regra geral, a agenda já formulada em *A Saúde e a Riqueza*. Conferiram, todavia, destaque adicional aos instrumentos mediante os quais aqueles problemas poderiam ser abordados. Tais instrumentos eram o planejamento, a organização e administração dos serviços de saúde, a qualificação dos recursos humanos e a investigação científica (HORWITZ, 1960).

O planejamento, desde finais da Segunda Guerra Mundial, havia se transformado, em boa medida, na panaceia para todos os males. Um dos “aparatos do desenvolvimento” mais difundidos, concebido de forma a ser, tanto quanto possível, integral e abrangente, capaz de operar de acordo com as complexidades presentes nos mais variados domínios da vida social, o planejamento pretendia ser a expressão por excelência da introdução da ciência e da técnica nos processos de governo, garantindo eficiência e eficácia à sua ação. Os debates em Punta del Este refletiam essa confiança, e, a considerar-se os termos de Horwitz, as instituições internacionais interamericanas de saúde tinham como consenso a necessidade de planos regionais e nacionais de desenvolvimento econômico e social, de planos de igual abrangência voltados para a saúde, e de fontes de informação cada vez mais precisas e sofisticadas para o diagnóstico de situação e controle de resultados. As preocupações com a qualidade da administração da saúde acompanhavam essa preocupação com a amplitude e efetividade dos processos de governo, especialmente naqueles diretamente envolvidos nos planos e projetos de desenvolvimento a serem implementados.

A confiança na capacidade da ciência e da tecnologia era igualmente plena, um sentimento também especialmente típico do desenvolvimento. Considerava-se que, para

o enfrentamento dos principais problemas, boa parte das soluções tecnológicas já estava disponível e que a pesquisa científica e o desenvolvimento tecnológico seriam plenamente capazes de prover as inovações eventualmente requeridas (HORWITZ, 1961). Quanto aos recursos humanos de saúde, nos documentos apresentados ao debate em Punta del Este, eles foram abordados, talvez pela primeira vez, como um domínio específico de problemas, que deveria ser objeto da atenção do planejamento e de iniciativas programáticas particulares (HORWITZ, 1961). A formalização desse novo campo de políticas e práticas tornar-se-ia especialmente nítida nos documentos finais da reunião.

Como já mencionado, o principal resultado do encontro uruguaio, no terreno da saúde, foi o lançamento do Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso. Esse documento acompanhou as recomendações doutrinárias presentes nos documentos preparatórios, em especial quanto aos enunciados acerca “*de las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar*” e quanto à necessidade de empreender planos que simultânea e coordenadamente promovessem o crescimento econômico e o progresso social.

Para tanto, foram definidas tanto metas de longo prazo quanto iniciativas imediatas. No primeiro caso, de início, recomendava-se preparar e implementar planos nacionais de saúde para o próximo decênio, cuja elaboração deveria apoiar-se na instituição, em cada ministério, de órgãos especializados nas tarefas de planejamento e acompanhamento, assim como na melhoria da capacidade de recolher e analisar dados estatísticos vitais. Foi recomendada atenção especial à formação e capacitação de recursos humanos, com base em estudos prévios, destinados a estabelecer os quantitativos de trabalhadores necessários, nos níveis superior, técnico e auxiliar, tanto para as ações preventivas quanto curativas; realizar a qualificação dos trabalhadores já em serviço e a formação progressiva de novos contingentes; e ampliar ou instituir os centros de formação necessários (OEA, 1961).

Também em acordo com os documentos preparatórios levados à discussão na reunião, decidiu-se recomendar o aperfeiçoamento da administração dos serviços de saúde, com a integração das ações preventivas e curativas, assim como o uso mais amplo possível do acervo de conhecimentos e meios tecnológicos disponíveis no

enfrentamento dos problemas de saúde. Por fim, também como medida de longo prazo, foi aconselhada a adoção dos necessários marcos legais para garantir a adequada proteção à saúde nos empreendimentos industriais, agrícolas e de urbanização, entre outros projetos decorrentes do esforço rumo ao desenvolvimento.

No terreno das ações imediatas ou de curto prazo, o documento revelou a preocupação de seus autores e signatários em garantir a continuidade das ações já em andamento, explicitamente em áreas como controle e erradicação de doenças transmissíveis, saneamento, nutrição, atenção médica e saúde da mulher e da criança, ou seja, os principais itens da agenda da Opas, tal como posta em movimento a partir do pós-guerra. Ademais, foram propostas metas quantitativas e, em geral, passíveis de aferição, como fornecer serviços de água e esgoto a 70% da população urbana e a 50 % da população rural; reduzir a mortalidade infantil à metade das taxas então vigentes; e erradicar a malária e a varíola. Outras metas, imprecisas, foram também formuladas, como “melhorar substancialmente a alimentação e a nutrição dos grupos mais vulneráveis” (OEA, 1961, p. 491).

Ainda que estabelecendo metas com alguma precisão, esse plano decenal de saúde pública era muito mais um guia de referência para a elaboração de um planejamento mais detalhado, ainda no plano regional, que pudesse servir de base para o planejamento de ações de saúde nos países. Recomendações expressas foram também incluídas na Resolución A.4⁴² da reunião de Punta del Este, a fim de convocar grupos de estudos especializados que elaborassem recomendações com o grau de detalhamento apropriado. Entretanto, tanto o plano decenal, quanto a Resolución A.4, no que concerne à saúde, adicionaram uma recomendação importante para esta discussão: elas definiram explicitamente a Opas como a instância especializada a ter, a seu cargo, as responsabilidades de organizar, por um lado, o processo de planejamento regional e, por outro, a prestação da assistência técnica necessária à elaboração e implementação de planos, programas e projetos.

Assim, terminada a reunião especial de 1961, do Conselho Econômico e Social da OEA, um evento que estabelecia os termos essenciais de uma agenda interamericana de assistência para o desenvolvimento econômico e social, a Opas, que tanto havia se

⁴² Trata-se da Resolución A. 4 Grupos de Estudios para Tareas de Programación (OEA, 1961c).

mobilizado para os eventos preparatórios, surgia como protagonista no âmbito da saúde internacional. Os esforços de Horwitz, nesse sentido, haviam logrado pleno êxito.

Assim, uma vez concluída a reunião uruguaia, e por mandato por ela estabelecido, a Opas deu início à organização do grupo de estudo que deveria incumbir-se da tarefa de detalhar os componentes centrais das questões de saúde mais relevantes e definir um conjunto de medidas a serem tomadas como referências para os programas nacionais de desenvolvimento. A Opas, então, decidiu realizar, no primeiro semestre de 1963, uma reunião de ministros da saúde, procurando conferir ao encontro a densidade necessária para influir, de fato, nos processos políticos nacionais.

Para preparar a reunião, durante o ano de 1962, a Opas convocou comitês de especialistas para produzirem informes setorializados e elaborou documentos adicionais nos seus escritórios de Washington. Os materiais produzidos foram reunidos e encaminhados aos governos e constituíram a base do processo de discussão da Reunião de Ministros da Saúde/Grupo de Estudo, que aconteceria, em abril de 1963, em Washington (OPAS, 1963). Os debates e informes, no plano doutrinário, referendaram os princípios norteadores adotados em Punta del Este. Da mesma forma, quanto aos aspectos diretamente programáticos, também procuraram aprofundar os enunciados já formulados naquela oportunidade.

No terreno da demarcação de questões e das medidas a serem recomendadas, os participantes deliberaram sobre duas ordens de questões: de natureza específica, dados os problemas prevalentes na região, e de caráter geral, relacionadas a aspectos relativos ao planejamento, organização e desempenho dos serviços e demais ações relevantes para a saúde. Entre as questões específicas, fizeram-se presentes aquelas referentes à erradicação da malária e da varíola, ao controle da tuberculose, à doença de Chagas, aos problemas de alimentação e nutrição, e aquelas relativas ao saneamento do meio. Entre os temas gerais, os problemas abordados foram o planejamento e a elaboração de planos nacionais de saúde; o aperfeiçoamento dos serviços de saúde; a educação e capacitação dos trabalhadores da saúde e, por fim, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico em saúde (OPAS, 1963). Na abordagem desses dois últimos enunciados, foram enumeradas e debatidas as questões e medidas mais importantes para a temática discutida neste trabalho.

No âmbito da pesquisa e desenvolvimento, os ministros e demais presentes à reunião entenderam que era fundamental associar, a um substancial aumento do volume de financiamento à pesquisa, uma pauta de investigação de acordo com os planos nacionais de desenvolvimento, sensível à solução dos principais problemas e demandas de saúde e sem perder de vista as “necessidades das instituições dedicadas ao ensino”. Portanto, foram estabelecidas prioridades, sem contudo constranger os interesses ou a liberdade da pesquisa, sobretudo na universidade (OPAS, 1963, p. 37-38).

Era recomendada uma atenção especial para os problemas específicos da região, tal como identificados na reunião de Punta del Este, assim como para as investigações acerca “dos aspectos econômicos, administrativos e estatísticos” dos programas e serviços de saúde. Nesse caso, recomendava-se o desenvolvimento de pesquisas orientadas para o estabelecimento de padrões e normas nacionais e internacionais quanto às necessidades de contingentes e ao emprego de pessoal de saúde e para a construção de instalações de atendimento e sanitárias, com o propósito de orientar as tarefas de planejamento, administração e controle.

As deliberações da reunião contemplaram, explicitamente, o estabelecimento de programas destinados a garantir a difusão mais rápida de informações sobre o desenvolvimento científico em saúde, recorrendo aos “*medios existentes y estableciendo nuevos sistemas en caso necesario*” (OPAS, 1963, p. 38).

No que tange aos recursos humanos de saúde, os ministros e seus assessores identificaram uma carência generalizada de pessoal, além da sua inadequada distribuição nos espaços nacionais. Para enfrentar essa deficiência, reclamaram uma ampliação das oportunidades educativas em geral, especialmente para a formação de pessoal de nível médio, para ampliar a demanda pelo ensino universitário. No caso dos médicos, aceitava-se que a insuficiência de quadros decorria principalmente da sua distribuição imprópria no território.

Quanto aos quadros de enfermagem, a carência era absoluta, tanto para os quadros de nível superior quanto para aqueles com uma capacitação adequada, seja de nível técnico ou auxiliar. Seria preciso, portanto, preparar urgentemente enfermeiras de nível superior, com uma capacitação a mais ampla possível, para as atividades de ensino

e supervisão, capazes, portanto, de atuar em serviço, coordenar e orientar subordinadas, formar novos quadros e atuar, ainda, em ações de educação sanitária (OPAS, 1963).

Também foi identificada uma insuficiência de quadros preparados para realizar os grandes e generalizados empreendimentos de saneamento básico que, acreditava-se, a Aliança para o Progresso iria promover. Para tanto, seria necessário mobilizar e aperfeiçoar pessoal entre os profissionais de engenharia civil existentes e ampliar sensivelmente a capacidade de formar novos contingentes de engenheiros sanitários.

Carência similar era identificada, também, nos quadros disponíveis de dentistas e veterinários. Todavia, para os quadros designados como de nível “subprofissional”, entre os quais incluíam-se os inspetores sanitários, auxiliares de enfermagem e técnicos de estatística, a insuficiência de pessoal seria ainda mais nítida (OPAS, 1963).

Para enfrentar esse quadro de insuficiência quase generalizada de trabalhadores qualificados, os ministros e assessores reunidos em Washington entendiam, como necessária, uma aproximação entre as instituições de saúde pública, as universidades e as escolas de educação básica. Esse “estreitamento de relações” foi considerado fundamental para o próprio processo de planejamento de pessoal em saúde, entre outras coisas, porque eram as instituições de saúde, no papel de “consumidoras do produto”, que poderiam auxiliar as escolas profissionais a melhor prepará-lo. Portanto, caberia aos ministérios da saúde contribuir para a sustentação financeira das escolas médicas e das demais profissões da saúde e disponibilizar seus serviços, especialmente os hospitais e centros de saúde de alta qualidade, uma vez que estes poderiam exercer “efeito demonstrativo” frente as demais instituições formativas. Também deveriam facilitar o acesso dos estudantes a “alguns serviços urbanos e rurais”, sempre sob supervisão, para que lhes fosse proporcionado um contato com a realidade sanitária dessas áreas. (OPAS, 1963, p. 26-28).

Seria preciso, também, um “novo” médico, que deveria estar mais apto para liderar as equipes de saúde e para dirigir os empreendimentos da saúde no desenvolvimento. Sua formação deveria ser concebida, assim, como parte dos programas de saúde. Recomendava-se a revisão dos programas de ensino de medicina então vigentes, revisão que deveria ser conduzida, conjuntamente, pelos responsáveis pela educação médica e pelas instituições que têm a seu cargo a prestação do cuidado

em saúde. A esse respeito, recomendou-se o estabelecimento de centros interinstitucionais, que compreendiam os ministérios da saúde e da educação, as universidades e as associações profissionais, para o estudo da preparação dos trabalhadores requerida para a implementação dos planos nacionais de saúde.

Caberia, portanto, instituir “grupos planejadores”, que seriam responsáveis por determinar necessidades e assinalar prioridades frente aos recursos disponíveis e em consonância com as demandas por saúde por parte das populações. Esses grupos deveriam considerar, em suas avaliações, as condições de realização do trabalho médico e o seu rendimento, a composição adequada das equipes de saúde e a própria eficiência da organização administrativa das instituições prestadoras do cuidado em saúde.

Havia uma preocupação com o número adequado de médicos. Ao mesmo tempo, porém, reconhecia-se ser apenas uma suposição achar que *“una mayor razón médico/habitante corresponde a una mejor atención médica [...] pues la utilización de los servicios médicos es función de factores sociales y económicos”*. Assim, seria uma tarefa urgente para o planejamento de recursos humanos em saúde estabelecer o número adequado de médicos, segundo as características e possibilidades socio sanitárias, econômicas e institucionais de cada sociedade. O mesmo deveria ser feito para as demais profissões da saúde e para os contingentes de nível técnico e auxiliar (OPAS, 1963: 27-28; 36-37).

No terreno específico da cooperação e assistência técnica internacional, recomendou-se, ainda, na reunião, como iniciativa urgente, a instalação de centros de formação e treinamento de professores em todos os níveis, a serem financiados pelos governos nacionais do continente e com o apoio de instituições intergovernamentais e privadas, para cujo funcionamento deveriam ser mobilizados, tanto quanto possível, os programas de bolsas patrocinados pelos organismos internacionais (OPAS, 1963).

Esses diagnósticos e recomendações diziam respeito a um novo objeto de atenção, uma nova agenda e um novo conjunto de práticas, pertinentes, em larga medida, às funções do Estado, que, pensados em seu conjunto, configuravam o desenvolvimento de recursos humanos como um novo domínio. Para sua conformação, e sob a liderança dos médicos, contribuíam - e contribuiriam no futuro - planejadores,

estatísticos, educadores, cientistas sociais, sanitaristas, técnicos em informática e comunicação, entre outras áreas, bem como dos demais profissionais da saúde.

Ao mencionar explicitamente as necessidades de programas e sistemas devotados à informação em ciências da saúde, os informes da reunião de ministros demarcavam um outro campo de empreendimentos modernizadores no que tange ao ensino e à pesquisa em saúde. Ambos, o desenvolvimento de recursos humanos e a informação científica e técnica em saúde, seriam alvo de um conjunto de iniciativas da Opas, ao longo da década de 60, a década do desenvolvimento, que, nas Américas, o discurso de John Fitzgerald Kennedy e a Aliança para o Progresso pretenderam inaugurar.

III.8 - A saúde e os recursos Humanos na primeira década do desenvolvimento

Concluída a Reunião de Ministros da Saúde, de 1963, a OPAS experimentaria ao longo da década um dos seus períodos mais férteis no terreno dos recursos humanos em saúde. Uma das ações mais significativas para os propósitos deste trabalho consistiu no movimento, patrocinado pela Opas, pela *American Association of Medical Colleges* (AAMC) e pela Fundação Kellogg, voltado para a criação das associações nacionais de escolas médicas e de instituição da Federação Pan-americana de Faculdades (Escolas) de Educação Médica (Fepafem), em 1962. Desta forma, a Opas e as suas instituições parceiras pretendiam constituir uma base associativa para um movimento de modernização das escolas médicas, visando uma expansão com qualidade do ensino médico na região.

A expansão de serviços de assistência médica reclamava a formação de um maior número de médicos, uma tendência especialmente sentida nos países em processo de urbanização acelerada e industrialização. Por outro lado, estes mesmos processos geravam uma demanda também crescente por um maior número de vagas no ensino superior, por parte de uma classe média emergente. Em resposta a estas demandas, o ensino médico vinha se expandindo de forma acelerada e mais menos anárquica e o movimento de escolas medicas pretendeu em alguma medida ordená-lo. Pretendeu também introduzir inovações e em direção a uma modernização dos meios disponíveis

para as atividades de ensino e a uma melhor capacitação científica e pedagógica de docentes.

Uma das estratégias adotadas consistiu em promover a melhoria do ensino e da pesquisa nas ciências básicas, tomadas como essenciais para uma formação e práticas médicas cientificamente fundamentadas. Uma atenção crescente foi conferida também para a capacitação pedagógica e didática dos professores. Com o patrocínio da organização, por exemplo, entre 1962 e 1967, primeiro no Chile e depois na Colômbia, Costa Rica, Uruguay, México, Brasil e Venezuela, foram realizada uma série de Laboratórios de Relações Humanas e Ensino Médico, concebidos como cursos de férias com duas semanas de estudo intensivo. Para a preparação dos laboratórios a Opas contou inicialmente com a consultoria de Edward M. Bridge, da *Buffalo University*, a mais proeminente figura da pedagogia médica norte-americana. Bridge logo passou a coordenar o programa na qualidade de consultor permanente. Com a mesma preocupação a Opas traduziu para o espanhol e publicou como uma ‘publicação técnica’ o livro de Bridge, *Pedagogía Médica* (1967), originalmente de 1950 (GANZARAÍN *et al.*, 1967; BENTZ, 2007).

Este conjunto de questões estava presente na agenda da educação médica latino-americana e da Fepafem. Quando da realização, por exemplo, da IV Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, em 1964, na cidade de Poços de Caldas, foram objeto de discussão e deliberação temas como a criação de centros regionais de treinamento em pesquisa em ciências básicas; de departamentos ou núcleos de pedagogia médica nas faculdades de medicina; de um centro de desenvolvimento de áudio-visuais e outros meios instrucionais; de uma biblioteca regional de medicina para a América Latina, e de um conjunto de requisitos mínimos para o funcionamento de novas escolas de medicina (ABEM, 1965). Como já pude assinalar a criação da Bireme e do Nutes-Clates está diretamente referida a este movimento e a este evento em particular ⁴³.

Outra tendência importante do período e já anunciada nas discussões da sessão anterior, consistiu na introdução dos recursos humanos como tema-objeto do

⁴³ Voltarei a esta reunião nos capítulos IV e V, quando tratarei respectivamente da criação e trajetórias históricas da Bireme e do Nutes-Clates. Por razões de maior pertinência temática, a agenda da reunião no tocante a pedagogia médica será tratada no capítulo V.

planejamento e das ações do desenvolvimento em saúde. Um dos imperativos mais reiterados era o de estabelecer com alguma precisão ou coerência o tipo de médico ou profissional de saúde que de fato era necessário, em quais quantitativos e de que modos eles deveriam ser distribuídos pelo território.

Naturalmente, seria preciso também precisar o melhor modo de formar os médicos e profissionais de saúde requeridos e com este propósito a Opas instituiu, no âmbito do ensino médico, comitês de especialistas nas áreas de patologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia, medicina preventiva e social, saúde mental, pediatria e obstetrícia & ginecologia. A estes colegiados cabia a tarefa de propor, segundo a sua compreensão, quais seriam os objetivos gerais da educação médica, os objetivos específicos de cada disciplina e o programa e os métodos de ensino mais adequados. Também cabia ao comitê, recomendar os livros-texto passíveis de serem contemplados pelo Programa de Livros-texto de Medicina, lançado em 1968 (BENTZ, 2007).

Esta agenda para o ensino médico persistiu ao longo do tempo e ainda persiste, quanto a alguns dos seus pontos. Àquela altura, entretanto, é importante registrar que a busca pelo seu atendimento deu partida a um processo de reforço e especialização da área de formação e capacitação de pessoal no interior da Opas e à gradativa constituição de um novo campo de conhecimentos praticas. A transformação do Departamento de Educação e Treinamento em Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, em 1967, é um sintoma deste processo.

Do mesmo modo, foi o lançamento pela Opas de *Educación Médica y Salud*, em 1966. Este periódico, foi criado como veículo de difusão de conhecimentos e debate de questões programáticas no que concerne ao ensino das profissões de nível superior em saúde e, como seu título indica, principalmente de medicina. Como assinala Roberto Passos Nogueira, em estudo que envolveu um balanço temático desta publicação esta tendência é especialmente nítida até a metade dos anos 1970. Neste período os principais temas incluem a composição do currículo médico; a especificidade para o processo formativo de disciplinas como clinica médica, medicina social, anatomia, entre outras; problemas gerais da formação médica; e avaliação no ensino superior. Na segunda metade dos anos 1970, a distribuição temática dos artigos publicados sugere

que as questões da educação médica perdeu gradativamente centralidade, sendo substituída por temas mais intimamente relacionados ao que seriam

“las nuevas fases de la política de recursos humanos, dentro de los movimientos y proyectos de extensión de la cobertura y atención primaria. Estos son la formación de médicos integrada com los servicios comunitarios (sobre todo en el sentido de la integración docente- asistencial), [...] la planificación de recursos humanos; y la formación y uso de personal auxiliar” (NOGUEIRA, 1985, p. 38).

Não é o caso de empreender aqui nenhuma espécie de discussão sobre o projeto editorial de este periódico, no entanto sua criação, e o sentido destas transições temáticas servem para indicar a vitalidade de nascente comunidade de desenvolvimento de recursos humanos e quais temas lhe eram mais caros nas duas décadas que demarcam essencialmente os percursos históricos que este trabalho analisa mais de perto.

Na metade dos anos 1960, como parte dos processos de avaliação do ensino de medicina preventiva e social na América Latina, a Opas encomendou um trabalho sobre a matéria ao médico e sociólogo argentino Juan César García. A empreitada, cujos objetivos se ampliaram no percurso, resultou em *La educación médica en la América Latina* (1972), estudo amplo sobre a educação médica na região. Sua aceitação em âmbito regional, em conjunto com outros trabalhos seus, o transformou em um dos autores importantes para o uso de abordagens das ciências sociais em saúde e especialmente, das abordagens de cunho histórico estrutural (SCOREL, 1998; LIMA, 2002).

Trabalhos como o de García e outras iniciativas do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas foram fundamentais para o desenvolvimento da medicina social e para a crítica das abordagens predominantes nas instituições de saúde pública na América Latina, com impacto importante sobre os movimentos reformistas na saúde, inclusive em especial na emergência do movimento da reforma sanitária brasileira. Em 1973, foi criado o Instituto de Medicina Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. No ano seguinte uma iniciativa similar foi feita junto à Universidade Autônoma do México, em Xochimilco, México (LIMA, 2002).

III.9 - 1972, o I Plano Decenal de Saúde

Em outubro de 1972, a Opas realizou a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas. O propósito da reunião foi estabelecer o Plano Decenal de Saúde para as Américas, de acordo com as diretrizes do Segundo Decênio das Nações Unidas para o Desenvolvimento, iniciado em janeiro de 1971, adequando-as às realidades dos países americanos. Resultou da reunião um abrangente e detalhado documento que incluía, sob o título *Planificando um Novo Decênio*, uma apresentação dos temas gerais orientadores; recomendações sobre as 31 “áreas programáticas”, quase sempre subdivididas em submetas, com o elenco de ações requeridas para o seu alcance;⁴⁴ as metas decenais em saúde para as Américas; resoluções de natureza geral encaminhadas pelas delegações dos países; uma declaração final; além de anexos informativos, totalizando as 150 páginas de um extenso volume (OPAS, 1972).

Presidiu a reunião uma conceituação de saúde que a definia “como um fim, para cada ser humano, e um meio para sociedade a que este pertence”. Segundo essa perspectiva, a saúde é um fim, na medida em que se constitui objeto permanente dos indivíduos e condição para a sua plena realização; é um meio, em uma perspectiva social, porque é parte do desenvolvimento, uma vez que integra a “conjunção de esforços que conduzem ao bem-estar”. Este último, por seu turno, era percebido como uma verdadeira “infraestrutura para a felicidade”. Portanto, a saúde seria “um direito de todos e nunca um privilégio de alguns” (OPAS, 1972, p.4). Vale registrar, portanto, que a saúde, mais uma vez, é então conceituada a partir da sua inscrição na agenda do desenvolvimento.

⁴⁴ As áreas programáticas incluídas no documento eram: doenças transmissíveis; malária; doenças crônicas; saúde mental; saúde materna e bem-estar da família; dinâmica populacional; nutrição; saúde bucal, saneamento ambiental; saúde ocupacional e higiene industrial; aspectos de saúde do desenvolvimento regional; saúde animal e saúde pública veterinária; controle de uso de agrotóxicos; controle da qualidade de alimentos e de medicamentos; controle de acidentes de trânsito; enfermagem; laboratórios de saúde; reabilitação médica; educação para saúde; saúde e radiação; sistemas e serviços de saúde e sua cobertura; assistência médica e sistemas de saúde; processos de gestão, planejamento de informações sobre saúde e coordenação intersetorial; sistemas estatísticos; pesquisa em saúde; recursos humanos em saúde; tecnologia e recursos pedagógicos; Universidade Pan-Americana da Saúde; sistema jurídico-institucional em saúde; e propostas de financiamento do plano plurianual (OPAS, 1972).

Segundo o relatório final da reunião, a década precedente havia superado o debate sobre as relações entre saúde e economia, reafirmando seu sentido complementar, sempre nos marcos do desenvolvimento. Segundo seus termos,

“la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, y que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido y su razón de ser. Por eso hay consenso en que ambas son componentes del desarrollo, que no se excluyen mutuamente sino que, muy por el contrario, se complementan proporcionalmente” (OPAS,1972, p.4).

No relatório foram incluídos temas como a preocupação com a ecologia, inclusive nos chamados países desenvolvidos, fruto dos processos de industrialização, urbanização e expansão do consumo; atenção materno-infantil, com reduzidíssima atenção aos temas da fertilidade e do controle familiar; alimentação e nutrição, com atenção a temas estruturais como a posse da terra e o grau de avanço tecnológico na produção de alimentos, além do controle de zoonoses; e participação da comunidade, considerando sua pertinência aos processos de programação, orçamentação, execução e avaliação de programas de saúde, segundo a perspectiva de uma participação voluntária e organizada, em apoio a processos que enfatizavam o componente de educação sanitária e serviço social (OPAS, 1972, p. 8-13).

Os ministros da saúde da região, reunidos em Santiago do Chile, afirmavam a necessidade de um aprendizado diante dos êxitos e dificuldades experimentados durante a vigência do Plano Decenal de Saúde Pública da Carta de Punta del Este. Reiterava-se a preocupação com a ausência de serviços de saúde para a totalidade da população, especialmente para suas parcelas mais desfavorecidas. Uma vez que a expectativa era de um aumento substancial do número total da população e, em especial, dos continentes urbanizados e empobrecidos, esperava-se uma pressão considerável sobre os serviços públicos, entre estes os de saúde. Fazer frente a esse desafio significaria sustentar um apoio político vigoroso à expansão de programas e serviços de saúde, realizando um planejamento cuidadoso (OPAS, 1972, p. 17-25).

Essa expansão dos serviços deveria ser acompanhada de um reordenamento quanto ao planejamento e prestação do cuidado em saúde na direção de uma atenção integral, que tendesse, como horizonte estratégico, à universalidade. Reclamava-se uma maior articulação intersetorial entre as esferas envolvidas na prestação dos serviços médicos, considerando prejudiciais a competição entre prestadores privados e públicos, entre esferas de governo e entre o setor saúde e o de seguridade social. Na prestação do cuidado propriamente dito, era preciso haver uma maior regionalização e coordenação na atenção médica, segundo níveis de complexidade, e uma política racionalizada de investimentos nas áreas física, de equipamentos e de pessoal, segundo necessidades reais, compatível com esse esforço de coordenação (OPAS, 1972).

No relatório final, foi concedido um espaço considerável para a apresentação do tema de recursos humanos. Foi reafirmada a sua centralidade para uma atenção médica integral. Defendeu-se que, em termos quantitativos, a região estava preparada para formar o número de médicos requeridos, ainda que ações devessem ser empreendidas visando a sua ampliação. Todavia, a crescente especialização vinha fazendo regredir o número de médicos generalistas nos países desenvolvidos, o que indicava um problema a ser enfrentado também naqueles em desenvolvimento. Em toda a região, ressaltava-se a distribuição desigual dos médicos no território, sua concentração nas áreas urbanas e enriquecidas e praticamente inexistente nos cantões mais pobres e remotos. Portanto, o exercício profissional nos locais mais carentes e afastados deveria ser valorizado e incentivado (OPAS, 1972).

Um papel fundamental foi atribuído “às enfermeiras, aos auxiliares de enfermagem e à comunidade”, enquanto o *déficit* no número de enfermeiras era considerado um problema persistente e de urgente enfrentamento. Instava-se os ministérios a investirem na formação de pessoal de nível técnico de forma a superar uma carência desse tipo de trabalhador.⁴⁵

Ficava explícito, portanto, que nas formulações estratégicas da organização a enfermagem e a qualificação de pessoal técnico e auxiliar passavam a ganhar maior destaque em relação à atenção até então concedida ao pessoal médico. A referência à

⁴⁵ De modo assessorio, chama-se a atenção também para a necessidade de aumento na formação de engenheiros sanitários, veterinários, bioquímicos, odontólogos e farmacêuticos, “entre outros profissionais” (OPAS, 1972: 14).

comunidade significava, por sua vez, um aval aos programas que se baseassem no uso de pessoal da comunidade, adequadamente capacitado e sob supervisão, para atender aos territórios não assistidos. O documento registra:

“Hemos destacado la prioridad que le asignamos a personas y comunidades que carecen hoy de toda atención o, lo que es mas grave aún, no tienen acceso a la misma. Con plena conciencia de la situación y de la calidad de los problemas, postulamos la urgencia de entregar a auxiliares capacitados, con adecuada supervisión profesional, las responsabilidades compatibles con su experiencia. Con ello responderíamos al sentido social y humanitario de nuestro cometido” (OPAS, 1972, p.16).

Em uma visão multifatorial, o relatório final da reunião defendeu que os problemas de recursos humanos derivavam da combinação de aspectos relativos ao regime docente nas universidades, à distribuição territorial e dos processos de migração profissional, às políticas salariais e de incentivos e às formas mesmas de organização da atenção médica.

Uma das soluções encaminhadas consistia em reafirmar a necessidade de um planejamento integrado dos recursos humanos em saúde. Em outra, reiterava-se a necessidade de fazer avançar a reforma do ensino de ciências da saúde, tal como vinha sendo patrocinada “pela Opas e a OMS”. Essa reforma caracterizava-se, segundo os relatores do documento, por ser

“... integral, en cuanto a la unidad de objetivos para realizar la salud como función biológica y social; multidisciplinaria, en el sentido que analiza los fenómenos normales y patológicos del individuo y de las comunidades con el aporte simultáneo y sistematizado de los principios y técnicas que explican su origen y concurren a la prevención o curación (...); multiprofesional, porque procura preparar y capacitar en la

universidad - en un proceso gradual en que se coordinan las ciencias básicas, clínicas y sociales - a los profesionales y técnicos de salud” (OPAS, 1972, p. 14).

Era parte dessa reforma a crítica ao que se considerava o efeito fragmentador da organização da universidade sobre o conhecimento médico, seja no regime de cátedras, seja sob a forma de departamentos. Defendia-se, assim, um ensino “sistêmico”, “baseado em problemas”, o que significava considerar, como eixos centrais da organização do ensino, prioritariamente, os sistemas orgânicos em seu funcionamento normal ou patológico.

Recomendava-se a adoção da estratégia de regionalização docente-assistencial como aquela capaz de promover uma integração “autêntica” da universidade “ao desenvolvimento e ao bem-estar”. Por esse prisma, foram mencionados a “medicina de comunidade” e os serviços de extensão rural como modalidades que aproximavam estudantes e professores, tanto de medicina quanto das demais profissões da saúde, das realidades nosológicas e sociais da maior parcela da população. Considerou-se, ainda, a possibilidade de que esses serviços realizados pelos estudantes constituíssem um primeiro estágio de uma carreira profissional pública. Reconhecia-se, também, que as mudanças no âmbito da saúde eram fundamentais para se considerar a equipe de saúde como o espaço por excelência do exercício do trabalho em saúde, o implicava desafios adicionais importantes para a formação desses profissionais. Os esforços de reordenamento de sistemas e serviços de saúde demandariam, por seu turno, a formação, na quantidade requerida, de especialistas em administração hospitalar e de saúde. Ao mesmo tempo, o número e a qualidade de professores e pesquisadores deveriam ser incrementados para fazer frente a um crescimento da demanda por vagas no ensino superior, da parte dos egressos do ensino médio, e às próprias necessidades dos programas de expansão da cobertura (OPAS, 1972).

Explicitados esses enunciados orientadores, seguiram-se várias recomendações e metas no tocante aos recursos humanos, à medicina e à enfermagem. Em primeiro lugar, recomendou-se o desenvolvimento, em cada país, de processos de planejamento integrado de recursos humanos, como parte integrante do processo global de

planejamento, o que implicaria instituir ou reforçar sistemas de informação de recursos humanos em saúde. Em segundo lugar, recomendou-se ampliar a capacidade de formação de pessoal em todos os níveis, fortalecendo as instituições de formação, com a melhoria dos processos de ensino-aprendizagem, inclusive mediante a utilização dos recursos e meios mais adequados para esse fim. Os governos deviram, ainda, assegurar a formação básica e intermediária de qualidade para auxiliar a expansão dos quadros técnicos e auxiliares.

A preocupação com os aspectos formativos e a organização das equipes de saúde significava, segundo o entendimento dos signatários do plano decenal, que seria preciso definir, em cada país, segundo suas características e necessidades, as responsabilidades a serem assumidas pelo médico, considerando-o como parte integrante da equipe de saúde. Seria preciso, também, melhorar a produtividade do trabalho médico, por meio de atualização continuada de seus conhecimentos, e o apoio efetivo de pessoal complementar, das equipes de enfermagem e dos meios de diagnóstico e tratamento.

Além de preocupações comuns à medicina e demais profissões da saúde, no que se refere ao trabalho em equipe dos enfermeiros e à necessidade de aproximação entre a formação e a prática concreta em serviço, advertira-se quanto à urgência de um incremento acelerado do número de profissionais disponíveis, tanto de nível superior quanto técnico e auxiliar. Para que esse avanço quantitativo fosse obtido com qualidade, o documento recomendava que fossem criadas condições para aumentar a produção e melhorar a qualidade de formação de pessoal. Essa pretensão demandaria a criação de centros regionais de preparação de professores e de um centro regional para o desenvolvimento de tecnologias educacionais e de investigação em enfermagem (OPAS, 1972).

Um dos temas contemplados no relatório dizia respeito a uma Universidade Panamericana da Saúde. Propunha-se instituir “um mecanismo integrador”, que articulasse entre si os melhores centros de pesquisa e docência em saúde na América Latina e destes com os centros de projeção dos Estados Unidos e Canadá. Essa iniciativa tinha por objetivos promover a investigação em torno de temas pertinentes ao contexto sanitário da região e dos países, produzindo alternativas inovadoras para o seu enfrentamento, e superar a dicotomia entre o ensino e a prestação de serviços de saúde,

possibilitando a qualificação de profissionais da saúde, em nível de pós-graduação, em áreas e problemas prioritários. A condução integrada dos programas ficaria a cargo de um grupo coordenador selecionado pela Opas, e a organização seria a responsável por disponibilizar as condições materiais para o seu funcionamento.

Os ministros presentes não chegaram, todavia, a aprovar a proposta. Embora alguns países se mostrassem favoráveis à proposição, havia divergências quanto às dificuldades e complexidade das tarefas de coordenação; receios quanto à possibilidade das mesmas se virem restritas aos seus aspectos burocráticos; e a identificação de um certo grau de redundância em relação a ações já realizadas na organização. Ao fim e ao cabo, as resoluções aprovadas restringiram-se a indicar o aperfeiçoamento dos mecanismos já existentes (OPAS, 1972).

O importante a se destacar aqui é que vários dos aspectos comentados anteriormente diziam respeito ao papel e à importância a ser atribuída, no âmbito dos recursos humanos em saúde, a iniciativas destinadas a implantar e desenvolver centros regionais vinculados à Opas e voltados para temas como a informação científica e tecnológica e as tecnologias educacionais em saúde. A programação da III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas reservara, entretanto, um tópico específico para a discussão desses temas, sob o título “Tecnologia e Recursos Docentes”.

Em primeiro lugar, reconhecia-se o papel desempenhado pela Biblioteca Regional de Medicina – Bireme, criada em 1967, a fim de procurar propiciar, sobretudo no Brasil, o acesso necessário de pesquisadores e professores à literatura científica periódica recente, além de auxiliar a melhor qualificar os bibliotecários em exercício nas bibliotecas médicas. Em segundo lugar, o relatório final da reunião recomendava que as ações da Bireme se estendessem aos países da América Latina, mediante a consolidação e ampliação da capacidade da instituição de desempenhar atividades de cooperação técnica junto às bibliotecas dos demais países e de liderar a constituição de uma rede pan-americana de disseminação da informação científica em saúde e de um sistema de empréstimo interbibliotecário, “*aplicando los procedimientos más modernos de tecnología de las comunicaciones y de análisis, almacenamiento y recuperación de la información*” (OPAS, 1972, p. 96).

Também foram feitas recomendações quanto ao Programa de Livros-Textos, cujo objetivo consistia na tradução e publicação de manuais e outras obras monográficas fundamentais para o ensino, sobretudo, de medicina, uma iniciativa, que como vimos, foi gerada no mesmo período da criação da Bireme. Nesse caso, as recomendações indicavam o seu fortalecimento e a possibilidade de se estabelecerem programas análogos destinados a fornecer outros materiais e equipamentos empregados nas atividades de ensino (OPAS, 1972, p. 97-98).

Ainda que o título da seção, Tecnologia e Recursos Docentes, pudesse sugerir, não se mencionou a ideia de instituição de um centro de tecnologias educacionais em saúde. Uma recomendação nesse sentido foi introduzida, como já indicado, nas deliberações relativas ao ensino de enfermagem. Nesse mesmo ano de 1972, como já foi mencionado, - e no Capítulo V será discutido em detalhe -, a Opas aprovaria a instituição do Nutes-Clates, no Brasil, em associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro. De fato, esse novo centro, ao dar início às suas atividades de escopo regional, no ano seguinte, o faria orientado para o incremento da capacidade das instituições formadoras de enfermeiras na região.

III.10 – Sob o signo da universalização e da atenção primária

Como as recomendações da III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas indicam com clareza, a década de 1970 se iniciou para a saúde internacional nas Américas sob o signo da expansão dos serviços de saúde no sentido do atendimento às populações desassistidas, mas explicitando a universalidade do atendimento como uma meta a ser alcançada. Mais do que isso: apontou-se para a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde, com maior articulação do cuidado em saúde entre seus diferentes níveis de complexidade. Reiterou-se, sob a forma da integração docente-assistencial, por uma maior integração entre a universidade e os serviços de saúde, como uma das estratégias capazes de promover um o necessário reordenamento de sistemas e serviços. Recomendou-se ainda uma atenção especial para a formação de equipes de saúde, de enfermeiras, de técnicos em saúde e o treinamento de pessoal auxiliar.

Quando a XXX Assembléia Mundial de Saúde, de 1977, lançou a meta Saúde Para Todos no Ano 2000, e em 1978 a Conferencia de Alma-Ata celebrou a Atenção

Primária à Saúde como a estratégia central para alcançá-la as lideranças da saúde interamericana estavam inclinadas a acatá-las (CUETO, 2007). Esta tendência podia ser identificável, por exemplo, por ocasião da a IV Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas foi organizada pela OPAS em Washington, em setembro de 1977, realizada como um encontro preparatório ao evento de Alma-Ata. Nesta reunião, as autoridades nacionais de manifestaram sua posição no de objetivo de saúde para todos significava não apenas a melhoria de um conjunto de indicadores, ainda que de forma substantiva, mas também um compromisso com a extensão da cobertura da atenção para as populações marginalizadas (CUETO, 2007).

A meu juízo, esta propensão a aderir aos enunciados de Alma-Ata também pode ser aquilatada a partir de alguns enunciados programáticos formulados no âmbito do Departamento de Desenvolvimento de Recurso Humanos da Opas, com implicações importantes para o presente estudo. Em 1976 José Roberto Ferreira, chefe do Departamento, publicou em *Educación Médica y Salud*, o artigo *Estrategias internacionales em educación médica: asistencia técnica y cooperación técnica*. Neste trabalho registra uma oposição e uma transição de enfoques entre as noções de assistência e de cooperação técnica, como termos para definir as melhores relações entre países e instituições do mundo desenvolvido e como ideias orientadoras para as práticas dos organismos internacionais. Ferreira discorre sobre o que considera um percurso histórico-evolutivo nos modos realização destas relações: se inicia com as práticas filantrópicas, de caráter assistencial e paternalista; passa pelas relações de assistência técnica; e se desenvolve na direção de relações baseadas nas ideias de cooperação e de intercâmbio (FERREIRA, 1976).

Ao definir as diretrizes que considerava adequadas para cooperação no âmbito da educação médica sinalizou que uma cooperação técnica ideal compreenderia: (1) a “rejeição” da ideia de “dependência”; (2) o reforço da ideia de “autossuficiência” no campo dos países em desenvolvimento; (3) a substituição da ideia de “transferência” por aquela de “criação e adaptação” e de “compartilhamento de experiências” em contextos similares; (4) a participação do pessoal nacional e um controle destes sobre as várias fases do processo de cooperação; (5) a adoção de modos de operação “flexíveis”. Estas relações de incluiriam, ainda, a ampla mobilização dos “recursos locais”, a ação orientada a “objetivos e metas”, desde que ajustados às disponibilidades no país

receptor; a adoção de “tecnologias apropriadas” às necessidades locais e às possibilidades de desenvolvimento autóctone. Por fim, este receituário preconizava que as “estratégias” deveriam ser consideradas mais importantes que os próprios meios e recursos empregados e que seria imprescindível à realização de estudos de “pré-transferência”, de modo a serem garantidas as melhores condições possíveis para a sustentabilidade da iniciativa (FERREIRA, 1976, p. 335-338).

Estes enunciados estão explicitamente informados no artigo de Ferreira pelo estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI), quando da realização da Assembleia Geral das Nações Unidas, de maio de 1974. O artigo refere também diretamente os debates sobre a Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento, tal com vinha se dando realizados no âmbito do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (FERREIRA, 1976). Todos estes eventos relacionam-se ao ambiente propiciado pela chamada crise da hegemonia norte-americana, derivada de eventos como a derrotados EUA no Vietnã, o rompimento unilateral dos acordos de Bretton Woods e a primeira crise do petróleo (RIST, 2002).

A estratégia da atenção primária à saúde fundamentava-se em uma crítica às ações de saúde de tipo vertical, orientadas por doença, e às tecnologias a elas associadas, assim como ao cuidado médico centrado no hospital. Buscava-se uma reorientação deste tipo de atuação mediante um cuidado e uma abordagem integral da saúde. Defendia-se que as tecnologias empregadas nos processos da saúde deveriam ser ‘apropriadas’ ao seu contexto de aplicação, no sentido de serem baseadas em conhecimento científico, mas adequadas às condições locais e financeiramente sustentáveis por uma dada sociedade. Concebia-se que uma das formas de promovê-la era realizar o treinamento de pessoal leigo, eventualmente conquistando inclusive a adesão de parteiras e curandeiros, como portadores de uma saber popular (Cueto, 2004).

A declaração enfatizava as relações entre saúde e desenvolvimento, tão cara aos latino-americanos, concebendo o cuidado em saúde em estreita conexão com a melhora das condições de vida. Dessa forma, a atenção primária à saúde, compreendia aspectos relacionados à promoção, prevenção e cura, contemplando também a participação da população em sua condução. Previa ainda a atuação intersetorial dos agentes públicos

no que tange às necessidades de habitação e saneamento, e ao desenvolvimento social sustentado, entre outras. (Cueto, 2004).

Reconhecidamente, a crise da hegemonia norte-americana é parte do cenário político internacional em que emerge a proposta da atenção primária à saúde. Segundo Cueto,

“primary health care was also favored by a new political context characterized by the emergence of decolonized African nations and the spread of national, anti-imperialist, and leftist movements in many less-developed nations. These changes led to new proposals on development made by some industrialized countries. Modernization was no longer seen as the replication of the model of development followed by the United States or Western Europe” (CUETO, 2004, p. 1866).

Sem dúvida, eram múltiplas as concepções presentes no processo de formulação e deliberação pela estratégia da Atenção Primária à Saúde. Assim como posições divergentes e antagônicas disputaram a hegemonia sobre o seu processo de implantação. O debate entre a atenção primária e atenção primária seletiva foi uma das manifestações mais candentes destes conflitos (CUETO, 2004).

O que as diretrizes formuladas Ferreira nos permitem estabelecer é orientação assumida pelo responsável pela área de recursos humanos no decorrer da chamada segunda década do desenvolvimento. No decorrer destes anos, tão esperançosos quanto conturbados, a Bireme e o Nutes-Clates vivenciaram processos decisivos quanto aos rumos dos seus projetos institucionais e os seus responsáveis diretos tiveram de necessariamente dialogar com estes enunciados.

Capítulo IV

A Biblioteca Regional de Medicina: um centro regional para a informação científica e técnica em saúde

IV.1 Os antecedentes na Organização Pan-Americana da Saúde

O tema do acesso regional à literatura periódica médica atualizada começou a frequentar as instâncias da Opas, de modo mais sistemático, nos anos subsequentes à realização da Conferência de Punta del Este, em 1961, e da Reunião Especial de Ministros da Saúde, realizada em Washington, em abril de 1963, cujo objetivo era produzir um detalhamento do Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso. O informe final da reunião em Washington, ao tratar das atividades de pesquisa em biomedicina e saúde, recomendou que os governos dos países e a Opas deveriam conjugar esforços para promover uma melhor difusão da informação sobre pesquisa científica (OPAS, 1963c).⁴⁶

Nesse mesmo ano de 1962, foi elaborado, por solicitação do Comitê Executivo da Opas, um documento intitulado *Communications and Resources in Biomedical Research*, o qual foi levado ao debate no âmbito do Comitê Assessor para Pesquisas Médicas da organização.⁴⁷

⁴⁶ Para uma descrição do Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso, ver Capítulo III.

⁴⁷ O Comitê foi criado em 1962 com a função de subsidiar a formulação da política de pesquisa da Opas. Em várias circunstâncias, foi também acionado para deliberar acerca das atividades de ensino de medicina, em especial no tocante ao ensino das ciências básicas. Vale indicar que nos 50 e primeiros anos da década de 60, a melhoria do ensino das ciências básicas era um dos temas centrais da educação médica

O objetivo do documento era introduzir a discussão do tema de modo que

“It is hoped that out of the Committee’s deliberations would come a posture which the Pan American Health Organization could assume towards biomedical communications in the Americas as well as definition of a role, if one be deemed necessary, which an international organization could integrally discharge in the Continent”. (OPAS, 1963a, p. 1).

Ao final do encontro, o comitê recomendou iniciativas referentes a três questões principais. A primeira delas dizia respeito à necessidade da Opas de recorrer ao auxílio de especialistas, de modo que o tema pudesse ser abordado em consonância com as tendências e avanços mais recentes no terreno da comunicação e da biblioteconomia médica, o que envolvia a aplicação de *“as regards the application of modern methods of high speed data processing to scientific communication”* (OPAS, 1963c, p. 8).

A segunda preocupação do comitê visava a medidas imediatas para apoiar a edição, sobretudo, de revistas científicas e, adicionalmente, de livros-texto e outras publicações técnicas. Por fim, recomendou-se que a Opas deveria aproximar-se da OMS, uma vez que o apoio à edição das revistas, livros-texto e outras publicações foram consideradas de alcance mundial. Portanto, para melhor enfrentar os problemas

no continente. Na sua fundação, o conselho era formado por Hernan Alesandri, da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile; Carlos Chagas Filho, vice-presidente do Comitê, do Instituto de Biofísica da Universidade do Brasil; Ignacio Chaves, da Universidade Nacional Autónoma do México; Bernardo Houssay, do Instituto de Biologia e Medicina Experimental de Buenos Aires; Marcel Roche, relator, do Instituto Venezuelano de Investigações Científicas; Gaylord Anderson, do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Minnesota; René Dubos, do Instituto Rockefeller; Samuel Levine, pediatra do Cornell Medical Center, de Nova York; Horace Mogoun, da Universidade da Califórnia; Walsh McDermott, presidente, do Departamento de Saúde Pública e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Cornell; Anthony Payne, do Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da Universidade de Yale; e James Shannon, do Instituto Nacional de Saúde dos EUA (Opas, 1962a: 1). Em 1962, o comitê recebeu três novos membros, Niels Jerne, do Departamento de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Pittsburg; Karl Mayer, da Universidade da Califórnia e Abel Wolman, do Instituto Nacional de Saúde (OPAS, 1963a).

nesse domínio era recomendado um máximo de racionalidade e conjugação de esforços (OPAS, 1963c)⁴⁸.

A essa altura, nas suas recomendações, o comitê utilizou-se de formulações que já antecipavam uma orientação geral para um projeto de biblioteca especializada para a América Latina. Segundo seus próprios termos,

“PAHO should provide consultants who would advise on the organization of libraries, on the coordination and expansion of library resources within universities and on a national or perhaps a ‘zonal’ scale, on the establishment of microfilm and photocopy services, and possibly a consultant who would evaluate the desirability of supporting journals specializing in up-to-date reviews” (OPAS, 1963b, p. 8)

A direção da Opas procurou responder a essas diretrizes, solicitando a Raymond L. Zwemer, da Federação das Sociedades de Medicina Experimental dos EUA, que coordenasse um estudo sobre as condições de funcionamento de um conjunto de periódicos científicos da América Latina. O objetivo do estudo foi indicar os títulos a serem eventualmente apoiados mediante alguma forma de subsídio (OPAS, 1964a).⁴⁹

⁴⁸ O Comitê Executivo da OMS, em 1948, recomendou a realização de um inventário sobre os recursos disponíveis e as condições gerais da comunicação científica médica nos países. Sugeriu, também, que fosse examinada a possibilidade de cooperação com a Unesco nessa matéria. No início dos anos 60, chegou a ser proposta a criação de um centro internacional de bibliografia médica. Sua implementação foi, todavia, abandonada em função de uma alegada complexidade e dos altos custos envolvidos. Esse tema somente retornaria, com mais vigor, às instâncias diretivas da OMS no início dos anos 70, refletindo uma já bem sucedida experiência interamericana (OPAS, 1963; OMS, 1948).

⁴⁹ Seu relatório, de 1964, que contou com a colaboração de Luis Rey, Carlos Chagas Filho e Amador Neghme, entre outros, analisou as seguintes publicações: *Acta Physiologica Latinoamericana* (Buenos Aires); *Archivos Venezolanos de Nutrición* (Caracas); *Boletín Chileno de Parasitología* (Santiago); *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*; *Revista Latinoamericana de Anatomia Patológica* (Caracas); *Revista Latinoamericana de Microbiología* e seis outros jornais publicados no Rio de Janeiro, a saber, *O Hospital*; *Anais da Academia Brasileira de Ciências*; *Revista Brasileira de Biologia*; *Revista Brasileira de Medicina*; *Anais de Microbiologia*; e *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* (OPAS, 1964a). O Comitê, em junho de 1964, aprovou formalmente uma proposta de pretendia subsidiar a compra de parte da tiragem de cada uma das revistas apoiadas.⁴⁹ Não foram encontradas, todavia, evidências de que esse tipo de auxílio tenha sido de fato implementado (OPAS, 1964a).

Ainda em 1964, a Opas patrocinou a participação de Samuel Lazerow, um quadro de alto prestígio da National Library of Medicine (NLM), na IV Conferência de Escolas Médicas Latino-Americanas,⁵⁰ que se realizaria na cidade mineira de Poços de Caldas, paralelamente ao II Congresso Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas, um evento oficial da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (ABEM, 1965,).⁵¹

Naquele encontro, Lazerow propôs a criação de uma biblioteca regional especializada. Em sua conferência, apresentou as linhas de trabalho da NLM, destacando, com o auxílio da projeção de um filme documentário, as funcionalidades do sistema Medlars, a mais recente aquisição tecnológica da biblioteca.⁵² Assinalou, igualmente, a importância do atendimento às solicitações de cópias de artigos requisitadas pelos países da América Latina no seu cotidiano operacional, que representavam entre 5 e 10% do tráfego de cópias de artigos e dos custos operacionais envolvidos. Segundo Lazerow, sua proposta consistia em constituir uma biblioteca regional de medicina na América Latina, como parte de um sistema continental de informação bibliográfica em medicina e biomedicina, que funcionaria como um “serviço de nível intermediário entre as bibliotecas médicas da região, com um plano de trabalho de conexão entre a National Library of Medicine e as outras bibliotecas médicas de ambos os continentes” (LAZEROW, 1965, p. 84).

O volume das solicitações de empréstimo provenientes de pesquisadores e instituições latino-americanas era significativo, e a criação de um sistema regional na

⁵⁰ Durante a década de 50, Lazerow foi diretor da Divisão de Aquisições de Publicações da NLM, em um momento de renovação da instituição e dos seus acervos. Trabalhara na Biblioteca do Congresso dos EUA e na National Library of Agriculture, onde também fora responsável pelo programa de aquisições de publicações. Tinha, portanto, uma importante experiência prévia como gestor de instituições biblioteconômicas complexas. Anos depois, em 1972, Lazerow iria tornar-se vice-presidente do Institute for Science Information –Isi. Um prêmio batizado em sua homenagem é hoje concedido, anualmente, pela American Library Association, para pesquisa em gestão de coleções e serviços técnicos (GARFIELD, 1972).

⁵¹ Na ocasião, o presidente da Fepafem era o chileno Amador Neghme, o diretor executivo, o brasileiro Ernani Braga e o secretário adjunto, José Roberto Ferreira. Magid Iunes, da Escola Paulista de Medicina, tinha um cargo de assessor. A Abem e a Fepafem funcionavam nos escritórios da Opas no Brasil, no Rio de Janeiro (FERREIRA, 2005).

⁵² Como indicado na introdução desta tese, Medlars correspondente à denominação em inglês *Medical Literature Analysis and Retrieval System*. Lançado em 1964, permitiu à NLM dar início ao “*the first large-scale, computer-based, retrospective search service available to the general public*” (OTA, 1982, p.4). No campo médico, foi a primeira implementação efetiva da recuperação automatizada da informação bibliográfica.

região permitiria uma maior racionalidade para os serviços internacionais da NLM destinados à América Latina. Lazerow destacou a importância de um apoio institucional de peso para a iniciativa. A esse respeito, ele celebrou a chancela institucional proporcionada pela Fepafem e, explicitamente, recomendou que a biblioteca ficasse vinculada à Opas como organismo intergovernamental da saúde (LAZEROW, 1964).

O sistema proposto por Lazerow, na sua conferência, apoiava-se no uso de tecnologias computacionais de recuperação da informação, na constituição de um acervo próprio de revistas, com os 1.500 títulos mais utilizados, numa política de aquisição sustentada pela NLM, por meio da qual se buscava adquirir virtualmente “tudo” o que se publicava na sua área temática. Em um artigo da década anterior, ele sustentara que manter um “*agressive acquisition program (...) is, by definition, the basic requirement for every dynamic library*” (LAZEROW, 1954, p. 447-449). Procedendo dessa forma, a NLM, segundo o conferencista, permitia que “as outras bibliotecas médicas restringissem sua política de aquisição a apenas aqueles títulos cuja necessidade elas reconhecem, cientes de que podem nos pedir tudo aquilo que não tenham” (LAZEROW, 1964, p. 82).⁵³

A Fepafem, criada em novembro de 1962, sob chancela da Opas e da American Association of Medical Colleges (AAMC), empreendia, à época, um esforço para ampliar com qualidade e modernizar o ensino médico (FERREIRA, 2005). A ideia de um sistema tecnologicamente funcional, que proporcionasse acesso à publicação científica atualizada, era, sem dúvida, atraente para um ensino superior médico em expansão, sempre às voltas com recursos escassos para a manutenção de coleções e de serviços biblioteconômicos. Preocupações similares estavam ocorrendo nas instituições de ensino médico norte-americano desde, pelo menos, a metade da década anterior.

Ao enviarem Lazerow ao Brasil, em agosto de 1964, para apresentar a ideia de uma biblioteca regional integrada a um sistema continental, a Opas, a Fepafem, a NLM e, em certa medida, a AAMC estavam antecipando, de alguma forma, um movimento similar a ser feito junto aos públicos norte-americanos. Em outubro desse mesmo ano, o assunto esteve em discussão na reunião anual da AAMC. Naquela oportunidade, entretanto, Martin Cummings, diretor da NLM, e Marjorie Wilson, coordenadora de

⁵³ Àquela a NLM, processava uma média de 150 novos títulos de periódico a cada mês. A manutenção da coleção representava processar 90.000 exemplares anuais.

atividades extramurais da mesma instituição, diante de uma plateia formada, sobretudo, por diretores e docentes das escolas de medicina e dirigentes do seu movimento associativo, apresentaram a arquitetura e o funcionamento imaginados para um sistema regional norte-americano de bibliotecas médicas.⁵⁴ Dessa forma, pretendiam apresentar uma alternativa, de âmbito nacional, para o número crescente de periódicos, de artigos em cada fascículo e dos custos envolvidos na sua aquisição e gestão.

Quando o sistema regional latino-americano foi proposto na reunião brasileira de Poços de Caldas, ele integrava, portanto, um movimento mais extenso de introdução de inovações nos serviços biblioteconômicos norte-americanos em medicina e biomedicina, concebidos de forma sistêmica, e cujo alcance poderia ser eventualmente mundial. Esse sistema estava revestido de uma inequívoca atualidade e dependia da operação do Medlars, a última palavra em aparatos tecnológicos de recuperação de informação, cujas primeiras aplicações encontravam-se ainda em fase de experimentação.

IV.2 A NLM: protagonista decisiva

Na década de 50 e, sobretudo, no início da década de 60, a NLM experimentou um processo vigoroso de transformação institucional. Como parte integrante do complexo de ensino e pesquisa norte-americano em medicina e biomedicina, a NLM encontrava-se às voltas com o que se convencionou chamar de “explosão” de dados, documentos e informações, característica dos processos de pesquisa e desenvolvimento a partir da Segunda Guerra Mundial. Para fazer frente aos desafios dessa transformação e mobilizando recursos orçamentários consideráveis, a NLM transformou-se, em ritmo acelerado, em um centro bibliográfico médico de envergadura mundial, metodológica e tecnologicamente robusto, habilitado a exercer, de modo autorizado, a função de instituição de referência em iniciativas de cooperação internacional.

Esse processo, sem dúvida, tinha fundamentos mais remotos. Criada em 1836, como Biblioteca do Cirurgião Geral do Exército dos EUA, essa biblioteca, a partir de 1865, sob a liderança de John Shaw Billings, dedicou-se, persistentemente, à

⁵⁴ Ernani Braga participou deste encontro na condição de dirigente da Fepafem (ABEM, 1965).

constituição de acervos os mais completos possíveis e à elaboração de obras de referência de reconhecida abrangência e qualidade. A partir do final do século XIX, sua política para periódicos ambicionava a aquisição de tudo o que fosse publicado em todas as línguas e de todas as origens. Por volta de 1940, já contava com um dos acervos mais significativos do planeta, em qualquer domínio do conhecimento, o que incluía a mais rica coleção de obras raras em medicina e a mais completa série de periódicos. Era, então, responsável também pela edição do *Index Medicus*, um índice seletivo de periódicos correntes, e do *Index Catalogue*, que arrolava a totalidade do seu acervo, duas obras de referência tidas como indispensáveis (HUME, 1936; NEGHEM, 1979 e MILES, 1982).

Nas décadas de 50 e 60, a velocidade das transformações tornou-se vertiginosa. Em 1956, a biblioteca foi transferida para a órbita do Public Health Service, por iniciativa dos então senadores John F. Kennedy e Lister Hill, quando passou a denominar-se National Library of Medicine. Em 1957, foi introduzida a tecnologia para a produção de fotocópias, o que multiplicava sua capacidade de atender a solicitações simultâneas. No mesmo ano, por meio de um novo programa de ensino, a biblioteca começou a tornar-se um centro de treinamento avançado em biblioteconomia médica. Dois anos depois, em 1959, a biblioteca lançou uma nova série do *Index Medicus*, utilizando-se de meios semiautomatizados para sua elaboração. No ano seguinte, lançou o *Medical Subject Headings - MeSH*, um *thesaurus* para o controle do vocabulário médico, e começou a desenvolver o sistema do Medlars.

Em dezembro de 1961, a NLM mudou-se para Bethesda, nas cercanias de Washington, onde passou a ocupar um novo e moderno prédio, de dimensões palacianas, projetado segundo as mais atualizadas e rigorosas especificações técnicas. Em 1964, o sistema Medlars entrou em operação e, em 1965, por meio do *Medical Library Assistance Act*, a NLM tornou-se, formalmente, responsável pela implantação e coordenação do sistema norte-americano de bibliotecas regionais médicas, cuja implantação se iniciaria no ano seguinte (MILES, 1982).

Assim, em apenas 15 anos, a NLM adquirira um novo estatuto institucional, concebera e liderara arranjos cooperativos complexos e desenvolvera uma base conceitual, técnica e tecnológica impar. Esses novos atributos, associados à vastidão e

abrangência de seus acervos, habilitavam e tornavam a NLM uma instituição modelar, capaz de liderar iniciativas para além das fronteiras norte-americanas.

Um dos conceitos básicos para essa trajetória da NLM foi o de “*reservoir library*”, ou “biblioteca reserva”, fundamental para a arquitetura de um sistema regional. Tratava-se de uma proposição simples: considerando-se um determinado campo de conhecimentos, no caso a medicina e a biomedicina, e um território delimitado, apenas uma biblioteca manteria coleções completas ou, significativamente, mais abrangentes de periódicos. Todas as demais manteriam apenas coleções básicas. Na ocorrência de uma demanda não passível de atendimento pela coleção disponível localmente, a solicitação seria remetida para a biblioteca reserva. O sistema regional consiste na repartição de um território em regiões biblioteconômicas hierarquizadas. Assim, considerando-se um país, uma biblioteca de alcance ou atribuição nacional manteria as coleções mais completas, e o país seria, então, subdividido em regiões, cada uma delas contando com uma biblioteca reserva para a cobertura da região, que possuiria uma coleção compatível com tal atribuição. Em cada faculdade, as bibliotecas manteriam coleções básicas para o atendimento às demandas mais frequentes ou regulares. Uma solicitação não atendida, no nível local, seria remetida à biblioteca regional e, uma vez não atendida nesse nível do sistema, ela seria reencaminhada para a biblioteca nacional, que seria, em tese, capaz de responder satisfatoriamente a essa solicitação. Tal descrição corresponde exatamente ao formato proposto, pela NLM, para o sistema norte-americano, no qual o sistema nacional é constituído pelo conjunto de bibliotecas que compõe cada sistema regional (BUNTING, 1987).

Essa arquitetura era, então, muito recente nos EUA e dependia de fatores de complexidade considerável. Era preciso uma estrutura economicamente viável para produzir fotocópias e colocá-las em circulação em substituição aos originais. Era também necessário estabelecer arranjos institucionais de alcance nacional, com hierarquias técnicas e atribuições normativas definidas. Somente, desse modo, seria possível alcançar o máximo de uniformidade nos processamentos técnicos e maior compartilhamento de informação de referência com base no uso de tecnologias computacionais para a recuperação da informação.

A formulação do conceito de sistema regional surgiu, em 1963, no contexto da biblioteconomia médica norte-americana, mediante um artigo de Harold Bloomquist (BLOOMQUIST, 1963),⁵⁵ em que ele apresentava os resultados de uma pesquisa encomendada pela NLM, cujos objetivos incluíam uma avaliação das condições de funcionamento então vigentes das bibliotecas de medicina do país. No mesmo ano, seus argumentos sobre a administração de recursos biblioteconômicos foram incorporados ao relatório de uma comissão presidencial dedicada à elaboração de um programa de pesquisa, prevenção e tratamento das doenças do coração e do câncer. Quando Martin Cummings assumiu o cargo de diretor da NLM, em janeiro de 1964, os argumentos de Bloomquist foram novamente mobilizados, quando da elaboração, por solicitação do senador Lister Hill, do esboço de um ato legislativo que estabelecia, entre outras medidas de reforço das instituições e atividades de biblioteconomia em medicina – entre as quais os meios para o seu financiamento –, a instalação do sistema regional. Apresentado, formalmente, em janeiro de 1965, o *Medical Library Assistance Act* foi, enfim, assinado pelo presidente Lyndon Johnson, em 22 de outubro do mesmo ano (BUTTING, 1987; MILES, 1982).

A proposta do sistema regional, como indicado, foi objeto de discussão nos órgãos associativos do ensino médico, assim como da comunidade de biblioteconomia médica norte-americana. Esse percurso de convencimento institucional, como também já foi visto, incluiu a proposição, quando da conferência em Poços de Caldas, de uma espécie de sistema regional extranacional para a América Latina. Em outras palavras, a proposta que Lazerow levou àquela reunião era, em certa medida, o esboço de um projeto de biblioteca regional latino-americana, imaginado como um desdobramento continental da solução concebida para o sistema norte-americano de bibliotecas médicas regionais. Esse delineamento, como se verá mais adiante, logo assumiria contornos mais nítidos e concretos, mantendo-se fiel aos parâmetros iniciais.

⁵⁵ O artigo de Bloomquist se tornaria uma referência nas discussões sobre políticas em biblioteconomia médica. Ele fora um dos responsáveis por realizar, em 1958, a fusão das bibliotecas das faculdades de medicina de Harvard e Boston e a constituição, desse modo, da Francis A. Countway Library of Medicine (Watterson, 1985). O tema da administração racional de recursos biblioteconômicos, portanto, não lhe era estranho. Bloomquist era também um ativo militante do movimento associativo dos bibliotecários médicos. Foi editor associado e editor do *Bulletin of the Medical Library Association*. Em meados da década de 70, Bloomquist participou como colaborador no projeto da nova Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (LIMA, 2005; SILVA, 1973).

IV.3 - Um modelo de biblioteca regional para a América Latina

Terminada a reunião da Abem e da Fepafem, em Poços de Caldas, as gestões visando a viabilizar a criação de uma biblioteca regional latino-americana se aceleraram. Em janeiro de 1965, a NLM realizou um encontro, em sua sede em Bethesda, no qual planejou-se a realização de uma viagem de estudos a várias cidades de diferentes países da América Latina com o objetivo de avaliar as bibliotecas médicas da região, identificar instituições capazes de se tornarem parceiras da iniciativa e definir onde sediar a nova biblioteca.⁵⁶

Desse encontro, resultou um extenso dossiê, intitulado *Proposed Regional Medical Library Center for Latin America*, que, em junho de 1965, foi levado à análise da quarta reunião ordinária do Comitê Assessor para Pesquisas Médicas da Opas. Na parte principal do volume, a equipe da NLM⁵⁷ propôs o que considerava as diretrizes básicas para a constituição de um centro de bibliografia médica de âmbito latino-americano.⁵⁸ Ali foram relacionadas as dificuldades então enfrentadas pelas instituições

⁵⁶ Nessa reunião, estiveram presentes: Martin Cummings e Marjorie Wilson; a equipe que teria a seu cargo a preparação do projeto latino-americano, formada por Scott Adams, vice-diretor da NLM, Samuel Lazerow e David Kronick; membros da Oficina de Coordenação de Pesquisas da Opas, entre estes Maurício Martins da Silva, Luis Munan e Raymond Allen, seu coordenador, e ainda Ramon Villareal, chefe do Departamento de Recursos Humanos em Saúde. Completavam a reunião John Roleau e Ronald Scantlebury, do Departamento de Estado dos EUA; Alice Ball, do United States Book Exchange, uma organização privada norte-americana especializada na promoção do intercâmbio de duplicatas entre as bibliotecas; representantes das universidades de Oklahoma, Michigan e da *Northwest University*, além de Jacques May, da The United States Agency for International Development (USAID), e Robert Watson, da Fundação Rockefeller (OPAS, 1965). Vale indicar que Lazerow, Cooper e Watson estiveram presentes na reunião de Poços de Caldas, em 1964. Tratava-se, portanto, de uma mobilização considerável de agências, por si só reveladora do empenho da Opas e da NLM na iniciativa.

⁵⁷ A equipe, após a reunião de Bethesda, foi acrescida de Mortimer Taube. Taube, que viria a falecer alguns meses depois da elaboração do dossiê, era então diretor proprietário da Documentation Inc., é até hoje lembrado como o criador, em meados da década de 50, do unitermo e da indexação pós-coordenada, uma metodologia que se universalizou e é considerada precursora da recuperação automatizada da informação. Foi vice-diretor do Serviço Técnico de Informação da Comissão de Energia Atômica e membro do Comitê Internacional de Bibliografia e Documentação e do Comitê Consultivo Internacional para Documentação e Terminologia nas Ciências Puras e Aplicadas, ambos da Unesco (UNESCO, 1952). Um perfil qualificado, sem dúvida, que confirma que a NLM mobilizou para o projeto latino-americano uma equipe que reunia várias e respeitáveis credenciais.

⁵⁸ Integram o dossiê o projeto de implantação, um sumário de recomendações e um relatório de viagem. Nas citações, para a indicação das páginas, adicionamos os algarismos romanos I e II para indicar, quando se trata, respectivamente, do sumário e do relatório de viagem (OPAS, 1965).

dedicadas à pesquisa biomédica e ao ensino de medicina na América Latina quanto ao acesso à bibliografia especializada atualizada.

O documento definiu os objetivos gerais a serem perseguidos pelo novo centro bibliográfico, suas principais funções, os serviços a serem desenvolvidos, bem como a abrangência territorial e os públicos-alvo a serem prioritariamente atendidos. Foram definidos os recursos materiais, humanos e orçamentários necessários aos seus primeiros anos de existência, e estabeleceram-se as linhas mestras a serem seguidas nos processos de constituição inicial de seus acervos. Do mesmo modo, foi proposto um perfil profissional para aquele que deveria desempenhar as funções de diretor da nova biblioteca regional latino-americana (OPAS, 1965).

Os especialistas norte-americanos reconheciam que o empreendimento latino-americano era, como já mencionado, um experimento. E foram bastante explícitos a esse respeito, ao afirmarem que “*the services projected for the regional center were essentially new ones, and no distinct pattern for this kind of an organization existed even in our country*” (OPAS, 1965, II:1).

De fato, a proposição da biblioteca, durante a presença de Lazerow em Poços de Caldas, verificou-se alguns meses antes da promulgação do *Medical Library Assistance Act*, de 1965, que, por sua vez, antecedeu, em dois anos, a formalização, em 1967, do primeiro sistema regional norte-americano, o NERMLS, o Sistema Regional da Nova Inglaterra, sediado na Biblioteca Francis A. Countway, das faculdades de medicina de Harvard e Boston. (BLOOMQUIST & COLE, 1968; BUNTING, 1987; MILES, 1986). A proposta de criação da biblioteca latino-americana era, portanto, singularmente sincrônica ao movimento de criação do sistema norte-americano, então também em sua gênese.

No desenho desse “experimento”, os bibliotecários norte-americanos recomendavam que a biblioteca médica regional latino-americana fosse uma agência independente, diretamente vinculada à Opas. Sua instalação deveria estar associada a uma biblioteca médica já em funcionamento, reduzindo-se, dessa forma, os gastos de instalação e garantindo-se que os novos serviços pudessem ter uma integração mais rápida às comunidades de ensino e pesquisa localizadas, sobretudo, nas faculdades de medicina, sua clientela preferencial. Assim, prescrevia-se que a instituição hospedeira

deveria ser uma entidade ativa no terreno da educação e da pesquisa e que a cidade deveria, preferencialmente, abrigar centros expressivos de formação profissional e pesquisa. (OPAS, 1965).

Conceitualmente, esperava-se que a nova biblioteca se constituísse no centro de um sistema hierarquizado. Suas bases seriam as várias bibliotecas das faculdades de medicina, consideradas como os pontos exclusivos de acesso às publicações e informações processadas. Imaginava-se, também, que subsistemas nacionais ou subregionais – para o México, América Central e Caribe, por exemplo – pudessem, no futuro, completar a topografia do sistema (OPAS, 1965).⁵⁹

Nos termos do planejamento proposto pelos consultores norte-americanos, a política de aquisição de monografias e periódicos deveria visar à complementação da coleção eventualmente já disponível na biblioteca hospedeira. Deveria, também, atentar para a atualidade da informação científica e tecnológica disponível no sistema, privilegiando os periódicos correntes e os volumes e fascículos mais atuais.⁶⁰ Os recursos necessários ao desenvolvimento da nova política de aquisição de periódicos seriam garantidos, inicialmente, pelos créditos acumulados pela NLM junto ao United States Book Exchange (USBE).⁶¹ Essa política, na medida em que o estoque da USBE era obtido, sobretudo, a partir de doadores norte-americanos, reforçava a tendência de americanização do acervo e das referências de autoridade acadêmica, um movimento já pronunciado no contexto da cooperação interamericana a partir do pós-Segunda Guerra.

⁵⁹ Subsidiariamente, os hospitais e outras unidades de prestação de serviços de saúde eram também percebidos como parte de sua clientela institucional. Imaginava-se que uma rede de postos de serviço nessas unidades de saúde poderia conformar uma rede suplementar de pontos de acesso, à semelhança do que ocorria nos EUA, onde os hospitais eram regularmente servidos de bibliotecas. Na América Latina elas eram virtualmente inexistentes. Todavia, em termos estratégicos, o projeto estava claramente orientado para as bibliotecas das faculdades de medicina.

⁶⁰ Em Pires-Alves (2005), indiquei que para o período de implantação concreta da Bireme havia evidências de que a busca por atualidade transformara-se na destruição deliberada de títulos mais antigos e descontinuados, o que revelava uma completa ausência de preocupações a respeito dos acervos em sua dimensão histórica ou retrospectiva (OPAS, 1965; POBLACIÓN, 2002).

⁶¹ Tais créditos originavam-se da remessa periódica, pela NLM, para a USBE de duplicatas ou publicações não pertinentes às linhas de acervo. Esses títulos poderiam ser adquiridos por outras bibliotecas ou remetidos em doação para países ou regiões, gerando créditos em favor da NLM, que poderiam ser mobilizados sempre que a esta desejasse adquirir algo do seu interesse, eventualmente disponível na USBE. Porém, muito mais créditos do que saques movimentavam a conta da NLM. Em meados da década de 60, a NLM dispunha de um vasto saldo que poderia ser acionado para a constituição de uma biblioteca regional, inclusive com a geração, a médio prazo, de uma economia de custos operacionais para a biblioteca norte-americana.

A movimentação de requisições de artigos e de cópias seria feita por correio, preferencialmente, aéreo. Nas melhores condições, poderiam ser utilizados aparelhos de telecomunicação no padrão TWX, ou Telex, para o envio de demandas às bibliotecas, em especial à NLM. Assim, a cidade escolhida deveria dispor de serviços adequados de correio e telefonia. As franquias postais ou telefônicas comumente concedidas aos organismos internacionais poderiam ajudar a manter as despesas com comunicação em níveis toleráveis e, ao mesmo tempo, transferir custos operacionais para os governos da região. Artigos e livros seriam remetidos aos solicitantes por meio de fotocópias. Adicionalmente, os artigos seriam remetidos de uma biblioteca a outra mediante o uso de microfichas em suporte fílmico, as quais serviriam para gerar cópias em tamanho original que seriam remetidas aos usuários. (OPAS, 1965)

A biblioteca deveria reunir uma consistente coleção de literatura secundária de referência, como índices e catálogos. Dentre estes, naturalmente, o *Index Medicus* e as demais obras editadas pela NLM. Para formar o acervo, porém, o principal recurso de informação seria poder dispor do sistema Medlars. A utilização desse sistema previa que a NLM remeteria extratos das suas bases de dados ao centro latino-americano, utilizando-se de fitas magnéticas alojadas em robustos carretéis. Técnicos locais seriam treinados para operarem a tecnologia por meio de estágios técnicos proporcionados pela própria NLM. Uma vez habilitados, esses técnicos tanto seriam capazes de realizar as pesquisas de caráter mais tópico solicitadas pelos usuários, quanto de produzir bibliografias de maior ou menor abrangência, seja por demanda, seja como antecipação ou indução de temas selecionados. Para utilizar o sistema Medlars, seria preciso dispor de recursos de processamento computadorizado de dados, e, para tanto, recomendava-se a instalação do centro bibliográfico em uma cidade em que fosse possível alugar fração do tempo de uso de um equipamento capaz de processar bases de dados em formato IBM (OPAS, 1965).

Esperava-se que a nova biblioteca regional de medicina desempenhasse um importante papel no treinamento de recursos humanos na sua área de competência técnico-científica. Para isso, deveria ser implementado um programa de estágios e bolsas de estudo destinado a atender profissionais provenientes de vários países. Ela deveria, ainda, demonstrar para as lideranças institucionais e de governo as novas

possibilidades abertas pelo trabalho cooperativo e a aplicação das novas tecnologias da informação (OPAS, 1965).

Os bibliotecários da NLM entendiam que “*the center would function in relation to South America medical libraries in a manner similar to that of the United States, which plays a supporting role to the other medical libraries of the nation*” (OPAS, 1965: 8). Porém, o modelo de biblioteca proposto implicava que ela seria um ente subordinado, em termos sistêmicos, à NLM, tanto em função de uma ascendência normativa formalmente estabelecida em termos método-tecnológicos, quanto no que concerne à própria definição das linhas de acervo e da sua capacidade para o atendimento às demandas formuladas pelos usuários latino-americanos. A nova biblioteca deveria constituir uma coleção capaz de atender ao *central core* da informação proporcionada pelos periódicos internacionais, recursos adicionais seriam providos em última instância pelos acervos da NLM (OPAS, 1965).

A gestão superior do empreendimento, segundo o formato proposto, ficaria a cargo de um *Board of Governors*, subordinado ao diretor da Opas, que teria por atribuições formular a programação geral e supervisionar a sua implementação. Seria também da sua alçada sugerir o nome do diretor da biblioteca e acompanhar seu desempenho. Uma segunda estrutura de aconselhamento seria o Grupo Técnico Assessor (*Technical Advisory Group*), que teria a tarefa de orientar o diretor quanto a assuntos de natureza técnica.

Os vários aspectos apontados anteriormente e que definem um modelo de instituição biblioteconômica sistêmica foram, em quase sua totalidade, contemplados nas cláusulas e alíneas do convênio firmado, em março de 1967, pela Opas, a Escola Paulista de Medicina e as autoridades ministeriais brasileiras. Essencialmente, a principal diferença diz respeito às instâncias gestoras. A ideia de um *board* não foi adotada, e a Opas, nesse caso, preferiu subordinar a biblioteca, diretamente, ao diretor da Organização e utilizar o Comitê Assessor para Pesquisas Médicas para as funções de orientação superior e acompanhamento. Para desempenhar as atribuições de aconselhamento em aspectos técnico-científicos e de gestão, preferiu-se, no entanto, instituir um Comitê Científico Consultivo.

IV.4 - A escolha da sede

A terceira parte do dossiê é constituída de relatório de viagem elaborado por David Kronick e Mortimer Taube por ocasião da realização, entre abril e maio de 1965, de um percurso de vinte dias pelas bibliotecas de Brasil, Argentina, Uruguai, Chile, Colômbia e Venezuela (OPAS, 1965, I). Da sua análise – assim como do dossiê em seu conjunto - é possível aferir o protagonismo exercido pela NLM também quanto à escolha da sede da nova biblioteca regional.

Explicitamente, a realização deste périplo pelos países visava também buscar os elementos que possibilitassem a escolha tanto do país sede, quanto de uma instituição parceira e o relatório de viagem, assim como o documento principal apresentado à discussão indicou de fato o país e a instituição da preferência dos consultores, uma escolha que mais tarde se confirmaria (OPAS, 1965 p. 1-16 e I, 1-5). De fato, nestes dois documentos o Brasil, a Venezuela e o Panamá foram elencados como os países mais aptos a receberem o novo centro bibliográfico, segundo a percepção dos consultores e São Paulo, Caracas e a Cidade do Panamá, foram as cidades consideradas⁶². No entanto, a sua decisão pela capital paulista foi explícita (OPAS, 1965, I, p. 14).

Silva *et al* (2006) discutem aqueles que seriam os principais aspectos ou fatores que ajudariam a compreender a escolha do Brasil, de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina para sede da Bireme. No que diz respeito à escolha do país estes autores desenvolvem a sua análise segundo duas perspectivas. Em uma primeira perspectiva, o principal argumento em favor do Brasil seria a vigorosa expansão do ensino de medicina no país em especial na década de sessenta, acompanhando de forma relativamente expressiva a tendência de crescimento verificada na América Latina (SILVA *et al.*, 2006).

Trata-se de um argumento válido, ainda que, a rigor a expansão verdadeiramente vertiginosa do ensino de medicina é, no Brasil, um fenômeno de finais

⁶² Vale indicar que o Panamá não foi sequer visitado pelos consultores. Estes, no entanto, avaliaram a princípio positivamente, o *Gorgas Memorial Laboratory*, por possuir conselho diretor internacional e uma escola de medicina associada. Todavia, “*a regional center in Panama might tend to be oriented to North America, rather than South America*” (OPAS 1965, II p. 14).

da década, a partir de 1967, sendo, portanto, posterior ao ano da decisão pelo Brasil como sede da Bireme⁶³ (Veras, 1981, p. 76). Mas, sem dúvida, o crescimento do número de escolas no país ao longo dos anos cinquenta já era sem dúvida importante⁶⁴. De qualquer modo, os especialistas norte-americanos foram explícitos em recomendar a necessidade de instalar a biblioteca em uma praça que garantisse uma vasta clientela de usuários diretos. Em meados da década de 60, o conjunto de faculdades de medicina no Brasil, no estado e, principalmente, na cidade de São Paulo já correspondia a esta expectativa, um argumento contemplado pela análise de Silva *et al* (OPAS, 1965, p.13-14; e 1965, I, p.2; SILVA *et al*, 2006).

A segunda perspectiva considerada por Silva *et al*. (2006) para discutir a escolha do Brasil como sede da nova biblioteca, resulta em que a escolha do Brasil teria sido fruto de uma combinação de fatores entre os quais o protagonismo do país nas instâncias diretivas da Opas e no processo de criação, instalação e condução da Fepafem. No mesmo sentido, teria sido também considerada sua participação expressiva nos programas desenvolvidos pela organização (SILVA *et al.*, 2006). Certamente foi importante para a escolha do Brasil a influência política nos negócios da Opas de figuras como Carlos Chagas Filho, membro do Conselho Assessor para Pesquisas Médicas, de Maurício Martins da Silva, Coordenador de Pesquisas, e de Ernani Braga, Diretor Executivo da Fepafem. Certamente também fez efeito considerável o fato das autoridades brasileiras se comprometerem em aportar recursos de algo como 50% do volume de financiamento requerido para os três primeiros anos. Por outro lado, no que concerne à escolha de São Paulo, pesou e muito a capacidade de articulação política das lideranças daquele estado e da Escola Paulista, entre as quais Magid Iunes, professor de Medicina Preventiva, e Antônio de Mattos Paiva, professor de Biofísica (SILVA *et alli*, 2006).

⁶³ Em 1960, eram trinta e duas escolas de medicina no Brasil para um número aproximado de 100 escolas na AL. O número de novas escolas a cada ano, ao longo da década, foi o seguinte: 1961 = 0; 1962 = 3; 1963 = 3; 1964 = 0; 1965 = 1; 1966 = 2; 1967 = 6; 1968 = 14; 1969 = 3; 1970 = 6. Na década de 50, o crescimento é importante, tendo sido criadas 13 escolas ou 40,6 % do total de escolas existentes em 1960 (VERAS, 1981: 372-379).

⁶⁴ Os mesmos dados fornecidos por Silva *et alli* permitem estimar a parte representada pelas escolas brasileiras no total latino-americano por década, a partir de 1920: 1920/1929 = 16% em um total de 50 escolas; 1930/39 = 21% de um total de 55; 1940/49 = 21% de 65; 1950/1959 = 28% de 97 (ver SILVA *et alli*, 2006; GARCIA, 1972: 271).

Os consultores, naturalmente, elaboraram o dossiê com a proposição do projeto completo da Biblioteca após a realização da viagem pelos países do continente. No seu anexo, intitulado *Latin-American Regional Medical Library Center: recommendations* eles enumeraram razões pelas quais, na sua opinião, se justificavam as escolhas pela cidade de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina.

Em primeiro lugar, como principal cidade do país, São Paulo registrava “*a strong concentration of medical institutions with active research programs*” e era de localização central “*with regard to both population density and educational activities*”. Como um terceiro aspecto, argumentaram que a cidade possuía “*an active and progressive group of medical librarians who are cooperating effectively*” (OPAS, 1965, p. 2). Assim, ali tanto existia um eventual mercado de mão-de-obra qualificada, quanto também um ambiente favorável à colaboração interbibliotecas, um elemento conceitualmente importante ⁶⁵. Seus “recursos bibliográficos”, em outro trecho do dossiê, foram também considerados superiores àqueles existentes em Caracas e na Cidade do Panamá (OPAS, 1965, p. I, 3 e 14) e a biblioteca médica da Universidade de São Paulo representava, “*a striking contrast in the relatively modern appointments and order, to the libraries which had been seen in Rio*” (OPAS, 1965, p. II, 9)⁶⁶.

Os consultores norte-americanos não foram econômicos ao explicitar a necessidade da nova biblioteca ser mantida a uma “saudável” distância das áreas de influência do IBBD. Eles explicitaram que São Paulo – e a EPM, portanto, - constituíam uma boa opção de localização porque “*there exists a good potential for developing an effective relationship with Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação, the principal documentation activity in the nation, without danger of being dominated by IBBD*” (OPAS, 1965, p. 3). E detalharam suas preocupações, sem meias palavras:

⁶⁵ A este respeito vale assinalar que Kronick e Taube, consultores da NLM, na tarde do mesmo dia em que desembarcaram em São Paulo foram recebidos no salão de leitura da biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo por uma comissão de *six english speaking librarians belonging to the biomedical library study group of the Associação Paulista de Bibliotecários, and representing the major medical libraries of the city* (OPAS, 1965: II, 9). As informações fornecidas nesta reunião deixaram as melhores impressões, assim com as modernas e bem cuidadas instalações da biblioteca da USP.

⁶⁶ No Rio de Janeiro, os consultores visitaram as bibliotecas do IBBD, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Instituto Oswaldo Cruz (OPAS, 1965, II)

“The proposed center should not be a” documentation center” in the narrow sense which now seems to be established in that area. Its energies should not be consumed in such activities as the preparation of union lists of serials and registers of investigators. The paramount purpose (...) should be the development and execution of rapid and efficient information services and document delivery to biomedical investigators and educators. (...)

The center should serve to utilize the new systems orientations being developed in the United States, rather than to perpetuate some of the FID/Unesco traditions which are now limiting the activities of some Latin American libraries” ⁶⁷
(OPAS, 1965, 1 e 4)

Para recomendar a Escola Paulista de Medicina como instituição parceira, os consultores manifestaram igualmente com precisão o seu ponto de vista. Na sua avaliação, o primeiro ponto considerado foi o fato da biblioteca da EPM contar com *“a separate building for the library which is well adapted to housing the center”*. A escola também foi considerada uma instituição menos complexa burocraticamente, uma vez que vinculava-se diretamente ao ministério da educação, *“through the Dean of the medical school”* (OPAS, 1965, I, p.2).

De fato, a EPM havia muito recentemente construído um prédio novo para a sua biblioteca, com arquitetura moderna e funcional, que estava apenas parcialmente ocupado e com uma área de expansão já projetada. A EPM havia sido transformada em uma instituição federal em 1956 como uma entidade unitária diretamente subordinada ao Ministro da Educação, o que tornava a sua administração mais simples, porque sujeita a um menor número de níveis de subordinação burocrática (SILVA, 2001; SILVA et al., 2006). A Universidade de São Paulo, comparativamente, além de ainda depender da conclusão das suas instalações definitivas, foi percebida como sendo

⁶⁷ A *International Federation for Information and Documentation* (FID) é a principal organização profissional internacional no campo da documentação e da informação. Sua origem remonta a 1895, quando foi criada em Bruxelas como *International Institute of Bibliography* (IIB). No pós-segunda guerra manteve uma estreita proximidade e colaboração com a Unesco. Ver: Rayward (1994).

burocraticamente complexa, sujeita a “*conflicts between the needs of centralization vs. Descentralization*” (OPAS, 1965, p. I, 3).

Adicionalmente, os técnicos da NLM, mostraram-se especialmente satisfeitos com métodos e práticas de trabalho bibliográfico adotados na biblioteca da EPM e a condução imprimida pela sua chefe, Dinah Población. Destacaram também as boas relações mantidas com as demais bibliotecas universitárias médicas de São Paulo (OPAS, 1965, p. 10). Esses elogios, por certo foram também informados pelo fato de a biblioteca da EPM ser, como assinalam Silva *et al.* (2006), a única biblioteca visitada que adotava as metodologias de catalogação e indexação preconizadas pela NLM.

Não faltaram instituições concorrentes no Brasil. No Rio de Janeiro, o IBBD, através da sua diretora, Lydia Sambaquy, principalmente, do Presidente do CNPq, Antônio Moreira Couceiro manifestou diretamente o seu interesse. Couceiro após descrever as atividades então desempenhadas pelo IBBD defendeu que este poderia servir como sólida fundação para as necessidades do projeto da biblioteca. Todavia as impressões registradas pelos consultores sobre a sua visita ao instituto estavam longe de favoráveis. O instituto foi visto como um lugar de muita atividade em espaço reduzido e instalações inadequadas. As várias frentes de trabalho desenvolvidas foram observadas sob um olhar de suspeição. As informações sobre empréstimos interbibliotecários careceram de maiores confirmações, já que “*little evidence of this activity was seen on the tour*”. Os consultores sintetizaram suas considerações afirmando que “*(...) some of the activities of IBBD represent the serious dangers which result from uncritically broadcasting vague ideas at international conferences and institutes*”, em mais uma manifestação de desacordo com as orientações de organismos como a UNESCO e a Federação Internacional de Documentação (OPAS, 1965, II, p. 3-4). Em outra passagem do dossiê, assinalaram, com base em comentários feitos por pesquisadores da Universidade de São Paulo, que o IBBD “*did not seem to have the subject competence to cope with the biomedical literature*” (OPAS, 1965, p. II, 1965, p.14).

Outra instituição que manifestou expresso interesse em sediar o projeto da biblioteca regional foi a UFRJ. Antônio de Mattos Paiva (2002, e apud Cefhi, 2002, p. 19) registra que Paulo de Góes, a época no Instituto de Microbiologia da UFRJ, movimentou-se firmemente no sentido de levar a nova biblioteca para a UFRJ. Como se

verá em maior detalhe no próximo capítulo, na mesma reunião da Fepafem em Minas Gerais, onde Lazerow sugeriu pela primeira vez a criação de uma biblioteca regional, Góes apresentou um documento propondo normas de estrutura e funcionamento de Centros de Pesquisa e Treinamento Avançado, destinados a formação de “docentes-pesquisadores” em campos especializados e que deveriam ser formalmente credenciados e apoiados pela Federação e pela Opas. Na proposta de Góes, estes centros deveriam combinar recursos de pesquisa na área de específica de especialização; de pesquisa de metodologias e desenvolvimento de recursos pedagógicos, inclusive áudios-visuais; e uma de área dedicada à documentação e informação científica, “que deveria possuir ou ter franco acesso a uma biblioteca com completa coleção de periódicos” (GÓES, 1965, p. 90-100). Góes, portanto, provavelmente atribuía importância considerável à possibilidade de sediar um centro bibliográfico latino-americano na UFRJ como uma vantagem comparativa para a instituição. Carlos Chagas Filho, então Diretor da Faculdade de Medicina, ofereceu a futura biblioteca da faculdade, no *campus* da Ilha do Fundão, então em fase de projeto, como sede para o centro bibliográfico médico (OPAS, 1965, II, p. 2).

Membros do corpo docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo também manifestaram seu interesse em sediar o projeto na biblioteca da faculdade. Propuseram a sua localização em instalações que se tornariam disponíveis com a mudança do Departamento de Bioquímica para o novo campus. A possibilidade de mudança da própria Faculdade de Medicina para o campus em construção criava um cenário de incerteza que não pareceu atraente aos olhos dos consultores, uma situação similar á que tornara também a UFRJ uma escolha improvável.

De qualquer forma, as condições colocadas pela Escola Paulista de Medicina à disposição do projeto conformavam um conjunto de atrativos que, aos olhos dos consultores, nenhuma outra instituição fora capaz de igualar: “*While there were a great many positive elements in many of the other libraries visited, none presented this unique combination*” (OPAS, 1965, p. I, 3).

Várias das anotações deixadas pelos consultores norte-americanos indicam, sem a preocupação de ocultar o que quer que seja, que os mesmos consideravam o IBBD uma instituição concorrente no que concerne a serviços e clientelas, ineficiente e

doutrinariamente em desacordo com as orientações da NLM. Deste modo, a escolha de São Paulo e da EPM, era para a biblioteca norte-americana uma solução que atendia a bem mais do que preocupações de estrita ordem prática ou técnica.

IV.5 A criação da Bireme

Ao término da sua quarta reunião ordinária, realizada em julho de 1965, o Comitê Assessor para Pesquisas Médicas manifestou-se pela aprovação dos termos gerais da proposta apresentada pela NLM. Todavia, preferiu não se pronunciar sobre a localização do futuro centro bibliográfico médico, encaminhando a decisão dessa matéria para as instâncias superiores da Opas (OPAS, 1965e).

Entre setembro e outubro de 1965, o Conselho Diretor da Opas, em uma de suas reuniões ordinárias, examinou *La Política y el Programa de Investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud*. Nesse documento, como um item específico, constava a proposta de criação da biblioteca regional latino-americana, nos exatos termos recomendados pela equipe da NLM (OPAS, 1965a).

Nos debates em torno do programa, os representantes do Uruguai e do Brasil⁶⁸ manifestaram-se para registrar a importância e mérito da iniciativa. Na sua intervenção, o representante uruguaio foi mais longe, assinalando a viva disposição do seu governo, do órgão de representação das bibliotecas e da faculdade de medicina, para que o país viesse a se tornar a sede de um futuro “centro regional piloto de bibliotecas médicas” (OPAS, 1965b).

Abraham Horwitz, diretor da Opas, comunicou aos presentes que o projeto da biblioteca regional latino-americana ainda estava sendo analisado por “um grupo de especialistas” e preferiu não solicitar ao conselho uma decisão.⁶⁹ Ao tecer seus comentários, o diretor da Opas ressaltou, ainda, o protagonismo da NLM na elaboração da proposição, assinalando que uma crescente demanda dos profissionais latino-americanos aos seus acervos teria “*inducido al Dr. Martin M. Cummings a pensar en la*

⁶⁸ Respectivamente, Adolfo Castells e Manuel Ferreira.

⁶⁹ De fato, este tema parece não ter retornado às agendas formais dos corpos diretivos. Assim, a decisão final parece ter sido uma decisão do diretor e de seus assessores imediatos.

conveniencia de descentralizar su labor y acercarla, por así decirlo, a las fuentes de origen de esa curiosidad". Horwitz destacou, ainda, que seria de suma importância estabelecer as bases financeiras da empreitada e que, nesse caso, seria preciso que os países contribuíssem com verbas adicionais, além do suporte de agências privadas para os primeiros esforços de implantação (OPAS, 1965b).

Resolvidas essas preocupações de ordem prática, Horwitz fez comentários sobre o mérito da iniciativa, manifestando sua expectativa de que a biblioteca fosse um recurso vital diante do crescimento do número de escolas médicas da região. A esse respeito, foi especialmente claro, ao assinalar de que maneira as questões da formação de recursos humanos, associadas às preocupações com o desenvolvimento da pesquisa na universidade, conferiam sentido estratégico à criação da biblioteca:

“la demanda está creciendo a medida que se están creando nuevos establecimientos educacionales y nuevos centros de investigación. (...) la iniciativa es muy laudable, pero no se debiera insistir tanto en la investigación sino en la educación; de modo que si este establecimiento se organiza bajo el patrocinio de la Oficina, convendría que fuera un organismo dinámico y que ofreciera los más recientes avances a los establecimientos de enseñanza de la medicina y demás disciplinas de la salud del Continente, sin perjudicar la demanda de informaciones respecto a investigación.”
(OPAS, 1965b).

Terminadas as negociações, e concluídas as fases preparatórias, em março de 1967, o Ministro da Educação e Cultura do Brasil, Raymundo Moniz de Aragão, seu colega da Saúde, Raymundo de Brito, o diretor da Escola Paulista de Medicina (EPM), José Maria de Freitas, e o diretor da Opas, Abraham Horwitz, firmaram o convênio de criação da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme). A NLM e a Fepafem foram

partes não signatárias, mas expressamente citadas. A Fepafem deveria funcionar como meio de aproximação com as instituições de ensino médico no continente, e à NLM caberia permitir o acesso a seu acervo de publicações e fornecer as bases de dados e os meios tecnológicos para o funcionamento da Bireme, além de proporcionar a orientação e o treinamento necessários em técnicas biblioteconômicas especializadas. Ficou igualmente firmado que as instalações e os acervos da biblioteca regional seriam estabelecidos a partir daqueles já utilizados pela biblioteca da EPM, que à época contava com um pavilhão independente, de construção relativamente recente (OPAS, 1967; SILVA et ali, 2006).

Segundo os termos do seu instrumento de fundação, o principal objetivo da Bireme era propiciar aos profissionais do campo das ciências da saúde “maior acesso” a uma coleção “mais ampla” de recursos bibliográficos, de modo a tornar a região “autossuficiente”, no que concerne à informação bibliográfica no campo médico. Para tanto, o instrumento formal indicava, explicitamente, que seria preciso adotar modernos recursos de reprodução por fotocópias e recorrer ao uso das fitas magnéticas geradas pela NLM com base na tecnologia Medlars, uma menção que é, sem dúvida, reveladora da relevância atribuída aos aparatos técnicos como parte da essência do projeto. Além disso, a Bireme também deveria atuar como um centro de “treinamento e demonstração” para a promoção das melhores práticas biblioteconômicas e de programas cooperativos entre as bibliotecas médicas da América Latina (OPAS, 1967: 2-4).

Quanto a sua forma de organização, ficou estabelecido que a Bireme contaria com um Comitê Técnico Assessor ou Comitê Científico Assessor (*Scientific Advisory Committee*), como passou a ser referido nos documentos oficiais, composto por “bibliotecários médicos e cientistas da saúde”, no qual ficavam estabelecidos assentos permanentes para a NLM e a Fepafem. As funções executivas ficaram a cargo de um diretor, de nomeação exclusiva da Opas, cujo perfil deveria ser o de “um bibliotecário de alto preparo” e “experiência na administração de bibliotecas médicas e de serviços de documentação” (OPAS, 1967: 3).^{70 71}

⁷⁰ Essa diretiva logo seria alterada por recomendação da primeira reunião do Comitê Científico Assessor. Requisitos como liderança, capacidade administrativa e competência científica foram julgados mais

O convênio estabeleceu o conjunto de serviços a serem fornecidos de imediato, tornando parte do instrumento formal de criação da Bireme as diretrizes constantes dos documentos preliminares elaborados pelos técnicos da NLM.

Os meses subsequentes foram ocupados com as tarefas de detalhamento do projeto de implantação da Bireme para a América Latina. Para isso, em janeiro de 1968, Robert Newburn, um bibliotecário norte-americano, indicado pela NLM, foi nomeado bibliotecário chefe e tornou-se o responsável pela condução técnica nos primeiros momentos da instalação da biblioteca (OPAS, 1967).

Simultaneamente, ultimavam-se as negociações visando a consolidar a sustentação financeira da empreitada nos seus anos iniciais. Em junho de 1967, um projeto elaborado por Cummings, diretor da NLM, previa os montantes requeridos para os dois primeiros anos, assim como as responsabilidades de cada parceiro.⁷² Àquela altura, os financiadores com recursos diretos seriam o governo do Brasil, a NLM e a Opas. A EPM cederia o prédio e um número não especificado de seus servidores, assim como se comprometia com a manutenção e uma eventual ampliação das instalações físicas.⁷³ Nesse mesmo ano, o The Commonwealth Fund passou a ser um novo e

relevantes do que a *expertise* na gestão de bibliotecas e serviços de informação, que poderia ser obtida mediante um adequado assessoramento técnico (BIREME, 1968).

⁷¹ Ficou acertado que a Bireme faria jus aos privilégios e imunidades devidos aos organismos especializados do Sistema das Nações Unidas (OPAS, 1967).

⁷² Os montantes totais então previstos eram da ordem de US\$ 130.000 (US\$ 765.000 em valores de 2005) para o primeiro ano e US\$ 165.000 (US\$ 970.000) para o segundo.

⁷³ A distribuição das responsabilidades pelos recursos diretos era: Ministério da Educação e Cultura, US\$ 50.000 (US\$ 334.000 em valores de 2011); Ministério da Saúde, US\$ 30.000 (US\$ 200.000); NLM, US\$ 50.000 (US\$ 224.000); Opas US\$ 25.000 (US\$ 167.000). A Escola Paulista, como repassadora de recursos do Ministério da Saúde, assumiu o compromisso de transferir à Bireme os recursos até então gastos anualmente com a subscrição de 450 títulos de periódicos. A NLM contribuiria também com US\$ 50.000 em créditos junto ao USBE. Um memorando de entendimento entre a NLM e a Opas previa que a biblioteca norte-americana disponibilizaria US\$ 50.000 (334.000 em valores de 2011) em créditos no USBE e a mesma quantia em dinheiro. Em um projeto de atividades da Bireme, do início de 1969, uma previsão de gastos em dinheiro à conta da NLM, referindo-se ao compromisso anterior, foi rasurada com duas firmes linhas à caneta (BIREME, [1969]). Relatos posteriores não referem a NLM como tendo sido um apoiador financeiro (NEGHME, 1975). Para a correção monetária de valores em dólar, utilizou-se <http://www.usinflationcalculator.com>.

importante apoiador privado no financiamento dos primeiros anos de operação (OPAS, 1967a, anexos; BIREME, [1979]).⁷⁴

No início de 1968, foi constituído o Comitê Científico Assessor da instituição. Seus componentes, dez no total, eram Martin Cummings, diretor da NLM e presidente do comitê; Abraham Horwitz, diretor da Opas; Harold Bloomquist, bibliotecário representante da Francis A. Countway Library of Medicine, de Boston, relator; Armando M. Sandoval, diretor do Centro de Informação da Sintex International, do México, também relator; Jan Koch-Weser, farmacologista da Faculdade de Medicina de Harvard, designado como consultor da Bireme; Maurício Martins da Silva, chefe do Departamento de Pesquisa, Desenvolvimento e Coordenação da Opas, secretário do comitê; Mário Chaves, diretor adjunto da Fepafem; Luis Leloir, bioquímico do Instituto de Pesquisa Bioquímica de Buenos Aires; Enrique Molina, decano da Faculdade de Ciências Médicas de Maracaibo; e Antonio de Mattos Paiva, chefe do Departamento de Biofísica e Fisiologia da EPM.⁷⁵

A composição do comitê estava de acordo com as recomendações dos formuladores do projeto original. A presença de Cummings e Horwitz nessa reunião de instalação foi também um indicador da importância que suas instituições conferiam aos primeiros passos da biblioteca regional. No que concerne aos países da região, estavam representados o Brasil, a Argentina, o México e a Venezuela, os quatro países latino-americanos mais produtivos em ciência e tecnologia. A respeitabilidade científica era irrefutável: dois anos depois, em 1970, Luis Leloir seria laureado com o Prêmio Nobel de Química.

Armando Sandoval havia dirigido o Centro de Documentação Científica e Técnica do México – CDCTM, um centro autônomo, criado em 1950, pelo governo mexicano, herdeiro de uma fracassada iniciativa da Unesco de constituir, naquela área,

⁷⁴ The Commonwealth Fund, uma fundação filantrópica privada com especial interesse nos temas da saúde e cujas origens remontam às atividades de assistência social da família de Stephen V. Harkness, ligado aos primeiros anos da Standard Oil Company, dedicou, em 1967, US\$ 30.000 (US\$ 200.000 em valores de 2005) ao projeto da Bireme. Nos três primeiros anos, sua contribuição total foi de US\$ 100.000 (US\$ 669.000), tornando-se o segundo financiador em volume no período, somente superado pelo Tesouro Brasileiro (BIREME, [1969]; SILVA *et al.*, 2006; *THE COMMONWEALTH FUND*, 2005).

⁷⁵ Na primeira reunião, realizada em São Paulo, em setembro de 1968, atuaram como observadores George Brooks, chefe do Escritório Latino-Americano do National Institutes of Health, localizado no Rio de Janeiro, e Magid Iunes, chefe do Departamento de Medicina Preventiva da EPM (BIREME, 1968).

um instituto internacional com alcance latino-americano. Médico, com trabalhos na área de medicina tropical, encontrara, porém, na informação científica sua definitiva vocação, sendo um de seus pioneiros no México e América Central (MARÍN, 2002; UNESCO, 1971).⁷⁶ Sua presença no Comitê Científico Assessor era a de um representante do movimento internacional da biblioteconomia e da ciência da informação e indicava que, de algum modo, em 1968, havia menos antagonismo entre a NLM e a Unesco.⁷⁷

Outro personagem importante era Harold Bloomquist, o qual já conhecemos. Sua presença no Comitê Científico Assessor representava a possibilidade de ajustar o empreendimento da Opas/NLM à experiência então recém adquirida com o funcionamento do primeiro sistema regional norte-americano, o NERMLS, o Sistema Regional da Nova Inglaterra.

Em sua primeira reunião, o conselho manifestou sua satisfação com as obras de adaptação do prédio até então utilizado pela biblioteca da EPM, teceu recomendações sobre a necessidade da rápida aquisição de mobiliário adicional, de linhas e equipamentos de telefonia e telex, e também sobre a realização de estudos com vistas à instalação de um bem dimensionado serviço de encadernação. Aconselhou, ainda, a ampliação da equipe técnica da biblioteca.

O comitê deu orientações também sobre a adoção de políticas restritivas no tocante ao acesso de usuários às estantes e ao empréstimo de originais das revistas, visando a garantir a pronta disponibilidade das publicações solicitadas. Tais medidas

⁷⁶ No início da década de 60, Armando Sandoval ingressou na Universidade Nacional Autônoma do México (Unam), onde ocupou o cargo de diretor geral de bibliotecas. Conflitos internos culminaram com a sua saída para um centro de informação da iniciativa privada, quando recebeu o convite para integrar o comitê da Bireme. Nesse mesmo ano, seria o único latino-americano designado para integrar as equipes responsáveis pela elaboração de um estudo sobre a viabilidade de implantação do Unisist, o sistema mundial de informação científica liderado pela Unesco. Sandoval integrou o Grupo de Trabalho de Informação Científica nos Países em Desenvolvimento. Mais tarde, em 1970, seria sondado para integrar os quadros técnicos da própria Bireme, onde exerceu também atividades de consultoria (BIREME, 1969a). Em 1971, retornou à Unam para constituir o Centro de Informação Científica e Humanística. (UNESCO, 1971; GALLARDO, 2002; MARÍN, 2002).

⁷⁷ De fato, àquela altura, o próprio programa Unisist, conduzido pela Unesco, assumia um foco de atenção na informação científica como infraestrutura para o desenvolvimento e se afastava das concepções mais clássicas da biblioteconomia, afeitas aos acervos como elementos de um patrimônio cultural universal. Nessa linha, o Unisist tendia a respeitar e promover as competências estabelecidas pela biblioteconomia especializada em áreas específicas do conhecimento, tais como a NLM. Scott Adams, por exemplo, vice-diretor da NLM e um dos autores do projeto da Bireme, integrava o Comitê Central do Unisist no final dos anos 60 (UNESCO, 1971).

restritivas contribuía para o estabelecimento, como regra, da circulação de artigos individualizados por meio de fotocópias, restringindo a própria portabilidade do fascículo.⁷⁸

Orientações de consequências, ainda maiores, diziam respeito às linhas a serem adotadas na constituição das coleções. Considerou-se lento o ritmo de aquisição das coleções de periódicos e recomendou-se que uma lista de 1.100 títulos, preparada por Newburn, deveria servir de base para uma política agressiva de subscrições e de aquisição de números atrasados, nesse caso, via US Book Exchange. A catalogação deveria restringir-se aos fascículos publicados a partir de janeiro de 1964, “com exceção de certos periódicos para os quais existe forte demanda” (BIREME, 1968: 4). Para a coleção de monografias, prescreveu-se que esta deveria ser atualizada, básica e, portanto, não exaustiva. Desse modo, operou-se um “desbaste vigoroso” (*vigorously weeded out*) da coleção da EPM, à época com cerca de 10.000 volumes, fazendo restar apenas cerca de 1.000 volumes de “verdadeiro valor histórico” (BIREME, 1968: 4-5).⁷⁹

Ao mesmo tempo, nenhum tipo de atenção foi especialmente conferido às publicações periódicas brasileiras e latino-americanas. Por sua vez, a política restritiva quanto à elaboração de catálogos de periódicos apenas para números publicados a partir de janeiro de 1964 combinada à ausência de acesso direto às estantes tornaria os exemplares mais antigos ainda mais sujeitos ao desaparecimento.⁸⁰ Essa concepção do

⁷⁸ A adoção de uma política de acesso mais liberal às estantes já era regra nos centros mais avançados, inclusive com fundamentação de tipo pedagógico, estimulando a curiosidade por leituras relacionais dos artigos entre si no interior de um mesmo fascículo. Em Pires-Alves (2005), afirmei que tais medidas contribuía para o estabelecimento de um novo ‘regime de informação’, crescente e decisivamente mediado pelo processamento bibliográfico como instância técnica e na fotocópia como *media*. Aos olhos de pelo menos um contemporâneo, a medida tinha como base uma dose de preconceito cultural do bibliotecário norte-americano sobre o comportamento ético e o cuidado do leitor brasileiro (PAIVA, 2002). Neghme, o primeiro diretor da Bireme, vai adotar e recomendar o acesso direto às estantes (NEGHME, 1972)

⁷⁹ Algumas dessas orientações receberam manifestações de desacordo por parte dos usuários tradicionais da biblioteca e de funcionários mais antigos. Antonio de Mattos Paiva, embora membro do comitê, foi um dos que mais protestou contra a restrição do acesso às estantes (PAIVA, 2002). Dinah Población - chefe da biblioteca nos tempos de sua vinculação à EPM -, que preferia a preservação da identidade institucional da Biblioteca da Escola Paulista de Medicina, protestou firmemente, sem maiores consequências, contra o que considerava a destruição da memória da instituição, da medicina e da saúde brasileiras (POBLACIÓN, 2002). Ver: CEHFI (2002)

⁸⁰ Um ano mais tarde, em outubro de 1969, a Bireme teria uma coleção de monografias de pouco mais de 3.800 obras, sendo que 850 foram adquiridas por doação da NLM; 500 volumes foram considerados de valor histórico (OPAS, 1969). Cerca de, pelo menos, 7.000 volumes monográficos foram descartados.

histórico como raridade não encontra respaldo, sequer, na tradição da NLM, cuja sensibilidade com relação à completude e preservação de coleções remontam ao último quarto do século XIX e à figura de John Shaw Billings, o quase lendário chefe da Army Medical Library, especialmente obcecado pela caça a revistas e fascículos mundo afora (MILES, 1982). No contexto do desenvolvimento, sob os ditames de uma ideia de modernidade que devia necessariamente substituir o arcaico nas regiões periféricas, de uma lógica unidirecional da assistência e da transferência de conhecimentos e tecnologias parece que restaria pouca atenção para a produção local de conhecimentos e práticas, assim como para a sua historicidade.

O comitê concluiu seu trabalho, nessa primeira reunião, sugerindo que o atendimento às instituições brasileiras fosse iniciado imediatamente pela Bireme e que, tão logo quanto possível, a biblioteca deveria iniciar a prestação de serviços para as bibliotecas e escolas médicas dos demais países sul-americanos. Outro conselho dizia respeito à necessidade, já então premente, da escolha do seu diretor científico permanente (BIREME, 1968).

IV.6 Ações e projetos fundadores

Em janeiro de 1969, o chileno Amador Neghme assumiu o posto de diretor científico da Bireme, nele permanecendo até fevereiro de 1976. Tendo sido presidente da Fepafem, entre 1962 e 1968, possuía uma respeitável carreira como parasitologista e dirigente universitário.⁸¹ Seu afastamento da federação correspondeu a sua renúncia ao posto de diretor da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, praticamente às vésperas de assumir a direção da Bireme, por discordar dos rumos tomados pela reforma universitária daquele país (BIREME, [1974]; HORWITZ, 1988).

Considerado uma liderança do pensamento médico chileno e latino-americano no período, Neghme notabilizou-se pela militância em favor de um ensino médico que

⁸¹ Neghme fora representante chileno no Conselho Diretivo da Opas e tinha uma projeção considerável na política interamericana em saúde, tendo sido relator geral da I e II Conferências de Ministros da Saúde das Américas (1963 e 1968) (*PARASITOLOGÍA AL DÍA*, 1988). Sua designação como primeiro diretor da Bireme reforça, no momento da fundação, as conexões dessa iniciativa com o movimento de educação médica latino-americana e, também confere ao posto uma significativa envergadura político-institucional (SILVA *et al.*, 2006).

articulasse a prevenção e as práticas curativas, as ciências básicas e a clínica. Era especialmente atento aos componentes pedagógicos do ensino e à possibilidade de introduzir hábitos proativos nos estudantes (HORWITZ, 1988). Esse modo de conceber o ensino médico era, então, uma das componentes presentes no pensamento educacional médico latino-americano, como já observado no Capítulo III.

Uma vez empossado, junto com Newburn, o bibliotecário chefe, elaboraram um plano de ação para o biênio 1969/1970.⁸² Esse plano assinalou as seis principais linhas de ação a serem desenvolvidas, para além do fortalecimento de suas coleções bibliográficas, que incluíam: (1) promover o desenvolvimento das bibliotecas das escolas médicas; (2) ampliar o acesso de “educadores, pesquisadores e profissionais de saúde” à informação biomédica, mediante a utilização de “modernos métodos de comunicação”; (3) estabelecer cursos de treinamento e especialização profissional em biblioteconomia médica para profissionais responsáveis pela condução de bibliotecas; (4) difundir as novas possibilidades de busca e recuperação da informação entre professores, pesquisadores e pessoal de pós-graduação; (5) contribuir para a definição de padrões ou requisitos mínimos para a instalação de bibliotecas biomédicas; e, como última linha de ação, (6) realizar atividades destinadas à promoção do uso didático de materiais audiovisuais (BIREME, [1969]: 8-9). Nesse último caso, Neghme pretendia, também, abarcar na agenda da Bireme mais uma das ações que, em 1964, na reunião da Fepafem em Poços de Caldas, foram por ele mesmo destacadas como tópicos modernizantes necessários. Ao incluir esse último item, Neghme mantinha a linha de ação da Bireme de acordo com o modelo da NLM, que encontrava-se, também, em processo de constituição de uma área dedicada aos recursos audiovisuais.

De fato, com seus objetivos estratégicos, Neghme correspondia, em termos gerais, à concepção estabelecida sob a orientação da NLM. Todavia, o diretor introduziu, gradativamente, novos elementos ao modelo da NLM, tornando-o mais sensível aos temas de interesse especificamente regionais. Concretamente, esses objetivos concentraram-se em três frentes de trabalho fundamentais, que diziam respeito tanto à formação das redes nacional e latino-americana de bibliotecas colaboradoras,

⁸² Newburn deixou a Bireme em 28 de fevereiro de 1970 (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 2(1)). O posto de bibliotecário chefe passou a ser ocupado por Washington Moura, que já desempenhava na Bireme a função de coordenador de serviços técnicos (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 2(1) e SILVA *et al.*, 2006).

quanto à formação dos acervos e, a partir destes, à prestação de serviços e à recepção, no Brasil, das novas tecnologias de recuperação da informação.

Tão logo tomou posse, Neghme deu início a essa empreitada, constituindo relações cooperativas com bibliotecas e centros de documentação. Para tanto, recorreu regularmente à Fepafem e às associações nacionais de escolas médicas para mobilizar os dirigentes das instituições de ensino. A rede nacional e a rede latino-americana foram construídas simultaneamente, ainda que a primeira fosse explicitamente referida como sendo o lugar de realização de experiências-piloto de formas de operação, com vistas a uma futura aplicação na sua contraparte latino-americana.

No caso brasileiro, a Bireme utilizou-se de duas estratégias. A primeira delas consistiu em estabelecer uma rede de cooperação com bibliotecas de institutos especializados que já possuíam acervos de coleções de periódicos capazes de complementar, de modo expressivo, a capacidade de cobertura temática alcançada pelas suas coleções, com base no núcleo inicial representado pelas coleções já existentes na EPM. A primeira unidade a se integrar ao empreendimento colaborativo liderado pela Bireme, tornando-se o núcleo do que passaria a ser designado como um subsistema especializado, foi a Seção de Documentação Odontológica da Faculdade de Odontologia da USP, conveniada em junho de 1971. A segunda parceira foi a Seção de Documentação da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, também da USP. Quando, em 1974, a Bireme apresentou ao Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o FNDCT/Finep, um projeto para o fortalecimento da capacidade operacional de sua rede de unidades colaboradoras, esta já incluía também as bibliotecas do Conjunto de Química e da Escola de Enfermagem, ambas da USP; o do Instituto de Estudos e Pesquisas de Gastroenterologia, de São Paulo; e duas unidades da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro: a Biblioteca do Instituto Oswaldo Cruz e a Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública, na época denominada Instituto Presidente Castelo Branco (BIREME, 1974).⁸³

A outra estratégia adotada foi a de constituir uma rede de “subcentros regionais”, que pretendia cobrir o território brasileiro mediante sua divisão em regiões. Com esse intuito, Neghme organizou, em setembro de 1970, um amplo seminário que contou com

⁸³ Só foi possível implementar o projeto FNDTC/Finep a partir de novembro de 1976, de modo que ele veio a impactar, sobretudo, a gestão de Abraham Sonis. Ver: Bireme, 1978.

a participação dos reitores das universidades de Brasília e da Paraíba, este na condição de presidente do Conselho Nacional de Reitores; dos diretores das faculdades de medicina do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco e Bahia; de representantes das diretorias de ensino superior das universidades federais do Ceará, da Bahia e do Rio Grande do Sul; do superintendente de Planejamento, Avaliação e Programas Especiais (Pappe) do Ministério da Saúde; do presidente do Conselho Federal de Biblioteconomia; assim como dos chefes das bibliotecas das instituições de ensino mencionadas. Juntaram-se a eles o chefe da Zona V da Opas, responsável pelas atividades no Brasil, o presidente e a diretora executiva da Abem e a equipe de profissionais da Bireme. Ao final da reunião, definiu-se uma lista de subcentros regionais, baseada nas bibliotecas melhor supridas de acervos, recursos humanos e instalações, em cada região, e na possibilidade de serem estabelecidos compromissos preliminares com as autoridades acadêmicas presentes (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 2 (5)). Dois anos depois, em 1972, uma emenda aditada ao convênio de criação da Bireme autorizaria a biblioteca a operar como coordenadora da rede especializada de bibliotecas biomédicas brasileiras junto ao Sistema Nacional de Informação Científica e Tecnológica - Snict, instituído no mesmo ano (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 5(4)).⁸⁴

Ao final da gestão de Neghme, em 1975, os subcentros para as dez regiões brasileiras e para as duas principais áreas metropolitanas estavam todos definidos e conveniados.⁸⁵ A arquitetura do sistema, hierarquizada, estabelecia que cada subcentro ou subsistema coordenasse um conjunto de bibliotecas ou centros de documentação

⁸⁴ O Snict era parte do Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que por sua vez integrava o I Plano Nacional de Desenvolvimento, também de 1972. Gerenciado pelo CNPq, admitia a existência de centros autônomos funcionando como coordenadores de sistemas por especialidades. Ver Marcondes (1998), Miranda (1977) e Pinheiro(1997).

⁸⁵ Os subcentros e áreas regionais então definidos eram: Biblioteca Central da Universidade de Brasília, o primeiro a conveniar-se, em 22 de agosto de 1972, para DF e GO; Biblioteca Central da Universidade Federal da Bahia, para BA e SE; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará para CE, PI e MA; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais para MG; Núcleo de Documentação da Universidade Federal Fluminense, para RJ e ES; Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará, para PA e AP; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná (Hospital das Clínicas), para PR e SC; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, para PE, AL, PB e RN; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para o RS; Biblioteca Central da Universidade Federal do Amazonas, para o AM; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para a região metropolitana da capital do estado; e a Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, também para a região metropolitana da capital (BIREME, 1974).

locais, estes sim seriam as portas de entrada do usuário. Portanto, o funcionamento ideal previa que as possibilidades de atendimento de uma dada consulta fossem esgotadas, pela ordem, da seguinte forma: (1) na unidade de recepção da solicitação; (2) no subcentro regional, único autorizado a demandar a Bireme; (3) na Bireme; (4) nos demais subcentros, em uma operação mediada pela Bireme; (5) na NLM, exclusivamente por intermédio da Bireme; e (6) em outras unidades internacionais, também via Bireme (CORDEIRO, 1973).⁸⁶ Uma vez obtida a resposta, esta era enviada diretamente à unidade receptora. Em cada uma das passagens, dependendo do seu teor, a demanda poderia ser transferida para um subsistema especializado.

No âmbito latino-americano, a estratégia inicial de Neghme foi procurar apoio além das associações locais de escolas médicas, ou seja, nos conselhos nacionais de ciência e tecnologia. Defendeu, nas páginas do Boletim Informativo da Bireme, em artigos e palestras, a criação e/ou fortalecimento de centros e sistemas nacionais de informação científica e tecnológica no âmbito dos conselhos ou sob sua chancela (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 1(4); 2(1)). Com essa orientação, Neghme visitou, no primeiro semestre de 1970, os presidentes dos conselhos da Argentina, do Chile, da Venezuela e do Peru. No segundo semestre, patrocinou a realização de seminários conjuntos de bibliotecários e docentes de medicina no Uruguai e na Colômbia. No mesmo ritmo, reuniões idênticas foram realizadas no ano seguinte na Argentina, no Chile e na Venezuela, um movimento que se repetiu nos anos imediatamente posteriores, com a realização de segundos e terceiros encontros nesses países. Em junho de 1974, a série de seminários alcançou o México (NEGHME, 1975; BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 2 (1); 3 (2)).

Neghme imaginava poder reproduzir, no continente, a estratégia adotada na constituição da rede brasileira. Assim, pretendia promover a criação de centros nacionais especializados em medicina e biomedicina, apoiados pelos conselhos de ciência e tecnologia e integrados, programaticamente, aos centros nacionais de informação científica e tecnológica, à semelhança do papel que a Bireme acumulava, no

⁸⁶ Em Cordeiro (1973), foi prevista uma segunda fase, na qual a consulta seria atendida na área vizinha da biblioteca receptora. Outras descrições não contemplam essa etapa.

Brasil, frente ao Sistema Nacional de Informação Científica e Tecnológica – Snict (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 3(2)).⁸⁷

Recorrendo ao movimento associativo de escolas médicas, a Bireme promoveu a realização, em 1971, de um estudo que pretendia promover um diagnóstico sobre as condições existentes nas principais bibliotecas médicas do continente, repetindo um procedimento que já havia sido feito no Brasil. Os resultados alcançados na pesquisa revelaram uma já esperada coleção de debilidades: acervos monográficos desatualizados, número de assinaturas de periódicos e de obras de referência inadequado, coleções incompletas, instalações antigas e mal equipadas, pessoal reduzido, sem formação profissional ou treinamento (BIREME, 1971).

Com base nesse diagnóstico, a Opas e a Bireme apresentaram ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) um ambicioso projeto destinado a produzir o respaldo financeiro para um movimento de reforço institucional e operacional dos centros nacionais de informação biomédica. O plano foi elaborado para, praticamente, constituir 11 centros nacionais e 48 subcentros, além de uma divisão internacional na Bireme. A proposta, no entanto, só foi aprovada pelo Pnud, no início de 1974, com valores reduzidos e um plano de investimentos concentrado no Brasil (BIREME, 1971).

Em 1975, pouco antes de Neghme deixar sua direção, a Bireme apresentou um balanço dos seus esforços para a construção da rede latino-americana. A estratégia de aproximação com conselhos nacionais de pesquisa havia resultado na assinatura de acordos formais com os governos nacionais do Chile, da Venezuela, do Uruguai e do Peru, definindo-se como centros nacionais, respectivamente, as bibliotecas da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile (sede norte), do Instituto de Medicina Experimental da Universidade Central da Venezuela, da Faculdade de Medicina da Universidade da República do Uruguai e do Centro Nacional de Informação Biomédica do Colégio Médico do Peru. Noticiou-se, porém, que se encontravam em fase final de redação e assinatura os convênios com os governos da Colômbia, Equador, Argentina,

⁸⁷ Nesta matéria, portanto, a aliança pretendida por Neghme também correspondia às expectativas da Unesco quanto aos formatos institucionais adequados de sistemas nacionais de informação científica e tecnológica, aproximando-os das burocracias nacionais de gestão de ciência & tecnologia, que foram criadas mundo afora por indução persistente da própria Unesco. Ver Marta Finnemore (1992).

Bolívia e Paraguai. Na Argentina, o papel de coordenação caberia à Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires; na Bolívia, ao Centro Nacional de Documentação Científica e Tecnológica; e, no Paraguai, à Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas. No Equador e Colômbia, as negociações não haviam evoluído a ponto de resultar na assinatura de um compromisso (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 7(4)).

O funcionamento dos sistemas regionais brasileiro e latino-americano dependia de a Bireme e os sistemas em conjunto conseguirem obter e sustentar uma razoável capacidade de atendimento às demandas por publicações apresentadas às bibliotecas médicas e biomédicas da região. Para tanto, foi preciso incrementar as coleções de periódicos e obras de referência disponíveis na própria Bireme, nos subcentros no Brasil e nos centros nacionais dos demais países. Entretanto, os maiores investimentos do período, sem dúvida, foram dirigidos ao fortalecimento das coleções da sede. Nesse âmbito, partindo-se de uma base de 350 títulos originalmente assinados pela EPM, em 1967 (BIREME, 1968), alcançou-se, em 1974, 2.865 títulos correntes, sendo 1.710 adquiridos por assinaturas, 890 por doações e 285 mediante permuta por publicações da Opas, da OMS e de algumas editoras científicas de São Paulo (NEGHME, 1975). A data retrospectiva adotada para o início das coleções principais terminou sendo o dia 1º de janeiro de 1961. A aquisição de números anteriores a essa data dependeria, exclusivamente, de coleções mais antigas e eventualmente preservadas pela NLM. Uma política também agressiva permitiu à Bireme constituir uma nova coleção de obras de referência. Dentre elas, a principal era o *Index Medicus*, complementada pelas bibliografias especializadas publicadas pela NLM, por um conjunto de sessões temáticas de *Excerpta Medica* e de uma bateria de *annual reviews*, *year books* e *advances*.⁸⁸

Em sua quase totalidade, as assinaturas eram custeadas com recursos diretos da Opas, e as despesas nessa rubrica assumiram um peso importante, sempre crescente, na

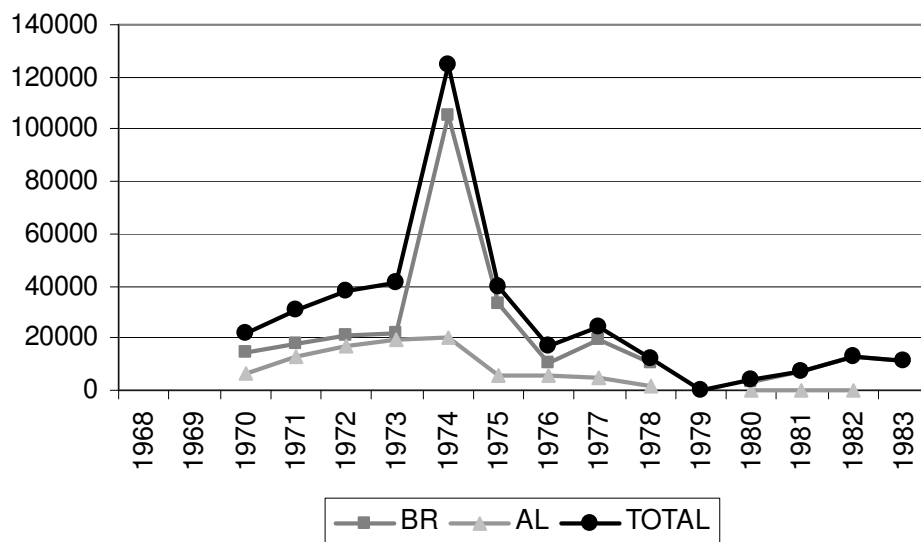
⁸⁸ Uma lista bastante completa das obras de referência disponíveis nos primeiros anos está em Boletim Informativo da Bireme, 3(1).

composição do orçamento da Bireme.⁸⁹ No final da década, como será comentado adiante, esse quadro se agravaria a ponto de tornar-se virtualmente insustentável.

O reforço dos acervos dos subcentros brasileiros, dos centros nacionais latino-americanos e das outras bibliotecas da rede foi feito, quase sempre, por meio da remessa de duplicatas de fascículos ou volumes de periódicos, recorrendo-se amplamente às disponibilidades do US Book Exchange. Entre 1969 e 1975, uma média de 41.000 unidades de publicação foram remetidas, anualmente, para cerca de 750 bibliotecas, um número que indicava o grau importante de capilaridade do sistema. Em 1974, verificou-se o pico desse tipo de prestação de serviço: foram remetidas 121.000 unidades para 1.468 bibliotecas (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 7(4); NEGHME, 1975). No gráfico X, é possível visualizar a importância relativa das bibliotecas brasileiras nessa distribuição.

Gráfico 1

Distribuição de Duplicatas de Fascículos ou Volumes de Duplicadas de Periódicos, em unidades



Fonte: Pires-Alves, 2005, Anexos.

Na altura da metade da década de 70, a Bireme e seus subsistemas eram capazes de atender em torno de 92% das solicitações feitas mediante rotinas de atendimento interbibliotecas, o que representava um volume de 47.000 solicitações. (NEGHME,

⁸⁹ Entre 1968 e 1974, os gastos com assinaturas mais que dobraram: evoluíram de US\$ 38.000 (US\$ 217.000 em 2005) para US\$ 120.000 (ou US\$ 483.000), mantendo nas duas situações uma representação em torno de 1/3 do orçamento regular da biblioteca (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 4 (1)).

1975). Esse número era superior a um dado comparável do desempenho, no mesmo período, do Sistema Regional da Nova Inglaterra (NERMLS), liderado por bibliotecas de larga tradição na prestação de serviços extramuros (BLOOMQUIST & COLBY, 1967).⁹⁰ Os mesmos números da Bireme são também comparáveis ao desempenho médio, em 1973, das 11 bibliotecas regionais norte-americanas e seus respectivos subsistemas, no início, portanto, da implantação do sistema norte-americano.⁹¹ Assim, no atendimento de solicitações de cópias de artigos, a Bireme e sua rede alcançavam, na metade da década, um volume quantitativo de serviços suficiente para classificá-la como uma biblioteca regional média no interior do macro sistema liderado pela NLM, e esse volume foi alcançado em um momento em que apenas se iniciavam os atendimentos dirigidos aos demais países (NEGHME, 1975; SILVA *et al.*, 2006). Em 1º de março de 1975, a NLM deixou de atender aos pedidos de cópias da América do Sul que não fossem remetidos por intermédio da Bireme.

A montagem das redes de bibliotecas médicas e biomédicas dependia da existência de recursos humanos habilitados para a tarefa, ao mesmo tempo que era preciso formar, no Brasil e na América Latina, especialistas e técnicos que compartilhassem orientações estratégicas, terminologias e outros elementos de uma cultura especializada comum. O aumento do número de escolas médicas também constituía um mercado promissor.

Assim, desde muito cedo, a Bireme começou a fornecer cursos de treinamento para pessoal não profissional e de capacitação para bibliotecários formados. (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 1(4), 2(1)). Um primeiro curso de Informações Básicas em Bibliotecas Médicas, atendendo a uma demanda da Associação Brasileira de Escolas Médicas (Abem), realizou-se, na Bireme, entre março e abril de 1970. Destinava-se a bibliotecários e a “pessoal de colaboração” de faculdades “recentemente criadas”

⁹⁰ Com base nos dados disponíveis acerca dos nove meses iniciais de atividade desse sistema regional, é possível projetar uma produção anual de no máximo 30.100 cópias de artigos, também para solicitações interbibliotecárias. Ver Pires-Alves (2005).

⁹¹ Nesse ano, as 11 bibliotecas regionais atenderam a um total estimado de 451.000 pedidos de cópias de artigos, alcançando uma produção média, por subsistema, de 41.000 cópias, um número 13 % inferior ao resultado alcançado pela Bireme. Ver: Bunting (1987) e Pires-Alves(2005).

(BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 2(1): 2, 2(2): 3).⁹² No segundo semestre de 1971, a programação educacional passou a incluir cursos de aperfeiçoamento dirigidos exclusivamente a bibliotecários médicos. Com duração de dois meses, destinavam-se a capacitar profissionais que seriam responsáveis por dirigir a condução das atividades da rede de bibliotecas em formação. Na segunda turma, de outubro de 1971, pela primeira vez, o curso foi oferecido a profissionais originários de outros países da América do Sul.⁹³

Em 1972, as atividades de formação e treinamento receberiam um novo impulso. A Fundação Kellogg, mediante um convênio com a Opas, passou a apoiar financeiramente o programa educativo da biblioteca regional, sobretudo mediante a concessão de bolsas de estudo que, adicionalmente, tiveram apoio também da Fapesp, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Nessa oportunidade, a Bireme, com a ajuda de especialistas norte-americanos, elaborou uma programação que incluía: (1) cursos para técnicos de bibliotecas médicas; (2) cursos de especialização para bibliotecários médicos; (3) cursos de especialização para bibliotecários nas demais ciências da saúde; (4) seminários e estágios técnicos para gestores de bibliotecas e centros de documentação; e (5) treinamento de bibliotecários em hospitais (BLOOMQUIST,1972).⁹⁴ Ao final da primeira metade da década de 70, a Bireme já havia capacitado ou treinado 291 pessoas entre profissionais e técnicos (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 7 (4); BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 4 (1) e 5 (4)).

⁹² Os alunos eram provenientes de Teresina (PI), Teresópolis (RJ), Juiz de Fora e Pouso Alegre (MG), Vitória (ES) e Marília (SP) (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 2 (1)). Dois novos cursos foram oferecidos ainda no mesmo ano e nas mesmas bases.

⁹³ Atuaram como docentes, entre outros, Agenor Briquet de Lemos, professor de biblioteconomia da Universidade de Brasília; Rosemarie Appy, do Catálogo Coletivo de Periódicos de São Paulo; Terezine Ferraz, da Biblioteca de Odontologia da USP; Fernanda Piocchi, da Biblioteca de Farmácia do Conjunto de Químicas da USP; Alfredo Hamar, da Escola de Comunicação da USP; Edson Nery da Fonseca, do Departamento de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade de Brasília; Horácio Hernandez, da Universidade de Buenos Aires e John Deré, especialista norte-americano em automação de bibliotecas (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 3(3); 3(4); 4 (2)).

⁹⁴ Ainda são muito poucas as informações identificadas sobre esse plano-piloto. Trata-se de uma resposta a uma demanda da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, que faz com que a Bireme desenvolva atividades especificamente voltadas para o atendimento das necessidades de profissionais da saúde dedicados às atividades de atenção. Sabe-se que Sérgio Arouca e Miguel Tobar, além de Carlos Gamboa, da Bireme, atuaram como consultores. ([BLOOMQUIST], 1972].

As atividades educativas eram complementadas pelo programa editorial, iniciado já em 1969, com o *Boletín Informativo*, trimestral, publicado em português e espanhol, que destinava-se à divulgação das atividades da biblioteca e à formação de públicos e também de uma comunidade técnica especializada. A Bireme também publicou *Requisitos Mínimos para a Organização e Funcionamento da Biblioteca de uma Escola de Medicina*, em junho de 1970, e o seu suplemento, no mês seguinte, iniciando uma série de instrumentos de orientação técnica (BIREME, 1969, 1970a, 1970b). A divulgação do acervo sob a forma de catálogos e índices complementava sua política editorial.⁹⁵

A elaboração e publicação de catálogos, índices e listas bibliográficas refletia uma das preocupações centrais: o controle bibliográfico de acervos. Esse tipo de instrumento era visto como fundamental para o compartilhamento de recursos entre as várias bibliotecas, um dos componentes estruturais da proposta de rede continental pretendida. Nesse empreendimento, a Bireme planejou, respeitadas as especificidades do seu campo de atuação, contribuir para a elaboração, por exemplo, dos catálogos nacionais de publicações seriadas (NEGHME, 1969).⁹⁶ A preocupação com o controle bibliográfico da produção brasileira e latino-americana era, contudo, incipiente. A reduzidíssima representação da literatura latino-americana no *Index Medicus* era mencionada como um problema e, desde 1972, pretendeu-se empreender gestões para que ela pudesse ser ampliada (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 5(3)). Porém, não se tratava, ainda, de incluir o controle bibliográfico da produção científica latino-americana em biomedicina e saúde como parte das preocupações constitutivas da própria missão e razão de existir da Bireme. Nesses primeiros anos, a Bireme mantinha-se - e concentrava sua atenção - na sua condição originária, voltada para a transferência

⁹⁵ Além das obras já mencionadas, a Bireme publicou entre 1970 e 1975: *Periódicos Brasileiros Correntes de Medicina e Ciências Afins Existentes na Biblioteca Regional* (1970); *Catálogo de Recentes Aquisições* (1971); *Periódicos Latino-Americanos de Medicina e Ciências Afins* (1972); *Catálogos de Periódicos Correntes do Acervo Bibliográfico da Bireme* (1972); *Requisitos Mínimos para la Organización de la Biblioteca de una Escuela de Medicina*, n. 2 (1972); uma edição em português dessa obra (1973); *Índice de Obras de Referência Correntes Existentes na Bireme* (1973); *Requisitos Mínimos para una Biblioteca de Odontología* (1973); *Requisitos Mínimos para Organización e Funcionamento da Biblioteca de Enfermagem* (1973); *Normas para Bibliotecas de Hospitais da América Latina* (1974?); e *Normas para Bibliotecas de Hospitales de America Latina*, 1975 (CEHFI-UNIFESP, 2002; BIREME, 1975).

⁹⁶ À época, no caso brasileiro, um catálogo coletivo de periódicos das bibliotecas de São Paulo estava em fase final de elaboração, sob a liderança da Biblioteca Central da USP e “apoio de um grupo de bibliotecários-médicos”. Iniciativa similar estava em andamento, em Belo Horizonte, e o IBBD empreendia a compilação de um catálogo nacional (NEGHME, 1969).

de conhecimento publicado em sentido norte-sul. Ainda que incipiente, porém, a emergência desse tema sugere, deste então, que ele se tornaria parte da reconfiguração do modelo originalmente prescrito em seu processo de recepção no contexto latino-americano.

Outra importante linha de serviços, nos anos iniciais, foi o desenvolvimento de um programa de disseminação seletiva da informação, que se constitui, regra geral, na elaboração e envio regular e sistemático de listas de referências bibliográficas, segundo determinado critério temático preestabelecido pelo interessado.⁹⁷ Uma vez iniciado, esse tipo de serviço propiciou o estabelecimento de novas zonas de contato entre a Bireme e um público usuário ampliado em seus limites, porque nem sempre encontrava-se localizado naquele nicho inicial representado pela pesquisa e a docência universitárias. No segundo semestre de 1970, por solicitação da Opas, a Bireme deu início à disseminação seletiva da medicina nuclear e, no final de 1971, o serviço atendia também áreas de administração hospitalar, administração da assistência médica, educação médica, além de perinatologia e doenças parasitárias. Em 1972, um convênio com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo estabelecia o compromisso da Bireme de gerar bibliografias periódicas e proporcionar cópias de artigos nas áreas de saneamento geral e rural, epidemiologia e profilaxia de doenças transmissíveis, controle de endemias, saúde materno-infantil, nutrição, saúde mental e educação sanitária (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 4 (3)).

Ao mesmo tempo, a Bireme começava a divulgar a possibilidade de que qualquer profissional da saúde pudesse ser atendido pelo programa, bastando para tanto o envio de uma solicitação pelo correio. Seria um meio pelo qual seria possível atender às unidades de assistência e ao profissional médico disperso pelo território (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 6 (3)). Em 1975, o programa passa a ser também

⁹⁷ Uma modalidade de serviço de documentação, que não fora diretamente prevista no convênio de criação e nos planos de ação de 1968 e 1969, começou a ser desenvolvida na primeira metade de 1970, por encomenda da Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais (Pappe), do Ministério da Saúde do Brasil, para o provimento de referências e artigos para os departamentos de medicina preventiva de dez escolas de medicina brasileiras (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 2 (2)).

realizado de modo descentralizado por alguns dos subcentros brasileiros.⁹⁸ Nesse mesmo ano, em contrapartida, o serviço passa a ser oferecido de forma paga, numa tentativa de tornar o programa autofinanciável, o que terminava por restringir o seu alcance. Em 1974, a Bireme distribuiu bibliografias através desse serviço para 1.183 pessoas e instituições. Em 1975, já na vigência da modalidade paga, a clientela retraiu-se para 797 usuários individuais e institucionais (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 7 (4)).

No tocante à tecnologia de computação, como destacado, a sua incorporação aos processos de recuperação da informação era central ao núcleo da concepção original da Bireme, tal como concebida pela NLM. A instalação da tecnologia necessária para operar diretamente a base de dados Medlars, ou a sua versão *online*, Medline⁹⁹, estava prevista desde a assinatura do convênio de criação da biblioteca regional de medicina. Entretanto, somente em novembro de 1972, foi assinado um acordo tripartite entre a Opas, a NLM e o Instituto de Energia Atômica - IEA, da USP, prevendo a utilização da capacidade ociosa do seu IBM 370/155 para a operação de transferência da base de dados Medline para o Brasil (NEGHME, 1975).¹⁰⁰

David Kenton, engenheiro de sistemas da NLM, foi enviado ao Brasil, tornando-se responsável pela prestação da assistência técnica. Em novembro de 1973, uma cerimônia, que contou com a presença de Horwitz, inaugurou o serviço, no IEA, mediante operação direta no computador central do instituto. Em agosto, novos recursos técnicos permitiram o uso de dois terminais dentro do próprio prédio do IEA. Eram os testes necessários para a instalação de serviços em linha. As duas situações exigiam que bibliotecárias da Bireme se deslocassem até o instituto para o processamento de lotes de solicitações de pesquisas bibliográficas, o que era feito regularmente. Em 25 agosto de 1975, pouco mais de oito anos depois do convênio de fundação da Bireme, seria

⁹⁸ Os subcentros de Belo Horizonte (MG), Porto Alegre (RS) e Niterói (RJ) passaram a fornecer bibliografias e cópias de artigos de modo dirigido às suas respectivas clientelas regionais (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 7 (3))

⁹⁹ Medline é uma denominação derivada de *Medlars online*.

¹⁰⁰ O período compreendido entre 1965-1975 foi de pleno domínio dos *mainframes* ou computadores de grande porte. A International Business Machine, ou simplesmente IBM, dominava o mercado desses equipamentos. O modelo 370-155 era, então, um equipamento atualizado, lançado em janeiro de 1971. Ver: Information Technology Industry TimeLine, em: http://febcm.club.fr/english/information_technology/information_technology_3.htm

finalmente possível realizar a consulta da Medline a partir da sua sede, mediante recursos de teleprocessamento e um terminal conectado ao IEA (BIREME, 1975; BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 7 (4)).

Com a chegada da Medline em São Paulo, uma vez diante de um terminal - mesmo que no “distante” *campus* da USP e disponível apenas algumas horas e dias por semana -, vinte minutos seria tempo suficiente para o processamento da mais complexa expressão de busca. Com a presença técnica aparatosa do terminal de computação nas bibliotecas médicas, seria inaugurado, ainda que de uma forma bastante incipiente e descontínua, o ciclo da introdução e uso crescentemente intensivo das tecnologias de processamento eletrônico de dados nas ações de referência bibliográfica. Um processo que os computadores pessoais tornariam ubíquo e que, vinte anos mais tarde, implicaria uma nova transição: o posto de trabalho e as residências tornariam-se lugares de realização de operações de referência, não só como parte da atividade cotidiana do trabalhador intelectual, como também do comportamento rotineiro de parcelas crescentes de consumidores.

Em 29 de setembro daquele ano, 1975, a mesma facilidade era instalada em Recife, na Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco. No Rio de Janeiro, operações *online* foram possíveis a partir de 3 de outubro, sendo o ponto de acesso a Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Três dias depois, em 6 de outubro, era a vez da capital federal, na Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Até o final daquele ano, 324 bibliografias foram compiladas a partir dos quatro pontos de acesso disponíveis. A programação para 1976 previa a instalação de terminais em Belo Horizonte, Salvador, Fortaleza e Porto Alegre (BIREME, 1975).

Neghme, entretanto, não teria a oportunidade de liderar essa expansão. Em março de 1976, retornaria ao Chile, deixando implantado um serviço - e suas primeiras conexões - cuja instalação havia perseguido durante toda a gestão. E levaria consigo parte de um otimismo que se mostraria algo despropositado. A consistência e o ritmo da instalação de terminais *online* em outras cidades iriam sofrer vários e persistentes reveses; e até mesmo retrocessos. Dificuldades com a infraestrutura de computação e de comunicações, equívocos de projeto, limitações orçamentárias e os custos envolvidos na

transferência de tecnologia, assim como a ausência de uma maior *expertise* tecnológica, constituíam problemas cuja solução ainda levaria algum tempo.¹⁰¹

IV.7 - Mudança de direção: o modelo sob crítica

O Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971-1980), aprovado ao final da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em outubro de 1972, recomendava aos países, como metas fundamentais da saúde, a extensão significativa da cobertura de serviços de saúde no atendimento a populações desprotegidas, com foco na assistência básica e na busca de melhores indicadores de saúde com redução da incidência de doenças e de agravos prioritários. Isso envolvia o aumento no número de unidades prestadoras de serviços médicos, do número e da qualidade dos profissionais da saúde e de uma nova distribuição de serviços e profissionais no território, assim como uma maior demanda por meios capazes de propiciar melhores condições para uma educação continuada dos recursos humanos (*BOLETÍN DE LA OFICINA PANAMERICANA DE SALUD*, 1973, maio).

Neghme e outros responsáveis pela direção da Bireme estavam naturalmente atentos a esses movimentos institucionais da saúde internacional. Para a Reunião de ministros da saúde, realizada em Santiago do Chile, e discutida no capítulo III, a Opas e a Bireme incluíram, no Documento Básico de Referência, um segmento especialmente dedicado aos temas das bibliotecas e da informação científica e técnica na saúde (*BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME*, 5 (3)). Nesse documento, era proposta uma “mudança estrutural” baseada na constituição de sistemas nacionais, “pelo menos em 11 países”, e no desenvolvimento de recursos humanos necessários para a operação desses serviços. Esses objetivos estratégicos foram integralmente inseridos nas resoluções finais da reunião, passando a integrar o Plano Decenal de Saúde para as Américas – 1971/1980.

O Documento Básico de Referência sugeria, ainda, 21 estratégias para que fossem alcançados os objetivos estabelecidos, sempre contextualizados pelas mesmas ideias presentes na reunião de Santiago, indicando que os papéis a serem

¹⁰¹ Ver a crítica elaborada por Abraham Sonis ao processo de implantação da base de dados Medline na próxima seção deste capítulo.

desempenhados pelas bibliotecas e centros de documentação no âmbito da saúde deveriam ser repensados à luz desses compromissos (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 5 (3)). Essas estratégias mantinham atualizados os objetivos que definiam a missão da Bireme e o conjunto de suas atividades preferenciais, estabelecidos desde o convênio de sua criação. Foram, também, adicionadas outras ações típicas dos centros de documentação, dentre elas a elaboração de diretórios de instituições produtoras e distribuidoras de informação. No mesmo documento, sugeriu-se o fortalecimento institucional de bibliotecas locais, dos centros nacionais e da Bireme e dos mecanismos para uma interação colaborativa mais eficiente. Por fim, recomendou-se a ampliação da capacidade nacional e internacional para a formação e capacitação de recursos humanos necessários a essa nova fase e a eleição, como objeto de pesquisa, dos temas da informação e da documentação e das suas relações com a formação profissional e a prestação de serviços de saúde (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 5 (3)).

Como discutido no Capítulo III, ao longo da década de 70, a agenda interamericana, expressa no Plano Decenal de Saúde das Américas, de outubro de 1972, seria retomada e atualizada no percurso que culminaria na adesão aos princípios norteadores da meta do Saúde para Todos e da Declaração de Alma-Ata. Isso implicava a afirmação da atenção primária como estratégia central da expansão da cobertura; da intersectorialidade como modo preferencial da promoção da saúde; da necessidade de uma apropriação crítica de conhecimentos e tecnologias frente aos contextos de sua aplicação; e da cooperação técnica como modo desejado de interação entre países. Uma rede latino-americana de bibliotecas médicas teria de passar por trânsitos ainda mais profundos para uma adequação a essa nova situação.

Nos primeiros anos de existência, sob a direção de Neghme, a Bireme introduziu atividades que não estavam previstas na concepção original de biblioteca médica regional, institucionalmente apoiada nas faculdades de medicina e na docência e pesquisa acadêmica. Assim, por exemplo, a Bireme, introduziu o tema da disseminação seletiva de informação bibliográfica como um serviço também dirigido a gestores públicos e profissionais da atenção à saúde, produzindo, também, guias técnicos para a constituição de bibliotecas em hospitais (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 1 (2): 3).

Eram, entretanto, alterações bastante tímidas na configuração original. Para Neghme, a Bireme ainda era, e deveria ser, sobretudo, uma “biblioteca para bibliotecas”, dirigida à integração e reforço mútuo das bibliotecas das faculdades de medicina e das demais profissões de saúde (BOLETIM INFORMATIVO DA BIREME, 2 (3); NEGHME, 1975: 174).¹⁰² Além de constituir uma fonte de literatura atualizada, a Bireme deveria ser vista, também, como uma biblioteca laboratório, como recurso para uma docência ativa, como espaço para a realização de experimentos, como infraestrutura didática no processo de formação dos novos hábitos e comportamentos, sobretudo, no estudantado médico.

Em janeiro de 1975, o mexicano Héctor Acuña assumiu a direção da Opas, em substituição a Horwitz. Em dezembro do mesmo ano, proferiu o discurso de abertura da VIII Reunião do Conselho Científico Assessor da Bireme realizada em São Paulo. Nesse pronunciamento, mais tarde publicado sob o título *Nuevo Enfoque en los Sistemas de Salud en las Américas*, como editorial do *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Acuña explicitou sua orientação para articular os programas da Bireme com a nova agenda da saúde internacional. Comentando sobre a informação biomédica, o novo diretor da Opas afirmava, naquela ocasião, que “os recursos educativos e tecnológicos são meios eficazes para o alcance de uma meta que ocupa um lugar de prioridade entre nossos planos para o decênio; esta meta consiste em estender a cobertura dos serviços de saúde à população insuficientemente assistida” (ACUÑA, 1976: 2). Quando da publicação do discurso, introduziu-se uma alteração na designação da biblioteca regional da Opas, a partir de então seria a Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde (ACUÑA, 1976).

Não seria, porém, a única mudança. Em 1º de março de 1976, Neghme deixou o cargo de diretor da Bireme. Acuña teria feito ventilar sua vontade de mudança, e Neghme, imediatamente, manifestou seu desejo de deixar o cargo. (NEGHME, 2002). Aparentemente, o parasitologista com interesses em malária e doença de Chagas, afeito aos preceitos de uma medicina preventiva tradicional, tinha um perfil não tão adequado

¹⁰² Abel Packer, em comunicação apresentada à IV Reunião de Coordenação da Biblioteca Virtual de Saúde (setembro de 2005), utiliza a mesma expressão cunhada por Neghme para caracterizar os primeiros anos da Bireme até 1982. A meu juízo, ela se aplica melhor ao período de Neghme (Packer, 2005).

aos tempos que viriam, de uma maior radicalização da agenda de reformas, rumo à saúde para todos pela via da atenção primária (FERREIRA, 2009; BIREME, 1975).

A substituição de Neghme por Abraham Sonis foi precedida pela interinidade de John Wilkes, o engenheiro de comunicações responsável, na época, pelos trabalhos de instalação da Medline no Brasil. O próprio Sonis foi, primeiramente, convocado a realizar um estudo de avaliação do projeto institucional da Bireme e, depois, nomeado como interino, mesmo após a realização de um processo seletivo presidido por Cummings, diretor da NLM. Em São Paulo, desde meados de 1976, Sonis assumiu, formalmente, o posto de diretor a partir de 1º de janeiro de 1977 (SONIS, 2002 e 2009).

Natural de Entre Rios, província do litoral argentino, Sonis, médico de formação, doutorara-se em Saúde Pública na London School of Hygiene and Tropical Medicine. Fora assessor do diretor da Escola de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Buenos Aires, membro da delegação argentina à Conferência de Punta del Este e, na primeira metade da década de 70, dirigira o Centro Latino-Americano de Administração Médica, o Clam, instituído pela Opas, em 1967, na capital argentina. Permaneceu nesse posto até a extinção do centro em 1976, e nessa condição de diretor aproximara-se de Neghme e da Bireme para estabelecer, em regime de cooperação, um centro de informação em atenção médica em Buenos Aires (SONIS, 2002; e SONIS 2009).

Colaborador da Opas e dirigente dedicado aos temas da atenção à saúde, da administração de serviços e do ensino de saúde pública, Sonis estava, no terreno da educação médica, afinado com as tendências que buscavam promover uma aproximação mais radical entre as atividades docentes e os serviços públicos de atenção à saúde (SONIS, 1976). Da mesma forma, compartilhava das concepções que defendiam o estabelecimento de estratégias orientadas à atenção primária de saúde e que a Opas, muito mais do que repercutir, ajudava a construir na região das Américas.

A avaliação de Sonis sobre os rumos do projeto institucional da Bireme teve, indiscutivelmente, um tom engajado. Em agosto de 1976, dirigiu ao diretor da Opas um relatório com uma primeira aproximação crítica sobre os programas de trabalho da

Bireme.¹⁰³ Seus comentários e recomendações seriam posteriormente incorporados aos documentos de cunho programático do início de sua gestão (BIREME, 1977, 1977a). Estes, por sua vez, foram apresentados à IX Reunião do Comitê Científico Assessor da Bireme, realizada em São Paulo, em maio de 1977, e à XVI Reunião do Comitê Assessor sobre Investigações Médicas da Opas, na sede da Opas, em junho. A análise desses registros, em seu conjunto, evidencia os elementos centrais da crítica de Sonis ao projeto da Bireme, expondo de que forma, segundo a sua visão, as dificuldades poderiam ser superadas.

Os programas e serviços da Bireme foram considerados, de saída, como sendo preferencialmente orientados para a escola médica e a pesquisa acadêmica. Apesar de, a princípio, ter obtido resultados satisfatórios no atendimento às necessidades dessa clientela, o modelo de biblioteca e o sistema de informação biomédica adotados implicavam um reforço de um ensino considerado de natureza individualista, que promovia uma especialização tão excessiva quanto precoce dos estudantes (BIREME, 1976):

“las características tradicionales de la formación universitaria han sido descritas minuciosamente y profusamente: enseñanza teórica basada en la transmisión de conocimientos; preparación de profesionales, generalmente divorciados de la realidad sanitaria; conocimientos tabicados en disciplinas; falta de una visión integral del fenómeno salud-enfermedad y aún del hombre dentro del ámbito en que vive; súper-especializaciones; énfasis en la enfermedad y no en la salud, etc.” (SONIS, 1976: 234).

¹⁰³ Este documento não é assinado ou datado. Ele certamente foi escrito entre julho e agosto de 1976, ano em que Sonis esteve em São Paulo como consultor e na condição de diretor interino. A autoria de Abraham Sonis me foi confirmada ao tomar seu depoimento, em outubro de 2009, em Buenos Aires. O tom adotado no documento corresponde ao de um avaliador interno, mas com forte intenção prescritiva. Ver Bireme (1976, 1977b) e Sonis (2002, 2009).

Essa concepção foi responsável pelo que Sonis considerava uma hipertrofia do papel da Bireme como biblioteca da Escola Paulista de Medicina.¹⁰⁴ Segundo seu argumento, a simples reprodução, em maior escala, do tipo de serviço oferecido em âmbito local, segundo a lógica de uma “biblioteca das bibliotecas” voltada para o atendimento regional, foi considerada insuficiente e inadequada, exatamente porque sustentava a mesma concepção de atendimento dirigido a indivíduos e suas demandas individuais. Sonis indicava que a Bireme deveria tornar-se, de fato, um centro de documentação e informação. Para tanto, deveria adotar objetivos de trabalho e realizar escolhas técnicas distintas, orientadas para uma dimensão coletiva (BIREME, 1976).

A concentração, quase absoluta, dos serviços no atendimento aos usuários provenientes das escolas médicas e, portanto, a ausência quase completa de consultas originárias da esfera da prestação de serviços foram igualmente criticadas. Esse quadro seria idêntico à ausência de equidade na provisão de serviços de saúde. Nos seus próprios termos:

“En esencia no se trata sino del mismo problema que en la atención de la salud: quienes demandan atención son quienes tienen mayores posibilidades de obtenerla; los que más necesitan son quienes menos demandan” (SONIS, 1976: 234).

Assim, Sonis considerou um erro estratégico da Bireme, quando esta, diante de dificuldades orçamentárias, paralisou as atividades de disseminação seletiva de informação dirigida aos profissionais da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, ao mesmo tempo que mantinha inteiramente gratuito o provimento de cópias no empréstimo interbibliotecário (BIREME, 1976;).

Outra crítica de Sonis era quanto à realização de pesquisas bibliográficas com base, prioritariamente, senão unicamente, no *Index Medicus* e da Medline. Essa prática, considerando-se a baixa representação da produção latino-americana nesses

¹⁰⁴ Os dados fornecidos por Sonis indicam que o atendimento “de balcão” da EPM, embora incluísse alunos de outras escolas de São Paulo, era responsável por 50% das atividades. A outra metade dividia-se igualmente entre as outras partes do Brasil e a América Latina (BIREME, 1976).

instrumentos de referência, promoveria um reforço do hábito de se desconsiderar a produção local, os temas e as experiências vinculadas às realidades latino-americanas. Dessa forma, planejar os serviços da Bireme segundo o perfil e as necessidades de seus usuários, socializados segundo esses padrões, apenas tenderia a reproduzi-los indefinidamente (BIREME, 1976). A Bireme, portanto, deveria ser também capaz de, segundo uma visão estratégica, induzir a formação de novos públicos e novas demandas.

Para Sonis, o estoque de informações, baseado sobretudo em periódicos, também era merecedor de críticas. Por um lado, como o intervalo de tempo despendido entre a elaboração e a publicação do artigo era, usualmente, cada vez maior, o artigo de periódico vinha se tornando mais um instrumento de registro do que de comunicação. Por outro lado, à margem do sistema de informação, permanecia não processada uma crescente produção documental de natureza política e técnica, não publicada, especialmente importante para o planejamento, execução e avaliação de políticas públicas, processos e ações em saúde. Reclamava-se, igualmente, a cobertura inexistente ou incompleta de temas referidos à sociologia, economia, administração e planejamento. Uma ampliação da informação disponível expandiria as possibilidades de transformação das práticas educacionais e de atenção, uma vez que, para Sonis, “grande parte da mudança que desde a década de 1950 se tentava com a educação no campo da saúde dependia da informação que se fornecesse ao estudante”. Uma ampliação da oferta de informação gerariam novas atitudes, principalmente se o mundo do trabalho em saúde propiciasse espaços para novas práticas de informação (BIREME, 1977a: 5 e 8-9).

Em um aspecto decisivo, Sonis colocou sob interrogação a pertinência e o alcance da instalação da Medline no Brasil. Considerou que esse componente do projeto da Bireme fosse analisado segundo sua condição, ou não, de “tecnologia apropriada” para o seu contexto concreto de aplicação, tanto no que concerne aos custos envolvidos na sua transferência, quanto às condições da sua absorção e à sua possibilidade real de influir positivamente na qualidade de serviços de saúde.¹⁰⁵ E indagava:

¹⁰⁵ Uma noção de “tecnologia apropriada”, no contexto da cooperação técnica entre países, e também nos termos mais tarde firmados na Declaração de Alma-Ata, de 1978, diz respeito às condições de aquisição,

“dada su complejidad y alto costo, lo que se debe hacer para que Medline - el sistema más potente de la información biomédica disponible para nosotros – sea realmente útil al proporcionar información acerca de los problemas críticos de salud en América Latina.” (BIREME, 1977a: 11).

Para explicitar seu programa alternativo para a Bireme, Sonis estabeleceu um conjunto de enunciados conceituais e, em seguida, propôs as linhas em torno das quais deveria tomar forma um novo projeto. Definiu a informação científica em saúde com base na sua função ou naquilo que é capaz de produzir ao ser acionada. Assim, para Sonis, a informação científica em saúde era “aquela que contribui para promover a geração, transformação, aplicação e aprendizagem de conhecimentos que implicam melhoramentos da saúde” (BIREME, 1977a:1). Pressupunha, portanto, que a informação deveria servir aos objetivos dos sistemas de saúde, principalmente como insumo. Desse modo, a Bireme, como um centro regional da Opas, deveria nortear-se pela política e os programas da organização e dos governos do Brasil e dos outros países da região, apoiando os programas de cooperação técnica (BIREME, 1976).

Considerando o setor saúde como um sistema, Sonis assumiu que a informação deveria estar igualmente disponível para todo e qualquer um de seus componentes e instâncias, inclusive a todos os trabalhadores da saúde. Esse acesso ampliado, por sua vez, não deveria desconsiderar as especificidades dos ambientes nos quais a informação é solicitada e utilizada na produção de novos conhecimentos ou em apoio a uma determinada prática. No que concerne à pesquisa, por exemplo, as investigações de laboratório, clínica, epidemiológica ou de atenção à saúde teriam, cada uma delas, suas próprias demandas legítimas por informação, segundo seus requisitos específicos (BIREME, 1977a).

Sonis considerava as esferas da aplicação do conhecimento quase como um sinônimo de atenção à saúde, assim preocupava-se com a busca de atendimento das necessidades de informação tanto para o procedimento médico voltado para o paciente

manutenção, pleno uso e apropriação de seus componentes do conhecimento, que não devem competir com a possibilidade de desenvolvimento autóctone de soluções. Ver, por exemplo, Ferreira (1976).

individual, quanto para a organização e gestão de estabelecimentos, programas e planos de saúde. Da mesma forma, segundo sua concepção, um sistema de informação moderno, que se pretendesse integral, deveria moldar-se, flexivelmente, de modo a corresponder às necessidades tanto do profissional engajado em uma unidade terciária de alta complexidade, quanto daqueles em exercício nas comunidades mais remotas do continente.

Dessa forma, para Sonis, era fundamental destacar o caráter central a ser assumido pelas relações entre um centro de documentação e informação em saúde, tal como ele propunha, e as necessidades dos programas e práticas de educação continuada que pretendessem alcançar a todos os profissionais da saúde, médicos e não médicos, e em todos os níveis da atenção à saúde. Assim, *"la expansión de la cobertura a todos los programas y áreas del sector de la salud hace que la preparación y difusión de información es un verdadero programa de educación continuada para todos los trabajadores de la salud"* (BIREME, 1977a: 14).

Sonis atribuía à informação considerável poder estruturante e, se bem conduzido, transformador. Para tanto, ela deveria estar disponível de forma ajustada às necessidades de uma agenda transformadora. Assim propôs transformar a Bireme em um centro de informação e documentação que pretendia privilegiar o atendimento de necessidades coletivas, compromissado com a agenda da saúde pública. Para tanto, deveriam ser fortalecidos os programas de disseminação seletiva da informação, em temas definidos segundo as prioridades do setor. Os agentes estatais envolvidos no planejamento e operação de sistemas e serviços deveriam ser levados a uma condição, senão de usuários preferenciais, de paridade em relação aos públicos acadêmicos. Ao mesmo tempo, deveriam ser adotados modos criativos de fazer chegar a informação a hospitais e outras unidades não supridas por bibliotecas ou serviços similares (BIREME, 1976; SONIS 2009).

Os acervos e a produção de informação de referência deveriam receber maiores cuidados. Seria preciso conferir atenção especial à catalogação e disseminação da literatura latino-americana, especialmente em temas como epidemiologia, atendimento a doenças prioritárias e organização de serviços de saúde (BIREME, 1976, 1977). A formação de novos estoques de informação deveria incluir, também, a coleta,

processamento e acessibilidade de uma literatura não publicada, formada por relatórios, pareceres, programas, informes, entre outros materiais, considerada fundamental para o desenvolvimento das políticas de saúde. Sonis sugeriu, também, que o processamento desse tipo de material se fizesse acompanhar de comentários, resumos críticos e outras formas de agregar novos conteúdos informacionais, que ficariam a cargo de um grupo de especialistas, os quais, eventualmente, também seriam acionados para a elaboração de documentos de revisão de literatura em temas considerados estratégicos (BIREME, 1976).

Assim, Sonis concebia a possibilidade de a Bireme também operar como uma espécie de centro de suporte aos trabalhos dos consultores e representantes da Opas e de difusão da agenda do desenvolvimento em saúde, tornando-a estrategicamente importante para o núcleo político-decisório da organização, ao mesmo tempo que explicitava seu papel como instância de apoio à cooperação técnica entre os países da região.

Além de reiterar as responsabilidades normativas da Bireme quanto aos processos, métodos e técnicas bibliográficas, de modo a facilitar o intercâmbio de informações, Sonis introduziu outro enunciado de implicações inovador: se as políticas de saúde pretendiam promover uma participação ativa da comunidade na organização dos serviços e o seu engajamento em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, também deveria ser reconhecida a necessidade de “proporcionar ao membro da comunidade a informação necessária” para que pudesse cumprir com essa nova responsabilidade (BIREME, 1977a:7). Sem dúvida, nessa concepção, a comunidade era, ainda, apenas uma “consumidora” de informações fornecidas por terceiros, mas, de qualquer modo, era mais um público para compor a clientela da Bireme, com potencial de inovação indiscutível face ao modelo anterior de biblioteca médica concebido na NLM. Sonis, portanto, tanto reelaborava componentes do projeto original e invertia prioridades quanto os introduzia também pela primeira vez.

Nesse movimento, as proposições de Sonis tencionavam, de modo considerável, o modelo de sistema de bibliotecas até então em implantação. Ele propunha modificações no escopo da informação, pelo tipo de informação tratada e pela sua origem, incluía uma vasta e nova clientela, além de novos campos de conhecimento e

domínios de práticas. Também, elevava a informação à condição de estratégia privilegiada de mudança, tanto no que tange ao ensino médico quanto às condições de prática profissional.

IV.8 - Os temas críticos

As ações pretendidas e levadas a termo na gestão de Sonis, no terreno das tecnologias de informação, teriam implicações também estruturais. Ele constatou que informações gerenciais mínimas, tais como custos e resultados alcançados, pareciam indisponíveis, assim como parte dos elementos técnicos para uma adequada avaliação institucional (BIREME, 1976).¹⁰⁶ No que concerne à utilidade, em si, do sistema, Sonis constatou que sua utilização se restringia, mais uma vez, a uma elite médica dedicada à pesquisa acadêmica voltada para temas ultra especializados (BIREME, 1976). As condições de funcionamento dos terminais, na Bireme e nas outras instituições, eram bastante irregulares, assim como a conexão telefônica com o Instituto de Energia Atômica. O número de terminais em operação havia se reduzido a dois: um na Bireme e outro na Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFRJ. Portanto, um componente fundamental do projeto da Bireme como contribuição para uma modernização da infraestrutura docente, o sonho da recuperação da informação assistida por computador, que tanto havia maravilhado Neghme e os dirigentes da Fepafem, na já distante reunião de Poços de Caldas, em 1964, vinha se transformando em um nó crítico, de ordem técnica, no desenvolvimento institucional da biblioteca regional da saúde.

Além dessas dificuldades, havia outras de caráter orçamentário. Financiado pelo Pnud até finais de 1975, o projeto Medline passou a ser, após esse ano, integralmente coberto pelos recursos regulares da Bireme, ainda que uma política de cobrança de taxas começasse a ser praticada. Para Sonis, a instalação da Medline poderia tornar-se um problema clássico das inversões em tecnologia mal planejadas, acarretando...

“(...) custos crescentes e baixa eficiência para cuja solução se exigem maiores investimentos que vão aumentando

¹⁰⁶ Sonis, mais tarde, designaria um gerente administrativo para realizar um acompanhamento exclusivo da cooperação propriamente tecnológica com a NLM.

o comprometimento financeiro de maneira tal que, pelos investimentos realizados, se torna cada vez mais difícil tomar decisões racionais: é a manutenção do próprio sistema o que dirige o processo” (BIREME 1976: 21).

Ao tentar solucionar o problema, a Bireme aproximou-se do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia - Ibict, desde 1974 a nova denominação do IBBD. Em princípio, foi cogitada uma completa assimilação do projeto Medline pelo Ibict, como parte da arquitetura do Sistema Nacional de Informação Científica e Tecnológica – Snict. Nesse arranjo, a Bireme permaneceria apenas como usuária ou, numa hipótese intermediária, como uma parceira preferencial. Entretanto, a perda do controle do projeto, por parte da Bireme, inclusive com suas implicações político–institucionais e simbólicas, foi considerada um aspecto crítico (BIREME, 1976).

Uma comissão tripartite de alto nível, formada pelos diretores da Bireme, do Ibict e pelo Diretor Associado para Sistemas de Computação e Comunicações da NLM,¹⁰⁷ foi estabelecida para realizar, em dezembro de 1976, um diagnóstico amplo da situação e examinar as alternativas disponíveis. Ao final dos trabalhos, a comissão diagnosticou sérios problemas de planejamento, gerência e, também, de *design* de projeto. Estabeleceu-se que, para sua continuidade, seria preciso constituir uma unidade interna integralmente dedicada a sua operação e administração, o que incluía as atividades de gestão, treinamento, suporte técnico ao usuário, assim como a articulação com as atividades de processamento documental ou bibliográfico. Seria de sua responsabilidade produzir um novo padrão de relacionamento técnico entre a NLM e a Bireme, de modo mais regular e dinâmico, e estabelecer um programa de trabalho que pudesse servir de roteiro para o que seria uma gestão estratégica na área de tecnologias da informação (BIREME, 1977c).

Uma vez que a capacidade de computação do IEA e a qualidade dos terminais foram consideradas satisfatórias, a comissão considerou como maiores dificuldades a qualidade e os custos da infraestrutura de comunicações. Quanto a esse aspecto, a rede projetada em 1974 mostrou-se incorretamente dimensionada, e verificou-se que, ainda

¹⁰⁷ Respectivamente, Abraham Sonis, José Adolfo Vencovsky e Davis B. McCarn.

em 1972, na época de sua inclusão no projeto apresentado ao Pnud, ela fora objeto de pareceres técnicos nos quais constavam ressalvas importantes (BIREME, 1977c).¹⁰⁸ Ao que parece, segundo esse diagnóstico, na iminência de um aceite do projeto, por parte do Pnud, Neghme teria passado ao largo das recomendações técnicas.

Em maio 1977, o tema foi levado à análise do Conselho Científico Assessor, e este se pronunciou pela continuidade do projeto, uma vez realizadas as modificações recomendadas. Essa decisão resultou na criação, na Bireme, de um embrião de uma área técnica especializada em tecnologias de informação, com implicações decisivas para o seu projeto institucional. No final de 1977, a Bireme adquiriu e instalou um computador Digital PDP-11/34, contratou um engenheiro de sistemas e deu início ao desenvolvimento local de soluções nas áreas de registro, controle e estatística das atividades de disseminação seletiva da informação, elaboração do catálogo local de periódicos, administração de projetos e gestão orçamentária, entre outras soluções (BIREME, 1978). A decisão de manter na Bireme a condução de Medline no Brasil e de reforçar a sua área de computação seria crucial para os rumos futuros da própria biblioteca Regional de Medicina como centro pan-americano (SONIS, 2009)

Dois anos depois, em 1979, a Bireme deu início à elaboração do *Index Medicus Latino-Americano*, e, nessa ocasião, a conjugação das experiências em processamento de dados e tratamento documental, somadas à prática no uso das metodologias subjacentes à Medline, permitiu a ela adquirir uma base de competências que, na década seguinte, resultou no seu estabelecimento como instituição de referência para soluções de baixo custo para a automação das bibliotecas de medicina e saúde, uma competência extremamente atrativa no contexto de países em desenvolvimento.¹⁰⁹

Em 1977, primeiro ano da gestão de Sonis, a NLM e a Opas celebraram um novo convênio para a utilização da Medline em São Paulo. Por esse instrumento,

¹⁰⁸ Em 1977, recomendou-se o abandono de parte da rede porque esta não correspondia às condições técnicas existentes e porque o baixo volume de tráfego não justificava os custos envolvidos (BIREME, 1977c).

¹⁰⁹ Esta “evolução” entre a criação desse embrião de área técnica e a consolidação de competência tecnológica não foi linear. Para isso, foi preciso desenvolver, na segunda metade da década de 80, projetos com fortes componentes de infraestrutura, linguagens documentárias e desenvolvimento tecnológico. Entre estes, o convênio com o International Development Research Centre - IDRC, do Canadá. Ver: Alonso, [1984] e Bireme (1984).

caberia à Bireme realizar uma certa quantidade de serviços de indexação, como forma de contrapartida pela cessão de extratos da base de dados da NLM e a utilização de *softwares* associados.¹¹⁰ Para fazer frente a esse compromisso, a biblioteca regional assumiu a responsabilidade pela indexação de todos os periódicos latino-americanos - à exceção dos mexicanos - incluídos no *Index Medicus*. Em 1978, ainda em período experimental, coube à Bireme processar 531 artigos de 15 títulos, de um total de 44 títulos latino-americanos. Em 1979, já tendo a Bireme assumido a totalidade das tarefas, foram processados 1.192 artigos de trinta revistas (BIREME, 1978).

Ainda em 1978, com base nessa experiência, a Bireme deu início à preparação de um projeto piloto do *Index Medicus Latino-Americano*. Tomando como ponto de partida os títulos já compilados por outros índices, entre os quais o próprio *Index Medicus*, *Excerpta Medica*, *Biological Abstracts* e *Current Contents*, e mediante uma avaliação de outros títulos já existentes no acervo da biblioteca, compôs-se uma lista provisória que foi enviada para uma análise crítica por especialistas de vários países da América Latina. Ao mesmo tempo que ficava estabelecida a cobertura inicial de aproximadamente 200 títulos, foi redigido o programa de computação para a elaboração automatizada da publicação (BIREME, 1980a; PIEGAS & NOWINSKI, 1981).

Em agosto de 1979, tornou-se público o primeiro número do *Index Medicus Latino-Americano* – IMLA, indexando cerca de 1.500 artigos publicados de janeiro a julho do ano anterior. Ficou estabelecida uma periodicidade semestral, e desde o primeiro número seus editores sinalizaram a expectativa de torná-lo uma base de dados acessível remotamente. Na apresentação do número inaugural, Hector Acuña, diretor da Opas, classificou, textualmente, a elaboração do IMLA como um exemplo de cooperação técnica entre países em desenvolvimento, pelo tanto que representava de transferência, incorporação e adaptação de tecnologias, coordenação de esforços interregionais e mobilização de recursos nacionais. Com o IMLA, a Bireme incorporava, definitivamente, o controle da bibliografia periódica latino-americana às suas atribuições, um evento que se tornaria crucial na trajetória de recepção, pela Bireme, do modelo concebido pela NLM.

¹¹⁰ No final da década, este era o formato adotado pela NLM, pelo menos no que tange às bibliotecas e sistemas de fora dos EUA, assim reduzindo as suas despesas sempre crescentes com as tarefas de processamento biblioteconômico. Um dos *softwares* permutados era o ELHILL II, para recuperação de dados em sistemas multiusuários (BIREME, 1978; PORT, 1999).

A elaboração desse índice também permitiu à Bireme aprofundar o processo de incorporação das metodologias associadas ao uso da Medline. Para elaborar os cabeçalhos de assuntos adotados na indexação, foi providenciada uma tradução para o português, feita pela Bireme, do núcleo central dos descritores de *Medical Subject Headings* - Mesh, um instrumento desenvolvido pela NLM. Ao fazê-la, formava-se uma competência que se revelaria fundamental, que seria acionada, quando, em 1980, a Bireme, decidiu-se por desenvolver os *Descritores de Ciências da Saúde* – DeCS, que consistiu de uma tradução completa do Mesh, para português e espanhol, adicionado de um vocabulário de indexação para o campo temático da saúde pública, tal como era concebido na América Latina (BIREME, 1980; FERREIRA, 1981; PACKER, 2011). A essa altura, o formato e as características metodológicas do IMLA já eram recomendadas como solução para o controle bibliográfico em países em desenvolvimento (PIEGAS & NOWINSKI, 1981).

Outro tema crítico na gestão de Sonis, referia-se ao orçamento da Bireme e às implicações programáticas acarretadas por alterações de vulto na sua composição. No início da sua gestão, em janeiro de 1977, as condições orçamentárias eram relativamente favoráveis. A partir de outubro de 1976, entrou em execução um projeto financiado pela Finep, destinado ao fortalecimento da rede brasileira de bibliotecas médicas. Ao mesmo tempo, novos acordos foram firmados ou renovados com o Departamento Nacional do Câncer- DNC, com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Inam, e com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, passando a compor um conjunto diversificado de fontes brasileiras de financiamento.¹¹¹

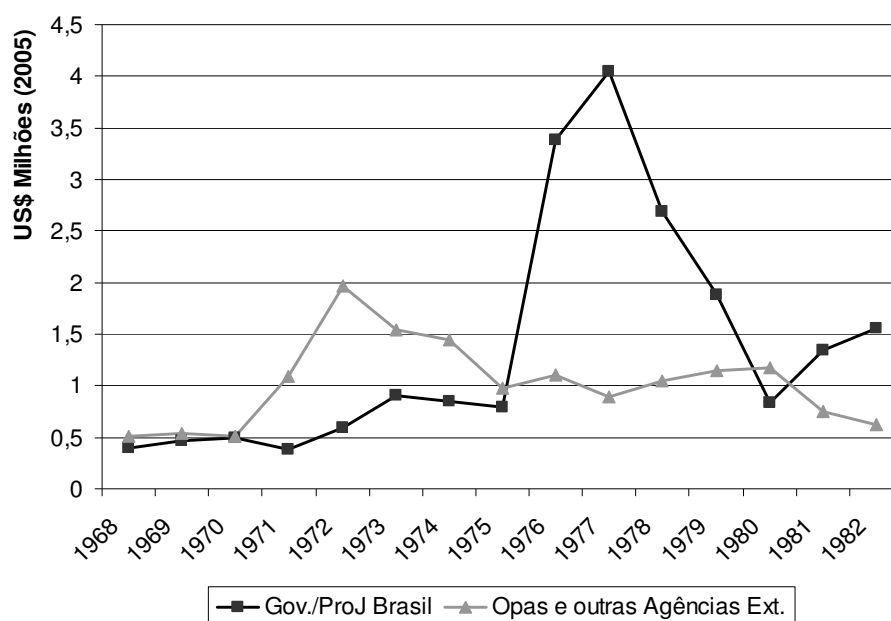
O ano de 1976, de fato, registraria uma inversão no padrão de financiamento da Bireme. A partir de então, o governo brasileiro passou a ser o seu principal financiador, sobretudo pela entrada em cena dos recursos da Finep, da ordem de 75% do orçamento

¹¹¹ Na área de oncologia, por exemplo, foi possível estabelecer um convênio com a Divisão Nacional de Câncer do Ministério da Saúde do Brasil e o National Cancer Institute, dos EUA, o que envolvia a participação da Bireme no desenvolvimento do Latin American Cancer Research Information Program, ou Lacrip. Esse programa envolveu a produção de uma base dados de artigos sobre câncer publicados em revistas da América Latina; de uma segunda base para registro de patologias tumorais; e a prestação de serviços de disseminação seletiva. De menor volume, mas igualmente importante, foi a disseminação de listas bibliográficas e o provimento de artigos para a Secretaria de Saúde de São Paulo e o Inam (Bireme 1978).

global (Gráfico 2). Isto significava uma nacionalização do orçamento da Bireme, que até então contava com recursos predominantemente internacionais ¹¹².

Gráfico 2

Evolução do Orçamento da Bireme por Origem dos Recursos:
fontes nacionais x fontes externas, a preços de 2005.



Fonte: Pires-Alves, 2005

Essa alteração no perfil do financiamento não deixou de ter seus impactos políticos e programáticos. A Bireme passou a reafirmar, com frequência, a sua condição também de centro nacional brasileiro, no desenho do sistema de informação biomédica latino-americano. Quando da renovação, por exemplo, do convênio básico com o governo do Brasil, em 1978, foi formalizada a instituição de um Comitê Assessor Nacional, como instância adicional de aconselhamento do diretor da Bireme, com o

¹¹² Os novos recursos para projetos específicos que aportaram, a partir de 1976, significaram multiplicar por quatro ou cinco os recursos não comprometidos com pessoal ou com a assinatura de periódicos, ou seja, efetivamente disponíveis para novos projeto e atividades (BIREME, 1971; [1982];[1984]). Isso, todavia, implicava que, embora houvesse recursos para novos desenvolvimentos, muitas das atividades permanentes, como a assinatura regular de periódicos, enfrentassem problemas com recursos reduzidos (BIREME, 1979).

propósito de aproximar a Bireme das instituições nacionais que adquiriam crescente importância (BIREME, 1977b).¹¹³

Com base nessa oferta de recursos nacionais, sobretudo da Finep, verificou-se uma significativa expansão da rede de brasileira de bibliotecas. Entre 1976 e 1981, foram estabelecidos nove novos subcentros regionais, que passaram, então, a totalizar 21. Em 1981, já havia 279 bibliotecas colaboradoras em toda a rede nacional, e a rede começava, gradativamente, a contemplar unidades da esfera da prestação de serviços de saúde, ou não pertencentes ao que Sonis considerava o mundo restrito das faculdades e dos institutos de pesquisa (BIREME, 1982).¹¹⁴ O funcionamento dessa rede, que contemplava o uso e a administração compartilhada de acervos e processos técnicos e a realização de cursos, seminários regionais e nacionais, ia conformando uma cultura comum no domínio de atuação da Bireme e da rede.

Foram os recursos da Finep que permitiram, por fim, que a Medline fosse implantada em Brasília e Belo Horizonte e que a incipiente área de processamento de dados da Bireme fosse fortalecida e pudesse começar a desenvolver soluções locais, voltadas para o controle bibliográfico da produção latino-americana, inclusive com a recuperação de materiais não publicados. Temas, como comentado anteriormente, com profundas implicações programáticas, segundo as ideias defendidas por Sonis (BIREME, 1977; 1978).

Para o conjunto da América Espanhola, o panorama era o oposto. A estratégia de firmar convênios com os governos nacionais, a partir dos conselhos nacionais de ciência e tecnologia, tal como imaginado por Neghme, não conseguiu avançar muito mais do que o que havia sido possível com a mobilização das associações nacionais de educação médica. Àquela altura, segundo algumas interpretações, nenhum país sul-americano, em função do volume da sua produção científica, revestia de alguma importância o

¹¹³ Sonis já havia informalmente, desde 1977, estabelecido um comitê nacional, no qual tinham assento os representantes do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, da Escola Paulista de Medicina, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e da Finep, na vigência de projetos com esta financiadora (BIREME, 1977b).

¹¹⁴ Uma análise preliminar permitiu identificar 37 instituições não direta ou imediatamente referidas às faculdades de medicina e aos institutos de pesquisa, dentre elas hospitais da rede do Inamps, dos Servidores do Estado e das Forças Armadas; secretarias de saúde; e laboratórios industriais privados (BIREME, 1982). Uma descrição completa do então sistema nacional está em Pires-Alves (2005).

problema da informação científica em medicina e saúde. A sensibilidade institucional para problemas dessa ordem era, então, bem reduzida, e a possibilidade de as principais escolas de medicina recorrerem à Bireme - ou diretamente à NLM, como no caso do México - parecia ser plenamente suficiente (PACKER, 2011).

Por sua vez, a crescente importância das instituições brasileiras, na condição de demandantes e financiadoras da Bireme, pronunciada a partir de 1976, tendeu a produzir, a médio prazo, um processo de nacionalização da própria produção da Bireme. A partir de 1979, mesmo quando, em um quadro de restrições orçamentárias decorrentes de uma drástica redução do aporte de recursos brasileiros, a produção da Bireme foi em vasta proporção dirigida para o Brasil.¹¹⁵ Portanto, a redução de recursos brasileiros, em sua maior parte decorrente do fim do apoio da Finep, que levou o orçamento global da Bireme para níveis abaixo do executado em 1972, em valores reais, deu-se em um momento de baixo grau de visibilidade do seu papel regional.

IV.9 - O fim do ciclo crítico

Os anos finais da década de 70 experimentaram um recrudescimento da crise econômica mundial, a partir da segunda crise do petróleo. Por um lado, para os países da América Latina, ela significou dificuldades crescentes com as balanças comerciais e de pagamentos, a administração e o controle da inflação. Esse quadro geral de crise significou também, para os organismos interamericanos, entre eles a Opa, a necessidade de restringir gastos.

Por outro lado, a Assembleia Mundial de Saúde havia, em 1977, estabelecido a meta global de Saúde para Todos no Ano 2000, e, em 1978, a Conferência Internacional de Alma-Ata, no Cazaquistão, definiu a atenção primária de saúde como a estratégia central para o alcance daquele objetivo.¹¹⁶ Essas novas diretrizes reatualizavam a

¹¹⁵ As evidências quantitativas desse movimento estão em Pires-Alves (2005).

¹¹⁶ Em linhas gerais, a estratégia da atenção primária compreendia: (1) uma crítica às tecnologias orientadas para as doenças, normalmente de alto custo e em desacordo com o contexto social de sua aplicação; (2) uma profunda alteração nos processos formativos e na composição da força de trabalho em saúde, que, com base na crítica à superespecialização médica, passavam a valorizar tanto a capacitação de agentes de saúde sem habilitação formal, quanto a contribuição de saberes tradicionais em saúde; e (3) uma atualização da relação entre saúde e desenvolvimento, reafirmando o papel da primeira como componente e promotora do segundo. No terreno prático, significava a ênfase no planejamento com foco

agenda de expansão da cobertura de serviços, nos marcos de uma crise econômica global, e apontavam, portanto, para a necessidade de uma revisão dos programas da saúde internacional.

Diante desse contexto institucional mais geral, das dificuldades orçamentárias e de efetiva implantação regional da Bireme, a Opas, através do seu Departamento de Recursos Humanos e Pesquisa, e a própria Bireme convocaram o Long-Range Working Group for the Latin American Information Network, ou, Grupo de Trabalho de Longo Alcance para a Rede Latino-Americana de Informação.

Esse processo de avaliação institucional da Bireme teve duração de 12 meses completos e incluiu a elaboração, por consultores, de diagnósticos sobre a situação das bibliotecas e serviços de informação existentes nos países, entre os quais a Argentina, Colômbia, Costa Rica e Peru; uma avaliação sobre o funcionamento de instituições similares, entre as quais o Centro Nacional de Informação e Documentação, do México; e uma análise dos acervos existentes e dos serviços solicitados tanto à Bireme quanto à NLM. Na fase final do processo, foram realizadas quatro oficinas de trabalho, ocorridas durante três encontros sucessivos, entre novembro de 1979 e abril de 1980, em Brasília, Washington e México (BIREME, 1980a; FERREIRA, 1981).

Um personagem fundamental em todo o processo, como parte da organização dos encontros e relator do grupo de trabalho, foi Kerr White, diretor adjunto de ciências da saúde da Fundação Rockefeller, e, à época, presidente do Conselho Científico Assessor da Bireme (FERREIRA, 2005). White era uma figura reconhecida no campo da pesquisa em epidemiologia e organização de serviços e saúde. Médico, com pós-graduação pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, havia fundado o departamento de Organização da Atenção Médica (Health Care Organization) na Universidade Johns Hopkins. Sua presença como presidente do Conselho Técnico Científico da Bireme era uma evidência da prioridade com que os temas da saúde pública e da organização dos serviços eram contemplados durante a gestão de Sonis.

O objetivo do Grupo de Trabalho de Longo Alcance era proceder a uma análise do projeto da Bireme no que tange à sua capacidade operacional e ao potencial das suas

na atenção primária e voltado para a identificação de prioridades, a coordenação de ações intersetoriais entre a saúde e, por exemplo, segmentos como os de obras públicas e educação. Contemplava, também, a articulação entre as esferas pública e privada. Ver Cueto (2004).

coleções; ao papel da informação bibliográfica para os serviços de saúde e o seu desenvolvimento; às alternativas tecnológicas disponíveis; às necessidades de informação biomédica na América Latina; e, por fim, às estratégias para consolidar a rede de informação na América Latina (BIREME, 1980a) . Nos termos utilizados por José Roberto Ferreira, então chefe do departamento de Recursos Humanos e Pesquisa da Opas, pretendia-se avaliar em profundidade o projeto institucional, estabelecendo as melhores alternativas para o seu desenvolvimento posterior, considerando-se os resultados já alcançados e as transformações recentes dos cenários institucionais da agenda global Saúde para Todos no Ano 2000 (BIREME, 1980; FERREIRA, 1979).

Na abertura do evento de Brasília, organizado em torno do tema “Informação para a atenção à Saúde na América Latina”, Ferreira apresentou uma introdução ao tema que seria repetida, em suas linhas gerais, para as audiências parcialmente renovadas das reuniões nos EUA e no México (FERREIRA, 1979). Também com o propósito de balizar os debates, Sonis apresentou, na mesma reunião, sua avaliação do projeto, que havia completado, recentemente, uma década de desenvolvimento (SONIS, 1979). Sem dúvida, é possível identificar vários pontos de identidade entre o que era, então, proposto por Ferreira e Sonis, como “marco de referência” para a discussão, e aquele estudo de situação da Bireme, realizado em 1976, de autoria de Sonis.

Ferreira e Sonis, os dois principais responsáveis pela condução do projeto institucional da Bireme, supunham enfrentar problemas de várias ordens. Identificavam uma explosão da demanda por informação derivada do crescimento da população e de uma expansão, ainda que deficiente, da rede prestadora de serviços médicos. Registraram, também, o que seria um aumento vertiginoso do número de faculdades de medicina e das demais profissões da saúde, com a expansão de uma clientela potencial composta por professores, estudantes e egressos. A esse respeito, indicavam que esses novos estabelecimentos funcionavam com bibliotecas ainda mais inadequadas do que aquelas disponíveis na metade da década anterior e cuja precariedade havia suscitado a formulação do projeto da Bireme. Além disso, a sustentação das assinaturas de periódicos pelas bibliotecas vinha requerendo dispêndios crescentes em um contexto de escassez de recursos em moedas conversíveis. Esse quadro tornava urgente a adoção de políticas de aquisição e uso de coleções colaborativas e compartilhadas (FERREIRA, 1979; SONIS, 1979).

Havia problemas com implicações mais profundas. A expansão da atenção primária de saúde acarretaria a formação de um novo e mais complexo universo de usuários de informação. Para Ferreira, a nova agenda tornaria imprescindível a constituição de equipes multidisciplinares formadas por “profissionais da saúde, economistas, sociólogos, educadores, engenheiros de sistemas e vários outros”. Equipes com esse perfil demandariam uma nova relação entre pesquisa, tecnologia e decisão político-administrativa, que iria requerer maior flexibilidade no desenho de serviços de informação especializada. Segundo seus termos, seria necessário “superar a lacuna entre o processo de pesquisa e o processo de decisão, criando ou melhorando os canais de comunicação entre os pesquisadores, os administradores e os políticos”, sem prescindir da informação científica produzida em campos disciplinares, como “a psicologia, a economia, a sociologia, a administração, para citar algumas das mais comuns” (FERREIRA, 1979: 4-5). A esse respeito, Sonis mais uma vez reafirmava a relevância, nesse contexto, do conjunto de informações não publicadas e não disponíveis nos periódicos médicos e biomédicos. Para responder a essa necessidade, reiterou que era necessário estabelecer relações cooperativas de novo tipo com instâncias como, no caso do Brasil, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais (SONIS, 1979).

Nas contribuições de Ferreira e Sonis é possível identificar uma preocupação central com a presença e penetração dos serviços da Bireme além das fronteiras brasileiras. Sonis registrou que a rede enfrentava dificuldades para angariar, nos demais países, o mesmo apoio institucional e suporte financeiro que vinha obtendo no Brasil. Diante desse quadro, propôs modificações na estratégia de expansão apoiada em centros intermediários nacionais. Sonis sugeriu optar-se, então, por uma estratégia de criação de vínculos individualizados com as bibliotecas da região e o entrelaçamento posterior de redes de cooperação local ou nacional (BIREME, 1980).

Quando foi publicado um número da *Educación Médica y Salud* dedicado à parte dos trabalhos apresentados no ciclo de reuniões, José Roberto Ferreira, no seu editorial, resumiu o que considerava, terminado o ciclo de avaliação, as reorientações fundamentais a serem imprimidas ao projeto de uma rede latino-americana de informação em ciências da saúde. Segundo sua avaliação, “como primeira prioridade”, deveria ser operada uma reorientação das coleções bibliográficas para que fossem cobertos os “aspectos mais importantes no campo da saúde”. Tal diretiva implicava,

também, expandir o escopo da base de dados Medline fornecida pela NLM e disponibilizada pela Bireme, “agregando-se os dados relativos à atenção primária em saúde, planejamento e administração de saúde”. A “segunda prioridade” era estabelecer “vínculos formais” com os sistemas de serviços de saúde e, principalmente, com os “centros de documentação” dos ministérios da saúde. Na sequência, prescreveu a realização de um estudo com vistas ao estabelecimento de um fundo rotatório para o financiamento da subscrição de periódicos. (FERREIRA, 1981: 366-367).

Nesse mesmo artigo, Ferreira sinalizou que, dada a magnitude e complexidade do problema, qualquer solução a ser imaginada só obteria êxito se baseada na colaboração entre países e governos, na condição de pares, nos marcos de uma cooperação técnica entre países em desenvolvimento. A esse respeito, ele recusava, explicitamente, o que considerava como soluções baseadas na “unidirecionalidade” de prioridades determinadas no âmbito internacional, sem maiores considerações com relação às necessidades de cada país (FERREIRA, 1981: 365). Segundo esse seu raciocínio, o desenho da solução para a dificuldade de expansão da rede latino-americana de informação em ciências da saúde dependeria, portanto, da aplicação, segundo a necessidade e disponibilidade de cada país, de conceitos flexíveis de centros ou bibliotecas nacionais ou locais colaboradoras.

O relatório final do grupo de trabalho, elaborado por Kerr White e apresentado à XIX Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas, realizado em São José, Costa Rica, acompanhou, regra geral, o diagnóstico e as soluções indicadas por Ferreira e Sonis. White, todavia, formulava de modo mais delineado um desenho de sistema de informação que, segundo seu entendimento, deveria estruturar-se em torno de três princípios: seletividade, compartilhamento e adaptabilidade. O primeiro princípio recomendava uma formação compartilhada, programada e hierarquizada das coleções de periódicos, a partir das noções de utilidade e relevância para determinado público ou área territorial. Essa orientação era, de alguma maneira, semelhante àquela adotada pela NLM. No conceito de White, porém, existiam diferenças importantes, uma vez que, explicitamente, as coleções, desde o nível essencial, deveriam ser compostas por literatura internacional, nacional e por uma terceira fração produzida localmente. Essas mesmas coleções poderiam ser também estruturadas de modo a atender os níveis de complexidade da atenção médica: coleções dirigidas à atenção primária, secundária, no

plano do hospital comunitário, e terciária, associadas aos hospitais de referência, às universidades e centros de pesquisa (BIREME, 1980a).

O compartilhamento, um princípio também presente na concepção original da NLM, foi naquela oportunidade ampliado por White para que cada biblioteca ou centro de documentação integrante do sistema tivesse, também, um papel de produtor ou alimentador na construção de uma coleção integralmente compartilhada. Assim, os catálogos coletivos deveriam ser mantidos em todos os níveis do sistema, numa lógica descentralizada, que, mais tarde, foi designada como “distribuída”. Subjacente a essa concepção, estava a ideia de que uma nova geração de computadores, de tipo “mini” ou “micro”, e novas facilidades de telecomunicação tornariam essa meta mais facilmente factível (BIREME, 1980a: 7).

O princípio de maleabilidade, por seu turno, recomendava que um sistema de informação deveria ser maleável às circunstâncias e transformações de seu ambiente de operação. Assim, deveria ser apto a adaptar coleções e incorporar tecnologias e ser suficientemente abrangente para atender às necessidades de um público composto por pesquisadores, professores, estudantes, pessoal profissional técnico, planejadores, ministros da saúde e legisladores (BIREME, 1980a).

O processo de implantação de um sistema deveria dar-se ao longo de três frentes de trabalho. A primeira envolveria o aperfeiçoamento dos serviços de informação existentes, primeiramente nas universidades. Na segunda, seriam implementados centros de documentação no âmbito das unidades de prestação de serviços de saúde. Na terceira frente de trabalho, era proposta a consolidação dos sistemas de apoio a partir da Bireme e de centros subregionais. Segundo essa estratégia, seriam cerca de 45 bibliotecas e centros selecionados em toda a América Latina, correspondendo a cinco subregiões territoriais. Uma vez selecionadas, essas unidades, em diferentes graus de desenvolvimento, deveriam ser apoiadas na promoção de um adequado desenvolvimento de coleções, na aquisição de tecnologias e no treinamento de pessoal. Seu desenvolvimento real definiria os possíveis arranjos sistêmicos e hierarquias a serem adotadas em cada subregião, adaptadas a cada circunstância.

As propostas e os desenhos dos sistemas de informação sugeridos, após as reuniões do Long-Range Working Group for the Latin American Information Network

por Ferreira, Sonis e White guardam sutis diferenças entre si. É possível identificar, todavia, com facilidade, os seus pontos comuns. Havia uma incontida preocupação com os custos envolvidos na assinatura de periódicos, uma questão tratada como pertinente, em última instância, à própria sustentabilidade do projeto da Bireme. Um segundo ponto comum, e igualmente central, referia-se á importância atribuída à inclusão da América Espanhola no escopo regional de fato contemplado pelo sistema de informação. Admitia-se que uma hipertrofia da dimensão nacional brasileira podia, no limite, ameaçar a permanência da Bireme como projeto internacional da Opas. Um terceiro ponto comum procurava definir os termos pelos quais os investimentos em tecnologias de informação poderiam ajustar-se às necessidades e disponibilidades dos países. Um quarto ponto, por fim, em íntima associação com os anteriores, dizia respeito à forma de inscrever a informação científica em saúde na agenda da saúde internacional, das suas estratégias, nos termos da cooperação técnica entre países em desenvolvimento.

O ciclo de reuniões introduziu elementos inovadores no desenho conceitual do sistema de informação em saúde que cabia à Bireme conduzir, entre os quais a possibilidade futura de uma alimentação distribuída dos catálogos apoiada em recursos de computação de dados. Mas, sobretudo, parece ter sido uma instância de reafirmação e detalhamento de uma agenda, cujos termos já tinham sido fundamentalmente estabelecidos pelos primeiros documentos programáticos elaborados na gestão de Sonis. Àquela altura, a questão principal pareceu ser atualizar as diretrizes já enunciadas, explicitá-las para as audiências latino-americanas, tornando-as inscritas na agenda regional da Opas. Algumas das recomendações já se encontravam, inclusive, em andamento, pelo menos no Brasil, em áreas, como por exemplo, a de assinatura coordenada de periódicos. (BRAGA, 1980; PACKER, 2011).

Em 1981, Sonis publicou um balanço das atividades e resultados alcançados pela sua gestão, no que foi, talvez, o último documento de política institucional por ele elaborado na condição de diretor da Bireme (SONIS, 1981). Nesse artigo, Sonis reiterou a análise crítica elaborada ainda em 1976 e as orientações alternativas por ele adotadas, que podem ser resumidos em alguns enunciados fundamentais: (1) ampliar o escopo de atuação da Bireme para aproximar-se das demandas por informação decorrentes da implementação das políticas prioritárias de saúde pública, em especial no concerne á

expansão dos serviços e do cuidado em saúde; (2) incluir nesse novo escopo as áreas de planejamento, gestão e operação de serviços de saúde, como uma clientela em condição e paridade com as áreas de pesquisa e docência; (3) ajustar a transferência de tecnologias às condições locais, sempre que possível projetando-se o desenvolvimento autóctone de soluções; e (4) adotar formas flexíveis no desenho das redes locais e nacionais de informação, como estratégia para superar o problema crítico do isolamento da Bireme em território brasileiro.

Sonis conferiu destaque especial ao lançamento do *Index Medicus Latino-Americano*, uma iniciativa que considerou exemplar no que concerne às formas de cooperação técnica. Nas suas palavras:

“Si creemos realmente en la cooperación técnica, si creemos que es posible lo que se ha dado en llamar en las Naciones Unidas ‘conversación norte-sur’, si no es tarde para el diálogo entre los países muy desarrollados y aquellos en desarrollo, debemos señalar que los logros importantes son aquellos que se concretan siguiendo la orientación que nos llevó a publicar el IMLA, es decir, la cooperación técnica y no la tradicional asistencia, a cuyo término todo queda prácticamente igual (SONIS, 1980: 488).

Curiosamente, a cooperação que suscitava esse comentário fora proporcionada também pela NLM, parceira de primeira hora, e cujo comportamento na transferência das tecnologias da Medline havia sido objeto de desconfiança e crítica. Os termos dessa relação, entretanto, segundo Sonis, já haviam se modificado:

“La más importante colaboración de la NLM con Bireme es la que permitió la publicación del IMLA, y no porque las otras no hayan sido importantes; por el contrario, las creemos de extraordinario valor. Pero si en la nueva tónica de la cooperación técnica quisiéramos buscar un ejemplo de

colaboración generosa, amistosa, promotora sin ser paternalista, inteligente sin pretender imponer directivas, no cabe duda que el IMLA sería el caso más típico, más patente”.
(SONIS, 1980: 489)

As orientações de Sonis e as recomendações do grupo de trabalho foram renovadas nos anos seguintes. Em finais de 1981, Sonis deixou a direção da Bireme. Ele alcançara os 60 anos de idade, e as regras da Opas obrigaram-no a aposentar-se.

No início de 1982, assumiu a diretoria da Bireme o espanhol Fernando Rodriguez Alonso, para um mandato que se estenderia até 1992. Natural de Oviedo, em Astúrias, e médico titulado pela Universidade Central de Madrid, Alonso, muito cedo, dedicou-se à editoração científica e ao mundo das bibliotecas. Obteve seu mestrado em ciências biblioteconômicas pela Universidade de Minnesota e atuou na condução de projetos de bibliotecas universitárias na Universidade de Concepción (Chile) e na Universidade de El Salvador. Já integrava os quadros da Bireme desde 1972, quando assumiu a coordenação do seu programa educacional, implantado mediante apoio da Fundação Kellogg (BIREME, 1974).

No mesmo ano, na XIV Reunião do Comitê Científico Assessor, a Bireme teve sua designação modificada para Centro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde. Os significados dessa alteração de denominação não devem ser subdimensionados. Em primeiro lugar, os limites estritamente médicos ou biomédicos do escopo original já haviam sido de muito superados. O termo saúde passou a ser utilizado para designar um conjunto de fenômenos e de práticas sociais considerado, essencialmente, multidimensional, multidisciplinar e multiprofissional.

Para definir esse novo escopo, por exemplo, Alonso, recorrendo a documentos da OMS, estabelecia que uma forma de propiciar a “informação apropriada” para atender às necessidades da estratégia da atenção primária em saúde, seria

“organizar o intercâmbio de informação entre países sobre as experiências nacionais, em particular sobre os

seguintes pontos: os sistemas nacionais de saúde e as formas em que estão organizados; a organização da atenção primária de saúde nas comunidades; os progressos das tecnologias para a saúde e os métodos para selecioná-las; a participação da comunidade nos sistemas de saúde no controle social desses sistemas; a ação intersetorial a favor da saúde e os processos de gestão e investigação sobre sistemas de saúde”. [...] Assim, “o tipo de informação necessária pode incluir elementos políticos, sociais, culturais, econômicos, ambientais, e administrativos, que influem na situação sanitária. Os dados solicitados podem ser, portanto, de índole histórica, social, política, econômica, científica, tecnológica, demográfica, epidemiológica, orgânica e legislativa”. (ALONSO, [1982]:4)

A instituição deixava, também, de ser fundamentalmente ou apenas uma biblioteca e passava a se constituir em um centro de informação. Nessa condição, tão importante quanto manter e administrar o acesso aos estoques de informação registrada sob a forma de acervos de periódicos era, por definição, exercer atividades de controle bibliográfico e indexação, “captar, analisar, sintetizar e difundir” a produção latino-americana em ciências da saúde (ALONSO, [1982]:4). E, conceitual e formalmente, essa produção passava a incluir, além da tradicional literatura periódica publicada, “*the fugitive health literature such as government documents, reports, budgets, special projects, working papers, etc., to facilitate access to materials which are crucially important for improving operational tasks in the health field*” (BIREME, [1982]: 3).

Em boa medida, a agenda de Alonso, em seus primeiros anos, esteve de fato concentrada na realização das diretrizes enunciadas ao final do Long-Range Working Group for the Latin American Information Network, que, por sua vez, reafirmara os conceitos centrais formulados no início da gestão de Sonis, que vinham pautando o projeto institucional da Bireme desde então.

Para tanto, sob a liderança de Alonso, a Bireme logrou aprovar junto à própria Opas, à Fundação Kellogg, ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e ao International Development Research Centre (IRDC), do Canadá, um

programa, comportando um conjunto de projetos, elaborados sempre sob a moldura da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento e da Saúde para todos no Ano 2000, cujo objetivo era proporcionar-lhe a infraestrutura tecnológica e o desenvolvimento metodológico necessários à implementação efetiva de uma rede latino-americana de informação em ciências da saúde (BIREME, [1982]; 1984a; 1984b).

Quanto à metodologia, a tarefa consistia em considerar, em conjunto, (a) a determinação precisa do alcance temático do sistema; (b) o estabelecimento de critérios de “entrada” dos documentos; (c) os desenhos dos elementos a serem incluídos nas “folhas” de descrição bibliográfica; (d) o desenvolvimento e a validação de um vocabulário controlado de termos em espanhol, português e inglês; (e) a preparação de manuais de indexação e guias para a descrição bibliográfica; e (f) a seleção de *softwares* para mini e microcomputadores (BIREME, 1984^a: 4).

A preparação de um vocabulário controlado implicou a tradução para o português e o espanhol de um extrato de 50% dos termos constantes do *Medical Subject Readings* – MeSH, da NLM, e a elaboração de um *thesaurus* integralmente dedicado à saúde pública. Dessa forma, seria possível, segundo os proponentes da Bireme, dispor de um vocabulário adequado para a indexação, segundo as necessidades latino-americanas, tanto da literatura em medicina e biomedicina como dos registros referentes ao campo de formulação e implementação de políticas públicas de cuidado à saúde e aos seus determinantes sociais.

No plano tecnológico, o objetivo desse programa era estabelecer, na Bireme, um centro de computação compatível com os requerimentos subjacentes à própria agenda de consolidação da rede latino-americana. Os equipamentos adquiridos entre 1977 e 1978, que haviam sido suficientes para a elaboração do IMLA e dos programas de gestão interna da Bireme, eram insuficientes para que a instituição realizasse, com autonomia, um processamento integrado das bases de dados que ela pretendia operar. Nessa altura, por exemplo, o processamento de consultas à Medline, no Brasil, ainda era realizado mediante o aluguel de parte do tempo dos equipamentos do Instituto de Energia Nuclear –USP/CNEN e com recursos de teleprocessamento bastante precários e irregulares (BIREME, 1984b:4-5).

Após a realização de estudos preliminares e combinando recursos de várias fontes, a Bireme realizou a compra de um minicomputador HP 3000/68 e os meios periféricos necessários ao armazenamento, processamento e comunicação de dados na escala precisada. Optou pela utilização do sistema Minisis, desenvolvido pelo IDRC,¹¹⁷ ao mesmo tempo que o planejamento global da rede previa a instalação de microcomputadores IBM-XT e sistemas microisis para a equipagem dos centros nacionais e das bibliotecas cooperantes da rede latino-americana.

Em 1985, a Bireme lançou a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde, cuja elaboração contou, em graus variados, com uma alimentação descentralizada por centros e bibliotecas, tanto no Brasil como nos demais países latino-americanos. Sua metodologia, baseada em padrões internacionais, compreendia a catalogação e indexação de literatura dita não convencional, além de monografias e periódicos.¹¹⁸ Para a indexação, a Bireme utilizaria o DeCS, uma lista de descritores autorizados formados, grosso modo, pela combinação da tradução, para os três idiomas oficiais da Opas, do MeSH e de uma classe temática integralmente dedicada à saúde pública.

Simultaneamente, renovaram-se os esforços para fazer avançar a institucionalização da rede latino-americana de bibliotecas, mediante a designação de centros coordenadores nacionais e a constituição das redes nos países, cujas funções básicas incluíam:

¹¹⁷ A partir de 1985, a coordenação da área de computação eletrônica da Bireme estava à cargo de *Abel Laerte Packer*. No início dos anos 70, Packer havia participado da implantação de sistemas de informação sobre populações no Centro Latino-Americano de Demografia, no Chile, organismo vinculado às Nações Unidas. Nessa ocasião, com o apoio do IDRC, foram adotadas para os sistemas de informação bibliográfica as metodologias Unesco e, pela primeira vez na América Latina, as tecnologias da família ISIS (Integrated System for Information Subroutine), originárias da Organização Internacional do Trabalho – OIT e, depois, na Unesco. Após titular-se mestre em biblioteconomia e ciência da informação na Universidade de Syracuse, Packer implantou, a partir de 1982, um mesmo pacote método-tecnológico similar no Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos da Secretaria de Planejamento do Estado de São Paulo. Em meados da década, a tecnologia ISIS estava, no Brasil e na América Latina, se tornando uma solução frequente para a automação em instituições públicas como o IBICT e o Centro Nacional de Agricultura – CENAGRI, e em órgãos intergovernamentais, como o Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente – Cepis. Packer tornaria-se, mais tarde, diretor da Bireme, Ver Packer (2011) e Bireme (1984b).

¹¹⁸ Para definir suas metodologias, a Bireme apoiou-se em padrões internacionais recomendados pela Unesco, entre os quais os contidos no *UNISIST Reference Manual for Machine-readable Bibliographic Descriptions*, com adaptações realizadas nos sistemas do Clade e da Cepal, além de padrões do *Anglo-American Cataloguing Rules*, segunda edição (AACR2), por sua vez inspiradas no *International Standard Bibliographic Description (ISBD)*, da International Federation of Library Associations and Institutions (IFLA) (BONHAM, 1990).

“(1) to develop national capabilities to create and operate national health information systems; (2) to control, collect, process and disseminate health literature generated in the region; (3) to disseminate national, regional and international health information; (4) to develop human resources at the managerial and technical levels and; (5) to introduce and adapt appropriate information technologies”(BIREME, 1996: 3).

A possibilidade de efetivamente compartilhar metodologias e tecnologias e distribuir responsabilidades permitiu um considerável êxito nesse novo esforço de consolidação da atuação internacional. Em 1987, a Bireme instituiu um Comitê Técnico Regional, constituído pelos representantes de cada um dos centros nacionais. Este passava a ser o principal fórum de discussão de diretrizes e aconselhamento da Bireme, no que concerne ao funcionamento da rede latino-americana.¹¹⁹ A Bireme retomou com novo fôlego a oferta de cursos de atualização técnica e, desse modo, logrou constituir uma comunidade regional especializada, que compartilhava concepções, modos de operação e conhecimentos técnicos especializados.

Em 1988, a Bireme passou a distribuir a Lilacs, por meio de CD-ROMs (*Compact Disk-Read Only Memory*), ao mesmo tempo que 150 centros nacionais e bibliotecas cooperantes, de 19 países, passavam a dispor dos microcomputadores, unidades de leitura e sistemas básicos requeridos. Assim aparelhados, centros e bibliotecas tornavam-se aptos a, cumulativamente, realizar a consulta local às bases de dados, operar as solicitações, alimentar as bases a partir dos trabalhos de catalogação e

¹¹⁹ Entre 1987 e 1991, o comitê reuniu-se por três vezes. A partir de 1992, o encontro passou a fazer parte do Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde – CRICS, realizado bianualmente (BIREME, 1996).

indexação realizados localmente e, também, automatizar os seus próprios catálogos, um desenvolvimento sem dúvida fundamental.¹²⁰

Certamente, nem todos os países lograram estabelecer plenamente suas redes nacionais, verificando-se uma série de situações intermediárias. De um ponto de vista orçamentário, o protagonismo das fontes brasileiras tendeu a se tornar uma constante, ainda que, eventualmente, recursos internacionais possam ter sido decisivos, não tanto para a sustentação do centro, mas, sobretudo, para a implantação de projetos com implicações importantes para os contornos do projeto institucional.¹²¹

Ainda que, na década de 80, fosse nítida a preocupação com a efetiva construção da rede latino-americana de bibliotecas e centros, a rede brasileira, que já era operante desde o decênio anterior, usufruiu em primeira mão dos avanços método-tecnológicos alcançados pela Bireme no período. O processo de implantação de tecnologias da informação se acelerou e, ao final da década, já havia se completado na maioria das unidades. O sistema de informação bibliográfica em saúde era, então, um dos mais avançados do cenário nacional de ciência e tecnologia (PACKER, 2011).

A essa altura, portanto, a Bireme já havia, então, estabelecido um consistente lastro método-tecnológico que a tornava capaz de atuar como instituição líder de um sistema latino-americano concreto, operando de forma crescentemente descentralizada e oferecendo, simultaneamente, fontes de informação, meios técnico-operacionais e a capacitação técnica específica para as bibliotecas integrantes do sistema. Os ganhos decorrentes da adesão ao sistema pelos países e por cada biblioteca em particular eram significativos e crescentes.¹²²

¹²⁰ Em 1990, os países participantes eram: Brasil, Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Equador, Guatemala, Honduras, México, Peru, Paraguai, El Salvador, Uruguai e Venezuela (BONHAM, 1990). Em Bireme (1996) são mencionados 21 países, sem listá-los.

¹²¹ Em 1983 e 1984, quanto ao orçamento regular da Bireme, o governo brasileiro respondeu por 68% e 62%, e a Opas por 32 e 28%, respectivamente. Nos dez anos compreendidos entre 1974 e 1984, as percentagens médias foram de 60% e 40%. Em 1984, o orçamento regular da Bireme correspondia a algo como US\$ 890.000,00; ou US\$ 1.910.000,00 (um milhão e novecentos e dez mil dólares) em valores de 2011. Recursos de projetos sempre complementaram esses recursos. Em 1984, por exemplo, os recursos previstos no financiamento. Ver: Bireme (1982; 1984).

¹²² Em 1992, por exemplo, a Bireme oferecia um pacote de CD-ROMs que continha, além de Lilacs, uma série considerável de bases de dados em áreas como legislação de saúde (Leyes); engenharia sanitária e ambiente (Repdisca) saúde materno-infantil/infantil (Adolec); desastres naturais, odontologia e administração de saúde; além das bases WHOLIS e PAHO, com os acervos institucionais da OMS e da

Em 1992, é formalmente estabelecido o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, integrado pelos centros nacionais, suas subredes e os centros de documentação dos centros pan-americanos e das representações da Opas nos países. Esse esforço rumo à consolidação regional registra ainda, no mesmo ano, a realização do I Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde, o CRICS I (BIREME, 1996).

Dessa maneira, atualizadas ao longo do caminho, as diretrizes de Abraham Sonis e do Long-Range Working Group for the Latin American Information Network haviam produzido efeitos bem próximo aos imaginados.

IV.10 - Uma trajetória institucional de consolidação do centro regional

Como já assinalado, o tema do acesso à informação médica e biomédica de qualidade e atualizada começou a frequentar os debates nas instâncias superiores da Opas tão logo a I Reunião de Ministros da Saúde das Américas conclui, em 1963, a tarefa de detalhar o Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso. A proposição de uma biblioteca regional de medicina, desde muito cedo, foi acompanhada de ideias a respeito da criação de um centro regional para a produção de materiais instrucionais sob a forma de audiovisuais e de programas de tradução e publicação subsidiada de livros-texto, entre outras iniciativas modernizadoras do ensino de medicina, como parte da agenda do desenvolvimento.

A instalação dessa biblioteca foi compreendida, desde a primeira hora, como uma aquisição universalmente válida, capaz de responder a preocupações das mais diversas: apoiaria a atividade de pesquisa como parte de uma capacitação docente; facilitaria o acesso à literatura internacional aos grupos nacionais em processos de especialização; resultaria em melhores condições e estímulo para a prática da educação continuada; e constituiria elemento de racionalidade nos gastos com a instalação e manutenção de bibliotecas em um ensino médico em expansão. Para aqueles mais sensíveis aos temas da saúde internacional, uma infraestrutura em informação bibliográfica adequada contribuiria para um aumento quantitativo e qualitativo do

Opas. Em 1994, após negociações especialmente intrincadas, a Bireme adicionou ao pacote um CD-ROM com a base Medline, recuperável a partir da interface trilingue desenvolvida inicialmente para Lilacs (PACKER, 2011).

peçoal médico requerido por uma pretendida ampliação das ações e serviços de saúde, como parte das políticas sociais do desenvolvimento.

A criação da Bireme esteve, sempre, intimamente vinculada ao movimento da educação médica na América Latina, representado nas associações nacionais de educação médica e na Federação Pan-americana de Faculdades (Escolas) de Medicina (Fepafem). Estas, por sua vez, foram diretamente apoiadas pela Opas e pela American Medical Colleges Association. Além dessas organizações, a NLM, como demonstrado, desempenhou um papel decisivo na gênese e implantação do projeto da Bireme.

Assim, no seu nascedouro, a Bireme foi um projeto articulado a um programa de modernização do ensino médico na América Latina, cujo sentido era proporcionar meios que contribuíssem, de modo relevante, para suprimir lacunas e reduzir distâncias entre as condições existentes nos EUA e nos países latino-americanos no que tange à formação de médicos e de pesquisadores-docentes em biomedicina. Dessa forma, ela foi concebida como um ‘aparato’ pertinente aos valores gerais do desenvolvimento e, ao mesmo tempo, como uma das suas expressões no âmbito setorial da saúde, no momento mesmo em que as políticas sociais assumiam maior relevância como tema da agenda internacional.

A Bireme foi concebida como um sistema, cujo desenho fora concebido no contexto da biblioteconomia médica norte-americana e prescrito como um desdobramento para todas as Américas. Sua proposição deu-se, inclusive, em singular sincronia com a formulação do próprio sistema norte-americano de bibliotecas regionais de medicina e da sua apresentação e negociação com as associações de escolas de medicina, autoridades legislativas e executivas dos EUA. Desse modo, a criação da Bireme foi, por um lado, parte de um movimento que ultrapassava o contexto norte-americano em direção às Américas e, portanto, parte da solução para os problemas da NLM na gestão em larga escala da demanda por literatura periódica atualizada em volumes e custos crescentes. Por outro lado, a economia gerada por essa nova racionalidade, em termos sistêmicos, ajudava a financiar, além de ampliar, a visibilidade e legitimidade do próprio esforço de desenvolvimento de tecnologias da informação.

De fato, o sistema proposto pela NLM dependia de um elenco de aquisições tecnológicas que lhe eram estruturantes. Dependia de fotocopiadoras, de telex e,

crescentemente, de sistemas informatizados para estoque e recuperação de informação de referência. Pressupunha, ainda, o estabelecimento de um arranjo institucional hierarquizado e distribuído territorialmente de bibliotecas das escolas de medicina e dos institutos de pesquisa. Estas constituíam seus principais pontos de acesso e definiam sua clientela preferencial: professores-pesquisadores e estudantes de medicina.

O conteúdo do sistema era, centralmente, o conhecimento registrado sob a forma de artigos da literatura periódica médica e biomédica recente. Portanto, ele obedecia aos imperativos de atualidade, devotando pouca atenção às obras monográficas e aos acervos históricos. Ao mesmo tempo, foram reduzidas as preocupações com a produção latino-americana em medicina e biomedicina. Caberia aos latino-americanos, mais tarde, introduzi-las. Assim, a clientela do sistema era percebida, nos primeiros anos, essencialmente como consumidora de informação e conhecimentos, e o sistema possuía uma direcionalidade: dos centros produtores de conhecimento biomédico para uma periferia consumidora.

A NLM, sem dúvida, propôs e negociou o projeto da biblioteca regional de medicina em condições que lhe eram extremamente favoráveis. Além de deter o acervo mais completo e atualizado do planeta, para o qual as principais bibliotecas da região corriqueiramente recorriam quando não conseguiam atender às demandas dos usuários, ela havia, recentemente, desenvolvido as metodologias de indexação e as tecnologias que permitiram a recuperação da informação bibliográfica na velocidade requerida pelos novos tempos. Era, portanto, detentora de uma fala especialmente autorizada no domínio da sua competência conceitual e técnica. Nessa condição, ela pôde estabelecer, em seus próprios termos, vários dos requerimentos necessários à escolha da cidade e da instituição que deveriam sediar a biblioteca e pôde, também, estabelecer os elementos conceituais a serem adotados no projeto da biblioteca, definindo, para tanto, de maneira enfática, as suas diferenças em relação aos parâmetros adotados, no Brasil, pelo IBBD sob inspiração da Unesco.

Dessa forma, a Bireme, na condição de aparato, foi, em seus anos iniciais, instrumento e manifestação da vontade, autoridade e competência, em vastíssima medida, originárias “do centro” da biblioteconomia médica norte-americana, a mais avançada de seu tempo. Na NLM residiam, sem dúvida, os estoques e os recursos de

conhecimento, métodos e tecnologias necessários à formulação da proposta em si, assim como à sua implantação. Mas, como indicado, o próprio fluxo de informação no interior do sistema também possuía uma natureza centrípeta e tendia à realimentação do centro como lugar de poder.

Desde sua concepção original, a Bireme também deveria atuar como um centro difusor, na medida em que seu projeto pressupunha, desde a primeira hora, iniciativas que induziram e promoveram a constituição de redes de bibliotecas médicas, tanto no Brasil como na América Latina. Da mesma forma, deveria realizar sistematicamente ações de capacitação e treinamento de especialistas e técnicos em biblioteconomia médica segundo os cânones que presidiam o conjunto do sistema de informação em implantação.

As instituições brasileiras, e as paulistas em particular, foram mais eficazes ao mobilizarem seus capitais políticos, logrando alocar recursos orçamentários governamentais consideráveis no projeto. A esse respeito, vale dizer que, na composição dos recursos federais regulares alocados, o Ministério da Educação desempenhou papel preponderante – e decisivo – até a segunda metade da década de 80 (FERREIRA, 2009; MACEDO, 2011).

Ao mesmo tempo, São Paulo demonstrou ter uma das melhores infraestruturas urbanas, ser um centro universitário e de pesquisa nas áreas centrais de interesse e dispor de um conjunto de bibliotecas razoavelmente bem supridas e de um contingente de bibliotecárias médicas bem formadas e dispostas ao trabalho cooperativo. A Escola Paulista de Medicina, por sua vez, que havia sido recentemente federalizada, considerada burocraticamente mais simples, colocou à disposição do projeto um prédio praticamente novo, em boas condições, com possibilidades de expansão, no qual já estava alojada uma biblioteca em muito boas condições. Além disso, a escolha da cidade de São Paulo significava, talvez, conseguir manter o distanciamento necessário do IBBD e da sua influência.

Implantada a Bireme, sua trajetória representou, em boa medida, a história da recepção desse modelo pelos ambientes institucionais brasileiros e latino-americanos. Essa recepção pode ser percebida como um processo de captura, a partir da sua inscrição na saúde latino-americana, da elaboração discursiva e conceitual do projeto,

antes determinada pela autoridade da NLM, que se fez acompanhar, no terreno prático, de uma efetiva modificação da agenda programática e técnica da Bireme. Foi, portanto, também, um processo de remodelagem.

Como já visto, esse processo de recepção envolveu, a partir de meados da década de 70, a formulação de críticas ao modelo original e de alternativas para a condução do projeto institucional da Bireme. Essas novas concepções foram formuladas à luz de concepções também alternativas de ‘desenvolvimento’ e dos enunciados da saúde internacional que, na década de 70, atualizaram a relação saúde/desenvolvimento, segundo esses novos termos, e tiveram, talvez, na meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e na estratégia da atenção primária de saúde os seus enunciados mais completos. Dessa forma, viram-se alterados os elementos vitais da filosofia pública e os referenciais setoriais que presidiam o projeto da biblioteca regional.

No processo de implantação e de recepção do modelo concebido pela NLM, a Bireme foi, sem dúvida, uma arena onde se expressaram ideologias, poderes, concepções, anseios e interesses, cujas manifestações culminaram por produzir, na concepção do projeto, tanto ajustes quanto reconfigurações de profundidade considerável. As fontes primárias desses componentes (ideologia, interesses etc.) estavam localizadas nas instituições, nos processos de atualização da concepção e da agenda do desenvolvimento mencionados, no movimento mais geral da saúde internacional, e na sua expressão no âmbito das posições presentes no movimento da educação médica e dos recursos humanos em saúde.

No período de Amador Nehgme, os vínculos com a Fepafem, a adesão à corrente da medicina preventiva clássica, em seus matizes mais estritamente liberais, e a percepção da biblioteca como infraestrutura docente resultaram na recepção, que se pode dizer conservadora, do modelo da NLM, ainda que em algumas circunstâncias ela tenha promovido de modo insipiente algumas inovações. Segundo essa percepção, Nehgme foi ao mesmo tempo tão firme ao perseguir a implantação da Medline, quanto tenaz ao buscar os arranjos institucionais necessários à montagem das redes nacional e latino-americana de bibliotecas.

As dificuldades em ambas as frentes foram consideráveis. Por um lado, as condições para a operação da Medline, ela mesma um recurso de desenvolvimento

muito recente, foram sempre precárias. Por outro lado, a incapacidade de expandir sua implantação para os outros países - além das dificuldades existentes no Brasil - reduziu o poder de indução ou convencimento quanto à adesão ao projeto.

Na gestão de Abraham Sonis, a partir da crítica por ele formulada e posteriormente aprofundada durante a realização do Long-Range Working Group for the Latin American Information Network, a recepção ao modelo da NLM assumiu, indiscutivelmente, uma forma mais radical. Sonis, na companhia de José Roberto Ferreira, aprofundou o compromisso do projeto com a agenda reformadora da saúde pública interamericana, da educação médica e dos recursos humanos em saúde. Dessa forma, atribuíram centralidade para temas como a integração entre a docência e os serviços de atenção à saúde; a necessidade de utilização de tecnologias apropriadas ao seu contexto de aplicação; a natureza das relações de assistência/cooperação técnica internacional; a capacidade de contribuir para a transformação das condições de saúde da população como sentido último das estratégias a serem adotadas; a premência de uma integração entre a informação em ciências da saúde relativa à pesquisa, à docência, e à atenção e à gestão de serviços; as condições de controle bibliográfico efetivo e amplo sobre a produção científica e técnica do continente; e a composição dos públicos produtores e consumidores de informação a serem incluídos no sistema.

Ao fim deste processo crítico, sem dúvida, havia um novo modelo de centro de informação em ciências da saúde a conduzir o projeto institucional da Bireme e que pressupunha alterações no conteúdo da informação processada; dos públicos atingidos; dos lugares e sujeitos de produção e consumo da informação e da base tecnológica. E, é importante destacar, estas alterações eram percebidas como parte de uma estratégia maior dirigida à transformação do setor saúde em seu conjunto.

Estas mudanças implicaram em alterações nas instituições que serviam de referenciais setoriais para o projeto institucional. Como evidência, desde 1978 a Bireme instalara um Comitê Assessor Nacional, como instância de aproximação com os seus principais financiadores e clientes importantes. Dois anos depois, em 1980, em pleno desenrolar do *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*, o Comitê Científico Assessor foi extinto. Já não havia sentido manter assentos permanentes para a NLM e para a Fepafem, por exemplo, e orientar o funcionamento do

sistema pelas demandas quase exclusivas da pesquisa biomédica e do ensino universitário de medicina.

Com os desenvolvimentos posteriores na implantação da rede latino-americana, em 1987, foi instituído o Comitê Técnico Regional da Rede e, em 1992, é formalmente estabelecido o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. As reuniões dos comitês técnicos, como expressão de uma comunidade técnica especializada, passaram a ser, desde então, a instância de debate e deliberação quanto aos rumos da Bireme e do conjunto do sistema.

Para tanto, sem dúvida, a Bireme exerceu um vigoroso papel de “teaching” junto a comunidades políticas e técnicas nos países da América latina, a partir de posições que já havia consolidado no Brasil. A realização sistemática de cursos de treinamento, capacitação e especialização em biblioteconomia médica, primeiro segundo os cânones da NLM e depois segundo os seus novos princípios ordenadores, foi sem dúvida decisivo. De fato, a Bireme exerceu um papel instituinte na conformação de sua própria comunidade especializada de referência, ou se preferirmos de seu domínio especializado. Por outro lado, é preciso indicar que embora tenha sempre realizado atividades de ensino e de esforços consideráveis de introdução e desenvolvimento de tecnologias da informação, a Bireme, jamais desempenhou no período atividades tipicamente universitárias de ensino e pesquisa. Ações de ensino e de desenvolvimento estiveram sempre orientadas para questões de ordem prática segundo as necessidades objetivas do sistema, da sua instituição e funcionamento.

Seus pontos de contato com a comunidade de biblioteconomia, documentação, e ciência da informação em geral, embora existentes, foram, em geral, de pouca relevância. A decisão, na segunda metade dos anos 1970, em primeiro lugar, de manter a operação de Medline sob sua responsabilidade, e portanto, de necessariamente dominar os requerimentos método-tecnológicos para tanto, e, em segundo lugar, de realizar a elaboração do Index Medicus Latino-Americano em bases similares terminou por constituir um domínio super-especializado de biblioteconomia médica, em certa medida autônomo em relação ao campo mais geral.

A Bireme não deixou de arregimentar bibliotecárias formadas pelas escolas de biblioteconomia, sobretudo de São Paulo; tampouco professores para o ensino de uma

ou outra disciplina em seus cursos; ou mesmo eventualmente especialistas consultores nacionais. O que a Bireme empreendeu, de modo bem particular, a partir da sua base método tecnológica, da sua inscrição na saúde, e da sua condição de centro internacional, foi realizar uma socialização em seus termos de alguns daqueles quadros, que passam a integrar a sua comunidade técnica referencial.

Para realizar esta empreitada a Bireme deve desenvolver sua própria *expertise* quanto a métodos e tecnologias, seja no que concerne ao uso de linguagens documentárias, seja no que tange à incorporação e desenvolvimento autônomo de soluções baseadas em tecnologias da informação. Sempre em acordo com diretrizes reiteradas quando do grupo de trabalho de longo alcance, a Bireme neste processo capacitação tecnológica reforçou suas origens como centro internacional. Em primeiro lugar ela recorreu a soluções para mini-computadores e micro-computadores cujos desenvolvimentos tinham se dado nos ambientes da cooperação internacional, multilateral e bilatetral, interacional em organismos como a Unesco, o CNDE –Cepal e a IDRC canadense. Em segundo lugar ela o fez em certa medida “re-empacotando” metodologias e recursos de informação utilizados e fornecidos pela NLM. Ela não deixou, portanto, de responder, em nenhum momento, às necessidades que originaram a sua própria criação.

Em terceiro lugar, a Bireme atualizou seu acervo de metodologias e tecnologias e suas estratégias de penetração segundo os termos da agenda da saúde internacional latino-americana e as concepções vigentes de desenvolvimento, enfatizando entre outros aspectos os temas da gestão e prestação de serviços de saúde e as práticas de cooperação técnica entre países em desenvolvimento.

Por fim, um aspecto especialmente relevante, a Bireme constituiu neste processo um acervo de recursos de informação, metodologias, tecnologias e de arranjos operacionais e institucionais, que conformava um patrimônio institucional tanto percebido como dela Bireme, e da Opas, como organismos internacionais, quanto considerado de propriedade difundida pelo conjunto de países, ainda que instituições e atores brasileiros, dada a posição de relevo do Brasil como principal país contribuinte, possam exercer sobre ela maior ou menor influência.

Capítulo V

O Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde: modernizando a formação das profissões da saúde

V.1 - Antecedentes

Ao longo dos anos 50, é possível indicar um aumento das discussões a respeito das condições reinantes e das tendências de desenvolvimento do ensino médico e da medicina preventiva na região das Américas. Esse processo envolveu recorrentes debates sobre a essência da profissão, sobre os objetivos das instituições de ensino, sobre a organização e conteúdo desse ensino e, portanto, sobre o currículo médico. Em várias ocasiões, registrou-se a necessidade de uma melhor capacitação do pessoal docente no terreno da pesquisa e da docência, quanto aos métodos e técnicas de ensino, assim como ao desenvolvimento dos recursos instrucionais a serem empregados. Isso significava que os anos 50, sobretudo nos Estados Unidos, registravam o surgimento de uma pedagogia médica como um domínio de reflexão, produção acadêmica e prática, concretizada a partir dos vários empreendimentos de reforma de estabelecimentos de ensino médico. Em algumas dessas circunstâncias, os usos dos chamados novos meios audiovisuais foram considerados possibilidades reais de inovação proveitosa, a serem pensadas, porém, com os necessários cuidado e parcimônia. No contexto latino-americano, como já indicado no capítulo II, esse movimento, contando com o protagonismo inegável da Organização Pan-Americana da Saúde, teve como pano de

fundo as estratégias de incremento, com qualidade, do número de médicos na América Latina, segundo “as possibilidades e perspectivas de nosso desenvolvimento econômico e social” (NEGHME, 1965^a, p. 61).

Por exemplo, nas primeiras conferências de faculdades e escolas latino-americanas de medicina, realizadas a partir de 1957, sempre com o apoio direto da Opas, essa temática foi tratada com maior destaque e profundidade. Segundo o primeiro presidente da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (Fepafem), Amador Neghme, àquela altura, “em qualquer ordem de prioridades, a preparação do pessoal docente e de investigação ocupa(va) um lugar privilegiado” (NEGHME, 1965a, p. 60-61).

Quando se realizou o Seminário Sobre o Ensino de Pediatria, em Paipa, Colômbia, em 1958, seu temário incluiu uma reflexão sobre os métodos de ensino em pediatria e os meios a serem utilizados na docência. Naquela ocasião, vale registrar, os relatores do seminário registraram que, de nenhuma maneira, a utilização de meios audiovisuais poderia substituir a observação direta de paciente pelo aluno. No entanto, poderiam contribuir para um ensino “mais ameno e interessante” quando utilizados “*con discriminación y siempre como complemento de la exposición teórico-práctica*”. Em que pese este pronunciamento, em alguma medida insosso, acerca da utilização e das possibilidades da aplicação de novas tecnologias no espaço docente, os mesmos especialistas recomendaram que em todas as universidades deveriam ser criados setores especialmente para a preparação desse tipo de material educativo, e a esse respeito considerou-se a necessidade de instituição de um “serviço de ajuda internacional audiovisual para os países da América Latina” (OPAS, 1960 p. 482-483).

No seu discurso de abertura na já mencionada IV Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, realizada, em 1964, na cidade mineira de Poços de Caldas, Neghme reiterou a prioridade conferida à formação docente, indicando que

“por fortuna, se está tornando cada vez mais generalizada a opinião de que o corpo educacional pedagógico no ensino de medicina não se improvisa nem depende exclusivamente da experiência clínica, da quantidade e qualidade da investigação científica realizada nem, menos

ainda, da pura erudição ou do volume de conhecimentos” (NEGHME, 1965A, p. 60).

Ainda, na mesma oportunidade, complementou:

“Os problemas da filosofia da educação, dos métodos e técnicas da aprendizagem, dos fundamentos do planejamento e da supervisão educacionais, da organização e administração escolares, da pesquisa em pedagogia do ensino superior reclamam uma competência e uma preparação especiais que não derivam necessariamente da alta capacidade científica ou técnica em medicina.” (NEGHME, 1965A, p. 60).

Com essa perspectiva, Neghme enquadrava os esforços que então a Fepafem empreendia, com o apoio da Opas, a fim de instituir o que seriam os Centros Regionais de Formação e Aperfeiçoamento Científico e Docente e de prover meios para a formação contínua e sistemática dos novos médicos. Assim, Neghme proferia um enunciado legitimador de uma pedagogia médica como domínio especializado no que concerne às agendas da Fepafem e, em certa medida, da Opas. Na sequência, nesse mesmo discurso, indicou, como iniciativas articuladas, os entendimentos mantidos com vistas à criação de um centro bibliográfico internacional; de um programa de edição e distribuição financiada de livros-texto; e de um centro de recursos visuais e audiovisuais para o ensino de medicina (NEGHME, 1965a, P. 61).

A programação da conferência latino-americana de Poços de Caldas incluiu exatamente como primeiro tema de discussão as “Normas para funcionamento de centros de formação e aperfeiçoamento científico e docente para professores e pesquisadores”.¹²³

¹²³ O segundo tema de discussão foi “Requisitos para o funcionamento de novas escolas de medicina e definição precisa de capacidade docente” (ABEM, 1964).

Na agenda da II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, realizada na mesma ocasião, paralelamente ao encontro latino-americano, e com um conteúdo significativamente também internacional, o primeiro tema de discussão foi “A pedagogia aplicada à medicina”. No mesmo evento, Neghme proferiu a conferência “A Filosofia Moderna da Educação Médica”. Uma mesa-redonda foi inteiramente dedicada aos “Estudos de recursos áudio-visuais” (ABEM, 1965, p. 253).

Como forma de estimular e orientar a discussão do primeiro tema da conferência de faculdades latino-americanas, ou seja, sobre o funcionamento de centros de formação e aperfeiçoamento científico e docente para professores e pesquisadores, foi trazido ao debate um documento de referência elaborado por iniciativa da Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura, da Comissão Supervisora do Plano dos Institutos (Cosupi), da diretoria da Associação Brasileira de Escolas Médicas, e da diretoria executiva da Federação Pan-Americana de Associações de Escolas Médicas (GÓES, 1965). Sua elaboração, a cargo do professor Paulo de Góes, então diretor do Instituto de Microbiologia da Universidade do Brasil, contou com a participação de vários professores brasileiros ¹²⁴.

No documento de referência, Góes e os demais autores propõem um detalhado modelo de centros de formação e aperfeiçoamento científico e docente que procura articular uma ênfase concentrada no aperfeiçoamento em pesquisa a uma segunda preocupação, assessoria, que contempla aspectos de natureza pedagógica ou educativa. Assim, o modelo define os Centros de Pesquisa e Treinamento Avançado (CTPA) como sendo instituições de investigação e ensino, sob a forma de laboratórios ou institutos, individualmente ou de modo consorciado, vinculados preferencialmente à universidade, com quadros de alta capacitação, em regime de dedicação integral, produtivos em várias áreas de uma determinada disciplina ou de um conjunto de disciplinas afins, devidamente instalados e aparelhados. Deveria ser uma instituição que, além de manter uma atividade de pesquisa permanente, fosse capaz de propiciar “diversos tipos de treinamento avançado”, da iniciação científica ao doutoramento, e de funcionar como um centro de referência para a informação científica e técnica, para a produção de

¹²⁴ Contribuíram para redação do documento José Leme Lopes, Carlos Chagas Filho, Luis Carlos Junqueira e Otto Bier, sendo que também opinaram Dumerval Trigueiro Mendes, Antonio Moreira Couceiro, Rubens Maciel, W. Kerr, Versiani Caldeira e Ernani Braga (GÓES, 1965: 1).

material padronizado e preparações normalizadas, e de consultoria técnica em sua área de competência (GÓES, 1965, p. 90-91). Isso significava que um CPTA deveria possuir uma massa crítica de pesquisadores e a quantidade de recursos e meios necessários para um nível adequado de produção científica e atividades de docentes, sendo que suas unidades de organização básica deveriam ser os “laboratórios de investigação” (GÓES, 1965, p.92). A proposta, quanto a esse aspecto, revelava sintonia com as preocupações então dominantes sobre a qualidade do ensino das ciências básicas e, portanto, da pesquisa universitária nesses campos do conhecimento, como fundamentais para o desenvolvimento de um ensino médico alicerçado em sólida capacidade científica.

O documento contém, ainda, toda uma seção destinada ao “treinamento em atividades didáticas”, necessário à formação de um “docente-pesquisador”. Sugere-se a existência de um serviço de planejamento e administração docente, de coordenação das atividades didáticas, de preparos de materiais para instrução e de documentação acadêmica. O modelo sugere também a existência de atividades devotadas à pesquisa educacional, “a cargo de profissional especializado”, responsável por realizar o acompanhamento das atividades didáticas, e avaliar as técnicas e recursos empregados, com o intuito de melhorar o planejamento de execução da atividade docente. Aconselhava-se, ainda, que o CPTA se mantivesse atualizado quanto à evolução e às oportunidades do mercado de trabalho para os seus egressos (GÓES, 1965, p. 96).

O processo de discussão desse documento inicial, bem registrado nos anais do evento, revela o quanto professores interessados nos debates sobre a organização e métodos do ensino de medicina divergiam em relação ao lugar e à relevância de uma eventual competência especializada em pedagogia da educação médica, nos seus métodos, técnicas e recursos de ensino.

Amador Neghme contribuiu para o debate com a apresentação, por escrito, de suas considerações sobre o tema. Seus comentários reforçam a ideia da existência de uma autêntica pedagogia do ensino superior, distinta da pedagogia do ensino médio. A base para um ensino de qualidade residiria nos atributos de um “bom docente”, entre os quais se incluem “não somente o conhecimento da matéria que se pretende ensinar e interesse na sua transmissão, mas, mais do que isso, clareza de conceitos, aptidões intelectuais e morais destacadas e, sobretudo, amor pelo ensino e pela juventude”.

Assim, a partir dessa visão tradicional sobre vocação e atitudes docentes, nos processos de formação de novos professores, um lugar estaria garantido para os “professores de experiência”, a quem caberia introduzir métodos científicos através de estudos e pesquisas. Da mesma forma, um centro formador de professores deveria estar envolto em uma atmosfera de “ensino e criação científica”, de “livre desenvolvimento de individualidades”, sempre tomando “a personalidade de exceção dos mestres” e suas características mais destacadas “de compreensão e humanismo” como um modelo a ser perseguido (NEGHME, 1965b, p. 110).

A essa abordagem, um tanto quanto tradicional, contudo, Neghme adiciona a sua convicção quanto à necessidade de uma pedagogia médica, que compreenderia a organização de programas devotados à metodologia da educação, de relações humanas, psicologia individual de grupo, antropologia social, entre outros ramos do conhecimento, sempre em apoio à organização das atividades de ensino.

A reação da Comissão de Orientação Escolar da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ao documento preparado por Paulo Góes foi muito diferente. Embora considerasse a proposta geral “de grande importância e interesse atual”, a comissão da USP desaprovou em sua íntegra o segmento dedicado ao “treinamento em atividades didáticas”. Tais tarefas, segundo essa crítica, “em muitos dos setores focalizados” deveriam “depender diretamente dos docentes encarregados”. Foram, ainda, fixadas restrições à proposta para o provimento de serviços proativos de disseminação da informação especializada, devendo caber ao professor a “intransferível” tarefa de busca e seleção bibliográfica (USP, 1965, p.116). Tomando por base esse pronunciamento, quando se tratava da organização de centros avançados de formação em pesquisa e docência, com foco privilegiado nas ciências básicas, os professores da universidade eram então muito reticentes a compartilhar fração das suas prerrogativas com campos ainda emergentes como a pedagogia médica e uma biblioteconomia médica renovada, cujo sentido e propósito eram ainda aparentemente muitos imprecisos.

A Escola Paulista de Medicina também enviou suas contribuições ao debate. Nesse caso, houve uma adesão mais entusiasmada ao projeto de criação dos centros de aperfeiçoamento em pesquisa e docência. Todavia, a ênfase, uma vez mais, estava

colocada sobre a necessidade de uma melhor capacitação para o processo de investigação. A existência de partes de um eventual centro dedicadas ao desenvolvimento e à pesquisa educacional poderia significar a dispersão de energia das atividades fundamentais, ou seja, a iniciação à investigação científica, o “doutoramento” e a realização de projetos de pesquisa.

No segmento nacional do evento, ou seja, na II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, como vimos, esses temas foram tratados com centralidade. No documento de referência para a discussão do ponto de pauta dedicado à pedagogia aplicada à medicina, preparado por José Geraldo Albernaz, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, foram abordados vários temas, alguns muito consensuais, e outros nem tanto. Dentre os temas presentes incluíam-se a necessidade de dedicação integral dos docentes; os cuidados e métodos a serem aplicados para uma correta seleção do pessoal docente; os limites da eficácia das aulas magistrais; e a necessidade de introdução crescente de pequenos grupos de estudo. Albernaz citou, de passagem, os novos recursos de ensino, cuja disponibilidade tornar-se-ia, acreditava, crescente. Dentre esses novos recursos, ele incluía a apresentação de modelos, projeção de diapositivos e filmes, televisão em circuito fechado e gravadores magnéticos. Não deixou de mencionar, também, a distribuição de bibliografia selecionada. Recomendou que a formação de professores de medicina, além de apoiar-se centralmente na instituição da carreira universitária, deveria compreender necessariamente a oferta de seminários especiais sobre educação médica. Para tanto, o professor da universidade mineira destacou “a vantagem de se estabelecerem nas faculdades de medicina departamentos de pesquisa sobre educação médica, aos quais ficariam afetos tais seminários” (ALBERNAZ, 1965, p. 263-267).

Uma pergunta sobre a pertinência da criação de departamentos com esse tipo de objetivo foi incluída em um roteiro de discussão, também preparado por Albernaz, com o propósito de orientar os debates e as deliberações da reunião. As respostas a essa questão, enviadas previamente pelos professores, individualmente, ou pelas faculdades, variaram entre a adesão completa à proposta, com a recomendação da realização de cursos obrigatórios de educação médica (Universidade do Brasil), e manifestações de indiferença conservadora, acompanhadas da afirmação de que o melhor ensino de educação médica é proporcionado pelo exemplo dos bons professores. Nos relatórios

de grupos, as manifestações foram de adesão à proposta, o que depois foi confirmado pelo relatório final da reunião nacional. Nesse documento, o relator Roberto Figueira Santos, da Universidade Federal da Bahia, indicou que os participantes foram unânimes em reconhecer “as vantagens que adviriam da instalação em cada faculdade de medicina de um órgão que cuidasse da coordenação e da divulgação das informações relativas a questões de educação médica”. Recomendava que tais órgãos deveriam envolver-se em pesquisa educacional, especialmente no que concerne “à coleta e elaboração de fatos relativos a aspectos educacionais da própria escola, para que sobre elas se baseassem sugestões, visando o aprimoramento do ensino” (SANTOS, 1965, p. 335).

Assim, professores de renome, engajados pessoalmente na discussão em conjunto dos problemas da educação médica, revelavam-se pelo menos predispostos a considerar a pertinência de institucionalizar nas faculdades de medicina espaços especialmente orientados à abordagem desses mesmos problemas. Eventualmente, essa abertura incluía a localização também, naquele espaço, de unidades dedicadas a apoiar e coordenar a produção de recursos instrucionais.

Nos anos subsequentes, como observado no Capítulo III, a Opas permaneceu especialmente permeável aos temas da organização e funcionamento das escolas médicas e a formação de pessoal da saúde. Essa preocupação envolveu, como já foi visto, a criação de um campo de conhecimentos e práticas, o qual incluía o reforço das suas instâncias dedicadas ao desenvolvimento de recursos humanos e ao lançamento, em 1966, da revista *Educación Médica y Salud*, e a efetiva criação da Bireme, em 1967, como empreendimento modernizador.

Todavia, a proposta de criação de centros regionais de formação em pesquisa e docência pouco evoluiu ao longo da segunda metade da década de 60. Da mesma forma, o que também ocorreu com a possibilidade de instituição de um órgão orientado para a produção dos modernos recursos instrucionais. Quanto a este último aspecto, foi no âmbito do projeto institucional da Bireme que o tema dos recursos instrucionais recebeu uma maior atenção.

Uma vez empossado como diretor efetivo da Bireme, Amador Neghme, juntamente com Robert Newburn, que o havia precedido como diretor provisório quando dos primeiros passos de implantação da biblioteca, elaborou um plano de ação

para o biênio 1969/1970. Seu plano assinalava as seis principais linhas de ação a serem desenvolvidas para além da própria renovação das coleções bibliográficas, principalmente no que concerne aos periódicos e obras de referência. A sexta linha de ação constituía uma novidade frente aos enunciados anteriores feitos junto às instâncias superiores da Opas: realizar atividades destinadas à promoção do uso didático de materiais audiovisuais (BIREME, [1969], p. 8-9).

Como nos demais tópicos, também aqui Neghme conduzia a Bireme segundo o modelo estabelecido pela National Library of Medicine, pretendendo instituir uma divisão dedicada aos recursos educativos em medicina e ciências da saúde. A questão foi reiteradamente levada por Neghme à discussão junto às instâncias diretivas da Bireme, em especial junto ao seu Comitê Científico Assessor. Todavia, somente no início de 1972, Malcolm Ferguson, especialista da NLM, viajou a São Paulo com o intuito de estabelecer um plano básico para a criação de um conjunto de instalações e serviços que pretendiam tornar a Bireme um centro de demonstração e, eventualmente, desenvolvimento em tecnologias educacionais e planejar a instalação de um “laboratório pedagógico para professores latino-americanos de ciências da saúde” (OPAS, 1972b, p. 2-3).

Entre a manifestação de um desejo e a sua realização, todavia, os caminhos a percorrer seriam longos. Em que pese os esforços sistemáticos de Neghme, a Bireme jamais se tornaria, como observamos no capítulo anterior, um centro, ou mesmo um “laboratório” de pedagogia médica, que pelo menos produzisse recursos instrucionais originais. Quando muito, operou como difusora, a rigor bastante limitada, de vídeos educativos produzidos na biblioteca modelar norte-americana e, mais tarde, como distribuidora daqueles produzidos no Nutes-Clates, com alcance também reduzido.

Em um caminho institucionalmente distinto, e com ambições de uma outra escala, a OMS convocou, em 1969, uma reunião com um grupo de trabalho assessor com o propósito de examinar as necessidades de modificações a serem introduzidas na formação dos professores das profissões da saúde. As recomendações da reunião incluíram a proposta de instituir um centro “inter-regional” para a formação e treinamento de professores, o que acabou sendo efetivado pela celebração de um convênio com o *Center for Educational Development*, da Universidade de Chicago,

Illinois. Como desdobramento dessa primeira iniciativa, um seminário inter-regional, realizado em outubro de 1971, naquela cidade norte-americana, propôs o estabelecimento de centros regionais e a formação de uma rede de centros especializados.

No ano seguinte, um segundo grupo de estudo, em Genebra, sede da OMS, examinou detalhadamente a questão, dedicando-se tanto a temas como o treinamento de professores, o desenvolvimento curricular, os processos de avaliação, quanto a temas pertinentes ao desenvolvimento de pesquisas educacionais e à produção de material instrucional (OPAS, 1983, p.2-3).

Segundo análises institucionais realizadas no âmbito interno da Opas, uma década depois, esse evento deu início, em 1972, a um ciclo de estabelecimento de centros de formação, de treinamento de professores e produção de materiais educativos em saúde nas cinco regiões de saúde em que a OMS divide o planeta para fins de governança e organização de suas operações. As sedes então selecionadas incluíram: Kampala, Uganda, para os países africanos de língua inglesa; Yaunde, Camarões, para os países de língua francesa desse continente; Rio de Janeiro e Cidade do México, para as atividades respectivamente em português e espanhol, no continente americano; Shiraz, Iran, para as ações no Oriente Médio; Bangkok, Tailândia, para o Sudeste Asiático e Sydney, Austrália, para o Pacífico Ocidental. Seu propósito último, segundo essas mesmas análises, seria promover a constituição de centros nacionais autônomos (OPAS, 1983, p. 3).

No contexto interamericano, o tema foi vastamente debatido no *Primer Taller de Educación en Ciencias de la Salud*. Realizado em Washington, entre janeiro e março de 1971, e depois sucedido por novas edições, que consistiam em demorados encontros de imersão, em que gestores da saúde e das instituições de ensino simulavam o planejamento, nos mais variados níveis de análise, das necessidades de formação e capacitação nas várias profissões da saúde em um país hipotético, bem como identificavam os meios e métodos requeridos para a sua implementação (FERREIRA, 2005; OPAS, 1983). Nesse primeiro seminário, ficou estabelecido que

“...a systematic and two-pronged effort was needed: first, to facilitate the decision-making, implementation and

evaluation process through a concise definition of learning objectives; and, second, to develop the necessary means (teaching materials) to accomplish the educational goals” (OPAS, 1983, p. 3).

Em sequência à reunião, realizaram-se gestões tendo em vista a criação dos centros americanos. Essas gestões culminaram na criação dos Centros Latino-Americanos de Tecnologias Educacionais em Saúde, primeiro no Rio de Janeiro, junto à Universidade Federal do Rio de Janeiro, e depois da Cidade do México, junto à Universidade Nacional Autônoma (Unam).

Para completar o quadro institucional contextual de criação do Nutes-Clates é preciso ainda referi-la, entretanto, a um processo em larga medida tão distinto quanto fundamental, nacionalmente endógeno, e que remonta à criação e aos primeiros anos de funcionamento da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília (UnB), em meados da década de 60. Em tais circunstâncias, segundo Henry Jouval, um de seus protagonistas, um grupo de docentes, “de espírito rebelde”, ligados à Associação Brasileira de Escolas Médicas (Abem), ao Instituto de Biofísica da Universidade do Brasil e à cadeira de clínica médica do professor Clementino Fraga Filho, da Faculdade Nacional de Medicina da mesma universidade, e às enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, do Rio de Janeiro, também sob a chefia de Fraga, compartilhando uma perspectiva crítica sobre o ensino de medicina com “sanitaristas e médicos bem sucedidos” dos institutos de aposentadoria e pensão da Previdência Social, aceitaram o desafio de criar uma faculdade inovadora na Universidade de Brasília (UnB). Instituição que àquela altura estava “ainda impregnada das ideias de Darcy Ribeiro”, na então novíssima capital da república brasileira, já então sob o regime ditatorial inaugurado em 1964 (JOUVAL JR., 2003, p. 42).

Jouval Jr. refere-se à ida para a capital do país de Luis Carlos Galvão Lobo, José Roberto Ferreira, Agnelo Alberto Collet, dele próprio e de profissionais como a enfermeira Alina de Almeida Souza, entre outros, com a tarefa de instituir a nova

faculdade.¹²⁵ Vale dizer que Lobo, Ferreira, Jouval Jr. e Alina Souza foram, na década seguinte, protagonistas diretos da criação do Nutes-Clates, na UFRJ.

Discorrer em profundidade sobre a criação e desenvolvimento da Faculdade de Ciências Médicas da UnB está muito além dos interesses e necessidades desta tese de doutoramento. É útil, entretanto, assinalar que o projeto organizou-se em torno de alguns princípios fundamentais. Entre estes se incluem: (a) uma pedagogia mais centrada na aprendizagem do que no ensino; (b) uma concepção de ciclo básico integrado, baseada nos sistemas orgânicos e, portanto, de acordo com as orientações adotadas pela medicina integral (*comprehensive*), tal como adotada na Western Reserve University, a partir do início dos anos 50; e, (c) a adoção no ciclo profissional de um forte componente de integração ensino-serviço, fundado em unidades de atenção à saúde localizadas na cidade-satélite de Sobradinho, tendo por base uma medicina “integral”, segundo os preceitos clássicos de Leavell e Clarck, e que muito cedo experimentaram a introdução de conceitos e noções relativas à medicina comunitária, à medicina social e à regionalização docente-assistencial (JOUVAL, 2003, p. 42).

No trabalho intitulado *La carrera médica en la Universidad de Brasília*, apresentado, em 1970, à IX Reunião do Comitê Assessor da Opas sobre Investigações Médicas, a instância da organização que realizava a avaliação técnica da agenda institucional sobre educação médica, Luis Carlos Galvão Lobo e José Roberto Ferreira discorrem em detalhe sobre as concepções que presidiram a formatação do projeto da Faculdade de Ciências Médicas da UnB. Lobo e Ferreira começam por fixar o que consideravam o marco de referência para todo o projeto. Em primeiro lugar, assinalam que, na América Latina, a organização da instituição de ensino superior em departamentos era uma ficção, dada a implantação tardia do modelo flexneriano e a permanência efetiva do regime de cátedras com sua característica “individualização dos

¹²⁵ A convite de Edgard Barroso do Amaral, que havia participado diretamente da fundação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e era então coordenador do curso de medicina na UnB, e com a interveniência de Ernani Braga, Luis Carlos Galvão Lobo foi chamado para participar do grupo de organização do curso de medicina. José Roberto Ferreira foi convidado por Laerte Ramos de Carvalho para ocupar a vice-reitoria, passando a participar ativamente do grupo organizador. Lobo assumiria a direção do curso logo em seguida. Mais jovens, Collet responsabilizou-se pela chefia das unidades assistenciais de Sobradinho, e Henry Jouval Jr. foi para Brasília para atuar como professor assistente de medicina geral, também, portanto, no ciclo profissional. Alina de Souza, atuava junto às equipes de enfermagem, também em Sobradinho. Ver Jouval Jr., 2003, 2011; Ferreira, 2009, 2010, Lobo, 2008; Ramos, 2008.

campos de conhecimento”. Os autores entendiam que, mesmo em instituições como as norte-americanas, a organização em departamentos era contrária à dinâmica do desenvolvimento científico, tendendo a manter delimitações artificiais entre disciplinas, e recorrem a uma citação de H. Miller para assinalar que

“chegamos à época em que o professor de medicina deve indagar, com sentido crítico, se o departamento, de inspiração teutônica, tão defendido por Flexner, proporciona o melhor marco para o desenvolvimento do ensino médico.” (MILLER *apud* LOBO & FERREIRA, 1970, p. 311).

Em segundo lugar, Lobo e Ferreira advogam a necessidade de integração e de supressão da separação clássica entre investigação fundamental e aplicação clínica, o que poderia ser alcançado pelo cancelamento da distribuição clássica por disciplinas definidas a partir das metodologias de trabalho (por exemplo, fisiológica, biofísica, histológica etc.) e a adoção de abordagens que poderiam “ensinar os princípios correspondentes a cada disciplina, integrados em função da célula, do sistema orgânico ou do indivíduo” (LOBO & FERREIRA, 1970, p. 311-312).

Os autores defendem uma formação básica do médico centrada na aquisição das bases científicas, de capacidade crítica, que possam constituir recursos para uma autoaprendizagem constante. Portanto, deveriam ser sumariamente retirados dos planos de estudos os conteúdos de relevância apenas imediata, assim como a preocupação bastante comum de tentar esgotar o conteúdo teórico de uma dada disciplina.

Em busca de uma formação “integral”, o ensino clínico deveria pautar-se pela ideia de “projeção social da medicina”. Assim, seria fundamental orientar-se para o atendimento das necessidades da comunidade, fazendo das “unidades integradas de saúde”, em suas várias complexidades, o seu campo de prática por excelência, onde não se deveria tentar “demonstrar o funcionamento de um determinado serviço em condições de excelência, mas sim capacitar o futuro médico para uma atuação o mais eficiente possível nas condições existentes nos serviços” (LOBO & FERREIRA, 1970, p. 312-313). Desse modo, o ensino proposto por Lobo e Ferreira deveria capacitar o

aluno para a sua integração profissional ao processo de expansão das redes de atenção médica nos países em condições de escassez relativa de recursos.

Dados esses marcos conceituais, é apresentada a arquitetura do projeto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília, adequada à estrutura geral da universidade baseada em institutos centrais e faculdades profissionais. Em seguida, são descritos os objetivos do curso médico, que sumariamente incluíam: (a) formar clínicos “gerais” com sólida compreensão dos múltiplos fatores que intervêm no equilíbrio entre o indivíduo e o meio ambiente e da saúde em sua acepção mais ampla; (b) formar um médico capaz de avançar em seus estudos tendo em vista o exercício da clínica ou a vida acadêmica; (c) desenvolver um ensino com forte componente de integração entre ensino e aprendizagem e entre atividades expositivas e experimentais; (d) promover maior ênfase na saúde que na doença, maior presença na comunidade que no hospital e uma perspectiva coletiva do trabalho em saúde; e (e) permitir uma experiência educativa estimulante, que resulte em um profissional médico interessado em manter-se educando de forma permanente, em desenvolver atividades inovadoras e em contribuir para o avanço científico e tecnológico.

Por sua vez, a política educacional adotada para o alcance desses objetivos previa: (a) a aprendizagem de disciplinas fundamentais em cursos ministrados nos institutos centrais da UnB; (b) o ensino pré-clínico integrado sobretudo em torno dos mecanismos de agressão/reação/defesa, em células, tecidos e organismos e do funcionamento normal e patológico dos sistemas orgânicos; (c) a aplicação do conhecimento e treinamento em serviço em uma unidade integrada de saúde, que permita abordagens capazes de fomentar e proteger a saúde, a prevenção de doenças e a cura junto a indivíduos, famílias e comunidades; e (d) um período de internato em um hospital da universidade ou outro acreditado por ela, para complementar a formação do médico geral ou o seu preparo para estudos de pós-graduação. No regime funcional dos professores, adotou-se como condição inegociável a dedicação exclusiva em tempo integral (LOBO & FERREIRA, 1970, p. 313-315, 323; LOBO, 2008).

Os laboratórios de investigação médica organizados por sistemas orgânicos e os laboratórios multidisciplinares, especialmente, inspirados nas soluções adotadas na Universidade de Stanford (RAMOS, 2008), constituíam a base física para o ensino no

ciclo pré-clínico, com duração de dois anos. Os laboratórios eram funcionais e possuíam equipamentos sofisticados, que permitiam o ensino individual ou em grupos, de natureza teórica ou prática, onde o aluno ocupava o seu próprio laboratório, exclusivo, durante dois anos, controlando os materiais em uso, as preparações e os experimentos. Nesse ciclo, o ensino era organizado em blocos sucessivos, sempre combinando aspectos teóricos e práticos, dando conta de aspectos relativos a determinados grupamentos temáticos¹²⁶ (LOBO & FERREIRA, 1970).

O ciclo clínico, também com duração de dois anos, iniciava-se com um forte componente de capacitação em serviço e um curso de introdução à medicina de comunidade e à medicina integral, no qual eram apresentados seminários e trabalhos práticos em torno de temas como epidemiologia, demografia, saneamento, bioestatística, estatísticas médicas, nutrição aplicada e planejamento e administração em saúde. As atividades em serviço realizavam-se em um hospital secundário em Sobradinho, em centros de saúde ambulatoriais e em consultórios externos na mesma localidade, que passaram a ficar sob a responsabilidade da universidade mediante um convênio com a Fundação do Distrito Federal. No primeiro ano desse ciclo, os estudantes dedicavam-se, além dos já mencionados cursos introdutórios, aos primeiros contatos com a medicina integral de adultos. No segundo ano, além da continuidade dos estudos de medicina de adultos, o aluno dedicava-se à medicina integral de crianças e à atenção materno-infantil. Em 1970, estava prevista a construção de um hospital geral, terciário e quaternário, no Plano Piloto, próximo ao *campus* da universidade, que passaria a ser um terceiro espaço docente do curso, ou, ainda, a realização de convênios com outros hospitais gerais da capital. Segundo o planejamento então adotado, o aluno, no último ano, poderia escolher entre realizar seu internato na unidade de saúde de Sobradinho ou fazê-lo no hospital geral. Esse internato se desenvolveria, segundo sua programação, em áreas gerais, como medicina interna, cirurgia, pediatria e obstetrícia; em especialidades complementares, tais como radiologia, patologia ou saúde pública, entre outras; e em áreas seletivas, como psiquiatria, cardiologia e neurologia. A

¹²⁶ Os grupos temáticos eram os seguintes: biologia celular e dos tecidos, crescimento humano e demografia; mecanismos de agressão por agentes biológicos, físicos e químicos, com base em seus aspectos morfológicos, bioquímicos, fisiológicos, imunobiológicos, farmacológicos e anatomopatológicos; sistema nervoso, conduta humana e saúde mental; sistema músculo-esquelético e reabilitação; sistema endócrino e reprodução humana; sistema gastrointestinal e nutrição; sistema hematopoiético; sistema cardiovascular e respiratório; e sistema urinário (LOBO & FERREIRA, 1970)

possibilidade, em 1970, de criação de um hospital geral na capital não deixava de refletir, àquela altura, tensões derivadas da própria implantação do curso tal como originalmente concebido.

O curso de medicina foi iniciado em 1966, e seu desenvolvimento foi marcado pelas vicissitudes de uma universidade e de um curso de medicina que se pretendiam inovadores, nos marcos de um regime de exceção que apenas iniciava sua escalada de crescente autoritarismo em direção aos seus anos mais duros. Sucessivas crises gerais na universidade, com episódios recorrentes de afastamento e substituição de reitores e outros quadros dirigentes, de demissão em massa de docentes e de invasão militar do *campus*, não deixaram de produzir graves reflexos no funcionamento do curso de medicina (RAMOS, 2008).¹²⁷ Todavia, os próprios componentes de inovação presentes no plano de implantação não deixaram de introduzir, também, elementos de tensão no projeto institucional da faculdade.

Essas tensões manifestaram-se desde muito cedo, já que, na dinâmica do curso, o “lugar” do ciclo básico eram os laboratórios multidisciplinares, localizados no *campus*, no prédio central da universidade (RAMOS, 2008). Para o ciclo profissional, o espaço de prática era a comunidade de Sobradinho. Segundo Jouval, desde logo começaram os conflitos de interesses e percepções entre essas duas “instâncias”. De um lado, no ciclo básico, lugar por excelência de atuação dos professores de maior hierarquia, a tendência foi reforçar seu componente acadêmico. Na esteira desse processo, um contingente importante de docentes passou a reivindicar a criação de um hospital de clínicas nos clássicos moldes flexnerianos e a considerar Sobradinho um acessório mais ou menos incômodo.¹²⁸ Por outro lado, em Sobradinho, entregue, de fato, à orientação dos

¹²⁷ Resumidamente, as crises na Universidade de Brasília envolveram sucessivamente: (1) o afastamento sumário do reitor Anísio Teixeira e do conselho diretor, com a designação de Zeferino Vaz para a função de reitor, a invasão do *campus* e a prisão de professores ocorridos, em abril de 1964; (2) a substituição de Vaz e a indicação de Laerte Ramos de Carvalho para o cargo, a renúncia coletiva dos coordenadores, a exoneração de professores e os pedidos de demissão em massa dos mesmos, combinados com greve dos estudantes, em 1965; (3) a invasão militar e violenta do *campus*, em reação aos levantes estudantis de 1968.

¹²⁸ Lobo assinalou em seu depoimento que a opção por criar ou se associar com um hospital geral era de caráter estritamente político, com vistas a melhorar as condições de governança na faculdade. Segundo seus termos: “Então, neste meio tempo eu estava sentindo já a pressão do pessoal do especialista, e eu disse... Estava lá um hospital parado, que era o Hospital do IPASE...[...] vamos planejar este hospital aqui. Por que este hospital vai ser nosso hospital de apoio político. Deixa Sobradinho para formação de pessoal. E aqui você vai ter um hospital de especialidade terciário, quaternário, um hospital de base. Você vai trazer o especialista e ele vai fazer o que ele quiser, não estou interessado, mas ele vai fazer a pesquisa

assistentes de ensino, “fervilhavam” as discussões e debates em torno das abordagens inovadoras em saúde e saúde pública (JOUVAL JR., 2003, p. 41-42).

Alunos e professores compartilhavam esse ambiente de inquietação doutrinária e ação prática junto às comunidades mais desfavorecidas do Distrito Federal. Dentre os representantes mais destacados do corpo docente, entre vários outros possíveis destaques, estava Eleutério Rodriguez Neto, figura que alcançaria proeminência reconhecida no Movimento da Reforma Sanitária e na formulação e implementação de políticas públicas em saúde nos anos 80. Além disso, é importante mencionar que, entre outros participantes já mencionados dessa atribulada empreitada, Eleutério teria papel importante na trajetória do Nutes-Clates.

As inovações experimentadas no curso de medicina da Universidade de Brasília (UnB) resultaram também na dificuldade de disponibilização para professores e estudantes de material instrucional apropriado. Para fazer frente a essa dificuldade, os professores que tinham a cargo o ensino de determinado bloco de conteúdo, responsabilizavam-se pela produção dos necessários textos de apoio (RAMOS, 2008, p. 31). Essa circunstância sedimentava no espírito das lideranças docentes a convicção de que as inovações curriculares e metodológicas no ensino da medicina deveriam ser necessariamente acompanhadas de recursos educativos igualmente inovadores. Segundo Henry Jouval, a integração entre ensino e serviço, em Sobradinho, requeria

“soluções pragmáticas às exigências de aprendizagem e de capacitação em serviço dos alunos (...) que, no cotidiano, distribuídos em escalas complexas, realizavam, como num internato contínuo, práticas de rotina (...) na comunidade, na emergência, no ambulatório, na hospitalização.” (JOUVAL JR., 2003, p. 45).

Portanto, tratava-se, necessariamente, de enfrentar o que seria um problema clássico, desde então, para a educação permanente de pessoal em serviço, dado o caráter

dele, ele vai me dar o apoio nos blocos básicos, vai continuar aqui e enquanto isto eu estou formando o meu aluno lá com uma formação geral em Medicina” (LOBO, 2008: 18-19).

estruturado e, em larga medida, rígido das formas curriculares da educação formal. O recurso encontrado para Sobradinho, atestando mais uma vez o caráter inovador do curso, foi elaborar um projeto, inspirado agora nas soluções utilizadas na Universidade de Michigan, e apresentá-lo à Fundação Kellog com a finalidade de obter os recursos para sua implementação. O objetivo pretendido era permitir que o aluno:

“como em uma gincana, de posse de um conjunto básico de metas e objetivos educacionais a cumprir (...), dispondo de acesso à informação científica e técnica, se possível com pistas facilitadas didaticamente, pudesse realizar uma autoavaliação periódica, utilizando ou não sistemas computacionais, embora estes fossem recomendáveis, devido à economia de escala, [e] quando se considerasse capaz, faria a sua avaliação formal.” (JOUVAL JR., 2003, p. 45).

Assim, concepções muito próximas daquelas que presidiram a formulação do projeto institucional do Nutes-Clates já estavam presentes ou em franca gestação no âmbito do projeto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília. Todavia, os acontecimentos de 1968 e o Ato Institucional n. 5, que culminaram, na UnB, com a invasão do *campus* e a repressão violenta do movimento estudantil e com o recrudescimento do autoritarismo na própria gestão da universidade, resultaram em um sistemático esvaziamento do projeto original da faculdade.

Em desacordo com os desdobramentos imediatos aos eventos de 1968 e em conflito com Caio Benjamim Dias, reitor deste 1967, José Roberto Ferreira deixou a vice-reitoria e transferiu-se, em 1969, para os escritórios centrais da Opas em Washington. As inovações da universidade e da Faculdade de Ciências Médicas da UnB já haviam, então, alcançado reconhecimento institucional internacional, o que se materializava na realização de consultorias junto a universidades latino-americanas e do continente africano, com a chancela da Organização Mundial da Saúde.¹²⁹ Essa

¹²⁹ Em entrevista, Lobo assinala que Ernani Braga, na época responsável pela Divisão de Educação e Treinamento da OMS, fazia propaganda da Faculdade de Ciências Médicas de Brasília, e o seu formato e orientação eram de fato bastante atrativos para países em desenvolvimento. Nas suas palavras “ela

visibilidade logo se desdobrou no convite para que Ferreira passasse a integrar a equipe do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, então chefiado por Jorge Andrade.

No curso de medicina da UnB, tornavam-se hegemônicas as concepções tradicionalistas acerca do ensino e da necessidade de um hospital de clínicas no campus com os recursos de complexidade requeridos para o desenvolvimento da pesquisa médica. Embora, até 1978, ano em que se finaliza o convênio entre a universidade e a Fundação do Distrito Federal, continuassem a florescer iniciativas de genuíno espírito transformador das práticas de ensino e cuidado em Sobradinho e em outras cidades-satélites, como Planaltina, no início dos anos 70 as condições objetivas para a condução do projeto institucional da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília, sob a sua forma original, já não mais existiam. Luis Carlos Lobo, em 1970, foi demitido da direção da faculdade, embora tenha permanecido vinculado à UnB até 1973. Collet deixou Brasília, aceitando convite de Clementino Fraga Filho, para auxiliar na instalação do novo hospital universitário da UFRJ, caminho que logo também foi percorrido por Jouval (JOUVAL JR., 2003).

Demitido, em 1970, da direção da faculdade, Lobo apresentou *Motivations and Resistances to Change in Educational Institutions* em um simpósio sobre inovações curriculares realizado na Universidade de Yale. Nesse documento, são expostas as percepções de Lobo acerca da agenda reformista do ensino médico, seus conceitos organizadores, e a experiência então recentíssima, ao mesmo tempo rica e atribulada, na Universidade de Brasília, às vésperas da criação do Nutes-Clates.

Nesse trabalho, Lobo, tomando por analogia o conceito de evolução biológica como processo contínuo, obtido pela adaptação e ajustamento permanentes, discorre sobre as condições de mudança nas instituições de ensino, com ênfase nas instituições de ensino superior. As mudanças nas instituições seriam, a partir dessa sua perspectiva, processos adaptativos em que elas se ajustam às transformações no meio social mais

despertava interesse, mas isto tinha o fato de que Ernani Braga estava em Genebra e badalava a escola, então vinha gente de tudo quanto era país. De Marrocos, do Irã, de onde você quiser. Vinha gente da África inteira para ver como é que se podia desenvolver uma escola simples, não era nada sofisticada, e que formava alunos de alta competência” (LOBO, 2008: 15).

geral. Recorrendo a Flexner,¹³⁰ assinala que instituições escolares e universitárias não seriam imunes a esses imperativos de adaptação, sobretudo em um quadro de mudança proporcionado pelas revoluções “democrática, industrial e científica” e radicalmente acelerado no pós-guerra. Assim, “*once education had been recognized as a human right and a social need, once education was no longer accepted as a privilege of an elite, the entire educational system had to change*”. Todavia, ainda que tenham ocorrido vigorosas pressões da sociedade, a fim de franquear a universidade às necessidades e aos anseios da comunidade, “*despite the fact that external pressures are generally responsible for the modifications introduced into the educational system, despite all social and legal factors influencing the system, actual reforms are really done by individuals*”. Entretanto, recorrendo a Kerr,¹³¹ Lobo registra que a escola e a universidade tendem a resistir à mudança e a sustentar o *status quo* (LOBO, 1971, p. 1-2).

Para Lobo, mesmo considerando-se as estruturas de poder dentro das instituições, das quais os processos de adaptação são largamente dependentes, subsistem fontes de influência não formal que desempenham papel importante nos processos de mudança. Entretanto, parte importante do problema está no fato de que, uma vez que o grupo social manifeste uma necessidade de mudança, quem seria o responsável pela sua realização no interior do sistema? Apoiando-se, desta feita, em Ross,¹³² Lobo identifica o que seriam os fatores e condições facilitadoras da introdução no ambiente universitário: gestores simpáticos às iniciativas e processos de processo de mudança;¹³³ professores bem treinados e inclinados “naturalmente” às iniciativas criativas; um espírito comum de cooperação; e um alto grau de autonomia da instituição. Adicionalmente, Lobo assinala a importância de um estudantado universitário inclinado a apoiar os processos de mudança (LOBO, 1971, p. 3-4).

¹³⁰ A obra citada é Flexner, A. *Universities: American, English, German*. New York: Oxford University Press, 1930.

¹³¹ Neste caso a obra em questão é Kerr, C. *The Uses of the University*. Harper and Row, Publishers, N. Y., 1966.

¹³² Ross, D. (Ed.) *Administration for Adaptability*. Institute of Administrative Research, Teachers College, Columbia University, N. Y., 1941

¹³³ Em um texto em inglês, Lobo utiliza o termo *administrators*.

Referindo estudos de Mort (1941) e Cillié (1940), realizados junto aos sistemas escolares da cidade de Nova Iorque e da Pensilvânia,¹³⁴ Lobo enfatiza o papel decisivo dos gestores no processo de adaptação, seja para estimulá-los, seja para impor dificuldades e reprimi-los. Na sua visão, a coincidência de estruturas de gestão e do ensino propriamente dito era provavelmente um dos principais óbices aos processos de adaptação e mudança. Esse fato seria especialmente importante nas universidades latino-americanas onde o professor mantinha considerável autonomia e controle sobre os conteúdos, métodos e meios de ensino. Por um lado, essa liberdade havia sido sustentada, e personificada na figura dos catedráticos, mesmo nas instituições nas quais a organização em departamentos fora implementada e esses personagens poderiam obstruir inovações até mesmo por um considerável período de tempo. Os departamentos, por outro lado, também trouxeram rigidez ao sistema, pela ausência de racionalidade na sua estruturação, sendo mais usual a sobreposição de responsabilidades administrativas e docentes, com consequências para as atividades nas duas esferas (LOBO, 1971).

Assim, Lobo propõe, por um lado, estruturas administrativas estáveis, com níveis de responsabilidade e alcance definidos, de modo a possibilitar o planejamento, controle e continuidade dos processos de gerência. Por outro lado, as estruturas de ensino deveriam ser flexíveis, de modo a permitir uma adaptação contínua dos processos educacionais aos avanços do conhecimento e aos imperativos derivados das transformações do meio social. Repercutindo as soluções adotadas em Brasília, Lobo sugere uma organização flexível do ensino, a ser formulada por comitês curriculares periódicos, que deveriam compreender blocos de ensino e comitês temáticos, em acordo com os objetivos e a política educacional.

Os professores receberam de Lobo a pecha de serem, “geralmente”, reativos à mudança. E, citando novamente Kerr,¹³⁵ Lobo registrou, referindo-se às universidades, que poucas instituições “são tão conservadoras (...) acerca de seus próprios interesses e

¹³⁴ Lobo refere (1) Mort, P. R. & Cornell, F. G. *American Schools in Transition*. New York: Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University, 1941; e (2) CILLIÉ, F. S. *Centralization or Decentralization*. New York: Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University, 1940.

¹³⁵ Kerr, C. *Conservatism, Dynamism and the Changing University*. In: Eurich, A. C. *Campus*, 1980. New York: Dell Publishing Co., 1966.

tão liberais no que concerne aos interesses de outros”. E, citando uma passagem bem pouco lisonjeira aos professores, afirmou

“When changes come it is rarely at the instigation of this group of partners as a collective body. The group is more likely to accept, or reject, or comment, than to devise and propose. The change will eventually come in the face of much faculty hesitation and even some resistance”. (KERR, 1968 *apud* LOBO, 1971, p. 7).

Nessas condições, os membros mais criativos do corpo docente saberiam que mudanças formuladas intramuros somente lograriam êxito com forte apoio da gestão ou o apoio externo de agências, fossem elas públicas ou privadas. Mas, uma vez aceitas as eventuais modificações, o quadro docente tenderia a opor-se a qualquer nova alteração, o que revelaria sua inclinação para o conservadorismo mesmo após uma experiência de inovação exitosa (LOBO, 1971).

No contexto do ensino superior, Lobo acredita que os estudantes podem desempenhar papel importante e sustenta que o corpo discente é especialmente apto para identificar falhas no ensino e problemas na administração, contribuindo para chamar a atenção da comunidade universitária e da própria sociedade. Todavia, seriam pouco capazes de desenvolver soluções para os mesmos problemas. Menos comprometidos com os valores estabelecidos, os estudantes seriam, portanto, mais receptivos às mudanças. Assim, sua opinião deveria ser atentamente considerada pela comunidade universitária em função mesmo da sua capacidade de levantar novos temas. Relatando explicitamente sua experiência na Faculdade de Ciências Médicas da UnB, Lobo assinalou que os estudantes, a princípio, mostravam-se temerosos diante da introdução de mudanças radicais que visavam à formação de um novo tipo de profissional, mas *“once convinced – and it is sufficient to obtain the confidence of the first group of students following the new program – they become the defenders of the innovative approach against its detractors”* (LOBO, 1971, p. 8-9).

Ao concluir sua intervenção, Lobo, considerando que a estabilidade das instituições humanas depende da sua capacidade de adaptar-se a novas circunstâncias e

tendências, instou as instituições educacionais a colocarem-se em acordo com essa “lei da sobrevivência”, o que seria especialmente fundamental para as instituições educativas, uma vez que seus formados deveriam ser preparados para o exercício das atividades adiante no futuro. Assim procedendo, sua missão seria, em grande medida, “conduzir os homens e a sociedade humana em direção ao futuro” (LOBO, 1971, p. 9).

V.2 - A criação do Nutes-Clates

A instabilidade da sua condição institucional e profissional em Brasília fez com que Luis Carlos Galvão Lobo voltasse sua atenção para suas origens profissionais na capital fluminense, em especial para o Instituto de Biofísica da UFRJ.

Carioca, Lobo formara-se pela então Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Já em 1952 assumira uma vaga de monitoria e dez anos depois era livre-docente em biofísica. No Instituto de Biofísica, teve a atribuição de estabelecer, em colaboração com a terceira cadeira de clínica médica da faculdade de medicina, uma unidade clínica de radioisótopos no Hospital Moncorvo Filho. Sua atividade de pesquisa orientava-se, então, para a biofísica e a fisiologia do sistema endócrino. São provenientes desse período, também, suas primeiras preocupações quanto à forma e métodos de ensino de biofísica, especialmente no que se refere à necessidade de torná-lo mais próximo e atrativo aos interesses dos alunos (LOBO, 2008; ABC, s.n.t.). Dessa forma, Lobo aproximara-se dos debates sobre a educação médica, tal como vinham sendo travados na Abem, na Opas e nas instituições norte-americanas, que davam início a experimentos inovadores no que se refere à integração do ensino das ciências básicas e à aproximação entre ensino e serviço.

Ao ponderar sobre seu retorno ao Rio de Janeiro, Lobo cogitou, junto com Carlos Chagas Filho, àquela altura diretor do Instituto de Biofísica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sobre a possibilidade de implementar, como parte do Instituto de Biofísica, um núcleo dedicado às tecnologias educacionais aplicáveis ao ensino de biofísica. Chagas identificava que, com a Reforma Universitária de 1968 e a criação dos cursos básicos unificados para o conjunto de faculdades das profissões biológicas e da saúde, uma das principais dificuldades consistia na necessidade de, a

cada ano, atender no instituto contingentes muito numerosos, da ordem de 600, 700, e até 1.000 novos estudantes (NUTES, 1992; LOBO, 2008).¹³⁶

Para fazer frente a essa demanda e, ao mesmo tempo, tornar estimulante o ensino de biofísica, Lobo ponderava que seria necessário estabelecer um ensino básico, associando-o tanto quanto possível a problemas de ordem prática, referidos aos sistemas orgânicos. Considerava, ainda, que seria preciso enfatizar o polo da aprendizagem na relação entre ensino e aprendizagem e desenvolver em escala considerável recursos de autoinstrução e autoavaliação. Um projeto destinado a instalar, com esse propósito, um laboratório ou núcleo de tecnologias educacionais voltado para o ensino de biofísica e fisiologia, junto ao Instituto de Biofísica, foi elaborado e apresentado ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (LOBO, 2008; JOUVAL JR. *et al.*, 1977; NUTES, 1992).

O Ipea, vinculado ao Ministério do Planejamento e Coordenação Geral¹³⁷, no início da década de 70, e nos marcos das prioridades estabelecidas pelo I Plano Nacional de Desenvolvimento, conduzia, no âmbito do Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH), um programa voltado para o que viriam a ser os Sistemas Avançados de Tecnologias Educacionais (Sate), visando à sua ampliação como elemento de modernização e aumento da capacidade nacional de formação de quadros diretivos e técnicos para o processo de desenvolvimento (SIGAUD, 2009).

Apesar de toda essa pretendida relevância estratégica, de fato o Sate tinha enorme dificuldade de captar projetos efetivamente qualificados. Havia recursos em quantidade considerável, mas pouca competência instalada no país para demonstrar, na

¹³⁶ Para que se possa avaliar como essa preocupação se manifestava na direção do Instituto de Biofísica da UFRJ, uma nota datilografada, anônima, constante do arquivo de Carlos Chagas Filho, continha um “Estudo matemático para indicar o quadro ideal de docentes para fazer frente às necessidades do instituto”. A título de curiosidade, a fórmula dotada era: $N_p = (K_{hg} + H_G) \div (s/p \times H_p/s)$, onde N_p = número de professores; K = número total de alunos (G) dividido pelo número de alunos em grupos pequenos (g); hg = horas de ensino em grupos pequenos em cada período de ensino; H_G = horas de ensino teórico ou para toda a turma; s/p = número de semanas por período de ensino e hp/s = horas de dedicação média ao ensino por professores na semana. No cálculo operado, o Instituto de Biofísica possuía 21 professores para uma necessidade de 38. Um *déficit* de 17 vagas, portanto. (UFRJ - INSTITUTO DE BIOFÍSICA [?], s/d)

¹³⁷ O Ministério do Planejamento e Coordenação Geral assumiu esta denominação em 1967. Em 1974 ele passou a ser designado Secretaria do Planejamento – SEPLAN, embora mantivesse o status de ministério, diretamente ligado à Presidência da República, situação mantida todo o período coberto por este trabalho. Ver MPOG, [2011].

formulação do projeto, uma articulação entre o aparato tecnológico e o conteúdo de qualidade. Luis Carlos Galvão Lobo foi capaz de fazê-lo com maestria.¹³⁸

No processo de negociação do financiamento, que requeria uma contrapartida formal da UFRJ, o projeto foi à discussão no Conselho de Coordenação do CCS. Muniz Aragão e Clementino Fraga Filho examinaram o projeto e sugeriram ao então reitor, Djacir Menezes, a criação de um núcleo de tecnologia educacional como unidade suplementar ao CCS-UFRJ. Dois argumentos foram aventados: primeiro, que a iniciativa era de interesse de todas as unidades do CCS-UFRJ, que enfrentavam dificuldades idênticas no que concerne ao número de alunos a serem atendidos anualmente; e segundo, que esse maior escopo resultaria em mais estabilidade política e maiores garantias de continuidade. Ao fim e ao cabo, o Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde, o Nutes, foi criado, em 13 de julho de 1972, na forma sugerida pelo grupo de avaliação, por decisão do Conselho Universitário da UFRJ (LOBO, 2008; NUTES-CLATES, 1975).¹³⁹ Àquela altura, no âmbito da UFRJ, eram fontes de apoio institucional, além da direção do Instituto de Biofísica: os diretores de institutos, chefes de departamento e lideranças acadêmicas de áreas como Histologia (Bruno Alípio Lobo e George Doyle Maia), Microbiologia (Paulo de Góes), Citologia; o Decano do Centro de Ciências da Saúde (Carlos Cruz Lima); o diretor da Faculdade de Medicina (José de Paula Lopes Pontes), e a coordenação da Comissão de Implantação do Hospital Universitário (Clementino Fraga Filho) (JOUVAL JR., 2011).

¹³⁸ O depoimento de Maria Alice Sigaud, que, no Sate-CNRH, teve a tarefa de avaliar o projeto original do Nutes, - integrando mais tarde sua equipe e assumindo sua direção entre 1991 e 1994 - tem uma passagem elucidativa a esse respeito: “Lobo sabia fazer projeto, sabia e tinha como fazer projeto. Porque ele fez o seguinte, ele levantou os currículos da turma toda, só tinha gente fera (...) Aquela turma toda quis trabalhar com ele. Porque ele chegou da Universidade de Brasília, (...), aquela história toda. (...) E o Lobo chegou moderníssimo, porque ele chegou com (...) um retroprojektor, comprado nos Estados Unidos. Porque o Lobo era a tecnologia em forma de gente, com as transparências feitas por, nada a mais, nada a menos que o Sérgio Bernardes, que era amigo pessoal dele(...).E ele abre as transparências. Naquela época a gente tinha o acetato que não mexia, mas o do Lobo mexia, porque o Sérgio Bernardes criou umas coisas que abriam, que fechavam.... A gente via uma coisa maravilhosa,(...) mostrando o Nutes, mostrando onde seria isso, onde seria aquilo. E você sabe o que estava acontecendo no Sate? Absolutamente nada. Eles criaram, como toda época, né. Eles criavam projetos, tinham um grande projeto. Tinha uns quatro milhões de dólares, sei lá quanto, e não tinham projeto. (...) Na tecnologia educacional aconteceu muito isso. Você tinha os aparatos, mas não tinha quem construísse os projetos”. (SIGAUD, 2009: 11-14).

¹³⁹ O Nutes foi, então, implementado em caráter “experimental”. Sua transformação em “órgão suplementar permanente do Centro de Ciências da Saúde” ocorreria em 1977. Ver Jouval Jr. *et al.*, (1977).

A liberação efetiva dos recursos dependeu, todavia, da realização de gestões pessoais de Lobo junto ao gabinete de Mario Henrique Simonsen, então Ministro do Planejamento, e só ocorreu em dezembro daquele ano. As atividades apoiadas incluíam o planejamento, elaboração e validação de programas e recursos de autoinstrução para as disciplinas do ciclo básico do Centro de Ciências da Saúde; o desenvolvimento de sistemas de avaliação diagnóstica, formativa e somativa para as mesmas disciplinas; e a realização de cursos de curta duração em didática e pedagogia voltados para a formação de docentes na área da saúde (LOBO, 2008, p. 24; NUTES-CLATES, 1975; NUTES, 1992, p. 5).

Essa agenda restrita, orientada para as necessidades específicas do CCM-UFRJ, rapidamente se ampliaria. Ainda em 22 de setembro de 1972, portanto pouco mais de dois meses depois da criação formal do Nutes, a UFRJ, a Opas, o Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento e Coordenação Geral firmaram um convênio com o propósito de instituir, associada ao Nutes, um Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde.

Também no segundo semestre de 1972, a Opas havia realizado a III Reunião de Ministros de Saúde das Américas, que culminara com a aprovação do Plano Decenal de Saúde para as Américas. Como já detalhado no Capítulo III, esse documento, no seu segmento específico, não só produziu um detalhado diagnóstico sobre uma agenda de recursos humanos em saúde nas Américas, como estabeleceu aquelas que seriam as metas a serem perseguidas nesse domínio. Mais do que isso, elegeu explicitamente, a adoção e o desenvolvimento de novas abordagens pedagógicas como ferramentas fundamentais para a tarefa de modernização. Portanto, a iniciativa de criação, no Brasil e na UFRJ, de um núcleo dedicado a essa esfera de problemas poderia ser uma oportunidade para a constituição de um centro de referência que ajudasse a produzir soluções aplicáveis ao contexto latino-americano.

Em que pese este sentido mais geral, e deslocando o plano de observação, é preciso registrar a presença e o protagonismo, mais uma vez, de José Roberto Ferreira nesse processo específico. Ferreira havia compartilhado as concepções, êxitos e vicissitudes do projeto da Faculdade de Ciências Médicas da UnB e, agora, integrava a equipe do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas em

Washington. Ao conhecer os movimentos de Lobo, Ferreira sugeriu a criação do centro latino-americano e instou o então chefe da Divisão de Recursos Humanos da Opas, Ramón Villarreal a viajar ao Rio de Janeiro para discutir os detalhes de uma empreitada comum (FERREIRA, 2009).

Um documento, do início de 1973, detalha o projeto institucional do Nutes-Clates (NUTES-CLATES, [1973])¹⁴⁰. Redigido em inglês, esse documento define o “problema” para o qual a iniciativa pretendia contribuir para a solução; explicita qual seria o papel atribuído aos novos métodos educacionais na educação de nível superior; descreve o contexto do ensino universitário na América Latina; discute qual seria a relevância do projeto no contexto da UFRJ e do país e na região das Américas; e apresenta suas linhas estruturantes, objetivos e atividades previstas, assim como o formato organizacional a ser adotado.

Três ordens de problemas foram destacadas no que tange à formação e à capacitação de pessoal de saúde nos países em desenvolvimento.

A primeira, definida pelo lado da demanda ao ensino superior, resultaria de um crescimento exponencial do ensino do segundo grau, o que representava, a cada ano, contingentes crescentes de pleiteantes às vagas no ensino superior. No caso brasileiro, por exemplo, assinalava que, em 1970, aproximadamente 65 mil candidatos disputavam 7.500 vagas disponíveis.

A segunda ordem de problemas, definida pelo lado da oferta, considerava haver uma baixa produtividade da capacidade já instalada nas universidades, além de uma ausência de planejamento a longo prazo, sem expectativas quanto à inclusão de currículos mais flexíveis e de novas técnicas pedagógicas.

A terceira dizia respeito à falta de coordenação entre os setores educacional e da saúde, acarretando desajustes quantitativos e qualitativos entre a formação de recursos humanos e as necessidades reais dos serviços (NUTES-CLATES, [1973], p.1 - 2).

Uma das principais consequências das convergências entre os problemas identificados seria, segundo o documento, um crescimento rápido e desordenado do

¹⁴⁰ O documento em questão, redigido em inglês, é de autoria institucional do Nutes-Clates, sendo, portanto, posterior à celebração do convênio de instalação do centro entre a Opas e as instituições brasileiras. Não contém indicação de data, mas é possível assegurar que foi redigido entre os meses de abril e junho de 1973.

ensino superior, caracterizado por uma elevação expressiva na quantidade de matrículas ofertadas não acompanhada por um aumento correspondente no número de professores qualificados disponíveis. O documento assinala, ainda, que no caso, o problema é o crescimento rápido e desordenado *“has reached a point where it can no longer be solved for each individual school; but demands an overall solution by a national or international organization”* (NUTES-CLATES, [1973], p. 2).

Como fator positivo para o desenho desse cenário contextual, os autores do documento indicavam que aqueles problemas estavam ocorrendo em um momento em que importantes inovações pedagógicas estavam sendo introduzidas, com a possibilidade de significativos incrementos na produtividade das atividades de ensino. A introdução da medicina preventiva no currículo médico teria aberto uma nova área de práticas médicas nos centros de saúde e nas ações de saúde comunitária, ao mesmo tempo que reforçavam a importância do ensino da medicina geral ou clínica. Paralelamente, os experimentos visando a uma maior integração entre o ensino básico e clínico indicavam que seria possível obter um melhor aproveitamento da capacidade docente disponível (NUTES-CLATES, [1973]).

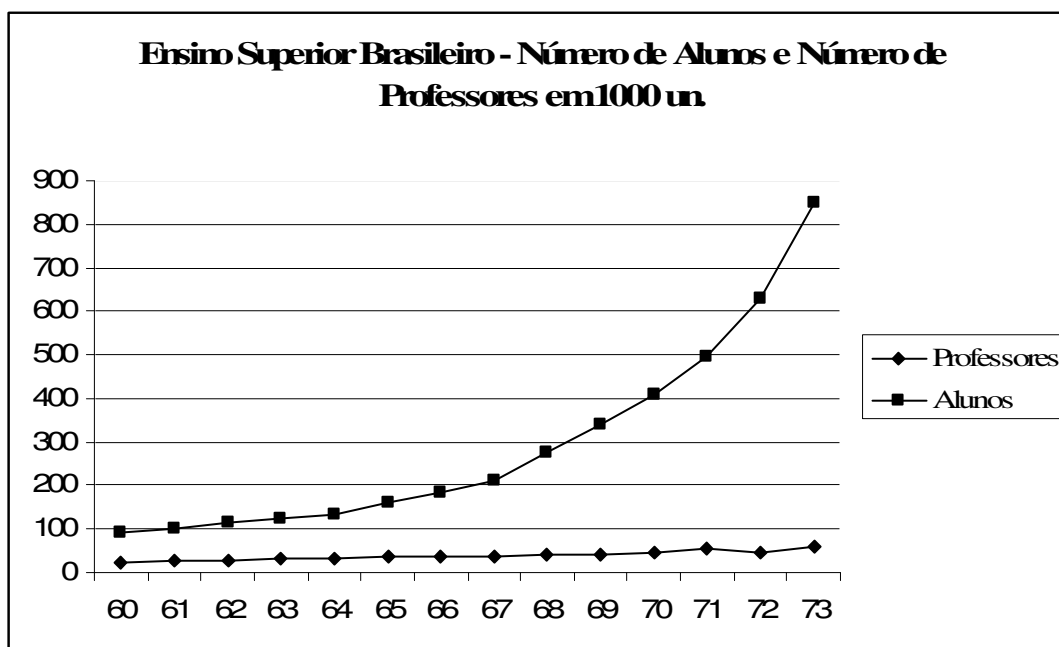
Sob o signo de um aumento “mandatório” da “eficiência e da efetividade dos seus processos operacionais”, a universidade latino-americana estava, então, experimentando um processo de revisão das suas estruturas. Nesse processo, argumentavam os responsáveis pelo Nutes-Clates, uma das tendências era a criação de centros multiprofissionais organizados por área de conhecimento. Estes, por sua vez, facilitariam o desenvolvimento das várias carreiras da saúde, inclusive das profissões auxiliares, constituindo ambiente propício para a introdução de inovações pedagógicas de várias ordens. Desse modo, seria possível prever uma definição mais precisa dos objetivos educacionais e dos desenhos curriculares mais adequados; um uso crescente de novas tecnologias educacionais; uma maior difusão do ensino transdisciplinar e multiprofissional; uma maior articulação entre ensino e serviços de saúde; além de uma melhoria sustentada da capacitação didático-pedagógica dos docentes (NUTES-CLATES, [1973], p. 2-4).

A iniciativa de constituição do Nutes-Clates seria especialmente relevante para a UFRJ e uma resposta à altura dos grandes investimentos governamentais realizados na

criação do seu CCM. Seria uma forma de introduzir as inovações pedagógicas necessárias em uma instituição de reconhecida tradição no contexto do ensino superior brasileiro, sobretudo quando essa mesma tradição implicava uma dose considerável de conservadorismo e resistência à mudança, a despeito da qualidade do seu corpo docente. Esse mesmo corpo docente demonstrava preocupação com o constante aumento do número de alunos e das tarefas docentes, em prejuízo da pesquisa. A introdução de novas tecnologias educacionais era vista como uma possível forma de atendimento a essa demanda, o que justificaria uma “recepção muito boa” à ideia de criação do Nutes-Clates (NUTES-CLATES, [1973], p. 16).

No plano nacional, o documento destaca que o ensino universitário no Brasil experimentava, então, um enorme crescimento sem o correspondente aumento do número de professores. Esse argumento seria retomado por Lobo, em artigo de 1975, no qual apresenta dados numéricos a esse respeito (Gráfico X).

GRÁFICO 3



Fonte: Lobo (1975, p. 3)

Sendo assim, seria previsível uma queda da qualidade do ensino. Em resposta a esse quadro, as autoridades do ensino médico estavam restringindo a abertura de novos cursos ou a oferta de vagas incompatível com a capacidade docente. Da mesma forma, recomendavam iniciativas destinadas a promover uma melhor capacitação docente. Mais uma vez, o documento reforçava a expectativa de que a introdução de novas tecnologias educacionais aumentaria a eficiência dos professores, também em escala nacional, sobretudo quando se esperava uma atuação concertada entre o Nutes-Clates, agências internacionais, a Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (Capes) e o Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq).

No que se refere à América Latina, as expectativas não eram menos auspiciosas. As perspectivas já mencionadas também se aplicavam ao contexto regional. Todavia, o crescimento do número de escolas médicas na região, diagnosticavam os autores do documento, vinha se realizando essencialmente em moldes tradicionais. Portanto, a implementação de um centro de regional como o Nutes-Clates poderia ser, pela via da atualização dos professores, uma das “últimas chances” de se introduzir aspectos efetivamente inovadores naquele processo (NUTES-CLATES, [1973], p.18).

Dados esse diagnóstico e as expectativas quanto ao funcionamento do centro regional, o Nutes-Clates tinha, segundo o documento em pauta, os seguintes objetivos principais: organizar cursos voltados para o treinamento de professores de acordo com os novos princípios educacionais e às novas tecnologias instrucionais; desenvolver cursos nas ciências da saúde, com ênfase em objetivos comportamentais, adaptando estratégias que considerassem esses mesmos objetivos e as condições docentes existentes; elaborar cursos nas ciências da saúde privilegiando o processo de autoinstrução; desenhar cursos apoiados em metodologias de instrução programada, desenvolvendo os recursos instrucionais requeridos, nas mais variadas e modernas mídias; elaborar modelos de ensino baseados em técnicas e recursos de simulação; desenvolver recursos para o ensino assistido por computadores e para a gestão da atividade de ensino; programar e realizar pesquisa educacional concernente à sua área de atuação; e desenvolver sistemas de avaliação, especialmente formativa, utilizando-se de testes objetivos, de alcance abrangente e validados (NUTES-CLATES, [1973], p. 5-6).

Para responder a esses objetivos, o Nutes-Clates contaria com uma diretoria; um grupo de administração; uma área de consultoria especializada nas áreas de instrução programada, recursos audiovisuais, avaliação, instrução assistida por computador e planejamento educacional; um setor de treinamento de professores; e uma área de produção nas áreas de fotografia, televisão e cinema, ilustração artística e médica e gráfica. O centro contaria, também, segundo o documento, com o que era denominado um “centro de demonstração”, para a reprodução e distribuição de material em vídeo ou fílmico, biblioteca de mídias e ambientes para estudos em grupo, além de um acervo de testes do sistema de avaliação formativa.

A programação das atividades para o triênio 1973–1975 se desenvolveria em torno de cinco linhas de atuação. A primeira delas previa o desenvolvimento de cursos em ciências da saúde com ênfase em programas de autoinstrução. Seus objetivos consistiam em tornar o estudante um agente ativo no processo ensino-aprendizagem, cabendo ao professor assumir o papel de guia ou tutor, e não o de fonte de informação (NUTES-CLATES, [1973], p. 9).

A esse respeito, Luis Carlos Galvão Lobo desenvolveu uma argumentação à qual recorreria em várias circunstâncias, apoiada no conceito de “aptidão”, tal como formulado por John Carroll.¹⁴¹ A aptidão seria o inverso do tempo necessário para um aluno aprender um conteúdo determinado. Portanto, quanto mais apto o estudante, menor o tempo por ele requerido para adquirir um dado conhecimento ou uma competência. A aptidão seria também uma variável, determinada biologicamente, que se distribuíria em uma dada população segundo uma curva normal de frequência. Segundo esse raciocínio, se o tempo de aprendizagem for fixo, o resultado será necessariamente variável, segundo a variação da aptidão no interior do universo de alunos. Desse modo, se procedêssemos de modo inverso, ou seja, se fixássemos o objetivo a ser alcançado na aprendizagem e fosse deixado como variável o tempo necessário para que cada aluno o realizasse, ao fim do processo teríamos um resultado mais homogêneo (NUTES-CLATES, 1992, p. 3; LOBO, 2008).

A segunda linha de atividades do Nutes-Clates compreendia a produção de “pacotes” de multimídias educativos, que eram constituídos de “filmes, *videotapes*,

¹⁴¹ Referências ao trabalho de John Carroll serão retomadas mais adiante.

slides, transparências, microfichas, simulação de fenômenos biológicos”, colocados à inteira disposição dos estudantes. Aos computadores era atribuído um papel fundamental. Assim,

“the presentation of problems through computers must be adopted as teaching tools if we wish to deal with large numbers of students, yet providing them with sound and individualized instruction.” (NUTES-CLATES, [1973], p. 10).

Os recursos multimídia seriam validados pela sua aplicação junto a grupos-piloto e estariam acessíveis na biblioteca de meios institucionais, dotada da necessária equipagem no que tange a projetores, gravadores e monitores de TV. Estes estariam dispostos em estações de trabalho individuais ou para pequenos grupos, que estariam, ainda, integradas em uma rede interna, recebendo os programas de um “centro de distribuição de televisão” (NUTES-CLATES, [1973], p.11).

Em íntima relação com o tópico anterior, a terceira linha de atividades consistia na seleção e/ou preparo de material instrucional. Segundo sua programação, o Nutes-Clates se propunha a selecionar materiais produzidos no país e no exterior e, adicionalmente, desenharia e produziria materiais originais. Todo o material seria reunido em pacotes temática e metodologicamente coerentes, de acordo com os temas e os métodos escolhidos, e aplicado, como testes, inicialmente, em grupos de estudantes do CCM-UFRJ, prevendo-se a posterior ampliação desse universo para estudantes de outras universidades brasileiras e da América Latina.

Essas aplicações teriam dois formatos básicos. No primeiro deles, os estudantes, conhecedores dos objetivos pedagógicos pretendidos, teriam acesso a todos os materiais disponíveis, assim como às fontes de informação adicionais requeridas e escolheriam livremente os materiais a serem utilizados, recorrendo, ainda, a instrumentos de avaliação formativa, também autonomamente. No segundo formato, os estudantes participariam de classes de forma regular e recorreriam aos recursos educativos, segundo a orientação do professor. Os resultados obtidos da aplicação dos dois formatos seriam comparados entre si (NUTES-CLATES, [1973], p. 11).

Na quarta linha de atividades era previsto o desenvolvimento dos “sistemas de avaliação formativa ou tutorial”, considerados elementos fundamentais para o funcionamento de cursos amplamente baseados no conceito de “aprendizagem ativa”. A avaliação tutorial, nos argumentos presentes no documento, seria melhor desenvolvida mediante o uso de computadores e da sua “conversação” com os estudantes em terminais individuais. O objetivo estimado seria aquilatar a compreensão pelo estudante dos materiais didáticos e aumentasse sua capacidade de formular e resolver problemas racionalmente, estabelecendo hipóteses, assim como selecionando e reunindo a informação científica necessária ao desenvolvimento da solução. Esperava-se que a adoção sistemática desse tipo de recurso, uma vez disponíveis os recursos de autoaprendizagem necessários e adequados, reduzisse, progressivamente, a diferença entre os alunos, no que se refere ao ritmo de aprendizagem, e entre o tempo necessário, portanto, para a aquisição de um dado conhecimento ou competência (NUTES-CLATES, [1973], p. 12).

Na sua quinta linha de atuação, o Nutes-Clates realizaria um programa de treinamento de professores. Estavam previstos, sempre com o uso intensivo de recursos de autoinstrução, cursos acerca de tópicos específicos, dentre os quais aqueles sobre formulação de objetivos pedagógicos e sobre métodos educacionais ou processos de avaliação; cursos regulares da grade disciplinar das ciências e profissões da saúde; e, “eventualmente”, cursos de formação de especialistas em educação em ciências da saúde.

Esse documento fundamental do Nutes-Clates, criou expectativas quanto ao funcionamento do componente interamericano da iniciativa. Esperava-se que o apoio da Opas facilitasse a aquisição do *know-how* existente no estrangeiro, mediante “consultorias de curta duração”, além do suporte para a realização de seminários e cursos para professores dos países da América Latina. O documento assinalava, explicitamente, a importância de se coordenar iniciativas entre o Nutes-Clates e a Biblioteca Regional de Medicina, a Bireme. A esse respeito, é relatada no documento a realização de uma reunião do Conselho Consultivo Científico da Bireme, ocasião em que os dois centros regionais acertaram que caberia à biblioteca regional a identificação e catalogação dos audiovisuais pertinentes e disponíveis na América Latina e nos demais países, enquanto ao Nutes-Clates caberia avaliar esses materiais e, quando

adequado, integrá-los aos seus pacotes instrucionais. Ao Nutes-Clates, segundo o mesmo acordo, caberia, também, a prerrogativa de selecionar, testar e produzir recursos audiovisuais, estando incumbida a Bireme de, “eventualmente”, atuar como um centro distribuidor (NUTES-CLATES, [1973], p. 15).

No momento de sua criação, os principais financiamentos do Nutes-Clates provinham das instituições signatárias dos seus instrumentos formais de fundação, a saber: o MEC, o Ministério da Saúde, o Ministério do Planejamento, por meio do Centro Nacional de Recursos Humanos, e a Opas. Esse leque se ampliaria logo nos primeiros anos de funcionamento do centro. Já a partir de 1973, a Fundação Kellogg passaria a apoiar, direta e fundamentalmente, a constituição das áreas técnicas do centro, a saber, aquelas destinadas à produção de audiovisuais, de recursos instrucionais e de computação aplicada ao ensino. Subsidiariamente, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), por meio do Fundo de Desenvolvimento Tecnológico (Funtec), financiou parte dos equipamentos necessários à instalação dessas mesmas áreas técnicas (NUTES, 1992, p. 12-18).

V.3 - A fase de instalação

O Nutes-Clates iniciou, concretamente, suas atividades no primeiro semestre de 1973, em março, segundo registra Henry Jouval Jr. (2004). Eram, então, pouquíssimos funcionários, o diretor, o vice-diretor, uma psicóloga, uma bibliotecária, a secretária do diretor e um quadro de apoio administrativo (SIGAUD, 2009, p.15-16).¹⁴² Quatro anos depois, no final de 1976, portanto, a equipe era constituída, além do diretor e do seu vice, por 56 profissionais, todos trabalhando em regime de tempo integral, sendo cinco médicos, duas enfermeiras; seis profissionais da área de educação e tecnologias educacionais, nove profissionais de informática, entre engenheiros e técnicos, nove técnicos de fotografia, cinema, audiovisuais, eletrônica e manutenção, um arquiteto e dois desenhistas, duas bibliotecárias e uma auxiliar de biblioteca, uma socióloga, uma psicóloga, além de 15 profissionais nas áreas de administração e suporte. Completavam

¹⁴² Compunham esse núcleo inicial: Galvão Lobo, diretor, Henry Jouval, vice-diretor, Maria Alice Sigaud Lent, psicóloga, Virgínia Maria Leite de Almeida, bibliotecária, Ida Maria Amaral Teixeira, secretária, e Paulo Roberto de Freitas Camacho no apoio administrativo (NUTES-CLATES, 1975, p. 8-11; SIGAUD, 2009, p.16)

a equipe cinco assessores em tempo parcial (NUTES-CLATES, 1976, p. 6-11). Nessa equipe, 14 docentes e um agente administrativo eram remunerados com recursos diretos da universidade. Todos os demais, que representavam 75% da força de trabalho, eram contratados com recursos captados mediante convênios ou projetos (NUTES-CLATES, 1975, p. 7-8).

Uma equipe assim desenhada certamente revela a natureza multidisciplinar e multiprofissional da iniciativa. Revela, ainda, a vigorosa expansão experimentada nos seus anos iniciais. Tanto a narrativa oficial presente nos relatórios anuais de atividades, quanto as reflexões críticas realizadas no interior das equipes de trabalho no período imediatamente subsequente, identificam o intervalo compreendido entre 1973 e 1976 como o ciclo de instalação institucional do Nutes-Clates, correspondendo, ainda, ao término dos primeiros convênios que garantiram a sua sustentação inicial (NUTES-CLATES, 1975; JOUVAL JR.*et al.*, 1977).

A análise de alguns dados quantitativos acerca da trajetória institucional do Nutes-Clates nos seus dez anos de existência parece confirmar essas afirmações.

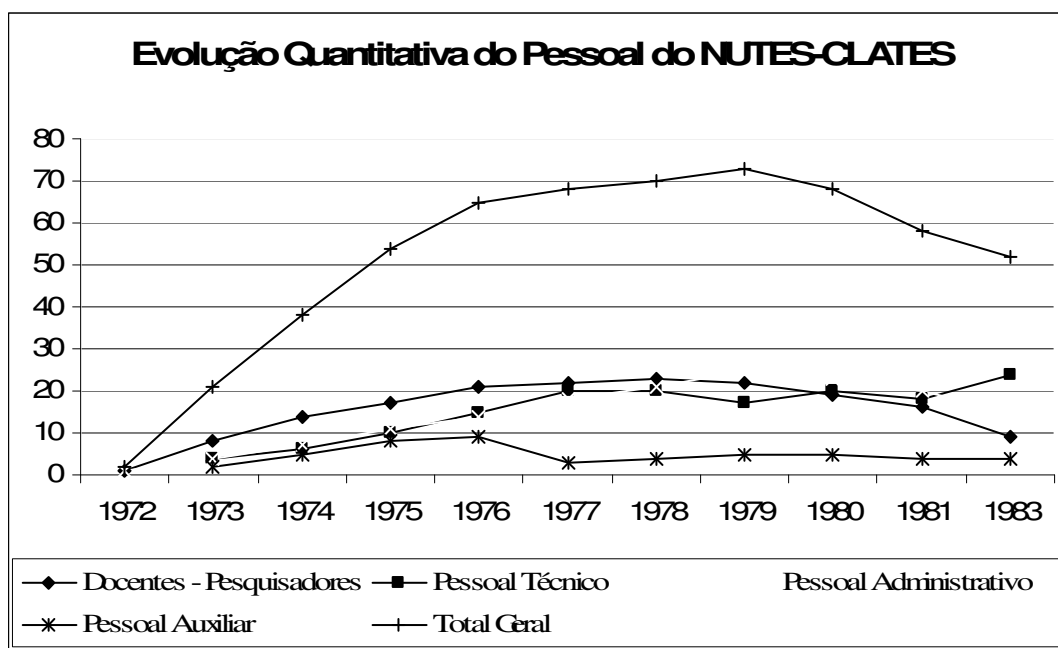
Ainda analisando a evolução quantitativa do seu corpo de funcionários, observa-se, no Tabela 1 e no Gráfico 4, que, de fato, entre 1976 e 1977, o Nutes-Clates atingiu um patamar numérico de composição da sua força de trabalho que corresponde ao início do seu ciclo de maior volume de operação, na medida em que este corresponde ao maior nível de ocupação de trabalhadores.

TABELA 1**Evolução Quantitativa do Quadro de Pessoal do Nutes-Clates**

| | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Docentes – Pesquisadores | 1 | 8 | 14 | 17 | 21 | 22 | 23 | 22 | 19 | 16 | ND | 9 |
| Pessoal Técnico | | 4 | 6 | 10 | 15 | 20 | 20 | 17 | 20 | 18 | ND | 24 |
| Subtotal | 1 | 12 | 20 | 27 | 36 | 42 | 43 | 39 | 39 | 34 | | 33 |
| Pessoal Administrativo | 1 | 4 | 7 | 11 | 14 | 18 | 21 | 25 | 23 | 20 | ND | 15 |
| Pessoal Auxiliar | | 2 | 5 | 8 | 9 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | ND | 4 |
| Consultores/ Assessores | | 3 | 6 | 8 | 6 | 5 | 2 | 4 | 1 | 3 | ND | |
| Total Geral | 2 | 21 | 38 | 54 | 65 | 68 | 70 | 73 | 68 | 58 | - | 52 |
| Total sem Consultores | 2 | 18 | 32 | 46 | 59 | 63 | 68 | 69 | 67 | 61 | - | 52 |

Fontes: Nutes-Clates, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1982, 1984; Sigaud (1980)

GRÁFICO 4

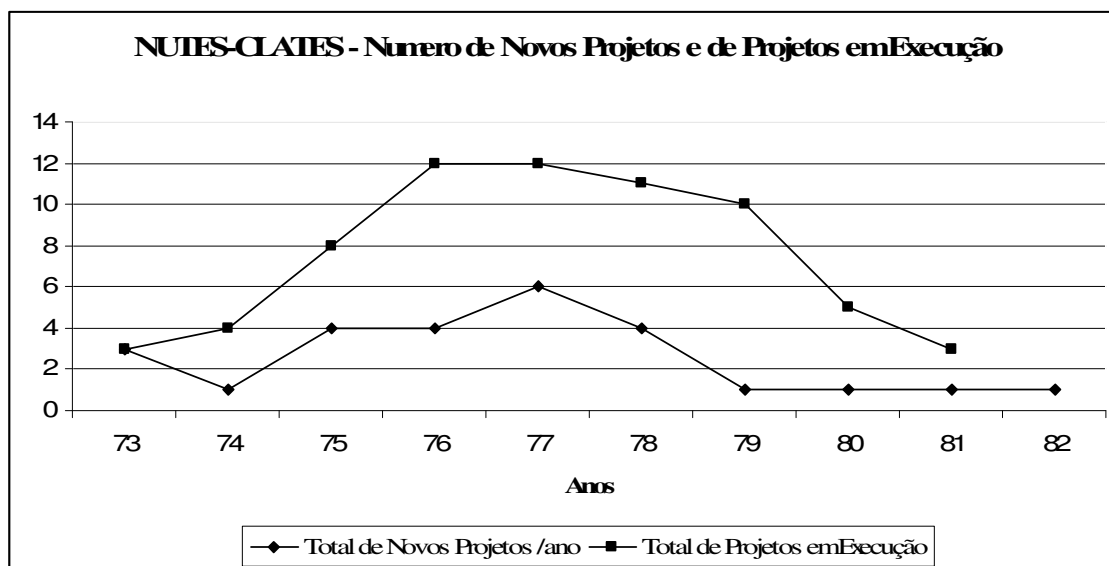


Fontes: Nutes-Clates, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1982, 1984; Sigaud (1980)

Essas observações são válidas tanto para o número total de trabalhadores empregados, quanto para o contingente de docentes pesquisadores e de pessoal técnico, as categorias de profissionais diretamente responsáveis pelo desenvolvimento das atividades finalísticas da instituição.

Conclusões semelhantes podem ser extraídas da análise do Gráfico 5. Nele, está representada, ano a ano, a evolução do número de novos projetos captados e do número de projetos em execução.

GRÁFICO 5



Com os dados extraídos da lista geral de projetos desenvolvidos pelo Nutes-Clates entre 1983 e 1982 é possível identificar que, em 1976, a instituição atingiu o patamar máximo alcançado no tocante ao número de projetos em execução. No ano seguinte, alcançaria seu rendimento máximo, considerando-se os números combinados de projetos captados e projetos em execução. Os dados também sugerem que o período entre 1973 e 1976 representou um ciclo de implantação e crescimento rumo aos patamares de rendimento quantitativo mais expressivos alcançados pela instituição durante a sua existência como centro internacional da Opas.

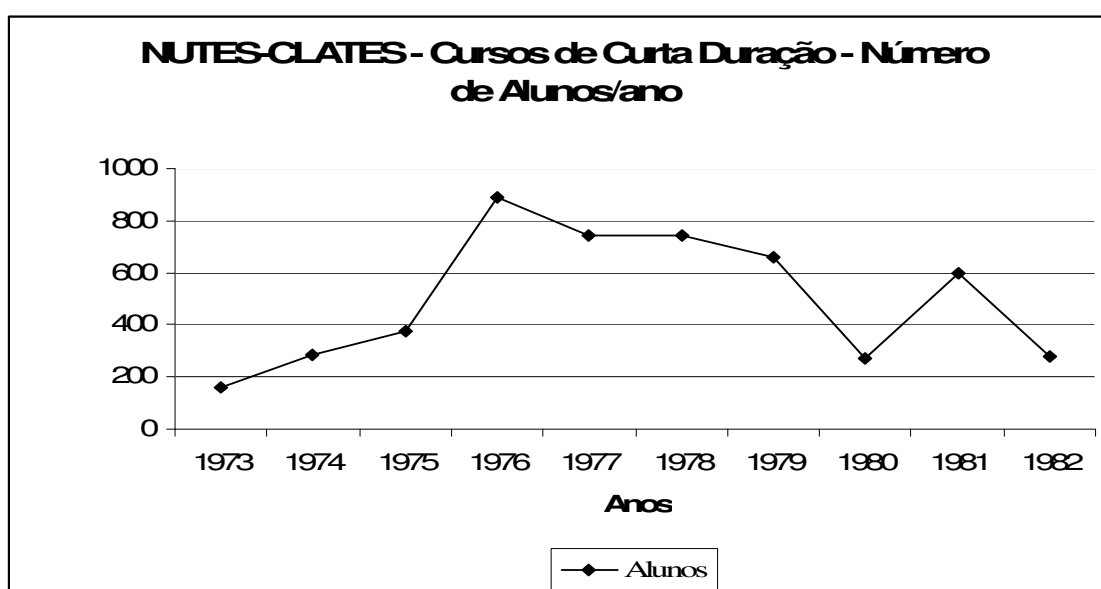
Uma série de dados comparáveis, no que se refere ao número de alunos atendidos pelos cursos de curta duração ofertados pelo Nutes-Clates, apresentada na Tabela 2 e no Gráfico 6, indicam que, também no ano de 1976, a instituição alcançava sua maior produção docente.

TABELA 2
Número de Alunos/Ano
nos Seminários e Cursos de Curta Duração do Nutes-Clates

| Anos | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Alunos | 163 | 287 | 375 | 889 | 743 | 740 | 657 | 269 | 600 | 279 |

Fontes: Nutes-Clates, 1979; Nutes, 1992

GRÁFICO 6



Fontes Nutes-Clates, 1977 e Sigaud, 1980

Elementos de ordem qualitativa corroboram a ideia de um ciclo de fundação e consolidação compreendido entre 1973 e 1976. Nesse período, o Nutes-Clates desenvolveu seus três projetos iniciais, que proporcionaram os recursos financeiros fundamentais à sua própria criação e instalação, cujos objetivos incluíam o desenvolvimento de cursos de autoinstrução em ciências biomédicas, a implantação da área técnica de computação eletrônica e a instalação de um setor de audiovisuais (NUTES-CLATES, 1975, 1976). Nesse mesmo período, o Nutes-Clates estabeleceu convênios e deu início à operação de projetos que inauguravam de fato o seu componente internacional. Esses projetos proporcionaram, por um lado, as condições

para se introduzir, de fato, inovações em tecnologias educacionais nos cursos básicos do Centro de Ciências da Saúde, da UFRJ, e, portanto, no âmbito mesmo da base de apoio institucional que permitiu a proposição da iniciativa e a projeção da sua atuação para o contexto latino americano. Por outro lado, esses projetos permitiram a aquisição dos aparatos tecnológicos - e dos conhecimentos e técnicas para o seu manejo - fundamentais a toda a operação.

V.4 - Os programas e projetos fundadores

Não se pretende, aqui, descrever detalhadamente o conjunto de projetos e atividades desenvolvido pelo Nutes-Clates durante a vigência do seu componente internacional, tampouco analisar e discutir em profundidade suas principais linhas de atuação, no que concerne às suas premissas teóricas, suas bases conceituais e suas implicações. Todavia, é importante examinar as formas pelas quais se desenvolveram os projetos iniciais fundadores, de modo a buscar reconhecer de que maneira foram identificados, mobilizados e reunidos os requisitos de conhecimentos, tecnologias e técnicas necessários à instituição de um núcleo ou centro de tecnologias educacionais aplicadas ao setor saúde, tal como proposto. Da mesma forma, na existência de instituições estrangeiras como fontes de conhecimentos especializados e de tecnologias recém desenvolvidas e a serem internalizadas, o exame desses projetos iniciais deverá possibilitar que se avalie, para esses anos fundadores, de que modo e com que resultados o Nutes-Clates operou como instrumento de assistência e cooperação técnica internacional.

O projeto voltado para a implantação dos cursos de autoinstrução tinha por objetivo estabelecer programas para os cursos de biofísica e fisiologia, mas essa agenda se ampliou muito rapidamente, buscando atender à totalidade do curso básico das profissões da saúde.

A abordagem adotada inspirava-se na experiência desenvolvida pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Ohio (EUA) e foi por ela diretamente influenciada. Durante os quatro anos de vigência do projeto, Gregory Trzebiatowski, diretor associado de educação daquela faculdade, visitou o Nutes-Clates, em três

ocasiões, e uma quantidade relativamente grande de consultores trilhou o mesmo caminho, sempre com o apoio direto da Opas (NUTES-CLATES, 1975, 1976).¹⁴³

Naquela época, em 1974, a Faculdade de Ohio já tinha a integralidade do seu curso básico em autoinstrução. O processo de implantação havia se iniciado em 1971 e tinha por base “o modelo de domínio de aprendizagem”, tal como formulado por John Carroll e expandido por Benjamim Bloom, segundo a percepção de Luis Carlos Galvão Lobo (LOBO, 1975, p. 9-10).¹⁴⁴ Essas referências também foram adotadas pelo Nutes-Clates (NUTES, 1992, p. 5 - 6).

O contato com a faculdade norte-americana havia se iniciado em 1972. Naquele ano, sob os auspícios da Fundação Kellogg, uma comitiva de conceituados docentes da UFRJ empreendeu uma viagem aos EUA e Canadá com o propósito de visitar centros de ensino e pesquisa de importância. Lobo era um dos componentes da delegação, e a Faculdade de Ohio foi uma das instituições visitadas (LOBO, 1974 *apud* SIGAUD, 1980, p. 11).

A Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Ohio vinha, desde 1964, experimentando processos contínuos de revisão de seu currículo médico. Esses movimentos foram acompanhados da introdução de inovações com base na, então, denominada instrução programada, desde pelo menos 1967, quando essa tecnologia passou a ser adotada na configuração de versões experimentais alternativas de parte do programa curricular de anatomia e em programas para grupos de estudos independentes em bioquímica. A partir de 1967, a faculdade passou a utilizar recursos da Instrução Assistida por Computador (CAI)¹⁴⁵ nos programas regulares de bioquímica e anatomia. Nos anos subsequentes, a instrução programada assistida por computador foi adotada em áreas de estudo como histologia, sistema músculo-esquelético, fisiologia,

¹⁴³ Os consultores participantes foram: Robert Beran, professor de anatomia; John A. Merolla, professor de bioquímica; Edwin Hyatt, professor de fisiologia; Ruann Pengov, diretora da divisão de computação; Abramo Ottolenghi, professor de microbiologia; John Lindower, professor de farmacologia; Robert Folk, professor de clínica médica; e Kathryn Clausen, professora de patologia (NUTES-CLATES, 1976).

¹⁴⁴ As obras referidas por Lobo são, respectivamente: *A Model of School Learning* (CARROL, 1963) e *Learning for Mastery in Evaluation Comment* (BLOOM, 1969).

¹⁴⁵ A Instrução Assistida por Computador, ou CAI, no acrônimo em língua inglesa, difere-se da Instrução Baseada em Computador, ou CBI. No primeiro caso, o aluno recorre ao computador como um recurso adjuvante ou complementar no processo de aprendizagem. No segundo caso, o aluno recebe a maior parte da informação mediante o uso dos computadores, uso este considerado, na época, intensivo. Ver: Nutes-Clates, 1976, p.43. A CAI foi a abordagem adotada no Nutes-Clates (NUTES, 1992, p.19).

neuroanatomia, morfologia neuromuscular, entre outras. Desde o início da década de 70, a estrutura da faculdade comportava uma “Division of Research and Evaluation in Medical Education” e uma “Division of Computing Service for Medical Education and Research”, ambas administrativamente vinculadas ao “Assistant Dean for Medical Education” (WEINBERG, 1973, p. 299 e 302).

Essa arquitetura institucional pretendia promover a articulação entre as atividades de formulação de uma agenda para a adoção de recursos de instrução programada, segundo as necessidades das mudanças educacionais pretendidas, os conteúdos necessários e a sua tradução em programas informatizados, com as indispensáveis fases de *design*, programação propriamente dita, depuração, revisão e avaliação. As mesmas instâncias eram responsáveis por identificar, selecionar e, quando necessário, produzir os recursos audiovisuais necessários (WEINBERG, 1973, p. 299).

Os resultados alcançados por essas iniciativas da faculdade de medicina de Ohio eram, então, considerados promissores. Além das várias disciplinas do curso médico, os recursos da CAI estavam sendo utilizados, em proporção considerável, em cursos como os de enfermagem, radiologia, técnicas de cuidado médico de urgência, entre outras aplicações, com destaque para o ensino das ciências biomédicas básicas em vários contextos curriculares das áreas da saúde. Também encontravam-se em andamento estudos visando à adoção dos mesmos recursos nos cursos clínicos. Da mesma forma, a instrução assistida por computador estava sendo parte fundamental no desenho de um programa de educação continuada para a força de trabalho médico do estado de Ohio. Para tanto, a faculdade de medicina liderava uma rede de instituições que incluía duas escolas de enfermagem e 14 hospitais, espalhados pelo estado, todos integrados por terminais,¹⁴⁶ com acesso a cerca de 20.000 estudantes e profissionais.

Esse êxito credenciava as áreas de educação médica, de instrução programada e de instrução assistida por computador para atuarem como referências institucionais para projetos similares em outras instituições norte-americanas, bem como para participarem em redes institucionais nacionais dedicadas a esses temas, em especial aquela liderada

¹⁴⁶ Um terminal clássico consistia de uma impressora e de um projetor de *slides* com carrossel integrados, via um *data set* e uma rede telefônica, a um centro de computação. Esse formato básico era utilizado tanto, internamente, na faculdade quanto no atendimento a instituições externas (WEINBERG, 1973, p. 302)

pelo *Lister Hill Center for Biomedical Communication* (WEINBERG, 1973, p. 302 - 304).

Outro apoio importante mobilizado pelo Nutes-Clates consistiu nas consultorias de Christine Mcguire, da Universidade de Illinois, onde juntamente com George Miller, desempenhou um papel fundamental na criação do *Center for Educational Development* (CED), depois transformado no *Department of Medical Education*. No Nutes-Clates, Christine Mcguire foi importante para a introdução de metodologias de avaliação formativa com base nos objetivos comportamentais (SIGAUD, 2009; LOBO, 2009, p. 1972).

O Nutes-Clates, ao desenvolver seu projeto inicial de instrução programada, voltada para disciplinas do ciclo básico das profissões da saúde, teve que adquirir sua própria capacitação no que concerne tanto ao uso de recursos computacionais em autoinstrução, com o desenvolvimento de sistemas ou programas de avaliação da aprendizagem, quanto ao desenvolvimento dos recursos educativos audiovisuais. Ao elaborarem os cursos, os docentes do Nutes-Clates mobilizavam os professores de várias disciplinas, de modo a estabelecer, em conjunto, os objetivos terminais e intermediários da aprendizagem; os eventuais pré-requisitos; os conteúdos e sua sequência no interior do programa; os meios educacionais a serem selecionados e produzidos, além das formas de avaliação a serem adotadas, seja na modalidade diagnóstica formativa ou somativa (NUTES-CLATES, 1976, p. 14).¹⁴⁷

A utilização de computadores na instrução programada deu-se, inicialmente, pelo preparo de sistemas de avaliação formativa, de início recorrendo aos programas desenvolvidos na Universidade Estadual de Ohio. Essa ação resultou na formação de um banco de questões. Ao mesmo tempo, a instituição adquiria os aparatos tecnológicos necessários à instalação do seu setor de computação e preparava sua utilização também como recurso de administração acadêmica. Para isso, mediante um projeto específico, o Nutes-Clates, já a partir de 1973, dispunha de recursos do Ministério da Saúde, da

¹⁴⁷ Nos textos do Nutes-Clates, a avaliação diagnóstica é aquela aplicada para definir as condições de entrada do aluno no curso. A avaliação formativa destina-se a monitorar a aprendizagem ao longo do módulo ou curso, a identificar dificuldades, a sugerir e recomendar a necessidade de estudos específicos. A avaliação somativa, por sua vez, realizada ao final do processo se propõe a indicar a situação dos alunos de acordo com os objetivos educacionais pretendidos. Ver, por exemplo, Nutes-Clates, 1976, p. 16.

Fundação Kellogg e, mais tarde, a partir de 1975, do Fundo Tecnológico do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE-Funtec).¹⁴⁸ No caso da Fundação Kellogg, Lobo mantinha negociações de financiamentos para aplicar no Nutes-Clates, que resultaram na aprovação de recursos para o curso de medicina da UnB, cujo projeto de desenvolvimento havia sido abortado em função dos desentendimentos por ele enfrentados no seu último período na capital federal.

Os programas desenvolvidos em Ohio requeriam o processamento em computadores de tipo *mainframe*. Para atender a essa necessidade, recorria-se ao uso compartilhado dos equipamentos existentes no Núcleo de Computação Eletrônica da UFRJ (NCE-UFRJ),¹⁴⁹ ligados a terminais instalados no Nutes-Clates. Muito cedo, porém, optou-se pela adoção de soluções para computadores de pequeno porte. Isso, além de poder representar uma maior autonomia operacional para o centro, permitiria, sobretudo, o desenvolvimento de soluções mais facilmente aplicáveis em outras universidades e faculdades, inclusive de outros países.¹⁵⁰

Com essa finalidade, o Nutes-Clates decidiu adquirir seu próprio equipamento¹⁵¹ e adotar como sistema operacional e linguagem de programação o *Meditex Interpretive Information System*, o MIIS, que, por seu turno, era uma variação ou “dialeto” do *Massachusetts General Hospital Utility Multi-Programming System*, que fazia história e seria largamente conhecido pela sigla Mumps. Também aqui na compra de

¹⁴⁸ O Funtec-BNDE, instituído em inícios da década de 60, consistia, nos marcos de uma política industrial de substituição de importações, em um dos mecanismos que pretendiam promover uma aproximação Estado – Universidade – Indústria. Nos anos 70, foi um dos principais mecanismos de fomento de uma indústria nacional de informática, processo em que o Nutes-Clates também se viu envolvido, como veremos em seguida. Ver Santos (2003).

¹⁴⁹ O equipamento do NCE-UFRJ era, então, um IBM 360/40, de médio porte, integrante de uma série desenvolvida em 1964 e comercializada entre 1967 e 1978, pertencendo à primeira grande família de computadores comercializada com configurações em pequeno, médio e grande formato. Para informações gerais, ver: *Computer History: IBM IBM 360/370/3090/39*, em: <http://www.beagle-ears.com/lars/engineer/comphist/ibm360.htm>

¹⁵⁰ Em 1976 o Nutes-Clates registrava que havia “enviado” seus programas para a Faculdade de Medicina da ENEP-Zaragoza, da Universidade Nacional Autônoma do México e para a Universidade da Costa Rica (NUTES-CLATES, 1976, P. 20).

¹⁵¹ O equipamento comprado foi um DEC-PDP-15-75, fabricado pela DEC - Digital Equipment Corporation, a empresa responsável pela fabricação, em 1965, do primeiro minicomputador comercial, o PDP-5. Ver: Pinto, J.S.P., *Arquitetura de Micros IBM – PC*, disponível em: <http://mundodigital.nainternet.net/software/hardware/arquiteturadecomputadores/>

equipamentos, recursos da Opas foram mobilizados para proporcionar a vinda ao Rio de Janeiro de consultores norte-americanos, entre estes: Charles Molnar, do Computer Systems Laboratory da Washington University, em Saint Louis; Jerry Cox, do Computer Medical Laboratory, da mesma universidade; e, principalmente, Warner Slack, do Beth Israel Hospital, de Boston, e Neil Pappalardo, da MEDITECH- Medical Information Technology, Inc, a empresa responsável pelo desenvolvimento do Mumps. Analistas da equipe do Nutes-Clates, por seu turno, eventualmente empreenderam algumas poucas viagens para visitarem centros especializados norte-americanos ou para participarem de grupos internacionais de desenvolvedores em Mumps. (NUTES-CLATES, 1975, p. 45-48; NUTES-CLATES, 1976, p. 14 e 21; AMORIM, 2010, 15 - 20 min).

Para receber essa tecnologia na UFRJ e no Nutes-Clates, a direção do centro constitui uma equipe própria de jovens “informatas”. Para tomarmos um exemplo, Cláudio Amorim, que a partir do final de 1973 passou a responder pela coordenação do setor de computação do Nutes-Clates, ainda era, nessa ocasião, aos 22 anos, um estudante de engenharia elétrica da Pontifca Universidade Católica do Rio de Janeiro.¹⁵² Seus colegas de equipe ou eram da sua geração, ou ainda mais novos.¹⁵³ A experiência de Amorim e seus colegas em iniciativas que, em boa medida, eram fundadoras do campo da análise de sistemas no Rio de Janeiro e no Brasil, habilitava-os a enfrentar o desafio de recepcionar, no Brasil, pela primeira vez, a tecnologia Mumps,

¹⁵² Na condição de estudante, Amorim havia integrado as primeiras equipes do RioDataCentro, da PUC-RJ, na época um dos mais ativos e avançados centros de processamento de dados do país. Em seguida, compusera, como estagiário, a equipe do Serpro, então às voltas com as primeiras tentativas de automação das declarações de rendimentos para efeito de cálculo do imposto de renda. Em 1975, já no Nutes-Clates, tornou-se professor auxiliar da UFRJ mediante concurso, integrando, portanto, a primeira e reduzida leva de profissionais a obter a integração aos quadros da universidade. Deixou o Nutes-Clates em 1983.

¹⁵³ Uma anedota, referida por Sigaud (2009) e Amorim (2010), dá bem a ideia do que seria, no começo dos anos 70, esse encontro entre um certo formalismo institucional e os jovens desbravadores do mundo das tecnologias da informação nas suas primeiras décadas: Neil Pappalardo, criador do Mumps e da MEDITECH, vinha ao Brasil pela primeira vez para prestar assistência tecnológica ao seu novo cliente, o Nutes-Clates. Lobo encarregou Amorim - jovem, motociclista, cabelos nos ombros - de recepcionar Pappalardo no aeroporto. Para isso, Lobo solicitou que Amorim vestisse sua melhor roupa, uma camisa social para dentro da calça e um sapato. Quando Pappalardo desembarcou, vestia-se como um perfeito exemplar da contracultura: calças jeans, jaqueta e coturnos, onde um buraco à faca proporcionava espaço vital para um joanete. Amorim “revoltou-se”: “Assim ele vai achar que eu sou um careta!”. Vale também mencionar que Pappalardo ainda vive e a MEDITECH fatura, nos dias de hoje, algo como quatrocentos milhões de dólares anuais.

dirigida para computadores da classe “mini”, utilizados de modo simultâneo por vários usuários.¹⁵⁴

Esse desafio não lhes pareceu especialmente complexo. Segundo Amorim,

“o Neil Pappalardo vendeu o sistema, veio aqui instalou e pronto. Voltou talvez para fazer um *upgrade* (...) Ele, ex-aluno do MIT [Massachusetts Institute of Technology], que era então um empresário, que tinha criado a meditech [Medical Information Technology] veio dar uma palestra. Como sistema de informação, para quem era de engenharia de computação, era mais uma plataforma a dominar. Foi ler os manuais, estudar alguns exemplos que eles tinham. Mas eu diria que foi trivial para nós dominarmos a tecnologia.” (AMORIM, 2010, 18-20 min).

Muito cedo, portanto, o Nutes-Clates, alcançou uma considerável *expertise* tecnológica. A esse respeito, vale dizer, instalar seu próprio setor de computação e sua própria equipe técnica permitiu-lhe operar com ampla autonomia, estabelecendo suas prioridades e ainda optando por tecnologias mais compactas, mais baratas e flexíveis, em uma UFRJ onde predominava a cultura do *mainframe*, ou dos computadores de grande porte.

No final de 1976, o Nutes-Clates tinha, a rigor, concluído a instalação da infraestrutura necessária para o processamento e transmissão de dados, ampliando a capacidade de seu equipamento e completando a instalação da rede interna. Àquela altura, havia 12 terminais de vídeos e duas impressoras integradas, capazes de prover atendimento para cerca de 600 alunos, numa interação média, para cada aluno, de 90 minutos em contato com o computador para fins de avaliação formativa para cada 40 horas de estudo (NUTES-CLATES, 1976, p. 22).

¹⁵⁴ De fato, o Nutes-Clates foi a primeira aplicação do Mumps no Brasil. Seu uso tornou-se comum ao longo dos anos 70 e 80. Nessas décadas, na vigência de legislação protetora do mercado interno de informática, a Computadores do Brasil (Cobra) adotou o Mumps como sistema operacional para os seus modelos Cobra 300, 400 e 500, considerando-o adequado para as soluções *online* (HELENA, 1984). Parte da equipe do Nutes-Clates participou dos primeiros grupos de desenvolvimento dessas soluções para a Cobra (AMORIM, 2010; LOBO, 2009).

Findos os quatro anos de desenvolvimento originalmente previsto, esse projeto do Nutes-Clates havia conseguido estabelecer atividades junto à totalidade dos departamentos do Instituto de Ciências Biomédicas. Uma ativa militância, por meio de seminários de sensibilização oferecidos a quase uma centena de professores das ciências básicas, conseguiu produzir consenso em torno da necessidade de revisão das formas de planejamento da atividade docente e da aprovação de um novo currículo para o ciclo básico de medicina.

Dos quatro semestres do curso básico, dois deles já eram desenvolvidos sob o formato de autoinstrução e organizados em blocos e módulos definidos com base nos sistemas orgânicos.¹⁵⁵ No começo de cada módulo, os alunos eram orientados quanto aos objetivos terminais e intermediários que deveriam ser atingidos e, igualmente, informados sobre os tutores de cada grupo de alunos, os recursos instrucionais e os sistemas de avaliação disponíveis. Cada aluno respondia, a sua maneira, aos conteúdos e materiais educativos e às fontes de informação, recorrendo a um sistema informatizado de avaliação formativa quando considerava dominados os conteúdos e julgava atendidos os objetivos planejados. O desenho do sistema permitia acompanhar o progresso do aluno, identificar dificuldades e gerar relatórios aos tutores, suscitando a indicação de estudos adicionais e até mesmo medidas para o aperfeiçoamento do próprio curso e de seus materiais de instrução. A totalidade dos alunos de medicina participava de cursos oferecidos nesse formato, e para os estudantes de odontologia, enfermagem e nutrição foram criadas formas reduzidas, segundo a necessidade dos currículos (NUTES, 1994, p. 5-6).

Paralelamente, recorrendo a recursos do Ministério da Saúde e da Fundação Kellogg, o Nutes-Clates instituiu suas áreas técnicas de produção de programas audiovisuais e de guarda, acesso e difusão de um acervo de recursos instrucionais a ser utilizado por estudantes e professores da UFRJ e de outras universidades, inclusive do exterior.

¹⁵⁵ Os sistemas orgânicos já atendidos eram: sistema cardiovascular para medicina; sistema cardiovascular para odontologia, enfermagem e nutrição; sistema respiratório para medicina; sistema respiratório para odontologia, enfermagem e nutrição; sistema endócrino; sistema reprodutor para medicina; sistema gastrointestinal; sistema urinário e sistema nervoso (NUTES-CLATES, 1975, 1976). No final de 1978, os cursos de biologia celular, biologia e ecologia humana, sistema locomotor, sistema hematopoético e de mecanismos de agressão e defesa também estavam implantados.

Para desenhar a área e estabelecer padrões, o centro também recorreu a consultores externos, como Melvin Shaffer, da Universidade de Virgínia, em Richmond.¹⁵⁶ Adicionalmente, a fim de recolher experiências sobre a administração e equipagem de centros dessa natureza, profissionais da equipe do Nutes-Clates empreenderam viagens técnicas à National Library of Medicine, em Washington, e ao seu National Medical Audiovisual Center, localizado em Atlanta, Geórgia.¹⁵⁷ Dessas consultas resultou a instalação de um setor de audiovisuais constituído das seções de planejamento e produção; desenho e ilustração; fotografia e cinema; e televisão e áudio.

A área de acervos, designada Setor de Recursos Instrucionais, organizou-se, de forma coordenada, em instalações anexas à biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ, procurando assegurar a mais ampla acessibilidade aos materiais educativos. Pretendia-se, inclusive, “alargar o conceito de biblioteca, configurada agora como o lugar onde a informação necessária está disponível sob os mais variados formatos”. Procurou-se, igualmente possibilitar acesso imediato aos recursos instrucionais no interior do Hospital Universitário da UFRJ, então em fase de implantação. Para tanto, foram colocados monitores de TV na biblioteca do hospital, para uso de professores e residentes, e instalada uma sala especial do setor didático dotada de manequins para o desenvolvimento de habilidades relacionadas a exames de fundo de olho, ginecológico e de próstata, e a procedimentos como os de entubação endotraqueal, massagem cardíaca, e laringoscopia (NUTES-CLATES, 1976, p. 23, 124-126).

A fisionomia *hi-tech* do centro, já manifesta pela presença de recursos computacionais visíveis na forma de CPUs, monitores e impressoras, era também

¹⁵⁶ Para efeito de ilustração, os formatos básicos previstos consistiam de “diapositivos com texto ou áudio não conjugado para programas audiovisuais sem movimento; videocassete em cor para programas audiovisuais com movimento; fitas cassette para programas em áudio; microfichas e textos para programas visuais” (NUTES-CLATES, 1976: 23)

¹⁵⁷ Desde 1967, a National Library of Medicine (NLM) tinha sob sua responsabilidade e gestão o National Medical Audiovisual Center, que era o sucedâneo do National Medical Audiovisual Facility (NMAF), até então vinculado ao Center for Disease Control (CDC). O NMAF, por sua vez, sucedia o National Medical Motion Pictures Archives, cuja constituição remontava ao uso educativo de materiais fílmicos para o controle da malária durante a Segunda Guerra Mundial. Quando de sua transferência para a NLM, o centro dispunha de um moderno estúdio de cinema; de equipagem completa para a produção de programas de televisão e outros audiovisuais; de serviços de referência para acervos de filmes médicos, além de atividades de catalogação e empréstimo; e de uma equipe de pesquisa e desenvolvimento sobre o uso didático de materiais audiovisuais. Em 1983, o centro foi incorporado ao Lister Hill National Center for Biomedical Communications, também uma estrutura da NLM (MILES, 1984, p.433-439; FRIEDMAN, 1984, p. 27)

revelada pela instalação de um sistema fechado de televisão a cores, dispondo de três canais simultâneos, com televisores instalados nas salas de aula e em trinta cabines para estudos em grupo e individuais. Os estúdios de gravação com tratamento acústico, aclimatados e generosamente equipados para cinema, áudio e vídeo, além da sala de edição, do laboratório de fotografia e da seção de desenho e ilustração médica também compunham esse ambiente de alta tecnologia.¹⁵⁸

Boa parte da produção do período 1973-76 desenvolvera-se em função das necessidades derivadas dos cursos de autoinstrução. Por exemplo, os *kits* desenvolvidos para o ensino dos sistemas nervoso, urinário, digestivo, cardiovascular e respiratório, endócrino e reprodutor, de semiologia clínica, da relação médico-paciente, entre outros envolviam quase sempre, cada um deles, a combinação de filmes cinematográficos, programas em videoteipes, programas em áudio e séries de diapositivos.

Paralelamente, mediante acordo com a NLM, mediado pela Opas, foram obtidas séries de videoteipes, programas em diapositivo e audiotapes, sendo alguns títulos traduzidos ou adaptados para uso no Brasil e na América Latina. Mediante entendimentos mantidos com a Bireme, essa biblioteca regional passou a operar como distribuidora dos materiais produzidos, validados, adaptados ou traduzidos pelo Nutes-Clates, providenciando seu envio para instituições do Brasil e da América Latina (NUTES-CLATES, 1975, 1976).

Essas iniciativas fundadoras do Nutes-Clates e o seu financiamento permitiram desenvolver, desde 1973, uma carteira de cursos de curta duração e seminários voltados para o treinamento didático e pedagógico de professores e, adicionalmente, para administradores de ensino na saúde, além de difundir princípios de tecnologia educacional. Entre os cursos e seminários administrados durante o ciclo de fundação

¹⁵⁸ Um trecho do depoimento de Maria Alice Sigaud é ilustrativo do grau de fascínio exercido pelo aparato tecnológico: “Podia o reitor não gostar do Lobo, mas se chegasse o Ministro de Educação da França, aonde ia? No Nutes. Porque chegava lá e era o único lugar que tinha o que mostrar. Então, nós sabíamos mostrar, nós tínhamos um belo estúdio. Você podia chegar lá e se gravar. Porque na década de 70 ter um estúdio dentro de uma universidade!!!! (...). Ele punha o ministro lá sentado com ele e gravava. Tínhamos um sistema de televisão em todo o CCS. O ministro estava na sala do Lobo e você podia estar almoçando e vendo o Lobo. Você fala “Ih, Maria Alice, mas isso é elementar.” Mas naquela época!!!. O professor estava em sala de aula, ele tocava para o estúdio e falava assim: “Eu quero um vídeo da fisiologia respiratória.”. E aí aparecia no telão a coisa, e aparecia o filme, os meninos assistiam e o professor ia tomar o seu cafezinho enquanto os meninos assistiam. Assim, quando chegava o ministro, quando chegava o presidente do Sebrae, quando chegava não sei que na Universidade, não era na Faculdade de Educação que eles iam. Eles iam aonde? No Nutes!” (SIGAUD, 2009:43).

incluíam-se: Didática Aplicada ao Ensino Superior, Pedagogia Médica, Tópicos de Educação, Introdução aos Meios Audiovisuais em Educação e Computação em Ciências da Saúde, complementados, em 1977, por um curso de Integração Docente-Assistencial, que passaria a ser ofertado, anualmente, até 1979. Em 1978, essa lista de cursos se expandiria, com a inclusão dos cursos Avaliação Educacional, Ensino Modularizado, Simulações em Educação, Dinâmica de Grupo em Educação Organização Curricular e Treinamento em Supervisão, levando o Nutes-Clates a atingir o maior número de alunos/ano em toda a sua trajetória, inclusive depois do fim do seu componente internacional¹⁵⁹ (NUTES-CLATES, 1975, p. 38-45, 1976, p. 96-106, 1977, p. 44-49).

Os cursos eram realizados na sede do Nutes-Clates, em outras universidades brasileiras e, numa fração importante, em instituições latino-americanas. No ano de 1978, apogeu da oferta e do número de alunos treinados, dos 32 cursos ofertados pelo centro, nove foram realizados em países da América Latina, ou seja, 28% do total, uma tendência verificável desde 1974 e acentuada com a implantação do projeto “Tecnologia Educacional em Enfermagem”, dirigido para as escolas de enfermagem latino-americanas, a ser comentado em maior detalhe mais adiante.¹⁶⁰ Nesse mesmo ano, boa parte do número total de alunos e participantes de cursos e seminários realizados no Brasil (348 alunos) era composta por uma clientela internacional (126, o equivalente a 32% do total).

Os números totais de egressos dos seminários e cursos do Nutes-Clates durante sua existência como centro internacional ultrapassaram a marca de cinco mil pessoas.¹⁶¹ Esses números, entretanto, eram bem expressivos já no ciclo de fundação do centro. Em números disponíveis, já sob a forma agregada, entre 1973 e 1977, por exemplo, o

¹⁵⁹ Em 1978 foram 740 alunos. Em 1977 têm-se os registros de 889 alunos, mas esse número está hipertrofiado pela inclusão de atividades como “Debates sobre o Hospital Universitário” e “Demonstrações sobre o uso de Tecnologias Educacionais”.

¹⁶⁰ Nesse ano, os cursos foram realizados nas seguintes cidades e países: Monterrey, no México; Cali e Bogotá, na Colômbia; Quito, no Equador; Lima e Chiclayo, no Peru; e em Washington, EUA, neste último caso na sede da Opas (NUTES-CLATES, 1978, p. 54).

¹⁶¹ Ver Quadro X: “Número de Alunos/Ano nos Seminários e Cursos de Curta Duração do Nutes-Clates”. Vale notar que, dependendo dos relatórios e documentos escolhidos para a obtenção de dados agregados, os resultados podem variar um pouco, sem alterações de vulto todavia.

Nutes-Clates contemplou nessas atividades 2.454 alunos, sendo 1.603 brasileiros e 851 estrangeiros, ou seja, 34,6% do número total.¹⁶²

Para viabilizar a realização desses cursos, tanto para nacionais quanto para estrangeiros, o Nutes-Clates logrou estabelecer um respeitável programa próprio de bolsas. Nos anos de 1977 e 1978, por exemplo, foram concedidas 362 bolsas, o que foi possível mediante o financiamento proporcionado, principalmente, pela Opas (97), pela Fundação Kellogg (15), pela Fundação Cesgranrio (21),¹⁶³ pelo Ministério da Educação e Cultura (10), pelo Ministério das Relações Exteriores (44) e pela Secretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (Subin) do Ministério do Planejamento (170). Nos dois últimos casos, as bolsas eram concedidas preferencialmente a alunos provenientes de países da América Latina (NUTES-CLATES, 1977, p. 48-49; 1978, p. 55).

Tão logo o Nutes-Clates entrou em operação, a Opas e a direção do centro deram início à preparação de um projeto para dar corpo à dimensão interamericana pretendida para o centro de acordo com as recomendações da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, incluídas no Plano Decenal de Saúde para as Américas, de outubro de 1972. Como já registrado no Capítulo III desta tese, naquela oportunidade, recomendou-se o estabelecimento de “um centro para o desenvolvimento da tecnologia de ensino e da pesquisa em enfermagem” com o objetivo de fortalecer o ensino e ampliar sua capacidade de formação de quadros, uma ação considerada fundamental para a expansão e melhoria do cuidado em saúde (OPAS, 1972, p. 90-91). No marco dessas determinações, foi criado no Nutes-Clates o “Programa Latino-americano de Tecnologia Educacional em Enfermagem” com o propósito de expandir a formação de enfermeiras, formar professores, promover o desenvolvimento curricular e produzir materiais educacionais (RODRIGUEZ NETO *et al.*, 1979, p. 406).

¹⁶² A clientela latino-americana do Nutes, segundo a nacionalidade, era, em 1977, a seguinte, por ordem decrescente de importância: Chile, Peru, Equador, Costa Rica, Argentina, Bolívia, Honduras, República Dominicana, México, Colômbia, Nicarágua, Uruguai, Paraguai, San Salvador e EUA (NUTES-CLATES, 1977, p.52).

¹⁶³ Entre 1976 e 1978, o Nutes-Clates manteve um convênio com a Fundação Cesgranrio, visando ao treinamento de professores das faculdades da área de saúde no estado do Rio de Janeiro, que envolveu a realização de parte dos cursos do catálogo do centro para públicos dirigidos.

A estratégia a ser adotada consistia na criação de centros de tecnologia educacional nas escolas de enfermagem existentes nos países latino-americanos, que ficaram incumbidos de atuar em nível nacional e, ao mesmo tempo, promover a reprodução e intercâmbio de experiências nos níveis locais e regionais; na capacitação de docentes em tecnologia educacional; na realização de seminários e cursos; no desenvolvimento de módulos instrucionais específicos; no estabelecimento de mecanismos de promoção do intercâmbio de experiências nos países e na região; e no estímulo à pesquisa em tecnologias educacionais em enfermagem (NUTES-CLATES, 1975, p. 26).

Foram previstas e implementadas três etapas iniciais de desenvolvimento do programa. A primeira delas consistia na preparação de materiais instrucionais no Nutes-Clates. Para tanto, recorreu-se a um grupo de enfermeiras de várias regiões do país para preparar uma unidade de ensino, dividida em módulos, para doenças transmissíveis, passível de ser adotada em todos os países da região. A segunda etapa incluía o estabelecimento, propriamente dito, dos centros nacionais de tecnologia educacional em enfermagem, o que incluiu a realização de seminários com as direções das escolas de enfermagem para desenhar a organização administrativa e técnica dos centros.¹⁶⁴ No desenrolar inicial do programa, foram constituídos cinco centros nacionais, um processo que mais tarde foi continuado pela criação de novos centros e subcentros.¹⁶⁵ Na terceira fase, realizou-se a produção de módulos de ensino em autoinstrução, de acordo com

¹⁶⁴ Os primeiros relatórios referem-se à criação de “subcentros” nos países, o que sugeria uma relação de subordinação ao Nutes-Clates, que seria, portanto, o centro de um hipotético “sistema” de centros latino-americanos de tecnologias educacionais em enfermagem. A partir de 1979, essa terminologia foi alterada. Os “subcentros” tornaram-se “centros”, e o termo “subcentro” passou a designar os eventuais núcleos de alcance regional ou local no interior dos países (NUTES-CLATES, 1975, 1976, 1978 e 1979; RODRIGUEZ NETO *et al.*, 1979, p. 49).

¹⁶⁵ Os primeiros centros criados localizavam-se nos seguintes estabelecimentos de ensino: Escola de Enfermagem Ana Nery, em 1975 (Rio de Janeiro/Brasil); Escola de Enfermagem da Universidade Central do Equador, em 1975 (Quito, Equador); Escola de Enfermagem da Universidade do Chile, em 1975 (Santiago, Chile); Escola Nacional de Enfermagem, em 1975 (Caracas, Venezuela); Escola de Enfermagem da Universidade da Costa Rica, em 1975 (San José, Costa Rica). Os centros e subcentros subsequentes foram: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em 1976 (Belo Horizonte, Brasil); Escola de Enfermagem de Nova Leon, em 1977 (Monterrey, México); Departamento de Enfermagem da Universidade del Vale, em 1977 (Cali, Colômbia); Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em 1977 (Salvador, Brasil); Escola de San Marcos[ano?] (Lima, Peru), além da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia, em 1978 (Bogotá, Colômbia) (RODRIGUES NETO *et al.*, 1979, p. 49; NUTES-CLATES, 1979, 41-44; 1978, p. 30-35).

temas dos cursos e correspondendo aos conteúdos de uma a duas horas de aulas oferecidas no formato didático tradicional.

No ano de 1977, teve início um processo de balanço e revisão de estratégias do programa.¹⁶⁶ Esse processo inicialmente conduzido por Eleutério Rodriguez Neto e Alina Souza, sendo continuado por Georgina Carrillo, constituiu uma resposta a três ordens de questionamentos centrais.

No plano da própria dinâmica de implantação dos centros nacionais de tecnologia educacional em enfermagem, surgiam, por um lado, em meio às coordenações nacionais, inquietações e mesmo críticas quanto à efetividade e eficiência dos materiais instrucionais preparados, considerando-se o tempo despendido na sua preparação, frente à capacidade de seus conteúdos de fato alterarem o conhecimento e a prática em enfermagem. Por outro lado, entendia-se que o seu processo de produção era excessivamente centralizado. No plano interno, essas críticas associavam-se a um movimento de revisão conceitual, no âmbito do Nutes, que dizia respeito aos limites das tecnologias educacionais como estratégias capazes de operar mudanças efetivas na formação do trabalhador e na prestação do cuidado em saúde.

Segundo essa revisão, no âmbito desse programa,

“apesar desta forma de trabalho fornecer materiais instrucionais de boa qualidade, não contribuiria para solução dos múltiplos problemas presentes na educação de enfermagem como fenômeno social, parte do contexto dos diferentes países e, por outro lado, não originaria no pessoal docente a compreensão científica dos fatos básicos do processo, a metodologia, e a capacidade crítica para agregar novos conhecimentos.” (NUTES-CLATES, 1979, p. 40).

¹⁶⁶ No início de 1977, a enfermeira Patrícia Serafini, que havia assumido a coordenação do programa desde seu início, deixou o cargo. Foi substituída interinamente por Eleutério Rodrigues Neto e Alina Souza, ambos com passagens pela Faculdade de Ciências Médicas da UnB nos seus anos mais inovadores. Em maio de 1978, assumiu a coordenação do programa a enfermeira e educadora Georgina Carrillo, com passagens anteriores em programas da Opas, na América Central e Andina (NUTES-CLATES, 1978, p. i e 29).

E, continuava:

“a instrumentação em si, isolada da necessidade de sucessivas mudanças na própria concepção do papel do novo profissional, poderia converter-se em instrumento de consolidação da concepção tradicional.” (NUTES-CLATES, 1979, p. 40).

Os fundamentos desse processo de crítica serão discutidos mais adiante, ainda neste capítulo. Por hora, é importante registrar que o Programa Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Enfermagem, uma vez iniciado o processo de revisão, passou a adotar como estratégia uma concepção de cooperação técnica que se pretendia basear o mais próximo possível das realidades educacionais de cada escola e de cada formação social. Tal proximidade implicaria, também, a adoção de tecnologias apropriadas a cada realidade, aos seus “objetivos, necessidades e recursos relacionados ao acervo cultural”, considerando-se, ainda, a “capacidade crítica de quem as usa em um meio social determinado”. Visava-se o “desenvolvimento de uma cultura tecnológica”, e, para tanto, o programa passou a estimular a realização de pesquisas no campo educacional, de modo a promover uma maior proximidade entre conhecimento científico, elaboração e aplicação de tecnologias educacionais. Adicionalmente, a produção de módulos instrucionais constituídos de pequenos tópicos foi substituída pela produção de unidades didáticas inteiras, de acordo com as propostas curriculares de cada escola (NUTES-CLATES, 1979, p. 41-42).

Os centros e subcentros criados nos países, a partir de 1977, foram estabelecidos segundo essa nova orientação, e aqueles já em funcionamento tiveram sua programação paulatinamente alterada para o novo formato. O processo de revisão conceitual, todavia, mantinha-se em movimento. Em uma reunião geral do programa, realizada em setembro de 1978, com a presença da coordenação geral, das diretoras das escolas de enfermagem e as coordenadoras dos centros nacionais, insistiu-se um tanto categoricamente quanto aos limites da tecnologia educacional. Assim, a tecnologia educacional

“no es un fin en si misma, sino un medio para el mejoramiento de la educación (...) y de la atención de enfermería. El centro de tecnología educacional (...) genera acciones tendientes a la utilización de nuevas teorías y técnicas educacionales, en base a la investigación permanente del proceso enseñanza-aprendizaje, inscrito en un contexto social determinado” (RODRIGUEZ NETO et al., 1979, p. 411)

Portanto, um centro de tecnologia educacional em enfermagem, segundo essa compreensão, não seria um lugar institucional delimitado, mas

“..un área del pensamiento, donde enfermeras docentes y de servicios expresan sus ideas sobre el proceso de enseñanza, aprendizaje y la atención de enfermería, en busca de la eficiencia, mediante el uso de tecnologías apropiadas y organizadas en forma coherente, para alcanzar los objetivos educacionales, diseñado a para formar un personal que satisfaga las necesidades de salud de la comunidad” (RODRIGUEZ NETO et al., 1979, p. 411).

Esses balizamentos a serem adotados pelo programa consideravam que os centros deveriam orientar as iniciativas de integração docente-assistencial, considerando essa estratégia especialmente adequada para a integração do processo de ensino-aprendizagem no âmbito das profissões e ciências da saúde. Em 1979, segundo o relato dos seus coordenadores, a integração docente-assistencial era um dos temas mais presentes nas agendas dos centros, como estratégia pedagógica e como resposta às necessidades de melhoria de qualidade na prestação de serviços e de participação comunitária.

A essa altura, já existiam oito centros nacionais em operação e iniciava-se a operação em seis subcentros ou “escolas satélites” nos países.¹⁶⁷ Cada centro dispunha de estrutura básica, segundo as disponibilidades de cada instituição, já haviam ofertado 52 cursos e seminários para 1.219 participantes, produzido 204 módulos instrucionais e enviado ao Nutes-Clates, mediante a concessão de bolsas de estudos, trinta enfermeiras para cursos de adestramento docente.

Enquanto as atividades desse programa de tecnologias educacionais aplicadas à enfermagem eram desenvolvidas, o centro envolveu-se, também com suporte financeiro da Opas e da Fundação Kellogg, numa segunda frente de trabalho de alcance latino-americano. Em 1976, sob a denominação de Programa Latino Americano de Desenvolvimento Educacional em Saúde (Plades), teve início a constituição dos Núcleos de Investigação e Desenvolvimento Educacional em Saúde nos países. Previasse a constituição de 15 desses núcleos, cabendo ao Nutes-Clates a assessoria quanto aos aspectos de formação de pessoal, oferta de seminários e cursos e estabelecimento de mecanismos de compartilhamento de experiências em suas áreas de atuação. Após uma série de reuniões preparatórias, em 1977, os cursos do Nutes passaram a receber os alunos estrangeiros, ao mesmo tempo que programas e outros materiais instrucionais eram enviados para os países. Essa linha de atividades manteve esse padrão até o seu encerramento em 1979.¹⁶⁸

A partir de 1978, o Nutes-Clates abriria uma terceira frente de atuação com alcance latino-americano. Mediante financiamento da Opas, o centro passou a ter a atribuição de operar como órgão de assessoria técnica ao Projeto Regional de Treinamento em Supervisão para Unidades Locais de Saúde, a ser desenvolvidos em países da América Central¹⁶⁹. O trabalho consistiu em realizar um diagnóstico acerca dos projetos nacionais de extensão de cobertura dos serviços de saúde e de

¹⁶⁷ Os subcentros ou “escolas satélites” em operação em 1979 localizavam-se em Guayaquil e Cuenca (Equador) e em Autofagasta, Valparaíso, Concepción e Punto Arenas (Chile) (NUTES-CLATES, 1979, p. 44 e; RODRIGUEZ NETO *et al.*, 1979, p. 409).

¹⁶⁸ Cerca de cinquenta alunos da Costa Rica, Honduras, República Dominicana, Equador, Nicarágua, Bolívia, Venezuela e México frequentaram os cursos do Nutes-Clates. Adicionalmente, o centro prestou assessorias de curta duração em Honduras, Costa Rica e República Dominicana (NUTES-CLATES, 1976, 1977, 1978 e 1979).

¹⁶⁹ Os países em questão foram: Guatemala, Honduras, El Salvador, Costa Rica e República Dominicana (NUTES-CLATES, 1979; 1980; e NUTES, 1992).

planejamento de um programa de treinamento nas atividades de supervisão. Já em 1980, o projeto sofreu um desdobramento, passando contemplar também países sul-americanos¹⁷⁰. Nesta fase do projeto o NUTES-CLATES se responsabilizava apenas pelo Brasil e demais países sulamericanos, ficando a assessoria aos países da América Central a cargo do *Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá* (Pascap) e do escritório central da Opas em Washington (NUTES-CLATES, 1979; 1980; e NUTES, 1992).

De forma muito singular no interior do projeto institucional do Nutes-Clates, o desenvolvimento do Programa Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Enfermagem e seu processo de revisão doutrinária e programática revelam, por um lado, uma nítida proximidade e sintonia com as abordagens da medicina social, tal como esta vinha sendo difundida na América Latina pela Opas, sobretudo a partir de meados da década de 60, que tinham na área de desenvolvimento de recursos humanos e em figuras como Jorge Andrade e Juan César Garcia alguns dos seus principais protagonistas. Essas críticas, como se verá, detalhadamente, mais adiante, farão uso de referências do pensamento crítico de base marxista para confrontar o que era considerado um uso meramente “modernizante” e essencialmente “funcionalista” dos aparatos tecnológicos em educação.

Por outro lado, a revisão crítica do programa de enfermagem também demonstra uma aderência atualizada à agenda da saúde pública tal como era, então, formulada e discutida no âmbito dos organismos internacionais da saúde. Temas como expansão da cobertura de serviços, atenção primária de saúde, tecnologias apropriadas, integração docente assistencial e participação comunitária estavam presentes e eram especialmente importantes em uma agenda que buscava avançar na afirmação da saúde como direito coletivo. Como se pode observar, todos esses temas e questões integravam as preocupações daqueles diretamente responsáveis pela condução do programa.

Em uma terceira dimensão, também digna de registro, as críticas e revisões acentuavam o que seria uma vocação do Nutes-Clates para uma cooperação técnica pautada por valores pautados na horizontalidade, na participação dos receptores no processo de planejamento, no respeito às condições locais de recepção e

¹⁷⁰ Os países contempaldos na segunda fase foram o Brasil, o Peru e a Bolívia (NUTES-CLATES, 1980 e NUTES, 1992).

sustentabilidade, na iniciativa em seu conjunto e tecnologias adotadas. Assim, o programa mostrava-se ajustado aos ditames da cooperação técnica entre países em desenvolvimento e sua reprodução no interior de organismos como a Opas.

Outro projeto importante para a fundação do Nutes-Clates foi o Desenvolvimento de Sistemas de Treinamento. Com financiamento junto ao Programa Nacional de Treinamento de Executivos, do Centro Brasileiro de Assistência Gerencial à Pequena e Média Empresa, o Cebrae, esse projeto tinha por objetivo transferir ao Nutes-Clates tecnologias de desenvolvimento de sistemas de treinamento em larga escala, voltados para administradores de serviços locais de saúde e para a capacitação didática de professores universitários. Para o seu desenvolvimento, o projeto contou com a consultoria de Francis Mechner, da Universidade de Columbia, e resultou na preparação de séries abrangentes de módulos de instrução programada com base nos métodos de análise comportamental.

É importante mencionar esse projeto, não tanto pelo impacto que a absorção dessa tecnologia possa ter adquirido, o que parece não ter sido digno de registro, mas, sobretudo, pela relevância do seu processo de captação e, em especial, o seu desmembramento. Segundo Lobo (2009), a iniciativa partiu do Cebrae, em parceria com a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, a quem interessava adquirir metodologias para a formação em larga escala de “executivos” de administração. Às voltas com a necessidade de garantir o financiamento de suas atividades e vislumbrando a possibilidade de, eventualmente, utilizar a metodologia em outros processos de treinamento na saúde, Lobo aproveitou a oportunidade apresentada. O projeto foi finalizado com êxito, tendo sido até realizados esforços com vistas à sua aplicação em outros contextos, inclusive latino-americanos.¹⁷¹ O desenvolvimento desse projeto

¹⁷¹ Luis Carlos Lobo comenta, deste modo, essa iniciativa: “Francis Mechner era um sujeito da Universidade de Columbia, que tinha feito todo um sistema de treinamento para a Xerox. Ele tinha uma empresa chamada Basic Systems. E aí o PNTE, foi ele que ofereceu... o PNTE. O PNTE um dia veio me dizer o seguinte: “Esse cara é muito bom. Você tem condições de absorver esta tecnologia?” “Tenho”. Então eles me deram o dinheiro para desenvolver esta tecnologia e então a gente fez um programa para treinamento de gestor, gestor de saúde no Rio Grande do Sul, (...) com um secretário de saúde que se interessou pelo projeto. (...) Estas coisas vão acontecendo. O Mechner vinha para cá. (...) Um *workaholic* terrível. Que ensinou uma tecnologia de como fazer treinamento em larga escala, tecnologia que depois não foi muito aplicada” (LOBO, 2009: 34-36). Nilma Fontanive, ao contrário, atribui importância considerável ao projeto. Seu desenvolvimento e a consultoria de Mechner teriam sido, segundo o seu depoimento, fundamentais para consolidar, no Nutes-Clates, uma metodologia de preparo de materiais

envolveu, também, o preparo de materiais e a capacitação didática para professores em geral, das áreas da saúde e administração, sobretudo no tocante à administração de recursos humanos. Imaginou-se, também, que seus resultados pudessem ser aplicados na capacitação de professores universitários em geral, mediante cooperação com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior - Capes (NUTES-CLATES, 1976, p. 32-42 e 66-68; 1977, p. 15-24; LOBO, 2009, p. 34-37). Os desdobramentos do projeto, portanto, pelo menos potencialmente, apontavam para a formação de uma clientela para além do campo estrito da saúde e das profissões a ela relacionadas.

Um projeto, com implicações semelhantes, mas voltado para o desenvolvimento de tecnologias educacionais para o ensino da engenharia, foi desenvolvido em colaboração com o Departamento de Assuntos Universitários do MEC. Pretendeu-se “difundir para o setor de ciências exatas as tecnologias e os conhecimentos desenvolvidos e a experiência acumulada no Nutes-Clates”. Previa-se, ainda, como estratégia, a constituição de um núcleo de tecnologia educacional especializado “no setor”. Envolveram-se na iniciativa a Faculdade de Engenharia de São Carlos, da Universidade de São Paulo, e a Faculdade de Engenharia da UFRJ. Como no projeto anteriormente mencionado, seus objetivos foram alcançados com a preparação de 12 módulos de ensino, constando de livros-texto, objetivos terminais e intermediários, sistemas de avaliação, sistemas de avaliação e atividades complementares em laboratório para disciplinas como resistência de materiais, fenômenos de transporte e ciências do ambiente (NUTES-CLATES, 1977, p. 29 – 32).

Ambos os projetos, portanto, previram e realizaram ações que avançavam sobre os limites da missão institucional do Nutes-Clates e dos seus vínculos com o setor saúde. Em um quadro de institucionalização apenas parcial e de sustentação financeira instável, esses compromissos foram assumidos com boa dose de pragmatismo. Todavia, essa ampliação de domínios e públicos não deixaram de impactar o projeto institucional do Nutes-Clates.

instrucionais para grandes públicos baseada no estabelecimento dos conhecimentos, comportamentos e desempenhos requeridos para cada função ou subfunção (FONTANIVE, 2011).

V.5 - Crise de financiamento – crise de crescimento

O biênio 1976-1977, como foi visto, marcou o ápice do ciclo de fundação do Nutes-Clates com o alcance do maior número de projetos em execução e uma capacidade demonstrada para a captação de novos projetos. Esse número de projetos, todavia, revelava, a rigor, sérias dificuldades no processo de institucionalização. Por um lado, a maior parte da equipe operava sob contratos viabilizados com recursos captados pelos projetos, o que gerava um quase permanente estado de apreensão quanto às futuras possibilidades de sustentação financeira das equipes. Por outro lado, a busca sistemática de novos projetos como forma de garantir a manutenção dos quadros e sua ampliação, onde necessária, terminou por gerar novas pautas de trabalho, até sem conexão direta com o campo médico ou da saúde. A organização em torno de projetos, outro aspecto a ser considerado, tendia a fragmentar as práticas, as relações de trabalho e os próprios processos de governança. Tais processos, ao mesmo tempo que tornavam problemática a construção de uma identidade comum, também favoreciam a criação de laços de solidariedade internos aos projetos, a partir dos quais se pleiteavam recursos, mais estabilidade e poder.

Circunstâncias históricas, referidas ao plano mais geral da sociedade e da política, introduziam elementos adicionais a esse cenário de instabilidade, na medida em que também se expressavam no âmbito interno ao Nutes-Clates.

A década de 70, a partir da sua segunda metade, testemunhava o início da crise do regime militar brasileiro. Essa crise era atribuída ao esgotamento do modelo de desenvolvimento baseado na substituição de importações e ao fim do ciclo de crescimento acelerado, o chamado “milagre brasileiro”, cuja sobrevivência vinha sendo sustentada por meio de uma arriscada política de endividamento público, mesmo após o primeiro choque do petróleo. Expressou-se, entre outras manifestações, mediante a acachapante derrota eleitoral imposta ao regime militar, nas eleições de 1974, pelo partido opositor Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e a expectativa, desse mesmo regime, de reconstruir sua base social mediante a introdução, no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), lançado em 1975, de políticas sociais remediadoras.

Na saúde, na esteira do II PND, buscou-se aumentar a cobertura dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, introduzir um maior grau de racionalidade na alocação de recursos. Entre os programas implementados, incluía-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, o Piass. Essas iniciativas implicavam um maior dinamismo no setor e um aumento da demanda por pessoal qualificado e, portanto, por instituições de formação e de qualificação de trabalhadores da saúde. Simultaneamente, no entanto, esse processo ocorria em meio a um renascimento do movimento social, no qual o setor saúde foi uma das arenas mais mobilizadas, palco de uma militância particularmente ativa. Nesse período, ocorreram a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a emergência do Movimento da Reforma Sanitária, como expressões singulares, na saúde, das demandas organizadas da sociedade por liberdade, democracia e reformas sociais de vulto.¹⁷²

O movimento da reforma sanitária perpassou várias das instituições de saúde, incluindo o Nutes-Clates. Isso ocorria, porém, por intermédio de personagens concretos, tendo sido preciso, portanto, que lideranças no interior das instituições se mostrassem aderentes aos princípios e objetivos do movimento e que, eventualmente, nele militassem de modo mais direto. A esse respeito, no Nutes-Clates, um papel fundamental foi desempenhando pelos quadros que, além de Luis Carlos Galvão Lobo e Henry Jouval, dirigentes da instituição, haviam passado pela experiência da Faculdade de Ciências Médicas da UnB, em especial Eleutério Rodriguez Neto e Alina Souza. Quanto a Rodriguez Neto, não se tratava apenas de um dos mais brilhantes alunos da primeira turma de Brasília e um dos mais combativos do movimento estudantil na capital. Era também um egresso do mestrado em medicina comunitária da USP, que, sob a liderança de Guilherme Rodrigues da Silva, constituía um dos polos acadêmicos do nascente pensamento crítico em saúde. Àquela altura, Rodriguez Neto era, sobretudo, um teoricamente bem formado e ativíssimo militante do Partido Comunista Brasileiro (PCB), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e do movimento da Reforma Sanitária brasileira (JOUVAL, 2003, p. 44; 2004; 2011; Sigaud, 2008).

¹⁷² Para um panorama do surgimento do Cebes e do Movimento da Reforma Sanitária, ver: Escorel, 1998, 2008; Escorel, Nascimento e Edler, 2005.

A partir do segundo semestre de 1976 e no primeiro semestre de 1977, o Nutes-Clates foi palco de uma série de encontros e seminários que, de um lado, buscavam colocar a instituição em sintonia com o movimento social da saúde, suas teses reformistas e suas implicações na organização dos serviços de saúde, na educação médica e na formação de recursos humanos, e, de outro, pretendiam constituir espaços internos de debate e formulação acerca dos problemas e rumos do projeto institucional do centro (JOUVAL, 2004).¹⁷³

Entre março e abril de 1977, um grupo de trabalho foi instituído com o propósito de realizar uma análise de situação e apresentar alternativas de desenvolvimento futuro para o Nutes-Clates. Participaram desse grupo Henry Jouval, vice-diretor, Alina Souza, Patrícia Serafini e Eleutério Rodriguez Neto,¹⁷⁴ e dele resultou um documento manuscrito intitulado *Minuta de Relatório Elaborado pelo Grupo de Trabalho Interno: documento de trabalho “Análise da Instituição”* (JOUVAL JR. et al., 1977). É possível extrair desse texto a substância do balanço crítico que era, então, produzido internamente, segundo o relato de um grupo de trabalho que contava com a presença importante de quadros afeitos ao programa do movimento sanitário.

Uma das primeiras preocupações dos autores do documento consistiu em estabelecer como havia se dado a criação do Nutes-Clates, não como “um fato isolado, apenas determinado e controlado pelos órgãos e pessoas envolvidas diretamente na sua criação”; mas como resultado de um processo que remetia: (a) ao surgimento da chamada medicina integral e à criação de departamentos de “ciências da conduta” nos EUA, o que teria resultado no surgimento de áreas especializadas em educação médica em algumas universidades americanas; (b) à reprodução desse processo na América Latina, com base no movimento associativo das escolas médicas da região, a Fepafem e a Opas; (c) à experiência de implantação da medicina integral no curso médico de Brasília e ao seu fracasso; (d) à proposta de criação de um “centro de treinamento docente” menos preocupado com o “tipo” de profissional a ser formado, tal como defendia a medicina integral, e mais com a “eficiência” do seu processo de formação;

¹⁷³ Segundo Jouval: “Por ali passaram figuras como Hésio Cordeiro, Madel Luz, Carlos Gentile de Melo, Arlindo [Fábio Gómez de Souza], Cecília Donnangelo e muitos outros” (JOUVAL, 2011).

¹⁷⁴ Eleutério Rodriguez Neto era chefe do setor de pesquisa e desenvolvimento, e Alina Souza era membro destacado da sua equipe. Patrícia Serafini coordenava o projeto de tecnologia educacional em enfermagem, voltado para a América Latina (NUTES-CLATES, 1977).

(e) e, por fim, ao desenvolvimento “simultâneo e paralelo” do planejamento, sob a inspiração mais geral da “teoria dos sistemas” e sua difusão em áreas como economia, educação e saúde. A tecnologia educacional, por sua vez, integrava esse processo como expressão do “funcionalismo” aplicado à educação, como resposta à necessidade de maior eficiência no enfrentamento da massificação do ensino, em um quadro de recursos escassos, e de acordo com o que seria o “modelo desenvolvimentista” (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 2-4).

Nos termos dessa análise, a UFRJ, sem uma proposta mais avançada de mudança, seria um espaço adequado para um empreendimento de cunho essencialmente “modernizador”, pretensamente neutro, onde seria possível “uma vez dispondo-se do instrumental necessário, [...] capacitar todos em tudo, independente do que seja o tudo”, segundo uma citação dos autores, abarrotada de ironia retórica (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 3-4).

O documento procura estabelecer uma sequência cronológica do processo de implantação da proposta inicial do Nutes-Clates, com a preocupação, todavia, de assinalar que, até então, não havia nela um “conceito estruturado e explícito” do que se entendia por tecnologia educacional. Assim, de forma mais ou menos genérica, identificava-se como objetivo das iniciativas empreendidas simplesmente a introdução de inovações na prática educacional.

Essa imprecisão teórica era acompanhada de eventuais formulações que revelavam uma intenção “tênue e um pouco ingênua” de que sua atividade pudesse levar a reformulações curriculares de fundo em todas as carreiras do CCS. Entretanto, o principal argumento ou justificativa para sua implantação na UFRJ enfatizava o problema da massificação do ensino, diante de um “baixo preparo pedagógico” dos professores e uma baixa capacidade operacional em cada uma das faculdades. Assim, ainda que não explicitadas conceitualmente, as propostas de trabalho do Nutes-Clates “sempre guardaram uma grande coerência com a referência teórica que embasa essa linha de trabalho: o funcionalismo” (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 4-5).

O Nutes-Clates, na opinião dos membros do grupo de trabalho, apenas ganharia um modelo coerente de planejamento didático, com bases conceituais melhor explicitadas, valendo-se da celebração do convênio de assistência técnica com a

Universidade de Ohio, a partir de 1973, da vinda de assessores e da posterior “contratação e contato com educadores propriamente ditos”. Nesse ponto, o centro começou a consolidar-se, operando naquelas que foram as suas atividades básicas: a realização de cursos de capacitação didática de professores, gradativamente abertos a profissionais de outras universidades, do país e da América Latina; a prestação de assessoria e suporte técnico-material a cursos básicos em autoinstrução, essencialmente os de fisiologia; e o desenvolvimento da área técnica de apoio, constituída de uma biblioteca e dos setores de audiovisual e processamento de dados (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 6-7).

A partir dessa base, os projetos teriam se ampliado, refletindo “maior dinamismo quanto à formação de pessoal para o setor saúde em si mesmo, exigido pelos órgãos deste setor e motivado por várias reuniões internacionais (OPAS - Reunião de Ministros da Saúde da América Latina)”¹⁷⁵. O relatório registrou, como atividades derivadas desse novo dinamismo, o projeto de tecnologia educacional para o ensino de enfermagem na América Latina e, no plano interno, os projetos de capacitação da equipe em metodologias para sistemas de treinamento, visando a sua aplicação na área de prestação de serviços de saúde, para além, portanto, dos limites universitários aos quais o Nutes-Clates havia se restringido até então. Havia a perspectiva de que as demandas internacionais se mostrassem mais presentes, e quanto a este aspecto, o relatório indicava que a perspectiva poderia significar não só a “abertura de um novo campo de atuação”, mas a possibilidade de “permitir uma oportunidade de reorientação da linha de trabalho da instituição”. Nesse sentido específico, os autores consideravam que a colaboração com o recém iniciado Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde, em colaboração com a Opas e o Ministério da Educação e Cultura, poderia ser uma oportunidade a ser considerada (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 10).¹⁷⁶

¹⁷⁵ O relatório menciona explicitamente a III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972. Como comentado no capítulo III, o propósito da reunião foi estabelecer o Plano Decenal de Saúde para as Américas, de acordo com as diretrizes do Segundo Decênio das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Embora não mencione, todavia, as razões para um maior dinamismo no plano interno, nos parece claro, entretanto, que ele decorra da agenda social introduzida pelo II PND, de 1975, e pelo Piass, de 1976, anteriormente comentada.

¹⁷⁶ Em 1976, o MS, o MEC e a Opas lançaram o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o PPREPS, cujo objetivo central era adequar a oferta de recursos humanos às necessidades dos

Em uma perspectiva diferente, a gradativa capacitação do centro nos aspectos educacionais, postos em seus termos propriamente disciplinares, estava credenciando o Nutes-Clates a pleitear a criação de uma área de concentração em tecnologias educacionais junto ao curso de mestrado da Faculdade de Educação da UFRJ. Para fazer frente a essa expectativa, seria preciso, entretanto, ampliar significativamente as atividades de pesquisa, até então consideradas, em geral, restritas aos processos de avaliação das atividades de assessoria e treinamento docente.

Esse horizonte institucional em expansão não significava a ausência de aspectos complicadores para a trajetória institucional do Nutes-Clates. Muito pelo contrário. Embora, em 1977, tenha sido formalmente definido como um órgão suplementar permanente do CCS e tenha alcançado “um certo acesso” às instâncias diretivas do CCM, por meio da participação de membros da sua equipe em comissões e conselhos, o Nutes-Clates havia padecido e ainda padecia das consequências de sua criação como órgão experimental, especialmente no que concerne a uma crítica dependência de financiamento de fontes externas à universidade. No relatório anual de 1977, por exemplo, esse tipo de dificuldade foi manifestada sem maiores rodeios (NUTES-CLATES, 1977, p. 1-3).

O Nutes-Clates enfrentava, também, o que era identificado como uma baixa “‘disponibilidade’ para a mudança no ensino no CCS”, e as atividades junto ao ciclo profissional do curso médico foram consideradas apenas e precariamente insipientes, baseadas no engajamento de um ou outro professor ou ex-aluno dos cursos de formação e na produção eventual de programas em vídeo (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 7-8).

Havia também a necessidade de manter operante e, portanto, sem ociosidade, um aparato tecnológico instalado, tanto respeitável e digno de assombro quanto custoso, cujo crescimento vinha se dando de modo mais ou menos “anárquico”. Essa expansão de meios e a busca por financiamento induziam também uma extensão das frentes de

serviços de saúde, tanto em quantidade como em qualidade, com a participação da universidade. A expectativa do Nutes-Clates, portanto, de demandas crescentes para a formação de pessoal de saúde em ampla escala e da mobilização da universidade para empreitada era compatível com as iniciativas de vulto em âmbito governamental. Como veremos mais adiante, os contatos institucionais entre o PPREPS e o Nutes-Clates envolveram a colaboração técnica em projetos específicos e a ocorrência de conflitos importantes em termos doutrinários e políticos. Para uma história do PPREPS e do seu papel na constituição da área de desenvolvimento de recursos humanos no Brasil, no contexto da reforma sanitária brasileira, ver Pires-Alves & Paiva, 2006; Castro, 2008.

atuação da instituição. Assim, por exemplo, o desenvolvimento de metodologias para treinamento em larga escala havia gerado projetos orientados para a administração pública, o que, na opinião dos autores do relatório, tratava-se de um “precedente importante” no que concerne à vinculação do Nutes-Clates ao setor saúde. Os autores também foram bem específicos ao destacar que toda a expansão significava um acréscimo às atividades já programadas, com comprometimento da própria capacidade operacional do centro e da sistematicidade e profundidade do trabalho desenvolvido, por exemplo, para assessorar o Instituto de Ciências Básicas no preparo de cursos de autoinstrução no ciclo básico, ou seja, em áreas muito caras ao projeto original. Por isso, as questões “vocacionais” do Nutes-Clates foram consideradas cruciais. Embora houvesse um enunciando genérico remetendo ao setor saúde como sua clientela privilegiada, foi identificada uma necessidade premente de melhor dimensionar o campo de atuação do centro, sob o risco de experimentar “em futuro próximo” uma crise “operacional” (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 8, 9 e 13).

Os autores do documento identificaram outras dificuldades com implicações consideradas profundas para o projeto do Nutes-Clates. Segundo sua análise, o centro se configurava como uma iniciativa dedicada à aplicação de “conceitos, princípios e técnicas e não como uma experiência de ‘busca de alternativas’”. Assim, ele já trazia de antemão o “como fazer” e, portanto, tinha esvaziada a sua dimensão universitária, ao mesmo tempo que assumia, desde o seu início, a forma de um “órgão prestador de serviço”, com “características empresariais”, considerando-se os mecanismos adotados para o seu financiamento (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p.10).

Esse formato institucional teria implicado uma política de seleção e contratação de quadros em que seria privilegiado o seu “compromisso ou desejo” de colaboração técnica específica “dirigida aos seus objetivos meios e não a objetivos fins”. Daí a constatada dificuldade em constituir um *sprit de corp*, em organizar e desenvolver a equipe a partir de propostas comuns, e a vigência “de toda uma ‘concepção específica de mundo’ encontrada na corrente ‘funcionalista’”, que daria ensejo a formulações segundo as quais “se todos estão cumprindo bem a sua parte, o todo também vai bem”. Essa forma de organização induzia também um funcionamento autônomo dos setores, que funcionavam como que orientados por objetivos-fins particulares (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p.10-11).

Os autores suspeitavam - sem serem, portanto, conclusivos - que o projeto do Nutes-Clates pudesse ser irremediavelmente funcionalista. Nesse caso, ele reproduziria, em seu “modelo de organização do espaço pedagógico” e nas práticas didáticas, a essência do seu projeto institucional e do seu modo de organização e “os estereótipos de comportamento visualizados na sua equipe, ‘enquanto equipe’”, com implicações sérias no “resultado do processo educacional a que se pretende submeter o estudante”. Todavia, cogitava-se que esses componentes talvez não fossem “intrínsecos à proposta” e poderiam ser contidos ou alterados por variáveis externas (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 12).¹⁷⁷

A partir dessas considerações, o documento indicou quais seriam, então, as “quatro vias de realização e desenvolvimento” do Nutes-Clates. A primeira via implicava uma atuação restrita ao ensino universitário de ciências da saúde na UFRJ e demais universidades. A segunda via indicava uma atuação no setor saúde, considerando-se a área de prestação dos serviços de saúde propriamente ditos, no âmbito do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde e da Previdência Social. A terceira, por seu turno, remetia ao nível internacional, ao apoio aos programas de capacitação de recursos humanos da Opas. A quarta via, por fim, estava relacionada a sua “diferenciação” como instituição, voltando-se “essencialmente” para o campo da Educação, “independentemente da sua vinculação com o setor saúde” (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 13-15).

Embora fosse “teoricamente” possível a adoção conjunta dessas vias, consideradas em uma perspectiva de complementaridade, entendia-se, de antemão, que os recursos então alocados no Nutes-Clates impediam um desenvolvimento concomitante de todas elas, caso se pretendesse que o trabalho do centro de fato produzisse “impacto e mudanças” nas suas áreas-objeto. Assim sendo, uma análise consequente deveria partir da adequação e viabilidade de cada uma das alternativas. Essa análise, por sua vez, deveria informar uma opção “mais consistente e radical” em relação ao setor em que se pretende atuar, a ser necessariamente acompanhada de uma ampliação e aprofundamento da atividade de pesquisa, de modo a proporcionar uma

¹⁷⁷ Os autores indicaram a necessidade premente de uma reflexão aprofundada em torno dessa questão, tendo em vista ela não pode ser “aprofundada, pesquisada, clarificada, afirmada ou negada”, no âmbito do grupo de estudo (JOUVAL JR. *et al.*, 1977: 12).

maior capacitação metodológica, segundo a via e o campo de atuação escolhidos (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 13-15).

A primeira via foi apresentada como sendo a que “parecia ser a vocação mais atávica e consistente da instituição”, visto que toda a sua preparação estava orientada para o ensino superior em medicina e nas demais profissões da saúde. Até mesmo a sua vinculação à Opas teria se dado com base na perspectiva de atendimento a problemas mais ou menos comuns dos países nesse domínio. Indicava-se que esse campo de atuação, ao contrário do que poderia parecer, era suficientemente amplo, considerando-se todas as carreiras de saúde, do ciclo básico à pós-graduação, e a perspectiva de difusão das experiências desenvolvidas na UFRJ e no país para as universidades da América Latina (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p.14).

Em relação à segunda via, relativa à área de serviços de saúde, considerou-se que ela poderia implicar “resultados mais significativos e imediatos para os processos de mudança social que se operam ao nível das populações beneficiárias dos serviços de saúde, incluindo os próprios agentes de saúde dessas populações”. Adotá-la significaria assumir compromissos especialmente radicais no que concerne à pesquisa e capacitação metodológica, na medida em que implicaria uma alteração significativa na trajetória institucional até então percorrida (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 15-16).

Quanto à dimensão internacional, presente na terceira via, considerou-se que ela, em tese, poderia ser desenvolvida tanto pela primeira via como pela segunda. Entretanto, considerando-se as prioridades estabelecidas na programação da Opas, com ênfase na extensão da cobertura dos serviços de saúde, a escolha mais “natural” de uma via que enfatizasse a dimensão internacional seria pela formação de pessoal para os serviços. Seria preciso, todavia, rever o modo de operação do Nutes-Clates na sua expressão internacional. O relatório do grupo de trabalho pugnava por uma atuação pautada mais pela “investigação e pela cooperação técnica” e menos pelo “apoio logístico e a prestação de serviços educacionais” diretos, tal como era realizado até então, segundo os termos do documento. A adoção dessa forma de trabalho era o que, essencialmente, poderia tornar viável a sustentação da linha internacional como campo de atividade concomitante a aqueles indicados nas demais alternativas (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 16).

Considerou-se que a quarta via requeria o desenvolvimento do Nutes-Clates como “órgão do setor educação e não do setor saúde”. Para que fosse uma alternativa consistente, seria preciso adquirir realmente a condição de “instituição universitária, isto é, com a finalidade precípua de pensar o processo educacional e formar educadores”. Assim, o movimento em direção à criação de uma área de concentração em tecnologia educacional no curso de mestrado da Faculdade de Educação da UFRJ contribuiria para viabilizar essa via (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 16).

Segundo o grupo de trabalho, naquele contexto de balanço do projeto institucional, o que estaria acontecendo de modo prático, “ainda que de forma inconsciente”, era uma opção pela quarta via. O caráter não sistemático ou “pulverizado” das ações até então realizadas nas demais vias era o responsável pelo seu baixo impacto e sua reduzida capacidade transformadora e contribuía para levar a equipe a se orientar para uma “busca do aprimoramento do método proposto em si mesmo” e para que os vínculos com os espaços de atuação objetiva e de intervenção da realidade se tornassem cada vez mais frágeis (JOUVAL JR.*et al.*, 1977, p. 16).

Como se pode perceber, no começo de 1977, o projeto institucional do Nutes-Clates encontrava-se sob um crivo crítico de, pelo menos, uma fração de sua equipe interna, que possuía responsabilidades de gestão em vários componentes importantes do projeto. Além do mais, essa fração, junto com o próprio diretor, era representativa da própria origem “candanga” da proposta e, portanto, de uma das experiências especialmente importantes, e algo heróica, do movimento de reforma do ensino médico brasileiro. Tratava-se, também, da expressão interna de um movimento social, a reforma sanitária brasileira, em processo de emergência e em pleno vigor.

V.6 – Em busca de uma identidade

Esse processo interno de avaliação crítica dos rumos institucionais não foi capaz de estabelecer uma nova agenda programática para o Nutes-Clates. Entretanto, ainda que não tenha causado fissuras institucionais dramáticas, ele produziu enunciados e mobilizou elementos de identidade que revelavam a constituição de pelo menos dois campos internos, embora não irremediavelmente antagônicos. No primeiro deles, posicionavam-se, por um lado, aqueles mais engajados e sensíveis à agenda do

movimento sanitário, que subordinavam os temas da formação de recursos humanos e as tecnologias educacionais à agenda reformadora da saúde e às suas bases cognitivas tal como presentes nas formulações da medicina social, sem perder de vista os movimentos de reforma social que, naquele contexto, empreendiam o combate à ditadura militar e buscavam a reconquista das liberdades políticas e a afirmação dos direitos sociais. Por outro lado, encontravam-se os profissionais que, embora sensíveis e interessados nos temas mais gerais do cenário político nacional, e sem desprezar as demandas objetivas da saúde no que tange à necessidade de quadros e à sua qualificação, pautavam-se pelas agendas institucionais e acadêmicas mais imediatas, que diziam respeito à institucionalização do Nutes-Clates como órgão da universidade, à sua reprodução como centro de ensino e pesquisa e ao seu diálogo com o campo da educação, sem que isso implicasse abandono dos seus vínculos com a saúde.¹⁷⁸

Dessa clivagem desdobravam-se outras. Os fundamentos das tecnologias educacionais mobilizados pelo Nutes-Clates nos seus primeiros anos sofreram críticas severas dos que comungavam de uma medicina social crítica. Assim, para Eleutério Rodriguez Neto, Georgina Carrillo e Alina Souza, por exemplo, os anos do pós-Segunda Guerra tinham produzido, sobretudo no EUA,

“o desarrollo de tecnologías eficaces para a preservación de las relaciones sociales vigentes (...) Los sectores sociales también fueron afectados por esa lógica. Lo sector de educación, apremiado por la escasez de mano de obra competente recibió un gran impulso (...) para lograr una postura de eficacia. Para ese propósito, incorpora los principios de planificación, que regían entonces en la sociedad americana, incluyendo la cibernética, la teoría de sistemas y elementos, los más rigurosos, de la psicología del comportamiento” (RODRIGUEZ NETO et al., 1979, p. 405)

¹⁷⁸ Ao comentar essas clivagens internas, Jouval Jr. considera que havia distinções importantes no interior do grupo mais próximo aos temas da educação e da psicologia aplicada e que diziam respeito a uma maior ou menor “sensibilidade social” (JOUVAL, 2011).

As tecnologias educacionais que se desenvolveram nesse contexto correspondiam a “*un nuevo campo de desarrollo [que] se abre ante la industria de artefactos, (...) medios de comunicación pública y sistemas de procesamiento de información*” e seriam irremediavelmente “*de conformidad con las necesidades de la sociedad americana de autopreservación y expansión*”. Segundo essa concepção, era de idêntico teor a tecnologia educacional veiculada pelos organismos internacionais, mediante programas de assistência, e cujos objetivos incluía, por exemplo, solucionar as carências de pessoal qualificado para o processo de desenvolvimento e as demandas estudantis por melhores oportunidades via ensino superior (RODRIGUEZ NETO *et al.*, 1979, p. 405).

Desse modo,

“si se cree que esta problemática es el resultado de la escasa utilización de técnicas en la enseñanza y que, manteniendo las relaciones sociales actuales es posible resolver homogéneamente esa situación, sin discriminación de grupos, la tecnología educacional eficientista, centrada en el individuo, altamente ‘tecnificada’ y competentemente facilitadora de repetición, de reproducción, es el instrumento pedagógico adecuado para nuestra realidad. Pero si se afirma que la situación presente es consecuencia de una determinada organización social discriminatoria, hay que buscar principios organizadores del proceso de enseñanza-aprendizaje de naturaleza más problematizadora, (...) en los que la relación entre aprendiz y su objeto de conocimiento tenga la capacidad de producir y organizar dicho conocimiento, no de forma determinada desde afuera, sino de manera creadora, innovadora y transformadora” (RODRIGUEZ NETO *et al.*, 1979, p. 405-406).

Nessas circunstâncias, para os integrantes desse grupamento, o principal desafio consistia em contrapor a uma proposta dita “eficientista”, uma outra, adequada para

facilitar ao aluno a percepção de uma realidade objetiva e torná-lo melhor capacitado para atuar sobre ela. Para tanto, todavia, seria necessário “*quebrantar el pacto social vigente*” (RODRIGUEZ NETO *et al.*, 1979, p. 405).

Lobo não compartilhava dessa visão crítica, até mesmo porque não se reconhecia como responsável ou mesmo parte de um aparato de transmissão acrítica de correntes de pensamento médico ou pedagógico, ou ainda, de difusão de recursos midiáticos aplicáveis aos contextos educacionais da saúde. Em uma perspectiva pragmática, sobretudo, ele não tinha certamente reservas em identificar, desenvolver ou validar e aplicar tecnologias educacionais capazes de, objetivamente, renovar, apurar ou potencializar os processos de ensino e aprendizagem, em consonância com as agendas de expansão dos serviços e de maior racionalidade e qualidade no cuidado em saúde (SIGAUD, 2009; LOBO, 2009). Da mesma forma, os quadros mais sensíveis aos temas da educação e da psicologia aplicada, que estavam longe de professarem valores e conceitos típicos de um pensamento conservador ou reacionário, manifestavam sua crença nas possibilidades de valorização humana contidas nas suas posições teóricas e na efetividade de suas ações para a melhoria das possibilidades e práticas de ensino. Eles tampouco se reconheceriam, sobretudo no decorrer do processo de desenvolvimento do centro, como submetidos aos encantos das facilidades proporcionadas pelas novas tecnologias educacionais. (SIGAUD, 2009, 1980; FONTANIVE, N., 2011).

O processo de revisão e crítica explicitou, ainda, um ponto de tensão entre a direção e o corpo técnico. Na perspectiva dos autores do documento “Análise da Instituição”, de 1977, o modelo de organização do Nutes-Clates impactava negativamente o seu percurso institucional. Segundo o relatório, entendia-se que o centro carecia de formas mais descentralizadas de comunicação interna e de articulação entre os diversos setores, o que refletia uma forma excessivamente centralizada de gestão. Portanto, seria urgente a criação de mecanismos de participação da equipe nos processos de decisão, tornando-os mais representativos. Da mesma forma, identificava-se a necessidade de tornar explícita a política de financiamento e a sua submissão a alguma forma de julgamento crítico, sob o risco, mesmo, de serem comprometidos os seus objetivos institucionais mais fundamentais (JOUVAL JR. *et al.*, 1977, p. 17-18).

Nessa crítica aos processos internos, os dois campos internos tendiam a uma aproximação. Segundo Maria Alice Sigaud, por exemplo, o estilo de gestão do diretor, “*top-down*” e “*one-to-one*”, excessivamente centralizado, portanto, criava grandes problemas de comunicação entre os setores de direção e de coordenação. As reuniões gerais eram raras e apenas se realizavam mediante demandas das equipes e em situações mais ou menos críticas. A ausência de participação nos processos de decisão, segundo essa mesma avaliação, ocorria também tanto no processo de elaboração de projetos e na sua contratação, quanto na publicação de resultados em artigos e apresentações em eventos, uma atividade em boa medida monopolizada pelo diretor. A vigência desse estilo de gestão levava, também, a que a racionalidade, pertinência e oportunidade de cada projeto não fossem adequadamente reconhecidas pelas equipes em seu conjunto, impedindo a formação de identidades coletivas e um melhor amadurecimento da organização como corpo político-institucional (SIGAUD, 1980, p.19-22).

Ao mesmo tempo que o Nutes-Clates experimentava o seu processo de crítica interna e “reconhecendo as sérias dificuldades que adviriam do término de um grande número de projetos” que compunham a cesta de sustentação financeira de toda a iniciativa, a direção do centro, em finais de 1976, entrou em entendimentos com a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), visando a submissão e aprovação de um projeto global de sustentação do seu projeto institucional, nos marcos do Plano Básico de Desenvolvimento de Ciência e Tecnologia - PBDCT. No pacote, foi incluída a criação, no programa de mestrado da Faculdade de Educação da UFRJ, de uma nova área de concentração voltada para as tecnologias educacionais (NUTES-CLATES, 1977, p.1).

A consulta do Nutes-Clates foi bem recebida na Finep. Um projeto foi elaborado e enviado para a análise da agência financiadora ainda em maio de 1977. Em uma tramitação demorada, entretanto, a liberação efetiva dos recursos apenas se daria em março de 1978. Entrementes, a direção, como já vimos, segundo o seu próprio relato, teve que realizar um grande esforço para amealhar novos projetos e, dessa forma, garantir a continuidade das suas atividades (NUTES-CLATES, 1977, p.1-3).¹⁷⁹

¹⁷⁹ Em 1978, as verbas regulares da UFRJ e da Opas correspondiam apenas a 30% dos custos globais da folha de pessoal (NUTES-CLATES, 1978)

O financiamento da Finep envolveu o desenvolvimento de dois subprojetos. O primeiro deles garantia sustentação às atividades do centro, mediante o apoio a atividades de pesquisa a elas associadas. Assim, o projeto formalmente conferia suporte à realização de investigações em áreas como educação e psicologia da educação; sociologia da educação; comunicação; teoria da informação e educação das profissões da saúde; pesquisa, desenvolvimento e aplicação de métodos e técnicas instrucionais; e simulações no treinamento de habilidades cognitivas e psicomotoras e de computação aplicada à educação. Apoiava igualmente as iniciativas, visando a transferir para outras instituições de formação e treinamento os conhecimentos e experiências acumuladas pelo centro. O segundo subprojeto financiado pela Finep apoiava o desenvolvimento das atividades docentes, em especial da área de concentração em tecnologias educacionais, no programa de mestrado da Faculdade de Educação. Foi o projeto Finep, em seu conjunto, que teria permitido, entre 1978 e 1979, segundo o relato oficial, uma dedicação mais sistemática às atividades de pesquisa, inclusive como fundamento da docência de pós-graduação *strictu sensu*. Nesse mesmo período, o Nutes-Clates passou também a se responsabilizar pelo ensino de pedagogia médica, didática especial médica e didática do ensino superior para todos os programas de mestrado em ciências da saúde ofertados pelo CCS, em um total de dezoito áreas de concentração (NUTES-CLATES, 1978, p. 1-5).

A instituição dessa área de concentração representava, sem dúvida, uma aproximação entre o Nutes-Clates e a Faculdade de Educação da UFRJ. Todavia, essa maior proximidade se revelaria tão difícil quanto fugaz. Quando da instituição do centro, segundo a percepção de Luis Carlos Lobo, a Faculdade de Educação estava essencialmente dedicada aos problemas do ensino fundamental e médio. Desse modo, ao dedicar-se basicamente ao ensino superior das ciências e profissões da saúde, o Nutes-Clates correu em faixa própria, sem pontos de contato ou de resistência institucionais de maior vulto (LOBO, 2009). Em 1976, segundo Nilma Fontanive (2011), os primeiros movimentos visando ao estabelecimento de uma área de concentração em tecnologias educacionais partiram do Nutes-Clates e foram, de fato, uma estratégia concebida pela direção do centro para tornar o seu projeto institucional mais afinado aos valores acadêmicos de ensino e pesquisa. A possibilidade, por exemplo, de fixar seus quadros docentes por meio de concurso público dependia da

capacidade de negociar as vagas disponíveis e, portanto, de seu grau de legitimidade diante dos seus pares institucionais imediatos.

A programação do curso determinava um prazo de conclusão em 24 meses, incluindo a elaboração e defesa da “tese”. Compreendia disciplinas do núcleo comum, em torno de temas como estatística, filosofia da educação e psicologia da aprendizagem e metodologia de pesquisa. Na área de concentração, as disciplinas oferecidas eram fundamentos e princípios da tecnologia educacional; tecnologia educacional e sociedade; teoria e prática de sistemas instrucionais e teoria da comunicação. Foram ofertadas disciplinas eletivas como ensino baseado em computador, administração de centros de tecnologia educacional e tecnologia educacional e planejamento de currículos. Completavam a programação as disciplinas do domínio conexo.

A primeira turma da área de concentração iniciou suas atividades acadêmicas em agosto de 1978. Uma nova turma foi recepcionada em julho de 1979, e, em 1981, a área de concentração encerrou suas atividades. Duas razões foram consideradas. A primeira dizia respeito a problemas de logística decorrentes da distância física entre a Faculdade de Educação, localizada no bairro da Urca, zona sul do Rio de Janeiro, e o Nutes-Clates, assentado no, então, ainda incompleto e relativamente inóspito *campus* da Ilha do Fundão, na zona norte da cidade. A segunda razão dizia respeito ao que seria uma “completa incompatibilidade de concepções entre as duas instituições”. Nesse caso, as concepções de cunho construtivista, de autores como Jean Piaget e Lev Vygotsky, dominantes na faculdade, mostraram-se na prática inconciliáveis com a inspiração e as práticas comportamentalistas que se faziam, em linhas gerais, mais presentes nas áreas de ensino e treinamento do Nutes-Clates (FONTANIVE, 2011).¹⁸⁰ Além disso, a linha de financiamento da Finep se encerrara em 1979, sem previsão de retomada à frente, no rastro de restrições orçamentárias que se tornavam mais agudas na medida em que se aproximavam os anos 80 (NUTES-CLATES, 1979).

¹⁸⁰ O Nutes apenas voltaria a oferecer um curso de mestrado credenciado pela Capes em 1999. Originalmente, manteve a ênfase nas tecnologias educacionais voltadas para a saúde. Gradativamente, contudo, “com a renovação do corpo docente e o atendimento à crescente demanda de professores do ensino básico, o programa naturalmente ampliou suas temáticas de pesquisa, de forma a (i) estender a discussão sobre educação em saúde, tradicionalmente relacionada ao ensino superior, para os níveis de ensino fundamental e médio; (ii) incluir uma discussão acerca do papel das tecnologias da informação e comunicação no ensino de ciências na escola básica, gerando assim contribuições para a área de Ensino de Física, Química e Biologia; [e] (iii) integrar dimensões socioculturais relevantes no estudo das relações entre educação, ciências e cultura” (NUTES, s.d.).

Para manter o ensino de pós-graduação em tecnologias educacionais, o Nutes-Clates passou a oferecer regularmente, a partir de 1980, o Curso de Especialização em Educação na Área da Saúde, com o propósito de

“capacitar o profissional de nível superior da área de ciências da saúde no processo de planejamento educacional no ensino das profissões de saúde e possibilitar uma capacitação técnica do docente ou supervisor de treinamento de recursos humanos, (...) fundamentada e norteada por uma atitude de reflexão crítica frente ao seu campo de atuação: saúde-educação.” (NUTES-CLATES, 1981, p.10-11).

Para tanto, a programação passou a incluir, a partir de 1981, unidades de ensino orientadas para temas como Recursos Humanos para Programas de Saúde, Administração do Ensino Superior e Filosofia da Educação, sem contudo abandonar a ênfase nos aspectos instrumentais do planejamento e das tecnologias educacionais (NUTES-CLATES, 1981, p. 10-11; NUTES, 1992, p. 124).

Simultaneamente ao processo de avaliação interna, o Nutes-Clates também experimentou uma maior aproximação com a agenda de qualificação de pessoal para os serviços de saúde. Um conjunto de projetos foi representativo desse movimento.

Em meados de 1977, o setor de saúde do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) iniciou um projeto de educação supletiva profissionalizante, visando a preparar profissionais de primeiro e segundo graus, em apoio ao processo de expansão da assistência médica previdenciária.¹⁸¹ Para atender a esse objetivo, o INPS, o Departamento de Ensino Supletivo do Ministério da Educação e Cultura (DES-MEC) e a UFRJ celebraram um convênio, tornando o Nutes-Clates responsável pelo desenvolvimento de ações destinadas a: realizar um diagnóstico das condições de qualificação e habilitação profissional do pessoal de primeiro e segundo graus que atuava nas unidades próprias e contratadas do Inamps; desenvolver sistemas de

¹⁸¹ No decorrer do projeto, ainda em 1977, o setor saúde do INPS constituiu o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social como órgão integrante do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

treinamento em larga escala para esse pessoal; elaborar exames de suplência profissionalizante para avaliação de pessoal; e proporcionar treinamento didático para os técnicos de saúde do INPS, tornando-os capazes de atuar como multiplicadores (NUTES-CLATES, 1977, p. 33-41).

As ações desenvolvidas no âmbito do projeto restringiram-se às práticas básicas de enfermagem pertinentes às atividades dos auxiliares de enfermagem. A metodologia adotada, a partir da aplicação da metodologia de análise comportamental de tarefas, consistiu no estabelecimento dos conhecimentos, comportamentos e desempenhos requeridos para cada função ou subfunção, assim como da sequência de tarefas necessárias.

Para um determinado conjunto de subfunções, foram elaborados 21 módulos instrucionais, compostos de textos ilustrados, material de áudio, diapositivos sonorizados e videoteipes, que foram submetidos às necessárias fases de teste e validação. Previa-se que os recursos instrucionais poderiam ser aplicados independentemente da habilidade ou capacidade dos instrutores e sem o deslocamento de treinandos a uma escola ou centro docente, adequando-se aos programas de treinamento “em serviço”. Assim, esses programas poderiam ter alcance nacional, sem maiores despesas de deslocamento. Reconhecia-se, todavia, que os custos com a preparação do material eram altos (NUTES-CLATES, 1978, p. 9-11).

Um segundo projeto procurou sistematizar mecanismos de cooperação técnica entre o Nutes-Clates e o órgão do MPAS, de acordo com uma agenda de demandas. Em 1978, essas ações voltaram-se para o planejamento das ações de treinamento das divisões especializadas da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a saber: Pneumologia Sanitária, Dermatologia Sanitária, Doenças Degenerativas Crônicas e Saúde Mental (NUTES-CLATES, 1978, p. 17-18).

Em um terceiro projeto, o Nutes-Clates estabeleceu linhas de cooperação com o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), uma ação implementada, em conjunto, pelo MS, MEC e a representação da Opas no Brasil, a partir de 1976. As atividades previstas na cooperação entre o Nutes-Clates e o PPREPS incluíam: a prestação de apoio técnico às secretarias de saúde dos estados de Minas Gerais, Paraíba, Bahia e Piauí no planejamento e desenvolvimento de programas de

treinamento de pessoal auxiliar e técnico de saúde; a produção de material instrucional; a prestação de assessoria pedagógica em projetos de integração docente-assistencial desenvolvidos pelo PPREPS; e a elaboração de projetos voltados para a formação de recursos humanos, em apoio ao Pias, e de capacitação profissional em saúde pública (NUTES-CLATES, 1977, p. 41-44).

Entretanto, mais do que representar o desenvolvimento de uma área de cooperação entre iniciativas afins, a interação entre o PPREPS e o Nutes-Clates fez emergir conflitos de ordem conceitual e política que não deixaram de afetar as bases institucionais de, pode-se dizer, ambas as iniciativas.

V.7 - Ppreps: proximidade e conflito

As origens do PPREPS remontavam a 1975 e à realização da V Conferência Nacional de Saúde, cujos debates concentraram-se na discussão de mecanismos para a implementação do Sistema Nacional de Saúde e na análise das ações prioritárias do Ministério da Saúde para expandir a cobertura proporcionada pelos serviços de saúde às populações das periferias das grandes concentrações urbanas. Essas diretrizes estavam, então, essencialmente, de acordo com as recomendações dos órgãos diretivos da Opas para a expansão da cobertura, nas quais se reconhecia o papel fundamental a ser desempenhado pelas iniciativas de desenvolvimento de recursos humanos, sobretudo quanto à capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar e à implementação de programas de integração docente-assistencial (PIRES-ALVES & PAIVA, 2005; PIRES-ALVES, PAIVA & HOCHMAN, 2008; CASTRO, 2008 e PIRES-ALVES *et al.*, 2010).

Assim, o PPREPS nasceu, em junho de 1976, como um programa interministerial, com o apoio organizacional e logístico da Opas, por intermédio da sua representação no Brasil, tendo em vista a adequação da formação de recursos humanos às necessidades da política nacional de saúde, segundo as diferentes realidades socioeconômicas das várias regiões brasileiras. O programa possuía três objetivos principais e volumes consideráveis de recursos alocados.¹⁸²

¹⁸² Para efeito de visualização dos volumes orçamentários envolvidos, em valores corrigidos para cifras atuais (março de 2011), e, portanto, comparáveis, vale considerar que no seu melhor ano, 1978, o PPREPS mobilizou R\$ 12.150.000,00, ou seja, algo como quatro vezes o orçamento global do Nutes-

O primeiro objetivo envolvia a preparação em massa de pessoal de nível médio, técnicos e auxiliares, da área da saúde, com metas quantitativas especialmente ambiciosas.¹⁸³ As ações a serem implementadas, especificamente quanto a esse objetivo, diziam respeito ao desenvolvimento da capacidade docente, no que concerne às instalações e aos instrutores, às tecnologias instrucionais, bem como à capacidade de supervisão visando a uma educação continuada dos trabalhadores.

O segundo objetivo previsto no PPREPS consistiu no apoio à constituição, no país, de dez regiões docente-assistenciais de saúde. Pretendia-se atingir, pelo conjunto dessas regiões, uma cobertura entre 15 a 20 milhões de pessoas em todas as regiões do país. Segundo os documentos de planejamento do programa, a integração docente-assistencial em todas as carreiras e níveis de formação de recursos humanos para a saúde e em todos os espaços institucionais de prestação de atenção à saúde, em um sistema, descentralizado, hierarquizado e coordenado, previa uma articulação técnica e administrativa entre as várias instituições do setor e entre estas e as instituições formadoras, em especial a universidade. Ao prever essa linha de atuação, o PPREPS alinhava-se ao movimento fortemente apoiado pela Fundação Kellogg, de alcance continental, que almejava o fortalecimento da integração entre ensino e serviço, com ênfase na cooperação interdepartamental e multiprofissional como estratégia central para empreender uma reorganização do ensino das profissões da saúde (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 43)¹⁸⁴.

Finalmente, o terceiro objetivo do PPREPS visava a apoiar a criação do que era denominado “sistema de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” em cada um dos estados da federação brasileira. Isso significava apoiar o desenvolvimento

Clates em 1983 (R\$ 2.869.632,00), o dado disponível mais próximo, para todas as rubricas e fontes, sempre em valores atualizados e comparáveis (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 63; NUTES-CLATES, 1983, p.29). Para a conversão de cifras com base no Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI), da Fundação Getúlio Vargas, utilizou-se:
http://www.fee.tcche.br/sitefee/pt/content/servicos/pg_atualizacao_valores.php

¹⁸³ Previa-se entre 160 mil e 180 mil pessoas formadas durante o período de 1976–1979. Entres as categorias a serem atendidas incluíam-se os técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes e agentes comunitários de saúde (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 43).

¹⁸⁴ Para os principais componentes das estratégias IDA (Integração Docente-Assistencial) e UNI (Integração Docente-Assistencial com Participação da Comunidade), patrocinadas pela Fundação Kellogg, ver Chaves, 1994. Para uma história do ensino médico na América Latina e da posição das estratégias IDA e UNI nesse percurso, ver Almeida, 1999.

institucional das secretarias de saúde estaduais, o que permitiria ao programa operar de forma descentralizada e em sintonia com as necessidades e as possibilidades regionais (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 43).

O arranjo institucional adotado para o desenvolvimento do PPREPS envolveu a constituição de um grupo técnico central de coordenação, de caráter colegiado, designado pelas pastas ministeriais e a Opas. Ao mesmo tempo, promovia-se o fortalecimento das instâncias estaduais e, em especial, as secretarias estaduais, e buscava-se mobilizar e envolver as universidades na empreitada.¹⁸⁵ A equipe diretiva do PPREPS, no entanto, manteve-se em estreita e militante associação com o movimento da reforma sanitária brasileira, uma proximidade que incluía o apoio logístico ao movimento e uma participação ativa como parte de sua liderança.

Esses vínculos fizeram-se presentes, também, nas opções conceituais e programáticas. Reiteradamente, manifestava-se a preocupação de conceber o próprio programa como parte da agenda da reforma. Assim, afirmava-se a utilização do sistema de saúde como um recurso pedagógico, ao mesmo tempo que se estimulava a reorganização das instituições docentes e de prestação de serviços. Da mesma forma, buscava-se o desenvolvimento de propostas curriculares e técnico-pedagógicas que se pretendiam afinadas com um horizonte de mudanças no sistema de saúde, de reconquista e de afirmação de direitos políticos e sociais (PIRES-ALVES *et al.*, 2010, p 71-72).

Os resultados alcançados pelo PPREPS, no final dos anos 70, estiveram longe de serem homogêneos nas suas várias frentes, mas foram significativos sob vários aspectos. Quanto ao primeiro objetivo, as ações realizadas nos primeiros três anos de funcionamento do programa resultaram em quase vinte mil pessoas capacitadas. Essa

¹⁸⁵ A coordenação do Grupo Técnico Central (GTC), a instância de direção política e executiva do PPREPS, coube ao médico Carlyle Guerra de Macedo. Figura de prestígio junto à Opas, Macedo havia sido secretário de saúde do Piauí, colega de Celso Furtado na Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) e aluno e professor do Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social (Ilpes), em Santiago do Chile, uma instituição intimamente ligada ao processo de generalização de práticas de planejamento em saúde. Compunham também o grupo técnico, pelo Ministério da Saúde, o médico Cesar Vieira, da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, a enfermeira Izabel dos Santos, da Universidade Federal de Pernambuco, e Danilo Prado Garcia, cirurgião de São Paulo, com experiência nas áreas de ensino e formação em serviço. Pela Opas, o chileno Francisco Salazar e o argentino Garcia Scarpone. Em 1979, passaram a integrar a equipe do PPREPS, por designação do MEC, o médico piauiense José Paranaçuá de Santana, dedicado aos temas do ensino médico, a educadora Regina Coeli Nogueira e o administrador Francisco Lopes (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 42-43 e 66)

clientela se distribuiu, nas categorias profissionais de nível auxiliar e médio, em áreas como visitantes sanitários, enfermagem, saneamento, serviços de laboratório, nutrição e administração, e nas categorias de nível superior, principalmente nas atividades de supervisão dos processos de treinamento. Foram números, portanto, quantitativamente expressivos, sempre em projetos nacionalmente distribuídos pelos estados da federação (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 54-57)

Com relação ao segundo objetivo, voltado para a instalação das regiões docente-assistenciais, foram quatro as iniciativas diretamente apoiadas pelo programa: em Montes Claros (MG), em Vitória de Santo Antão (PE), no estado da Paraíba, junto à Secretaria de Estado da Saúde, e no Piauí, em parceria com o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí. Essa linha de atuação foi considerada a de pior desenvolvimento, tendo enfrentado as mais sérias dificuldades. Segundo o diagnóstico da coordenação, essas dificuldades decorriam de uma frágil sustentação institucional, em âmbito universitário, e da existência, no interior das universidades, de grupos refratários às reformas. Em boa medida, a constituição das regiões docente-assistenciais foi considerada, então, uma proposta prematura diante dos entraves institucionais interpostos. Objetivamente, esse diagnóstico implicou, nos desenvolvimentos posteriores do programa, uma perda da relevância relativa dessa linha de ação frente às demais (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p. 59-61).

No tocante ao terceiro objetivo do programa, o principal resultado alcançado foi lograr imprimir maior relevância à temática do desenvolvimento de recursos humanos como componente das políticas de saúde em âmbito nacional e estadual. Nesse sentido, a criação dos núcleos estaduais de desenvolvimento de recursos humanos junto às secretarias estaduais de saúde foi uma estratégia exitosa. No campo de uma nascente saúde coletiva, o programa tanto ajudava a constituir o próprio campo, como, em médio prazo, contribuía para estabelecer o Desenvolvimento de Recursos Humanos como domínio de saberes e âmbito de formulação e implementação de políticas públicas. Além disso, como vimos, era também, por assim dizer, uma plataforma de agitação política (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p.61-65).

No ano de 1980, o MPAS aderiu à iniciativa, o que representava uma ampliação da envergadura do arranjo institucional que ela mobilizava. Essa nova base

institucional, por sua vez, refletia, em um domínio específico relativo aos recursos humanos em saúde, as tentativas que eram, então, empreendidas com o propósito de promover a integração entre as pastas da Saúde e da Assistência e Previdência Social, em um momento no qual se generalizava a crítica à separação entre saúde pública e medicina curativa previdenciária. A partir de então, os objetivos gerais do programa também se ampliaram, permitindo que se desenvolvessem atividades em áreas como planejamento, organização e infraestrutura de serviços de saúde (PPREPS, 2006, p. 69 - 71).

Uma vez renovadas as bases financeiras para o desenvolvimento do PRREPS, também a partir de 1980, o programa protagonizou iniciativas decisivas no âmbito da reforma sanitária e do seu processo de institucionalização como política de Estado. Dentre essas iniciativas, inclui-se a elaboração do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde.¹⁸⁶ Sua implementação, como se sabe, jamais se realizou, ainda que alguns dos seus aspectos pudessem ser depois atualizados em diferentes contextos.

No que concerne às preocupações deste trabalho, o diagnóstico referente à área de recursos humanos embutido no plano e a expectativa de que sua implantação pretendia uma completa cobertura da população fizeram avançar os esforços orientados para a formação em massa de pessoal de saúde. No âmbito do PPREPS, esses esforços resultaram na implementação do que ficou conhecido como “Projeto Larga Escala”.

Formalmente designado como Programa de Desenvolvimento de Sistemas de Capacitação em Serviço de Pessoal Auxiliar de Saúde, o Projeto Larga Escala pretendeu, inicialmente, capacitar cerca de duzentas mil pessoas. Tendo em vista a crise final do regime militar, especialmente suas implicações orçamentárias, o programa procurou enfatizar seus aspectos organizacionais e metodológicos. Definiu-se como opção político-pedagógica a formação de pessoal, em oposição ao treinamento. Assim,

¹⁸⁶ O Prev-Saúde, concebido de acordo com as resoluções da Assembleia Mundial de Saúde, de 1977, e da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de 1978, era uma estratégia de integração, envolvendo o MS, o MPAS, o Ministério do Interior (MI) e a Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Seplan). Possuía objetivos ambiciosos quanto à expansão da cobertura e da reorganização geral do setor. A resistência de entidades ligadas aos interesses dos prestadores privados terminou por desfigurá-lo, e as restrições orçamentárias derivadas da crise da previdência levaram-no ao esquecimento (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006: 75-77).

procurou-se enfrentar o desafio de realizar a formação profissional de nível técnico, sem afastar o trabalhador das suas atividades, e, ao mesmo tempo, proporcionar ao aluno o acesso à educação geral e a obtenção de um título oficialmente reconhecido. Defendeu-se a indissociabilidade entre o método e o conteúdo, assim como a capacidade de o aluno-aprendiz apropriar-se da estrutura mesma do conhecimento. Dessa forma, o projeto buscava se afastar, de forma radical e definitiva, das iniciativas marcadas pela ideia de treinamento, de caráter tópico ou fragmentado, com caráter racionalizador, simplesmente em busca de ganhos na produtividade do trabalho. No plano organizacional, refletindo os princípios descentralizadores do PPREPS, o projeto avançou na constituição de centros formadores de pessoal nos estados, que ficaram com a responsabilidade de coordenar as ações em cada unidade da federação. Décadas mais tarde, esses centros de formação permitiram a constituição de uma rede nacional de escolas técnicas de saúde (PIRES-ALVES *et al.*, 2011, p. 70).¹⁸⁷

Nas primeiras formulações do PPREPS, foram previstas áreas de cooperação com o Nutes-Clates. Esperavam os propositores do programa que essa cooperação pudesse complementar a capacidade técnica e operacional do Grupo Técnico Central, do PPREPS, principalmente no que tange à elaboração de recursos instrucionais, a criação de sistemas de treinamento, além da possibilidade de realizarem em conjunto cursos de capacitação destinados à formação de supervisores e instrutores. Em relatórios e documentos de avaliação, em algumas oportunidades, demandou-se uma maior aproximação com os centros da Opas localizados no Brasil, tanto em relação ao Nutes-Clates, quanto à Bireme, nesse último caso para promover o acesso à informação científica e técnica atualizada (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006, p.58 e 68; PPREPS, 1979, p. 20-21).

Em 1977, o Nutes-Clates e o PPREPS iniciaram entendimentos visando a uma atuação conjunta, considerando que a utilização de “processos inovadores” seria fundamental para o alcance das ambiciosas metas quantitativas do programa. Um convênio realizado no final daquele ano estabeleceu as atividades a serem desempenhadas pelo centro, ao mesmo tempo que acordava-se a adoção de práticas de complementação salarial para seu pessoal científico e técnico.

¹⁸⁷ Uma descrição bastante completa da abordagem metodológica do Projeto Larga Escala está em Castro (2008).

Nas ações desenvolvidas em 1978, sob a coordenação de Rodriguez Neto, essa cooperação empenhou-se no planejamento do treinamento de pessoal de nível elementar junto às secretarias de saúde do Piauí e de Pernambuco e do preparo das ações de capacitação de pessoal, associadas à implementação do Piass nos estados da Bahia e da Paraíba e de centros regionais de saúde pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais. No Piauí, foram realizados cursos de capacitação de supervisores. A equipe do Nutes-Clates dedicou-se igualmente aos trabalhos de discussão e implementação de iniciativas de integração docente assistencial, em colaboração com as universidades federais e secretarias de estado do Piauí, Paraíba e Minas Gerais (NUTES-CLATES, 1978, p. 15-16).

Essa agenda percorria o conjunto de frentes de atuação do PPREPS, e era de se imaginar que uma certa sinergia potencializaria ambas as iniciativas. As duas vinculavam-se à Opas, as duas diziam respeito à formação de recursos humanos para a saúde e eram, a princípio, capazes de corresponder a uma pauta progressista comum, no que concerne aos recursos humanos necessários para uma expansão da cobertura dos serviços e para uma maior integração entre práticas docentes e as necessidades da atenção médica das populações.

Tais expectativas, porém, não se cumpriram. As convicções políticas e pedagógicas do PPREPS mostraram-se irreconciliáveis com a orientação e a experiência acumuladas pelo Nutes-Clates, de base comportamentalista, especialmente em uma área que se mostraria especialmente cara à estratégia do programa: a formação de pessoal em larga escala nos níveis médio e auxiliar. Nem mesmo a presença, na coordenação da equipe do PPREPS, de Eleutério Rodriguez Neto, personagem ideologicamente próximo das principais figuras do programa, tornava esse convívio menos problemático.¹⁸⁸ Segundo vários depoimentos, esses enfrentamentos entre concepções dificultavam, em muito, e sobretudo, o estabelecimento de um *modus operandi* comum (SIGAUD, 2009; JOUVAL, 2011; FONTANIVE, 2011).

¹⁸⁸ Segundo Jouval: “Dali vinha uma oposição duríssima! Eleutério [Rodriguez Neto] e Alina [Souza] eram, sem dúvida alguma, próximos do pessoal do PPREPS. Mas a equipe do PPREPS fazia críticas duríssimas às metodologias do Nutes-Clates, consideradas por eles comportamentalistas, funcionalistas, tecnicistas, importadas dos Estados Unidos etc. Exagerando, (...) achavam que o Nutes atuava como propagandista da IBM e da Kodak no Brasil e na América Latina” (JOUVAL, 2011).

Na impossibilidade de um trabalho comum, a agenda e a operação do PPREPS terminavam por restringir o espaço de movimentação do Nutes-Clates em âmbito nacional. Ambas as organizações disputavam fontes de recursos similares junto ao MS e o MPAS, principalmente, e tinham agendas potencialmente redundantes no tocante ao desenvolvimento de recursos humanos para a ação da rede de atenção em saúde. Depois de 1978, o Nutes-Clates deixa, de fato, de receber recursos do MS e do Inamps. Este último voltaria apenas a contratar serviços do Nutes-Clates em 1983.

Esse projeto foi inicialmente proposto para apoiar um programa de qualificação do atendimento ambulatorial nos postos de atendimento médico do Inamps, compondo um dos projetos pilotos em algumas das unidades do Rio de Janeiro. O projeto foi, todavia, reformatado, ainda em 1983, para dar apoio ao processo de planejamento das ações de recursos humanos requeridas pela implantação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde na esfera da Previdência Social, que ficou conhecido como Plano do Conasp (Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária), de 1982, cujos propósitos foram longamente debatidos no âmbito do movimento da reforma sanitária.¹⁸⁹ O projeto enfrentou dificuldades para instituir um grupo de trabalho comum com os técnicos do Inamps e terminou por se restringir, no Rio de Janeiro, ao treinamento de estagiários para melhorar a recepção nos postos de atendimento e ao treinamento de auditores para a análise das novas formas de pagamento.

No estado de Santa Catarina, a mesma linha de cooperação ensejou o estabelecimento de um programa de apoio pedagógico à formação de recursos humanos para o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais) naquele estado. Esse apoio envolveu, entre outras ações, a participação das equipes do Nutes no processo de elaboração do programa em conjunto com as equipes do PPREPS, do MS e da

¹⁸⁹ O Plano do Conasp é considerado uma das primeiras formulações que, efetivamente implementada, incorporava vários dos princípios do movimento da reforma sanitária. Sua concretização deu-se a partir do Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais) e, depois, pelas das Ações Integradas de Saúde (AIS), transformadas em estratégia de implantação da reforma, inclusive com a adesão do MS e do MEC. Sobre esse plano, uma autora especialmente influente, Sonia Fleury Teixeira, propôs uma "dupla leitura": ou bem o plano era uma "mera contenção dos gastos da Previdência com assistência médica, preservada a hegemonia do setor privado prestador de serviços médicos e o modelo lucrativo e curativo" ou era "uma mudança profunda do próprio modelo em direção a um sistema único de saúde, com a direção do setor público, integração e hierarquização dos serviços, universalização do direito à assistência, integração das práticas preventivas e curativas, etc". Advertia, ainda, que o plano era "um campo estratégico de luta entre estas duas propostas de organização da medicina onde cada medida, cada portaria, cada departamento, cada convênio, devem ser vistos como uma frente de batalha" (TEIXEIRA *apud* PAIM, 1986).

Fundação Getúlio Vargas. Uma das decisões desse grupo de concepção foi adotar, para a capacitação de pessoal de nível fundamental e de segundo grau, a “estratégia de treinamento em larga escala”, tal como formulada pelo PPREPS. A partir desse ponto, ao longo de toda a década de 80, o Nutes não mais atuaria no treinamento em massa de pessoal auxiliar e técnico, um âmbito por excelência de atuação do PPREPS.

Como será comentado mais adiante, o Nutes manteria uma frente bastante ativa na implementação de projetos de integração docente–assistencial no ensino superior médico, inclusive com o apoio da Fundação Kellog. A essa altura, porém, o componente internacional do Nutes-Clates já havia se encerrado.

V.8 - O fim do componente internacional

Em 1982, a Opas empreendeu uma avaliação do Nutes-Clates como centro internacional. Ao fazê-lo, ela dava continuidade a um processo geral de balanço dos centros regionais, estabelecido por decisão da XX Conferência Sanitária Pan-americana, de 1978. Por ocasião dessa conferência, foi criado um grupo de trabalho¹⁹⁰ com a tarefa de realizar um estudo detalhado dos chamados centros regionais existentes e preparar um projeto de normas estabelecendo as condições pelas quais centros nacionais de investigação, docência e serviços poderiam ser admitidos como centros associados, com vistas ao estabelecimento de relações colaborativas com a organização. No que concerne aos centros existentes, o grupo de trabalho examinou o alcance das atividades nacionais e, sobretudo, internacionais de cada centro; as suas fontes e condições de financiamento; a separação entre as responsabilidades e competências entre o governo do país sede e a Opas; a natureza permanente ou, eventualmente, transitória de cada um deles; os impactos por eles experimentados em decorrência das iniciativas de promoção da cooperação técnica entre países em desenvolvimento; e as relações entre os centros e as necessidades atuais dos países. Sua metodologia de trabalho incluiu o levantamento de documentos constituintes e programáticos de cada centro; consultas aos coordenadores de áreas da Opas, aos representantes da organização nos países e às

¹⁹⁰ Compunham o grupo de trabalho: Guillermo Arbona, Alfredo Arreaza Guzmán, Robert de Caires e Myron Wegman, com o apoio de Frank Lostumbo, funcionário da Opas em Washington? (OPAS, 1978).

autoridades nacionais de saúde; e a realização de visitas de avaliação a cada um dos centros internacionais.¹⁹¹

O grupo de trabalho registrou que os centros revelavam uma grande variação quanto a objetivos, formas de organização e modos de operação, além da sua importância relativa frente aos programas da Opas. Instâncias como conselhos superiores ou de orientação não eram uniformes em seu formato e funcionamento.¹⁹² Segundo a avaliação do grupo, essa diferenciação era influenciada

“por la evolución y distintos factores , incluyendo la naturaleza del centro y del fundamento que llevó originalmente a establecerlo, el interés del diretor e su personal, los locales, servicios y recursos disponibles, la fuente, el caracter y la suficiencia de los recursos operativos y el grado de interés de los países en la especificidad tecnica respectiva”. (OPAS, 1978: 10).

O grupo de trabalho também identificou que os objetivos e funções não estavam precisamente definidos em certas unidades e que algumas discrepâncias foram registradas entre os objetivos formalizados e parte das atividades então desenvolvidas. Não deixaram de registrar também que, em geral, havia escassa comunicação entre os centros e a sede e os representantes da Opas nos países, o que dificultava um funcionamento mais eficaz.

Em geral, os centros foram avaliados positivamente, apesar desses problemas. Ao mesmo tempo, foram enunciados princípios e conceitos orientadores quanto à existência e forma de vínculo com a Opas, com implicações importantes para o futuro

¹⁹¹ O relatório identificou três classes de ‘centros’: (1) os centros regionais, integrados formalmente à estrutura da Opas e com alcance continental; (2) os centros subregionais, com a mesma situação formal, mas alcance em áreas como América Central ou Caribe; e (3) “projetos” que eventualmente, com a denominação de centro, desempenhavam funções internacionais. Nesse último caso encontrava-se o Clates mexicano (OPAS, 1978: 5-7).

¹⁹² O relatório do grupo de trabalho menciona que o conselho superior teria sido instituído naquele mesmo ano, 1978. Em todas as fontes primárias e nos depoimentos orais examinados neste trabalho não há referências ao seu funcionamento, salvo a menção a uma reunião do seu conselho consultivo “reunindo autoridades representando o Ministério da Saúde, a UFRJ e a Opas”, realizada em 1982, na qual foi formalmente pactuada a extinção do Clates (NUTES, 1983:1).

do Nutes-Clates. O primeiro desses enunciados foi quanto à extinção ou transferência de um centro internacional:

“Es posible, o en algunos casos probable, que las necesidades específicas que llevaron al establecimiento de un centro hayan dejado de tener vigencia, o que otras necesidades justifiquen más el uso de los fondos de la OPS. El procedimiento por seguir en dichos casos debiera incluir las conversaciones con el país huésped y la recomendación formal al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo de que el centro ha cesado de ser un Centro Panamericano. Esa terminación no debiera necesariamente llevar a la clausura total del centro. Se trata de que se dé por terminada la responsabilidad directa de la OPS respecto de la operación y gestión administrativa del centro. El centro puede continuar funcionando como entidad independiente o como centro nacional, con o sin la condición de ‘Centro Asociado’ de la OPS, y la OPS puede continuar participando activamente por conducto de distintos proyectos y de su asistencia”. (OPAS, 1978: 25).

Outro enunciado importante foi o que estabeleceu a distinção entre centros nacionais e centros nacionais associados. No primeiro caso, tratava-se de um recurso adicional significativo para os programas da Opas em suas várias áreas de interesse, na medida em que eram instituições de competência reconhecida que poderiam ser mobilizados para atividades internacionais limitadas. Um centro nacional associado prestaria um serviço bem mais amplo, segundo as funções clássicas de assessoria, pesquisa, ensino e intercâmbio de informações, assim como era concebido como *“una extensión del concepto de Centro Panamericano, con una carga mucho menor para el programa y el presupuesto de la OPS”*. Ao enumerar exemplos possíveis de centros nacionais associados, o relatório assinalou que haveria de ter-se em conta a

“singular situación vinculada con Clates/Rio, debido a su estrecha relación con el Núcleo de Tecnología Educativa para la Salud (NUTES) de la Universidad de Rio de Janeiro. El

Nutes está tan estrechamente relacionado con el CLATES que no es posible establecer una verdadera preparación de programas [...]. Por lo tanto, CLATES/Rio tiene un amplio componente nacional por conducto de su personal empleado en el NUTES, que es muy similar al personal adscrito por las universidades nacionales a otros centros, que carecen de un mecanismo como el NUTES. La generosidad del Gobierno del Brasil en relación con el programa internacional se pone de manifiesto, también, en la adjudicación directa de becas a estudiantes de otros países para que realicen estudios en el Clates". (OPAS, 1978: 29).

E, em outro trecho, avançou para sugerir que

“ un Centro Panamericano en un determinado país huésped podría identificarse a tal punto con la actividad nacional que el gobierno deseara asumir la administración básica y el financiamiento de los costos, cumpliendo de manera permanente la función internacional. De este modo, un Centro Panamericano se transformaría en un Centro Nacional Asociado”. (OPAS, 1978: 30).

Outra medida reclamada pelos consultores consistia na realização de avaliações periódicas de todos os centros como parte de processos mais gerais e sistemáticos de relato e avaliação dos programas da Opas. Quando da realização da XX Conferência Sanitária Pan-americana, entre setembro e outubro de 1978, essa recomendação, assim como todas as demais constantes do relatório, foi formalmente aprovada pela reunião plenária (OPAS, 1978b). No ano seguinte, em junho, o Conselho Executivo da Opas aprovou um modelo de avaliação para os centros internacionais e estabeleceu um cronograma que se iniciou com a avaliação do Centro de Epidemiologia do Caribe (Carec). A metodologia proposta envolvia um percurso demorado, de aproximadamente oito meses, que contemplava a realização de uma fase de autoavaliação; uma segunda

fase dedicada a um balanço das atividades do centro pelos órgãos da sede em Washington; e uma terceira, que compreenderia as visitas *in loco* (OPAS, 1979).

Assim, a avaliação do conjunto de centros deveria durar cerca de seis anos, sendo que o biênio 1981/1982 ficou reservado para a avaliação de centros da Opas vinculados ao seu programa de educação e capacitação: a Bireme e o Nutes-Clates. No caso da Bireme, como examinado no capítulo IV, esse processo implicou a realização dos trabalhos do Long-Range Working Group for the Latin American Information Network. Nada parecido foi realizado no que diz respeito ao Nutes-Clates.

Antes, porém, que o processo de avaliação se iniciasse, Luis Carlos Galvão Lobo exonerou-se do cargo de diretor do Clates, do componente internacional do centro “singular” que lhe cabia dirigir.

De saída, Lobo discordava dos meticulosos processos de avaliação, que julgava incompatíveis com o volume de recursos efetivamente alocados pela Opas para a sustentação do Nutes-Clates,¹⁹³ e já havia entrado em embates com a direção da organização a esse respeito (LOBO, 2009). Lobo também vinha enfrentando desgastes internos importantes, que diziam respeito ao embate teórico e conceitual acerca da natureza e papel das tecnologias educacionais em geral e na saúde; a um relativo, mas sensível, afastamento do Nutes-Clates dos temas da saúde; e, sobretudo, à democratização dos processos político-institucionais nas universidades brasileiras e, no caso em questão, na UFRJ, e que integrava o movimento pelo retorno à democracia no país (LOBO, 2009; SIGAUD, 1980; 2009).

Embora o cargo de diretor do Clates fosse de escolha da Opas, em acordo com a reitoria da UFRJ, Lobo tinha inteira consciência de que sem o Nutes, sem os recursos de conhecimento e operacionais mobilizáveis pelo seu diretor, o Clates era apenas uma marca, sem nenhuma capacidade efetiva de realização. Lobo também reconhecia que todas aquelas questões também alcançavam os escritórios da Opas em Washington (LOBO, 2009; SIGAUD, 2009). Nessas condições, um processo de avaliação como o previsto pela metodologia adotada pela Opas seria especialmente desgastante. Diante dessa situação, Lobo preferiu exonerar-se do cargo de responsável pelo componente

¹⁹³ Em 1978, a Opas respondia por 18% dos recursos efetivamente gastos (OPAS, 1978).

internacional do Nutes-Clates em outubro de 1979 (NUTES-CLATES, 1979: 3).¹⁹⁴ Com a sua saída, assumiu interinamente o posto o médico argentino Jorge Galperin, já vinculado aos trabalhos do centro, onde era então responsável pela produção de audiovisuais.

Lobo permaneceria como diretor do Nutes até outubro de 1981, enquanto Galperin se responsabilizava pelo Clates. Os relatórios de gestão e os depoimentos acerca desse período de gestão compartilhada apontam para um esforço de manutenção das atividades do Nutes, sem a abertura de novas frentes significativas, enquanto o Clates sofria um processo de gradativa desmobilização. No relatório de 1980, o último que contou com a participação de Lobo, as condições econômicas de sustentação do Nutes foram consideradas difíceis. Os recursos obtidos por projetos foram reduzidos drasticamente, o que foi considerado uma decorrência da crise econômica enfrentada pelo Estado brasileiro. O núcleo “decidiu por concentrar suas atividades na UFRJ”, o que significava enfatizar as atividades docentes de pedagogia médica, de didática aplicada ao ensino na saúde e de especialização em educação na área da saúde. Àquela altura, já havia “diminuído o ímpeto inicial” das assessorias ao ensino integrado orientado por sistemas orgânicos no CCS, “seja pela interrupção das atividades da Comissão de Coordenação dos Blocos de Ensino Interdisciplinar, seja por uma acomodação natural dos docentes, após um grande esforço inicial de planejamento didático e produção de materiais instrucionais” (NUTES-CLATES, 1980: 1-3). No Clates, o ano de 1980 registrou a conclusão formal do projeto voltado para as tecnologias educacionais em enfermagem na América Latina. As atividades em apoio à constituição dos Núcleos de Investigação e Desenvolvimento Educacional em Saúde nas escolas de medicina da região também já se haviam interrompido. Apenas a segunda fase do projeto de treinamento em supervisão para unidades locais de saúde continuava funcionando. O centro, no entanto, havia sido afastado de suas responsabilidades de assessoramento junto aos países da América Central, tendo sido substituído, ali, pelo Paspap e pelo trabalho dos assessores de Washington, ficando responsável apenas pelos trabalhos no Brasil, no Peru e na Bolívia (NUTES-CLATES, 1980; 1981; NUTES, 1992).

¹⁹⁴ Lobo relata que a manutenção simultânea dos dois cargos, de diretor do Nutes e diretor do Clates, lhe impunha um certo constrangimento junto às instâncias superiores da UFRJ. Portanto, ele preferiu permanecer apenas como diretor do Nutes (LOBO, 2009).

Em outubro de 1981, Lobo deixou a direção do Nutes. Ele se recusava a participar de um processo eletivo interno e de uma exposição pessoal desgastante. Lobo também dava, àquela altura, sinais bastante claros de gradativo desinteresse e desilusão com os rumos da instituição que ele havia fundado uma década antes, tendo ainda demonstrado interesse em dedicar-se à iniciativa privada.¹⁹⁵

No segundo semestre de 1982 e no início de 1983, a Opas realizou a avaliação do Nutes-Clates de um modo completamente distinto daquele proposto. À rigor, a decisão pelo fim do componente internacional já havia sido tomada, e a área de desenvolvimento de recursos humanos optou realizar um processo restrito de avaliação.¹⁹⁶ Ainda em 1982, numa reunião realizada no Rio de Janeiro, representantes da Opas, do Ministério da Saúde e da UFRJ “atestaram o nível de desenvolvimento alcançado pelo centro nacional e o consideraram apto a dar continuidade às atividades desenvolvidas pelo Clates” (NUTES, 1983, p.1). Em maio de 1983, elaborou-se um relatório de avaliação, no qual foram incluídas uma resenha histórica, uma descrição sobre as suas atividades, um balanço da sua história orçamentária, além de considerações e recomendações finais.

Como era de se esperar, o documento orientou-se pela perspectiva de extinguir o centro internacional em função do que foi denominado um conjunto de “circunstâncias”. Dentre estas, mencionou-se o fato de o centro ser fruto de uma iniciativa isolada de um país membro, em uma ação bilateral com a Opas, “*sin una aprobación específica de los Cuerpos Directivos, aparte del mandato general que se basa en la aprobación del programa y presupuesto de la OPS*”. Na mesma linha, destacou-se sua condição de funcionamento em estreita colaboração com um núcleo nacional equivalente, cuja identidade foi sempre preservada pela universidade, o que “*caracterizaba el objetivo a*

¹⁹⁵ Maria Alice Sigaud entrevistou Lobo em Boston, em novembro de 1980, para um trabalho final de curso na Faculdade de Educação da Universidade de Harvard. Sobre aquela ocasião ela escreveu: “*From the personal contact I had with him, I got the impression that a lack of motivation might be the cause for his resignation. It seems also that he is in a process of abandoning the University to work for private companies*” (SIGAUD, 1980: 29). Henri Jouval tem uma avaliação similar sobre essa possibilidade de migração para a esfera da iniciativa privada como um dos motivos para Lobo deixar o Nutes (JOUVAL, 2011). De fato, ao deixar o Nutes, Lobo passou a dedicar-se à Biodata Informática e Tecnologia Ltda, da qual era um dos sócios, uma empresa dedicada a projetos de automação em hospitais, clínicas e laboratórios, também recorrendo à tecnologia Mumps (JOUVAL, 2011; LOBO, 2009). Lobo não atribuiu importância especial a esse fato para a sua saída do Nutes (LOBO, 2009).

¹⁹⁶ Em seu depoimento, José Roberto Ferreira registrou que o processo de avaliação teria sido “uma simulação”, para preservar os responsáveis pela sua condução (FERREIRA, 2008: p.27).

largo plazo de consolidación del componente nacional”. Segundo o relatório da avaliação, esse núcleo nacional poderia “*no solo independizarse del componente internacional como incluso reemplazarlo, pasando a actuar tanto en el país como en el exterior*” (OPAS, 1983: 2 e 4).

Além dessas circunstâncias, o relatório registrou que o Ministério da Saúde, signatário do convênio básico, havia interrompido desde 1978 as transferências de recursos orçamentários regulares para a sustentação do centro e, mais do que isso, havia manifestado sua posição quanto à necessidade de revisão do acordo original. Nos exatos termos do relatório: “*el propio Ministerio de Salud del Brasil [...] hizo presente a la OPS la indicación de que el justificativo de mantener el Centro como institución internacional merecería ser revisado a la luz del estado actual de desarrollo de los programas en esta área*” (OPAS, 1983: 2).

Quanto à evolução orçamentária do Nutes-Clates, o relatório identificou que, entre a fundação do centro e 1977, a Opas respondia por uma parcela entre 10 e 18% do orçamento total. A partir desse ano, a organização passou a contribuir com uma parcela cada vez maior, ao mesmo tempo que o orçamento total diminuía.¹⁹⁷ Da mesma forma, o Ministério da Educação, que em 1976, por exemplo, respondera por apenas 8,2% dos recursos, em 1982 passava a responder por 40% do volume total. Essa mudança no perfil do financiamento foi atribuída, por um lado, à crise geral da economia e do Estado brasileiro, que acarretava uma desvalorização da moeda nacional e uma escassez de recursos passíveis de serem captados junto a outras agências de fomento, além do cancelamento das remessas por parte do MS, já comentado. Por outro lado, as gestões feitas por Lobo junto à UFRJ lograram obter, paulatinamente, as vagas necessárias para a absorção de pessoal técnico-científico do Nutes-Clates, que até então era remunerado com recursos de projetos, aos quadros regulares da universidade.

Os resultados alcançados pelo Nutes-Clates foram avaliados positivamente. Em primeiro lugar, ela teria contribuído de forma importante para a própria consolidação do componente nacional. Em segundo lugar, mediante as atividades de assessoria, a oferta de cursos e seminários e o preparo de materiais instrucionais, o centro teria exercido um

¹⁹⁷ Nos termos do relatório: “*El presupuesto total, después de haber alcanzado un máximo en 1978 al nivel de U\$ 1,235,961, bajó en 1980 a U\$710,024, lo cual representa una reducción del 40% aproximadamente. En este período la contribución de la OPS fue incrementada relativamente, llegando a niveles superiores al 35%*” (OPAS, 1983: 5).

papel fundamental na criação de uma rede regional de núcleos de desenvolvimento educacional em saúde e da enfermagem em particular.

O Clates, conjuntamente com o Nutes, descrito como o primeiro grupo constituído de tecnologia educacional dedicado exclusivamente ao setor de saúde na América Latina, foi classificado, “*en términos de la cooperación técnica*”, como um “*proyecto de riesgo*”, no qual

“bajo un fuerte liderazgo y algún financiamiento externo (OPS/Kellogg) fue posible reunir un grupo nacional inicial de 12 profesionales, en torno de una idea -- aprovechar el recurso educativo disponible y orientar su desarrollo en un campo específico (salud) para su aplicación en el ámbito local e internacional en apoyo a un sector que no cuenta, en su propio contexto, con este conocimiento tecnológico. En esta forma el proyecto involucraba, además de una orientación intersectorial, la posibilidad de cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD)” (OPAS, 1983: 5).

A iniciativa teria também servido, segundo os termos do informe da avaliação, como

“forma de desmistificar el desarrollo tecnológico de excesiva complejidad, refinamiento y costo exagerado, usualmente inaccesible a países más pobres, y trató de orientar la utilización de metodología y materiales apropiados a las condiciones de los usuarios. Todo este esfuerzo no se limitó a su ámbito de acción local, sino que aprovechó las facilidades de expansión, que le concedía el ‘status’ internacional, para proyectarse a todos los países de latinoamerica y en la mayoría pudo cooperar, através de asesoría, adiestramiento e intercambio de materiales, para la conformación de grupos técnicos que asegurarán el efecto multiplicador del programa.” (OPAS, 1983:18).

São palavras elogiosas, sem dúvida, que mostram a preocupação por parte da área de recursos humanos da Opas em indicar que o centro havia cumprido o seu papel, segundo os termos da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento e de alguns dos princípios que fundamentavam a Declaração de Alma -Ata. Mas os termos dessa avaliação soam em desacordo com críticas e preocupações anteriormente manifestadas pela sede em Washington. Lobo reconhece, por exemplo, que, pelo menos em parte, José Roberto Ferreira era receptivo às críticas que atribuíam ao Nutes-Clates um viés excessivamente tecnicista (LOBO, 2009). Em uma ocasião, pelo menos, Ferreira havia também expressado o seu descontentamento com o que seria um progressivo distanciamento dos temas da saúde e da sua especificidade, portanto. E, nessa ocasião, os termos dessa crítica foram bastante duros:

“Nutes-Clates’ impact on Education has been great but its impact on health has been nihil. Nutes-Clates must find its place in Health, otherwise it would be better to change sponsors and become funded by Unesco. The sources of Nutes-Clates were seldom used to change the health conditions in Brazil and South America.” (FERREIRA, apud SIGAUD, 1980: 30).¹⁹⁸

Em setembro de 1982, Carlyle Guerra Macedo, que até então havia coordenado o Ppreps, foi eleito para o cargo de diretor da Opas. Ferreira registra que esse evento trazia a expectativa, pelo menos para alguns grupos ligados ao Ppreps, de que o Nutes-Clates se tornasse cada vez mais periférico ante as prioridades da organização e que, eventualmente, tivesse mesmo extinguido o seu componente internacional (FERREIRA, 2009). Carlyle Macedo, por seu turno, assinala que o Nutes-Clates já tinha reduzidas as suas possibilidades de diálogo - e de financiamento - com o Ministério da Saúde, tornando-se progressivamente mais próximo aos processos de decisão próprios da universidade e do MEC (MACEDO, 2011).

¹⁹⁸ Ao relatar o processo de extinção do componente internacional do Nutes-Clates, Maria Alice Sigaud registra que, em 1980, Ferreira já cogitava essa possibilidade (SIGAUD, 2009).

Ambos porém atribuem o fim do Clates a razões próximas àquelas registradas no relatório de avaliação. Segundo esses argumentos, o Clates, ao iniciar-se a década de 80, já havia cumprido o seu papel ao estimular e apoiar a criação de núcleos dedicados à educação em saúde e às suas tecnologias. Já havia também ajudado a consolidar o Nutes como um centro nacional de competência disponível na região até mesmo para eventuais ações de cooperação técnica internacional.

Esse êxito não só cumpria as expectativas da cooperação técnica entre países em desenvolvimento, em seus termos doutrinários, como tratava da questão da vigência ou duração dos centros internacionais, da sua pertinência aos processos de desenvolvimento em saúde. Assim,

“la consideración de que proyectos de desarrollo no pueden ser eternos y deben pasar por revisión y reajustes periódicos, refuerza la necesidad de enjuiciar la justificativa de existencia indefinida de programas tales como el de Clates,[...]. Importa, sobre todo, aclarar en un determinado momento de la evolución de un proyecto de esa naturaleza si todavía hay condiciones para seguir desarrollándose o si el desarrollo mayor no estaría en una ruptura estratégica, basada en la clara posibilidad de autosustentación del NUTES y de redistribución del recurso internacional para apoyar una nueva etapa de desarrollo ampliado al nivel de toda la red de instituciones.” (OPAS, 1983:19).

Segundo algumas avaliações feitas *a posteriori*, o contexto da extinção do componente internacional do Nutes-Clates corresponderia também ao da gênese de uma estratégia alternativa àquela de criação de centros regionais especializados. Nessa nova perspectiva, que corresponderia a um maior grau de maturidade das instituições de saúde na América Latina, seria mais importante, por meio das representações da Opas nos países, identificar e apoiar núcleos nacionais de excelência, mobilizando-os para o trabalho de cooperação técnica para o desenvolvimento (MACEDO, 2011; JOUVAL, 2011). Para Carlyle Macedo, o “sentido de necessidade” do Clates já havia se encerrado.

Seu próprio objeto de trabalho, as tecnologias educacionais, abordadas numa perspectiva que ele considera pretensamente tecnológica, quando não poderia sê-lo, era foco de um permanente e acirrado embate ideológico, o que acabava contaminando o cenário institucional em que o centro se movimentava. Segundo sua avaliação, os que aceitavam uma dada abordagem eram considerados aliados, os que não aceitavam se posicionavam como adversários sem que fosse possível estabelecer uma base racional como ponto de partida para um trabalho comum. O Clates, segundo Carlyle Macedo, estava fadado a terminar, e mesmo o seu componente nacional teria muitas dificuldades para continuar operando (MACEDO, 2011).

De qualquer forma, os trechos finais do relatório de avaliação recomendaram a extinção do Clates em 31 de dezembro de 1983, quando se findava o acordo para sua sustentação celebrado entre Opas e as instituições governamentais brasileiras. Novos acordos deveriam ser firmados em sequência de modo que a Opas continuasse apoiando o Nutes, sobretudo nos eventuais trabalhos de cooperação internacional. Para tanto, recomendava o relatório, os recursos até então aplicados na sustentação do centro regional deveriam ser também mobilizados para apoiar o funcionamento da rede de núcleos e centros nos países e, deste modo, *“elevando el potencial de utilización de procesos y métodos educativos tradicionales, facilitar la captación de la moderna tecnología e innovar en la búsqueda de nuevas alternativas que permitirán una enseñanza y aprendizaje más eficiente y eficaz, com el apoyo del programa regional y del NUTES”* (OPAS, 1983: 19).

V.9 - Entre a singularidade e o fim da ambigüidade: uma trajetória distinta da Bireme

O Nutes-Clates, formalmente instituído em setembro de 1972, resultou **da** iniciativa de uma universidade brasileira, a UFRJ, em particular de um dos seus institutos, o Instituto de Biofísica. Essa iniciativa recebeu o apoio imediato da Opas, em especial do seu Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, o que resultou na criação de uma instituição que articulava, de modo singular, um núcleo local e um centro internacional dedicado às tecnologias educacionais e à sua aplicação na saúde. A missão fundamental desse ‘núcleo-centro’ consistia em promover, por meio da introdução e difusão de novas tecnologias educacionais, uma maior produtividade das instituições de ensino das profissões da saúde.

Sua origem remota pode ser adequadamente localizada no movimento pan-americano da educação médica do início da década de 60, tal como expresso de forma especialmente nítida na realização da II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas e da IV Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, de 1964. Portanto, a Bireme e o Nutes-Clates têm uma origem comum, assim como são comuns as suas conexões genéticas com as questões da relação entre saúde e desenvolvimento.

Finda aquela reunião, as iniciativas no terreno das tecnologias educacionais na década de 60 limitaram-se às tentativas da Bireme, quase nada exitosas, em estabelecer uma divisão interna dedicada à difusão e eventualmente à produção de audiovisuais. Assim, o processo de criação efetiva do Nutes-Clates, no início da década de 70, constituiu na verdade uma atualização ampliada daquela agenda, colocada agora em novos termos.

Esses novos termos dizem respeito, sem dúvida, à introdução do computador como recurso docente, o que implicava certamente a necessidade de aquisição de um aparato tecnológico no qual apoiar uma iniciativa nesse domínio. Todavia, e de modo mais fundamental, os novos termos dizem respeito sobretudo à própria experiência brasileira acumulada no terreno da organização do ensino de medicina e do desenvolvimento de metodologias docentes.

Esse acúmulo já era importante, sem dúvida, no início da década 60. Entretanto, no decênio subsequente, esse acervo de experiências se adensou significativamente com o crescimento vertiginoso do ensino superior médico no Brasil e com os debates acerca da sua qualidade; a criação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília e suas iniciativas no terreno do ensino integrado e de saúde comunitária; a reforma universitária e seus impactos na organização e práticas do ensino das profissões de saúde; os impactos específicos desta última na UFRJ, sobretudo na Faculdade de Medicina; entre outros episódios relevantes, a maior parte deles experimentados durante a ditadura militar brasileira e os seus embates com o movimento social e em particular com as entidades estudantis. O Nutes-Clates foi proposto nesse ambiente, por lideranças médicas nacionais, e encampado pela unidade de recursos humanos da Opas, chefiada na ocasião também por um brasileiro, partícipe direto de alguns desses processos.

A instituição do Nutes-Clates em 1972 e o início das suas atividades em 1973 ocorreram em um contexto também renovado no que concerne às agendas do desenvolvimento e das suas conexões com o setor saúde, se tivermos em mente aquelas que presidiram os enunciados da primeira metade da década de 60. A criação do componente internacional foi explicitamente informada pelas diretrizes da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972, e do Plano Decenal de Saúde para as Américas. Os desenvolvimentos imediatamente posteriores desse componente foram igualmente informados pelos debates em torno de uma nova ordem econômica internacional, de oposição entre assistência e cooperação técnica e de adoção de tecnologias apropriadas aos contextos locais e nacionais, entre outros temas, assim como pela sua expressão no terreno da saúde internacional. No plano internacional, as referências mobilizadas diziam respeito às diretrizes em favor da expansão de sistemas nacionais de saúde integrados e hierarquizados, baseados em conceitos como o da atenção primária de saúde. No plano interno, a criação do Nutes-Clates foi também uma resposta à agenda modernizadora e desenvolvimentista expressa na reforma universitária e no I Plano Nacional de Desenvolvimento.

O Nutes-Clates nasceu, embora como unidade experimental, organicamente vinculado à UFRJ e ao seu Centro de Ciências da Saúde, como parte do processo de modernização da universidade. E o centro buscou preservar e consolidar esses vínculos. Desse modo, assumiu e reforçou ao longo do tempo a feição singular e algo ambígua, que Carlyle Macedo classifica como uma espécie de antecipação do que depois se denominou como centro nacional associado ou centro colaborador; como um modelo alternativo para a mobilização de competências nacionais para as ações de cooperação técnica internacional.

O novo centro recorreu – assim como a Bireme – a fontes internacionais de *expertise* método-tecnológicas para realizar suas atividades fundamentais. Nos dois casos, instituições norte-americanas proveram os meios necessários. No caso do Nutes-Clates, no entanto, em primeiro lugar, nenhuma instituição norte-americana mobilizou-se ou foi mobilizada para integrar o arranjo institucional básico de sustentação da iniciativa. Em segundo lugar, nenhuma instituição foi particularmente eleita como modelo a ser mimetizado no contexto brasileiro ou latino-americano. Em terceiro lugar, as competências em metodologias e tecnologias necessárias à empreitada foram obtidas

entre um elenco variado de instituições e profissionais, de modo que nenhuma instituição ou grupo profissional exerceu sobre o centro algum tipo de autoridade técnica especial.

O arranjo institucional que sustentou e viabilizou a instalação do Nutes-Clates envolveu a UFRJ e o MEC, o Ministério da Saúde, o Ministério do Planejamento e a Opas. No caso da UFRJ, as áreas das ciências básicas em geral e as direções acadêmicas da medicina constituíram o seu apoio fundamental. O Ministério do Planejamento, através do CNRH, garantiu os recursos fundamentais à implantação, mas não muito mais do que isso. A Opas adicionou uma dimensão internacional à iniciativa e, tão cedo quanto possível, patrocinou a abertura de uma frente de trabalho voltada para a introdução de novos métodos e tecnologias educacionais no ensino de enfermagem na América Latina. Em boa parte das ações internas de implantação e no desenvolvimento do componente internacional, a Fundação Kellogg proporcionou um apoio considerável.

Instituído o Nutes-Clates, suas atividades se organizaram em torno de um conjunto de eixos constituintes, articulados entre si. Elas incluíram, como vimos: desenvolver cursos baseados nas metodologias de instrução programada e autoinstrução para as disciplinas do ciclo básico das profissões da saúde; adquirir e desenvolver sua própria capacidade no que concerne ao uso de recursos computacionais na instrução programada e na autoinstrução, com o desenvolvimento de sistemas de avaliação da aprendizagem; implantar sua área de audiovisuais e de recursos instrucionais, igualmente fundamentais para a introdução dos cursos sob o formato de autoinstrução; oferecer cursos de treinamento didático e pedagógico ao pessoal docente da UFRJ e de outras instituições; e, como já mencionado, desenvolver o seu componente internacional.

O desempenho da organização em cada uma dessas frentes de trabalho foi tão expressivo quanto desigual. O desenvolvimento dos cursos no formato de autoinstrução representou, sem a menor dúvida, a introdução de aparatos tecnológicos e metodologias inovadoras. O preparo de cada curso ou módulo envolveu a cooperação de lideranças docentes, com resultados importantes sobretudo no tocante aos cursos e disciplinas do ciclo básico. Sua reprodução, e penetração no ciclo clínico, entretanto, logo esbarrou na dificuldade de continuar mobilizando docentes para tarefas difíceis como as de

preparar cursos; introduzir permanentemente atualizações nos materiais já preparados; e, no tocante à sua expansão para outras instituições, reproduzir nestas últimas a mesma infraestrutura tecnológica que o projeto logrou instalar na UFRJ.

Quanto a esse último aspecto, o projeto alcançou êxito considerável no que concerne à instalação dos seus setores de recursos instrucionais e de computação. Era a face eminentemente tecnológica e aparatosa do projeto, e as suas instalações foram inúmeras vezes exibidas pelas autoridades universitárias como símbolos de modernidade e dinamismo institucional. Foram mais do que isso, sem dúvida. Proporcionaram a produção de fato de programas em vídeo e películas fílmicas, séries de diapositivos, transparências, materiais impressos diversos, modelos didáticos, entre outros recursos indispensáveis ao desenvolvimento do projeto, segundo a sua concepção original. Permitiram também a implantação dos processos de autoavaliação formativa apoiada em recursos de computação, naquela que seria a primeira experiência de instrução assistida por computador implementada no ensino superior brasileiro.

Para definir os requerimentos técnicos desses setores, instalá-los e adquirir a competência necessária para operá-los adequadamente e com autonomia, o Nutes-Clates recorreu a instituições e consultores norte-americanos. Para identificá-los, Lobo recorria - de forma “essencialmente pragmática”, segundo os seus próprios termos, e eventualmente algo errática, segundo alguns dos seus críticos - a indicações e oportunidades fornecidas pelo grupo de brasileiros, dentre estas figuras como José Roberto Ferreira, Ernani Braga e Mário Chaves, com experiência ou vínculos com organizações como a Opas, a OMS e a Fundação Kellogg e com a comunidade norte-americana dedicada às questões da educação médica (LOBO, 2008).

As maiores necessidades de cooperação não estavam propriamente na aquisição dos aparatos físicos da tecnologia, e tampouco sobre como manejá-las de um ponto de vista estritamente técnico, sob a forma, por exemplo, de um sistema operacional ou de um programa de computação. As demandas mais importantes por cooperação visavam aos aspectos metodológicos no que tange a temas como os objetivos comportamentais, a instrução programada e os processos de avaliação formativa e à sua aplicação no campo da formação e capacitação em medicina e nas profissões da saúde.

A esse respeito, vale destacar uma distinção importante quando comparamos a experiência do Nutes-Clates e as vicissitudes método-tecnológicas da Bireme. O protagonismo da National Library of Medicine sobre o projeto desta última não encontra paralelo no caso do Nutes-Clates. Naquele caso, a biblioteca norte-americana disponibilizava o pacote completo de aplicações que compunham a tecnologia subjacente à Medline. A NLM o fazia também de modo associado ao próprio objeto dessas mesmas aplicações, sob a forma de informações de referência sobre a literatura médica e biomédica (Convém lembrar: periodicamente mídias magnéticas gigantesco eram remetidos de Washington para São Paulo com as atualizações de uma fração das bases de dados da NLM). Como destacado no capítulo anterior, a NLM também ‘ofertava’, em contrapartida, material dessas informações de referência, na medida em que proporcionava acesso ao seu acervo e às fotocópias passíveis de serem geradas a partir dele. Esse patrimônio era parte substancial e fundamental de todo o empreendimento. Daí a presença da NLM como uma das instituições signatárias do acordo básico de sustentação da Bireme.

Nada comparável ocorria no caso do Nutes-Clates. O Mumps era um sistema operacional e uma linguagem de programação e, quanto a ele, a tarefa principal consistiu em providenciar sua aquisição, instalá-lo, estudar sua documentação e dominar a linguagem de programação. Os sistemas computadorizados de avaliação eventualmente cedidos no processo de cooperação foram imediatamente adaptados às necessidades do centro, e a *expertise* necessária para as atividades de programação foi rapidamente adquirida. Não havia um acervo de questões e respostas que, oriundo das instituições norte-americanas, devesse ser internalizado, e o mesmo pode ser dito quanto aos recursos instrucionais, salvo pela oportunidade de traduzir alguns poucos filmes educativos médicos disponibilizados pela mesma NLM. Esses aspectos tecnológicos voltarão a ser tratados mais adiante neste segmento.

Ao constituir a sua área de cursos de curta duração em torno de temas como didática aplicada ao ensino superior, pedagogia médica e tecnologias educacionais, o Nutes-Clates estabeleceu as bases para uma atividade docente permanente. A partir de 1978, esses temas tornaram-se parte integrante de todos os programas de mestrado em ciências da saúde ofertados, o que os vinculava organicamente à programação acadêmica do CCS. Esses mesmos cursos permitiram uma oferta regular de serviços

também para públicos latino-americanos, constituindo uma base institucional fundamental para a atuação internacional do centro. Na medida em que seu corpo técnico obtinha a titulação necessária, o Nutes-Clates ensaiou seus primeiros passos em direção a uma área de concentração em tecnologias educacionais no mestrado em educação da UFRJ. Ao seguir esse roteiro, o Nutes-Clates orientava-se em direção à sua legitimação no contexto universitário como uma unidade de ensino e pesquisa.

Mais uma vez, trata-se de uma trajetória bastante distinta daquela percorrida pela Bireme. Esta esteve desde sempre envolvida na capacitação de bibliotecários e mesmo na constituição das comunidades brasileira e latino-americana de bibliotecários médicos. Empenhou-se nessa tarefa com persistência, alcançando um sucesso indiscutível. Comprometeu-se igualmente com atividades de desenvolvimento metodológico na sua área de atuação com êxito comparável. Entretanto, a Bireme jamais pretendeu tornar-se uma instituição acadêmica e integrar-se à universidade pela relevância de suas atividades de ensino e pesquisa.

É possível que, para tanto, tenha contribuído o fato de a Bireme ter-se vinculado a uma faculdade de medicina ainda não integrada a uma universidade, o que tornavam as escolas de biblioteconomia de São Paulo mais ‘remotas’. Mas é fato que as atividades de desenvolvimento e ensino, na Bireme, estiveram sempre subordinadas à agenda institucional de constituição da sua própria *expertise* técnica, dos seus meios operacionais objetivos e de uma comunidade especializada que compartilhasse uma mesma orientação.

Tão logo instalado, da mesma forma como ocorreu com a Bireme, o Nutes-Clates iniciou o desenvolvimento de projetos voltados para os países da América Latina. Inicialmente, em total acordo com as diretrizes do I Plano Decenal de Saúde para as Américas, a tarefa consistiu explicitamente em promover um ‘sistema’ regional em uma rede de ‘subcentros’ de tecnologia educacional em escolas de enfermagem latino-americanas. Três anos depois, um novo projeto incluía o apoio à constituição de núcleos de investigação e desenvolvimento educacional em saúde.

As estratégias comuns de constituir sistemas e redes, como fundamento para a operação regional da Bireme e do Nutes-Clates, sugerem um certo padrão de comportamento institucional. Essa impressão é correta. Estabelecer redes e sistemas era

de fato, à época, uma estratégia recorrente para expandir a capacidade de ação de centros internacionais e, mais tarde, quando a constituição de centros especializados próprios deixou de ser pertinente aos olhos da Opas, para mobilizar instituições nacionais para o trabalho cooperativo. Entretanto, essas semelhanças escondem distinções fundamentais.

No caso da Bireme o sistema e a rede eram partes constitutivas de todo o empreendimento. Como vimos, a própria Bireme era parte de um sistema verdadeiramente continental, como expansão latino-americana do sistema norte-americano de bibliotecas médicas. Portanto, nesse caso, implementar uma rede regional não foi uma escolha estratégica. Foi um imperativo, derivado da própria concepção de sistema regional subjacente a todo o projeto. As decisões acerca dos métodos e das tecnologias foram sempre presididas pela necessidade de fundamentarem a própria constituição do sistema de informação e das redes institucionais que deviam operá-lo. Quanto mais consistentemente a Bireme constituía a rede regional que lhe caberia liderar, mais solidamente institucionalizada ela se tornava como centro regional. Pode-se dizer, a esse respeito, que o sistema tecnológico e a própria rede como sua base organizacional tornaram-se parte inseparável do patrimônio institucional da Bireme e foram mobilizados em seu favor e defesa ao longo do tempo.

No que concerne ao Nutes-Clates, a regionalização sob a forma de um ‘sistema’ ou rede era uma estratégia para ampliar o alcance dos investimentos realizados localmente no centro regional. Nesse caso, não se tratava de parte constitutiva e essencial da iniciativa, ainda que o fosse de um ponto de vista doutrinário, como forma de justificá-la na perspectiva da cooperação internacional em saúde. O Nutes-Clates, nos dez anos de vigência do componente internacional, jamais se preocupou em ‘replicar’ sua plataforma tecnológica nos subcentros ou núcleos nacionais. Isso, aliás, seria virtualmente impossível, àquela altura, pelos custos envolvidos na aquisição dos recursos de computação de dados necessários. Da mesma forma, o centro também não se preocupou em estabelecer uma tecnologia que permitisse a operação remota de bases de dados, uma solução que o caso da Bireme mostrava ser tão complicada quanto custosa. Essas possibilidades tecnológicas não eram imprescindíveis e, portanto, não foram perseguidas como tais.

O Nutes-Clates enfrentou dificuldades adicionais quanto à reprodutibilidade de conteúdos fixados sob a forma de recursos instrucionais materiais, não só pela diferença de língua, mas também pelos diferentes contextos institucionais e sanitários em que seriam eventualmente aplicados. Dessa forma, o Nutes-Clates não chegou a constituir, como patrimônio fundamental, um acervo físico de recursos instrucionais plenamente compartilhável em termos regionais. O mesmo pode ser dito quanto a algumas tecnologias ‘macias’, sob a forma de programas de cursos modularizados, por exemplo. Esses problemas, como já foi visto neste capítulo, foram identificados e explicitamente criticados pelas lideranças e pelos participantes do projeto de tecnologias educacionais em enfermagem. Portanto, a melhor contribuição do Nutes-Clates para a constituição e o funcionamento das redes que pretendeu estabelecer consistiu em ofertar consultorias e capacitar profissionais em auxílio a cada subcentro ou núcleo. De certa forma, de um ponto de vista conceitual e sem entrar no mérito da efetividade da sua atuação a esse respeito, quanto mais eficaz fosse o centro em capacitar grupos profissionais em outros centros, quanto mais cumulativamente bons resultados nessa direção ocorressem, mais a existência de um centro regional especializado se tornaria desnecessária. E, ao fim e ao cabo, sua extinção seria mesmo um indício do próprio êxito do empreendimento cooperativo, nos termos da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. Esse tipo de argumento foi acionado quando do término do componente internacional do Nutes-Clates.

Havia ainda outro elemento de diferenciação entre a Bireme e o Nutes-Clates quanto às possibilidades de uma base sólida para o seu funcionamento como centro regional. Quando as lideranças da Opas e da Bireme questionaram os conteúdos da informação presente no sistema pan-americano liderado pela NLM, o problema foi resolvido por acréscimo. Providenciou-se a realização do controle bibliográfico da produção latino-americana em ciências da saúde e o estabelecimento de uma linguagem documentária voltada para a saúde pública tal como esta era compreendida na América Latina. Essas novas fontes e recursos de informação foram adicionados aos já disponíveis no sistema operado pela Bireme, agregando novos elementos a um acervo comum.

Entretanto, quando as atividades e produtos do Nutes-Clates foram criticados, o foram sobretudo quanto à sua essência. Criticaram-se a natureza ‘comportamentalista’ e

‘funcionalista’ da sua abordagem e a sua submissão ao ‘fetiche da tecnologia’. O campo oposto defendia a constituição e autonomia ‘dos sujeitos’ e a mudança social como objetivo último. Esse embate definiu campos opostos, adversários, tanto no Brasil quanto na América Latina, e impediu que o Nutes-Clates pudesse se movimentar sobre bases mais uniformemente consensuais e por cenários institucionais menos adversos.

Esses aspectos introduzem elementos de ordem política que serão retomados nas considerações finais deste trabalho. Por hora, é importante destacar que, no Brasil, esse embate restringiu a capacidade do Nutes-Clates de atuar e obter financiamento com o Ministério da Saúde e, pelo menos em parte, com a área da assistência médica da previdência social, sobretudo a partir de 1978. A esse respeito, é necessário ressaltar também que analisar os embates entre o Nutes-Clates e o Ppreps torna mais completas e ricas as narrativas históricas até aqui realizadas sobre o campo dos recursos humanos em saúde no Brasil e sobre o papel desempenhado pela cooperação técnica Opas-Brasil nesse terreno, nas décadas de 70 e 80 (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006; PAIVA *et al.*, 2008; CASTRO, 2008; PIRES-ALVES *et al.*, 2010). É possível perceber, agora, com mais clareza, de que maneira a área de cooperação técnica em recursos humanos, sediada na Representação da Opas no Brasil, e que tinha sob responsabilidade conduzir o Ppreps, operava em um domínio de questões e práticas institucionais concretas já frequentado pelo Nutes-Clates, um centro regional da Opas. Esse encontro, duplamente chancelado pela organização, suscitou muito mais divergências do que sinergias e terminou influenciando, como indicam alguns dos depoimentos tomados, no próprio processo de extinção do componente internacional do Nutes-Clates.

Desde sua fundação, tanto a Bireme como o Nutes-Clates receberam aportes significativos do MEC. Esse ministério foi de fato, na parte brasileira, o principal financiador regular desses dois projetos no período que foi estudado mais de perto. Esse fato decorre da sistemática penúria financeira em que vivia o Ministério da Saúde até, a rigor, 1993, quando se extingue o Inamps, e seus recursos – ou parte substancial destes – foram transferidos para o orçamento do MS (SOUZA, 2002). Por sua vez, os recursos de informação disponibilizados pela Bireme eram relevantes e logo se tornaram imprescindíveis para o funcionamento dos cursos superiores das profissões da saúde, assim como para os cursos de pós-graduação, que iniciavam então o seu ciclo de expansão a partir do I PND e do I Plano Nacional de Pós-Graduação (HOSTINS, 2006).

Uma vez em funcionamento e com resultados razoáveis, a Bireme logo se tornou parte da infraestrutura de ensino e pesquisa nas ciências e profissões da saúde, e o MEC assumiu os custos envolvidos para sua sustentação. Nessa condição, ela muito dificilmente seria desmobilizada.

O MEC, como já foi visto, também foi o principal financiador nacional do Nutes-Clates. A partir de 1978, quando o Ministério da Saúde deixou de fazer desembolsos regulares e solicitou uma rediscussão do convênio base, além da Opas, foram os recursos regulares da UFRJ que sustentaram o Nutes-Clates e o Nutes nos anos seguintes ao término do centro internacional. Nesse caso porém, foi fundamental a paulatina mas regular integração dos profissionais do centro aos quadros estáveis de docentes/ pesquisadores e técnicos da Universidade, ainda que no final do período estudado, as dificuldades de renovação de postos já se fizesse presente (FONTANIVE, 2011). E foi na busca do reforço e da afirmação desse estatuto profissional que muitos deles se movimentaram, completando sua formação acadêmica.

Como foi examinado, a organização trilhou um caminho semelhante. Os depoimentos assinalaram que o fim do Clates ocorreu “sem sofrimento algum” (FERREIRA, 2008: 27), ou outras expressões semelhantes (SIGAUD, 2009; LOBO, 2009; AMORIM, 2011), ainda que possa ter tipo algum impacto orçamentário (FONTANIVE, 2011). A saída de Lobo da direção já indicara que o centro internacional não mais se justificava e que a singular ambiguidade do Nutes-Clates chegava ao seu término. Findo o componente internacional, ainda que houvesse a expectativa de que o Nutes continuasse a atuar em iniciativas de cooperação (NUTES, 1983) e que o núcleo tenha mantido de fato alguns poucos compromissos internacionais em projetos de interesse da Opas (NUTES, 1984), o foco da atenção passou a concentrar-se efetivamente no cenário nacional da saúde, especialmente nas instituições de ensino superior das profissões da saúde e para a própria UFRJ e o seu Centro de Ciências da Saúde (NUTES, 1985). Ele voltou-se para o seu ambiente imediato institucional como uma estratégia de defesa, acumulando forças para uma eventual reconstrução da sua própria razão de ser.

Nenhum recuo desse tipo seria sequer plausível no caso da Bireme.

Considerações Finais

A Bireme e o Nutes Clates foram, a seu tempo e modo, iniciativas orientadas para a introdução de elementos modernizadores no ensino de medicina e das profissões da saúde na América Latina. Foram iniciativas que implicaram a identificação e mobilização de fontes de *expertise* técnica em instituições norte-americanas e a internalização e difusão dessas mesmas competências - ou de parte delas - no contexto institucional latino-americano. O mecanismo utilizado para realizar essas tarefas consistiu em estabelecer, no Brasil, centros regionais vinculados à Organização Pan-americana da Saúde, como organização intergovernamental da saúde no continente. Os arranjos institucionais criados para sustentar diretamente as duas iniciativas contaram com a participação de instituições federais brasileiras. Entre estas, em diferentes combinações, os ministérios da Saúde, do Planejamento e, especialmente, da Educação e Cultura, por meio de duas instituições de ensino superior. Dessa maneira, a Bireme e o Nutes-Clates foram iniciativas bastante típicas da cooperação técnica internacional em saúde, que importavam a criação de centros regionais, sob a condução da Opas em estreita colaboração com um Estado membro. Apresentadas dessa forma sumária, podem ser identificadas também com as concepções e formas de intervenção no mundo, como os “aparatos do desenvolvimento”, segundo a conceituação de Arturo Escobar, discutida no segundo capítulo.

As possibilidades de modernização da infraestrutura docente no ensino médico e das profissões da saúde e os meios tecnológicos que as tornavam viáveis foram

valorados de modo eminentemente positivo no momento da proposição da criação dos centros regionais, na primeira metade da década de 60, e por ocasião de suas implantações efetivas, em 1967 e 1972. Esse sentido de positividade, de pertinência, que tendia a ser tanto unânime quanto universal, pode também ser incluído dentre um dos aspectos mais característicos do ‘desenvolvimento’, pelo menos nas suas fases de “incubação”, nos anos 50, e de completa montagem das suas instituições, nos anos 60, segundo a periodização proposta por Gilbert Rist e também discutida no segundo capítulo.

A criação da Bireme e do Nutes-Clates foram episódios sem dúvida presididos pelo desenvolvimento como filosofia pública e pelas mediações entre saúde e desenvolvimento tal como realizadas pela Opas. Os dois centros regionais também se constituíram e operaram segundo a especificidade de sua inscrição setorial no âmbito de uma política de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, assim como dos saberes, conhecimentos e tecnologias específicas no terreno de uma biblioteconomia médica e das tecnologias educacionais aplicadas à saúde.

Um dos desafios deste trabalho consistiu em identificar as conexões entre as configurações dominantes acerca do desenvolvimento ao longo tempo e as suas implicações quanto aos demais níveis da nossa análise. A década de 70 experimentou alterações de fundo nas concepções acerca do desenvolvimento. Os anos 60 permitiram a constituição mais completa dos aparatos do desenvolvimento, ao mesmo tempo que as políticas sociais passavam a ocupar um lugar de maior destaque na agenda e as sociedades ocidentais experimentavam os movimentos contraculturais e as manifestações estudantis do fim da década. Na década de 70, como examinado também no capítulo II, em um cenário de crise global, uma das atualizações alternativas do ideário do desenvolvimento culminou no lançamento, em 1974, da Declaração das Nações Unidas pelo Estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Internacional e da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. No capítulo III, foi discutido como esses trânsitos afetavam as formulações acerca das relações entre saúde e desenvolvimento.

Se a criação e a operação dos centros regionais da Opas estudados foram presididas pelo desenvolvimento e pelas mediações entre saúde e desenvolvimento, era

de se esperar que as alterações vivenciadas na década de 70 tivessem também expressão nos enunciados programáticos e nas estratégias adotadas em cada um deles. Como foi demonstrado, isso de fato ocorreu.

No caso da Bireme, a inflexão experimentada pelo projeto institucional, a partir de 1975, foi explicitamente informada pelas ideias de cooperação técnica, em oposição àquela de assistência; de tecnologia apropriada; de sustentabilidade e autonomia nos processos de transferência tecnológica; e pela pertinência dos enunciados doutrinários acerca de uma CTPD. Foi também informada pelos termos da agenda da saúde no que concerne à afirmação do direito à saúde; à expansão da cobertura dos serviços; à integração entre docência em saúde e os serviços de assistência médica; ao conceito ampliado de saúde e à relevância das suas determinações sociais. Neste sentido, ajustava-se ao avanço das correntes mais críticas da saúde pública na América Latina, na segunda metade da década de 1970 e aos termos da política de desenvolvimento de recursos humanos conduzida pela Opas.

Desde então, durante e após o *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*, na passagem entre as décadas de 1970 e 80, aqueles enunciados foram regularmente convocados para conferir sentido a um processo de atualização estratégica de projeto institucional renovado de centro internacional. Nos anos 1980, a constituição da Rede Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde pode ser aquilatada como um êxito alcançado em consequência dessas orientações.

Essas concepções foram especialmente úteis para justificar uma estratégia institucional de redesenho das relações entre a Bireme e a NLM e para reposicionar a Bireme como um referencial de setor, superespecializado, no seu domínio específico de atuação. Em outros termos, as estratégias adotadas pela Bireme para afirmar seu papel como centro regional, com grau crescente de autonomia, e que envolviam, portanto, o seu reposicionamento em relação à NLM, estavam perfeitamente de acordo com a filosofia pública do desenvolvimento, tal como comungada pela Opas e pelas mediações entre desenvolvimento e saúde expressas nas diretrizes da saúde internacional nas Américas.

Essa sintonia não era uma condição dada, nem tampouco determinava por si só o conteúdo concreto da política de informação em ciências da saúde ou a trajetória institucional percorrida pela Bireme no período estudado e que resultou na sua permanência e, pode-se dizer, vitalidade. Estes foram definidos a partir da atuação efetiva dos operadores da política e dos seus meios operacionais objetivos: as lideranças da Opas, em especial da sua área de desenvolvimento de recursos humanos, os responsáveis diretos pela condução e operação da Bireme em São Paulo e dos órgãos financiadores brasileiros. Esses atores reconheceram a relevância do objeto do trabalho e da missão da Bireme; identificaram suas crenças e interesses na sustentação do centro internacional; formularam estratégias pertinentes; amalharam e colocaram em funcionamento as condições objetivas para viabilizá-las.

A esse respeito, é sintomático que a Bireme, mesmo experimentando inflexões de grande radicalidade em seu projeto institucional, tenha sustentado ao longo do tempo um distanciamento relativo, mas significativo, das instituições nacionais do seu entorno técnico imediato, ou seja, no terreno da biblioteconomia e da ciência da informação. Ao mesmo tempo, para alcançar a necessária competência tecnológica, a biblioteca recorreu à experiência de organismos vinculados às Nações Unidas, como o Centro Latino-Americano de Demografia (Clade) e a Cepal, no Chile, para a instalação de sistemas de informação bibliográfica baseados em metodologias ISIS, desenvolvidas na Unesco e na OIT. Essas escolhas reforçaram a constituição, na Bireme, de uma *expertise* própria, baseada em fundamentos tecnológicos e padrões também internacionais, ao mesmo tempo que ela estabelecia nas bibliotecas médicas latino-americanas uma comunidade especializada sobre a qual exerceria uma liderança técnica e política indiscutível. Minhas investigações jamais sugeriram que uma comunidade brasileira de biblioteconomia e ciência da informação, ou seus representantes, tenha sido um ator ou arena especialmente relevante quanto aos rumos a serem seguidos pelo projeto institucional.

A Bireme e o Nutes-Clates compartilharam uma origem comum e várias outras semelhanças: foram efetivamente instituídos dentro de um lapso de tempo não maior do que cinco anos; seus acordos de fundação foram assinados basicamente pelas mesmas entidades; receberam o apoio de um conjunto de agências de financiamento muito similar; recorreram a instituições norte-americanas para obter as competências método-

tecnológicas necessárias a suas atividades; foram instituídas e funcionaram sob a responsabilidade do mesmo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas; e operaram no domínio da formação e capacitação em medicina e nas demais profissões da saúde. Essas similitudes podem sugerir que tenham vivenciado percursos institucionais semelhantes ou que suas trajetórias tenham correspondido a determinado padrão de comportamento institucional. Essa ideia, entretanto, está muito longe de ser correta.

Ainda que comparáveis, as trajetórias da Bireme e do Nutes-Clates guardam enorme diferença entre si. Em primeiro lugar, a origem comum dos dois centros regionais é para o Nutes-Clates uma origem remota. Tão mais remota quando foram intensos os episódios que separam 1964, quando as idéias iniciais destes centros foram propostas e 1972, quando o Clates foi objeto de um acordo formal entre a Opas e entidades governamentais brasileiras. Dizendo respeito à política, à economia e à cultura, em escala global, estes eventos tencionaram as percepções acerca do desenvolvimento e das suas agendas, como já indicado. Assim, a criação do Clates, ou da vertente internacional do Nutes, fica melhor referida àquela que foi denominada pelas Nações Unidas a segunda década do desenvolvimento. Da mesma forma, no plano da saúde interamericana, suas referências programáticas setoriais foram as diretrizes presentes no I Plano Decenal de Saúde.

As diferenças entre estes enquadramentos contextuais no que concerne ao desenvolvimento são importantes. No início dos anos 1970 já era bem menor a confiança coletiva na capacidade do crescimento econômico e da transferência de capitais e técnicas em produzir um desenvolvimento socialmente justo. Era igualmente menos entusiástica a crença na capacidade das ciências e da tecnologia de proverem de fato soluções racionais para todos os problemas, sempre a tempo a hora. As intervenções para o desenvolvimento tendiam a se tornar cada vez menos prescritivas e a considerar com maior cuidado as especificidades do seu contexto de aplicação. Neste sentido, deveriam se tornar crescentemente mais flexíveis os formatos institucionais possíveis de serem assumidos pelos empreendimentos de cooperação técnica. O formato singularmente ambíguo assumido pelo Nutes-Clates, de ser simultaneamente um núcleo nacional e um centro regional, foi tanto a expressão desta maior flexibilidade possível, quanto decorrência de uma oportunidade gerada pela dinâmica e especificidade do

ensino de medicina e das ciências da saúde no Brasil. Neste sentido, o tipo de solução adotada para formatar institucionalmente o Nutes-Clates foi um a inovação, em acordo com concepções bastante atualizadas acerca da cooperação para o desenvolvimento.

De qualquer modo, para uma contextualização do processo de gênese do Nutes-Clates, tão importante quanto estabelecer aquela moldura mais geral quanto aos cânones ou tendências vigentes acerca do desenvolvimento, é aquilatar as implicações de ter sido o Nutes fruto de uma proposta de brasileiros, assim como foi de um brasileiro a sensibilidade de, da perspectiva Opas, reconhecer no empreendimento a possibilidade de estabelecer uma associação com o intuito de realizar a partir do Clates ações de cooperação técnica em âmbito latino-americano.

Isso significa que o Nutes foi proposto, no Brasil, como parte de uma agenda do desenvolvimento para o ensino superior, ou, explicitamente, em resposta a questões suscitadas pela implementação da reforma universitária no ensino de medicina e das ciências da saúde. Os propositores do Nutes-Clates não foram necessariamente artífices da política. Mas, em várias circunstâncias e posições, estiveram especialmente conectados com o movimento de reforma e regulação do ensino médico no país e presentes em episódios como a criação da Faculdade de Ciências Médicas na Universidade de Brasília, a transferência da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para o campus universitário do Fundão e a criação do seu Hospital Universitário. Nessas posições, estiveram igualmente conectados e participaram diretamente do movimento da educação médica na América Latina e estabeleceram relações com este movimento nos Estados Unidos. Foi na condição de partícipes desses processos que José Roberto Ferreira e Ernani Braga, por exemplo, foram recrutados para se tornarem, ao fim e ao cabo, responsáveis pelas áreas de desenvolvimento de recursos humanos, respectivamente, na Opas e na OMS.

A criação do Nutes-Clates foi um evento intimamente associado a estes personagens e à sua presença nesta rede de relações profissionais. E isso diz respeito também às escolhas conceituais quanto ao melhor desenho curricular e as mais adequadas tecnologias docentes para o ensino médico. Estas opções método-tecnológicas decorreram da forma específica como esses quadros receberam no Brasil as inovações introduzidas no ensino médico norte-americano com as quais

tiveram contato em função do papel de referências setoriais desempenhado por instituições como a Opas e a Fundação Kellogg.

De um ponto de vista discursivo, o projeto do Nutes-Clates era essencialmente pragmático ao enumerar a sua pertinência quanto à reforma universitária, ao I Plano Nacional de Desenvolvimento e ao I Plano Decenal de Saúde das Américas. Esse pragmatismo tornava autojustificável a introdução de tecnologias que aumentassem a produtividade do trabalho docente. Portanto, as possibilidades modernizadoras da tecnologia foram especialmente exaltadas ao permitirem, por exemplo, a implementação de cursos com base nas metodologias de autoinstrução, e, para vários dos depoentes, o centro padecia mesmo de um certo encanto pelas virtudes das novas tecnologias. Pode-se dizer que àquela altura, do ponto de vista de uma filosofia pública do desenvolvimento vigente, esse tipo de comportamento diante do aparato tecnológico tornava-se cada vez mais dissonante.

Para obter os seus recursos e meios tecnológicos, o Nutes-Clates recorreu a centros de *expertise* norte-americanos, sem no entanto definir uma interlocução especialmente privilegiada com uma instituição em particular e muito menos submeter a qualquer autoridade externa a orientação quanto ao seu projeto institucional ou ao seu percurso propriamente tecnológico. Portanto, ele sempre governou sua política tecnológica, uma condição bastante distinta daquela experimentada pela Bireme no primeiro decênio.

O Nutes-Clates vivenciou, no período estudado, um tenso debate acerca da natureza e especificidade do seu objeto, do sentido da sua missão e da pertinência ou validade da sua inscrição setorial na saúde. Foi um debate interno, que produziu dissensos no interior da equipe. Mas foi também externo, o que sinalizava a existência de pontos de fricção importantes com outras iniciativas governamentais também orientadas para o ensino médico e a capacitação de trabalhadores da saúde. Uma dessas iniciativas, o Ppreps, era também conduzida pela Opas, especificamente pela sua representação no Brasil.

O âmbito da atuação internacional do Nutes-Clates esteve longe de ficar imune a esses debates. A esse respeito, não custa ressaltar aqui que lideranças do centro diretamente envolvidas na condução do projeto de tecnologias educacionais nas escolas

de enfermagem da América Latina foram especialmente críticas quanto aos rumos do projeto institucional em seu conjunto. Esses embates conceituais, políticos e ideológicos ressonaram nas oficinas de Washington e foram, como vimos, considerados quando da decisão pela extinção do Clates.

O ciclo crítico do Nutes-Clates ocorre temporalmente em sincronia com aquele experimentado pela Bireme. Ambos os processos iniciaram-se em meados da década de 70, por volta de 1976, e, assim como no caso da Bireme, a sua ocorrência no Nutes-Clates também está relacionada aos termos em vigor do desenvolvimento, como filosofia pública, e ao avanço da medicina social na América Latina. Todavia, também aqui, a inscrição mais direta do Nutes-Clates ao contexto institucional brasileiro, e ao setor saúde em particular, constituiu um elemento de distinção fundamental. Nesta condição, o Nutes-Clates foi uma das arenas de luta política na qual se empenhava o que mais tarde foi denominado o movimento da reforma sanitária brasileira. A forma como se verificaram esses embates no plano interno e no próprio campo de recursos humanos em saúde, então em processo de conformação na cena brasileira, redefiniu os termos das relações possíveis entre o Nutes-Clates e o setor saúde, com implicações quanto ao futuro do projeto institucional. A Bireme, a rigor, nunca foi uma arena política para a reforma sanitária brasileira. Isso não significa, como já discutido, que ela não tenha sido arena para embates em outros domínios.

O modo como esses embates se resolveram no âmbito de cada projeto institucional, pelas mentes e atos das principais lideranças, apontaram para direções distintas. No caso da Bireme, resultou na sua afirmação como centro internacional e no estabelecimento de uma agenda que, uma vez perseguida com o êxito suficiente, terminou por reforçar essa condição. No caso do Nutes-Clates, as escolhas apontaram para o término do componente internacional e um reposicionamento do núcleo nacional como órgão da Universidade, essencialmente afastado dos processos de cooperação internacional em saúde e, em certa medida, empenhado em reinventar a sua identidade e os termos das suas relações com o setor saúde.

Os dois centros internacionais da Opas estudados, portanto, estiveram sempre referidos a fontes comuns no que concerne à filosofia pública do desenvolvimento. O mesmo pode ser dito tanto acerca dos seus referências setoriais no que concerne às

relações entre saúde e desenvolvimento, quanto ao percurso dos movimentos de reforma da educação médica e das políticas de desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, tal como foram conduzidas pela Opas e, em certa medida, pelo governo brasileiro, no período. Cada centro, entretanto, foi uma expressão singular das possibilidades abertas segundo aqueles elementos referenciais e mediações. Estas organizações e suas trajetórias históricas foram entretecidas segundo as condições, escolhas e a ação de atores humanos concretos, imersos em um ambiente institucional particular; e são somente plenamente compreensíveis quando observadas também a partir dessas suas singularidades. Uma vez postas em movimento, foram redefinindo e inventando novas relações no seu entorno institucional e até mais além, eventualmente reinventando o seu próprio sentido.

Referências Bibliográficas e Fontes

ABC - ACADEMIA BRASILEIRA DE CIENCIAS. *Membros*. Disponível em <http://www.abc.org.br/~llobo>. Acesso em 13 de janeiro de 2011.

ABEM - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS. *Anais*. [da Quarta Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina; II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Poços de Caldas, MG,. Brasil, 16 a 22 de agosto de 1964]. Belo Horizonte: ABEM, 1965.

ACUÑA, H. R. *Editorial: Nuevo Enfoque en los Sistemas de Salud de las Américas* (Discurso pronunciado en la Octava Reunión del Comité Científico Asesor de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, el 11 de diciembre de 1975). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, D.C., 1976, Mar: 258-261.

ALLEYNE, G. A. O. Hacia una taxonomía de la cooperación técnica en salud: informe especial. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 6 (1): 1-11, janeiro, 1992.

ALMEIDA, M. J. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 25 (2): 42-52, maio/ago. 2001.

ALMEIDA, M. J. Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALONSO, F. R. *Necessidades de Informação na Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000* [Discurso]. São Paulo, 1984.

AMORIM, C. *Cláudio Amorim : depoimento concedido a Fernando A. Pires-Alves*. Rio de Janeiro, 2011.

ANDRADE, J. *Marco Conceptual de la Educación Médica em la América Latina*. Washington, D.C.: OPAS, 1979.

ARAÚJO, V M H. Sistemas de informação: nova abordagem teórico-conceitual. *Ciência da Informação*, 24 (1) 1995. (Sem indicação de página na versão para www) Disponível em 30.10.2005: <http://dici.ibict.br/archive/00000141/01/Ci%5B1%5D.Inf-2004-577.pdf>

ARNETT, J C. *Para la gente de América Latina: la Fundación W.K.Kellogg y su asociación com la gente de América Latina para el desarrollo del bienestar humano*. Battle Creek (EUA): Fundação W. K. Kellogg, 1986

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Report to the Director*, (Documento RES 7/23. Primeira Reunião do Comitê Científico Assessor da Biblioteca Regional de Medicina da Opas, 2-4 set.). São Paulo, 1968

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Project of Program for the Regional Library of Medicine for 1969-1970*. São Paulo, 1969

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Requisitos Mínimos para a Organização e Funcionamento da Biblioteca de uma Escola de Medicina*. São Paulo: BIREME, 1970a.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Sugestões para Organização dos Serviços da Biblioteca de uma Escola de Medicina*, (Suplemento aos Requisitos Mínimos para a Organização e Funcionamento da Biblioteca de uma Escola de Medicina). São Paulo, BIREME, 1970b.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Plan para el Establecimiento de una Red Interamericana de Informaciones Científicas Biomédicas em América Latina*. São Paulo, 1971.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Projeto para Fortalecimento da Rede de Bibliotecas Biomédicas do Brasil* (com anexos). São Paulo, 1974.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Report to the Director*, (Documento RD 14/10. 8ª Reunião do Comitê Científico Assessor da Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde). São Paulo, 1975.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Informe al Director: Biblioteca Regional de Medicina*. [São Paulo?], 1976.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Información Científica em Ciencias de la Salud*. (OPS/CAIM 16/16. XVI Reunião do Comitê Assessor sobre Investigações Médicas). Washington, D.C., 1977a.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Relatório ao Diretor: Comissão Assessora Científica* (9ª Reunião, 5-7 mai.). São Paulo, 1977b.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Funções Atividades e Perspectivas da Biblioteca Regional de Medicina – Organização Pan-Americana da Saúde*. (Opas/RLM, IX Reunião do Comitê Científico Assessor da Bireme). São Paulo, 1977c.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Relatório da Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde*, (10ª Reunião do Comitê Científico Assessor da Biblioteca Regional de Medicina). São Paulo, 1978.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Estratégia para o Desenvolvimento de uma Rede de Informação em Saúde para a América Latina e Caribe*. [Fragmento. Com a indicação “Anexo 4” e, apenso, um “Anexo 5”: “Metodologia utilizada na elaboração do Index Medicus Latino-Americano”]. São Paulo, 1979.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *A Health Information and Documentation Network for Latin America and Caribbean*. Relatório final do *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*. Apresentado à XIX Reunião do Comitê Assessor sobre Pesquisas Médicas da Opas, (PAHO/ACMR 19/15). San Jose (Costa Rica), 1980a.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Estratégia para o Desenvolvimento de uma Rede de Informação em Saúde para a América Latina*. Documento apresentado à terceira reunião do *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*. Cidade do México 1980b.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *[Project to enable the Latin American Health Sciences Information Center (Bireme) do strengthen its information activities]*. São Paulo, [1982]

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Bireme – Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde*. [São Paulo], 1982a.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Relatório de Atividades 1981*. São Paulo, 1982b.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Evolución Histórica de Bireme*. (com indicações de pertencimento, como anexo, a um outro documento não identificado). S.l., [1984].

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Proyecto de um Sistema Latinoamericano de Información y Documentación em Ciencias de la Salud*. São Paulo: 1984a.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Demandas e Recursos para Estabelecimento e Operação de um Centro de Computação na Bireme*. São Paulo, 1984b.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Seminário Regional de Información y Documentación em Ciências de la Salud*. São Paulo, 1987.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Latin American and Caribbean Health Sciences Information System*. Bireme: São Paulo, [1996].

BLOOMQUIST, H. & COLBY C. NERMLS: the first year. *Bulletin of the Medical Library Association*, 57(4): 327-339, 1967

BLOOMQUIST, H.[?] [The educational Program and the Strengthening of the Holdings of those Libraries Acting as Subsystem of Paho]. São Paulo, 1980.

BONHAM, M. BIREME: Latin American and Caribbean Health Sciences Information Center. *Bulletin of the Medical Library Association*, 78(2) April 1990, 119-123.

BENTZ, R. M. B., *Recursos humanos en salud en la Organización Panamericana de la Salud: orígenes y evolución*. Washington, D.C: OPAS, 2007.

BOTEGA, L. da R. *Brasil, Argentina e a Questão Cubana (1959-1964): quando a independência faz a união,*. (Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Integração Latino-Americana, da Universidade Federal de Santa Maria - RS). Santa Maria, RS: 2009

BOWDEN, M., HAHN, T. & WILLIAMS R. (Eds.). *Proceedings of the 1998 Conference on the History and Heritage of Science Information Systems*. Medford, NJ: ASIS & Chemical Heritage Foundation, 1999.

BRAGA, M. E. R. *Avaliação da Circulação de Periódicos: análise do atendimento aos usuários locais*. [São Paulo], 1980.

BRIDGE, E. M. *Pedagogía médica*. Washington, D.C: OPAS; 1965.

BRITISH MEDICAL JOURNAL, agosto de 1952, pp 481-482.

BUSH, V. As We May Think. *The Atlantic Monthly*, 176(1): 101-108, jul. 1945.

BUSH, V. *Science The Endless Frontier*. Washington, D.C.: United States Government Printing Office, 1945b. Disponível em:
<http://www.nsf.gov/od/lpa/nsf50/vbush1945.htm#letter>. Acesso em 13.12.2010

CAMPOS, A. L. V. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. *Ciência e Saúde Coletiva*. (13) 3, 879-888, 2008

CAMPOS, A. L. V. *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CASTRO, J. L. *Protagonismo Silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos para a saúde*. Natal(RN): Observatório RH-NESC UFRN; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008.

CASTRO, R. C. F. & SEPÚLVEDA, O. *La Red Latinoamericana de Información em Ciencias de la Salud: 20 anos de existência*. (Presentado ao Congresso de Información Científica e Técnica y VI Congreso Regional de la FID/CLA), out. 1988. São Paulo, 1988.

CEHFI – UNIFESP. CENTRO DE HISTÓRIA E FILOSOFIA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE. *Uma História: Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – BIREME*.(Relatório de Pesquisa). [São Paulo] (2002)

CHAGAS FILHO, C. [*Carta a Abraham Horwitz, Diretor da Opas*], Rio de Janeiro, 14 de maio de 1972.

CHAVES, Mario; CUTHBERT, Glen. *Un hemisferio unido / An united hemisphere* Battle Creek; W.K.Kellogg Foundation; [2002].

COLGROVE J. The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence *American Journal of Public Health*, 92(5): 725–729, 2002

CONGRESS OF THE UNITED STATES - OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. *Medlars and Health Information Policy*. Washington, D.C.: U.S Government Printing Office, 1982.

CORDEIRO, P. P. *O Núcleo de Documentação da UFF como Subcentro Regional da Bireme*. Niterói, 1973.

CORNING, M. E. National Library of Medicine : *international cooperation for biomedical communications*. *Bulletin of the Medical Library Association*, 63(1): 14–22, jan., 1975.

CUETO, M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. Washington, D.C.: 94 (11): 1864-74, nov. 2004.

CUETO, M. *O Valor da Saúde: história da Organização Pan-americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

DEARING, W. P. Nueva orientación en la Enseñanza de la Medicina Preventiva. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Out., 446-454, 1954

ELSINGA, A. A Unesco e a Política de Cooperação Internacional no Campo da Ciência. In MAIO, M. C. (Org). *Ciência, Política e Relações Internacionais: ensaios sobre Paulo Carneiro*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz - Unesco, 2004

ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Mestrado Profissional em Saúde Pública. Curso de Gestão da Informação e Comunicação em Saúde* (Documento de referência). Rio de Janeiro, 2003.

ESCOBAR, A. *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*. Princeton, Princeton University Press, 1995.

ESCOBAR, A. *La invención del Tercer Mundo: construcción e desconstrucción del desarrollo*. Santa Fe de Bogotá: Grupo Editorial Norma, 1998.

ESCOREL S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. GIOVANELLA, L, ESCOREL S, LOBATO L V C. , NORONHA J C, CARVALHO A I de (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / CEBES, 2008, p. 385-433

FARIA, L. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], 5 (1), 109-130, 1995.

FARIA, L. *O Instituto de Higiene: contribuição à História da Ciência e da Administração em Saúde em São Paulo*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9(1): 175-208, 1999

FERREIRA, J. R. Tecnología Educacional em el Proceso de Formación de Personal de Salud. *Educación Médica y Salud*, 8(2): 131-139, 1974.

FERREIRA, J. R. Estrategias internacionales en educación médica: asistencia técnica y cooperación técnica. *Educación Médica y Salud*. Washington, D.C.: 10 (4): 335-344, 1976

FERREIRA, J. R. *A Consolidação de um Sistema de Informação Biomédica*, (Documento apresentado à primeira reunião do Long-Range Working Group for the Latin American Information Network). Brasília, 1979.

FERREIRA, J. R. Información biomédica y de salud en América Latina. *Educación Médica y Salud*, 15(4): 363-8, 1981.

FERREIRA, J. R. Veinticinco años de Educación Médica y Salud. *Educación Médica y Salud*. Washington, D.C.: 25(4): 357-9, 1991

FERREIRA, J. R. *Entrevista ao Projeto História da Educação Médica no Brasil*. Depes-Coc/Abem, 2003.

FERREIRA, J. R. *Entrevista ao Projeto História da Cooperação Técnica OPAS/MS-Brasil na Formação de Recursos Humanos em Saúde*, (Observatório História e Saúde - COC / ROREHS). Rio de Janeiro, 2005

FERREIRA, J.R. *José Roberto Ferreira: depoimento concedido a Fernando A. Pires Alves*. Rio de Janeiro, 2008

FERREIRA, L. F., et al. Entrevista com Ernani Braga. LIMA, N. T.; FONSECA, C.M.O. & SANTOS, P. R. E. (Orgs.). *Uma Escola para a Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

FIELD, J. Medical Education in the United States: late nineteenth and twentieth centuries. O'MALLEY, C. D. *The History of Medical Education: an International Symposium*, Sponsored by the Ucla Department of Medical History, School of Medicine Supported by Josiah Macy, Jr. Foundation . Berkeley (CA): University of California Press,. 1968.

FINNEMORE, M. *National Interests in International Society*. Ithaca: Cornell University Press, 1996

FONSECA, C. M. O. *Saúde no Governo Vargas: dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FONTANIVE, N. *Nilma Fontanive: Depoimento a Fernando A. Pires Alves*. Rio de Janeiro, 2011

FRIEDMAN R. B. Lister Hill National Center for Biomedical Communications. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. *National Library of Medicine: Programs and Services, Fiscal Year 1983*. Bethesda, Maryland: National Library of Medicine, 1984.

FROHMANN, B. *Taking Information Policy Beyond Information Science: applying the actor network theory*. Alberta, s.d. Disponível em 06.06.2011: <http://www.ualberta.ca/dept/slis/cais/frohmann.htm>.

GARCÍA, G. D & PINCHARSO, M. (2002). *Conmemorando 100 años de salud*. La Habana: Representación OPS/OMS en Cuba, 2002

GARCÍA, J. C. *La Educación Médica en la América Latina*. Washington: OPAS, 1972.

GARFIELD, E. Current Comments: introducing Samuel Lazerow, ISI's Vice President for Administration. ----- .*Essays of an Information Scientist*. Vol. 1, Philadelphia: ISI Press pp. 374-375, 1972.

GANZARAÍN, R.; GIL, G., GRASS, K. Relaciones humanas y el proceso de enseñar/aprender en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*, 1(2):107-126, 1967

GÓES, P. de. Normas para o funcionamento de centros de formação e aperfeiçoamento científico e docente para professores e pesquisadores: Centros de Pesquisa e Treinamento Avançado. In ABEM - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS. **Anais da II Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas**. Rio de Janeiro: Abem, 1964. pp. 89-108.

GÓES, P. de. Centros de Pesquisa e Treinamento Avançado. ABEM. **Anais**. [Quarta Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina; II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Poços de Caldas, MG,. Brasil, 16 a 22 de agosto de 1964]. ABEM: Belo Horizonte, Brasil, 1965, pp. 89-107.

GOMEZ, M. N. G. As Relações entre Ciência, Estado e Sociedade: um domínio de visibilidade para as questões de informação. *Ciência da Informação*, 32 (1): 60-76, 2003.

GOMEZ, M. N. G & CANONGIA, C. (Orgs.) *Contribuição para políticas de ICT*. Brasília: Ibict, 2001.

GREMAUD, A. P., VASCONCELLOS, M. A. & TONETO JR., R . *Economia Brasileira Contemporânea*. São Paulo, Atlas, 2002.

HARRIS, R. S. Progresos de la nutrición en Centro América / Developments in nutrition in Central América. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 27(10): 902-11, 1948.

HASS, P. M. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*, 46 (1): 1-35

HELENA. S. *Rastro de Cobra: 10 anos de informática brasileira*. Rio de Janeiro: Caio Domingues & Associados Ltda, 1984.

HERNÁNDEZ, M. & OBREGÓN, D. *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: cien años de historia -1902/2002*. Cali, OPS/OMS. Colombia, 2002

HOCHMAN, G. Agenda Internacional e Políticas Nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. HOCHMAN G. , ARRETCHE, E. e MARQUES, E. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 369-397.

HORWITZ, A. Enseñanza de Higiene y Medicina Preventiva em los Programas de Educación Médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Janeiro 1952, p: 20 – 25

HORWITZ, A. Relaciones entre salud y desarrollo econômico. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*; 47(2):93-100, ago. 1959.

HORWITZ, A. *A Saúde e a Riqueza*. Washington, D.C.: Organização Pan-americana da Saúde, 1960

HORWITZ, A. Planificación del Desarrollo Economico y Social em América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Noviembre 1961: 379-386, 1961a.

HORWITZ, A. El Desarrollo Economico y el Bienestar Social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Nov, 1961, 387-389. 1961b

HORWITZ, A. Evolucion de la Educacion Medica em la América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. (52)4, 281-289, 1962.

HORWITZ, A. Visión general del período 1958-1961 y sus proyecciones. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 53 (6): 475-496, 1962a.

HORWITZ, A. Amador Neghme: um homenagem postumo. *Parasitologia al Dia*, 12: 121-127. 1988
HOSTINS, R.C. L. Os Planos Nacionais de Pós-graduação (PNPG) e suas repercussões na Pós-graduação brasileira. *Perspectiva*, v. 24, n. 1, p. 133-160, 2006

JOHNSON, L. B. *State of the Union Address (January 8)*. Washington, D.C., 1964. Disponível em http://millercenter.virginia.edu/scripps/diglibrary/prezspeeches/johnson/lbj_1964_0108.html. Acesso em 06.10.2010

JOSEPH, G. M. (1998). Close encounters. In Gilbert M. Joseph, Ricardo D. Salvatore, Catherine Le Grand. *Close Encounter of Empire: writing the cultural history of U.S. – Latin American relations*. Durham: Duke University Press.

JOSEPH, G. M. et al. (ed.) *Close Encounters of Empire: writing the cultural history of U.S.-Latin America relations*. Durham, Duke University Press, 1998.

JOUVAL JR., H. Encontros de Vida. *Divulgação em Saúde para o Debate*. Rio de Janeiro, n. 28, julho 2003, p. 40-52,

JOUVAL JR., H. *Entrevista ao Projeto Reforma ou Contra-Reforma: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: 2004

JOUVAL JR., H. *Henri Jouval Jr.: Entrevista concedida a Fernando A. Pires-Alves*. Rio de Janeiro, 2011

JOUVAL JR., H.; SOUZA, A.; SERAFINI, P.; RODRIGUEZ NETO. *Minuta de Relatório Elaborado pelo Grupo de Trabalho Interno, constituído por Jouval, Alina, Patrícia e Eleutério: Documento de Trabalho Análise da Instituição*. [Manuscrito]. Março/Abril de 1977

KASISKE, F. *Some Aspects of Unesco's Role with Respect to Bibliographic Control 1945-1965*. UNESCO. Paris, 1967.

KEMP, A. & EDLER, F. (2004). A Reforma Médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol 11(3): 569-85.

KENNEDY, J. F. *Address at a White House Reception for Members of Congress and for the Diplomatic Corps of the Latin American Republics (March 13)*. Washington, D.C., 1961. Disponível em <http://www.jfklibrary.org/Asset-Viewer/Archives/JFKPOF-034-013.aspx> . Acesso em 01.11.2010

LAMPERT, J. B. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: Hucitec-Abem, , 2002.

LAZEROW, S. A Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos. ABEM, *Anais da II Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas*. Rio de Janeiro: Abem, pp. 81-85, 1965.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. FINKELMAN, J. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002

LOBO, L. C. G.. *Motivations and Resistances to Change in Educational Institutions*. [Apresentado no Simpósio sobre Inovações Curriculares – Yale Univ., 1971]. S.n.t. [mimeo], 1971

LOBO, L. C. G. *Progress Report and Financial Statement of the Project Founded by the W. K. Foundation for the Development of the Latin American Center of Educational Technology on Health*. Rio de Janeiro: 1974.

LOBO, L. C. G. *Luiz Carlos Galvão Lobo: depoimento a Fernando A. Pires-Alves e Carlos Henrique Assunção Paiva*. Rio de Janeiro, 2008.

LOBO, L. C. G. & FERREIRA, J. R.. La carrera médica em la Universidad de Brasília. *Educación Médica y Salud*, 4 (4) , 1971: 310 – 327 1970

LONG, J. D. Relaciones de la Oficina Sanitária Pan-americana com la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja. *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*, 3(1):10-15, 1924

LOVE, J. *A construção do Terceiro Mundo: teorias do subdesenvolvimento na Romênia e no Brasil* . Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998

MACEDO, C. G. *Carlyle Guerra Macedo: depoimento concedido a Fernando A. Pires-Alves*. Brasília, 2011

MACHADO, U. D. *Desenvolvimento de uma coleção mediante a cooperação de diferentes bibliotecas*. Trabalho apresentado ao à primeira reunião do Long-Range Working Group for the Latin American Information Network. Brasília, 1979.

MAIO, M, C.; PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. e MAGALHAES, R. C.S. Cooperação internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Cadernso de Saúde Pública*, vol.26, n.7, pp. 1273-1291, 2010.

MAIO, M. C. Demandas globais, respostas locais: a experiência da Unesco na periferia no pós-guerra. In _____ (Org). *Ciência, Política e Relações Internacionais: ensaios sobre Paulo Carneiro*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz - Unesco, 2004

MARCONDES, C. H. *Informação e Desenvolvimento: políticas, pragmáticas de informação governamentais e contexto social*. (Tese de Doutorado em Comunicação) Escola de Comunicação ECO-IBICT/UFRJ. Rio de Janeiro, 1998.

MARÍN, S. L. Doctor Armando Manuel Sandoval Caldera (1916 – 2001): entre la investigación biomédica y las ciencias de la información. *Liber*. Vol. 4, nº 1-2, (sem indicação de página), 2002

MARQUES, E.. In: *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, n. 43, 1º semestre de 1997, p. 3-156

MILES, W. D. *A History of the National Library of Medicine : the nation`s treasury of medical knowledge*. Washington, D.C: USDHHS, 1982.

MILLER, G. (org.). *Ensino e Aprendizagem nas Escolas Médicas*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967

MIRANDA, A. L. C. de. *Planejamento Bibliotecário no Brasil: a informação para o desenvolvimento*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1977.

MOLINA, G. La medicina preventiva en la educacion medica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*;36(4):442-53, abr. 1954

MORAES, I. H. S. *Política, Tecnologia e Informações em Saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2002.

MORAES, I. H.S. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hicitec-Abrasco, 1998.

MOREIRA, M. M. *Diplomacia, Política e Finanças: Depoimento ao CPDOC-FGV*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001

MPOG – MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. *História*. Brasília, [2011]. Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=229&sec=24>. Acesso em 03.04.2011

NEGHME, A. Educación Médica en la América Latina. ABEM. *Anais*. [Quarta Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina; II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Poços de Caldas, MG,. Brasil, 16 a 22 de agosto de 1964]. ABEM: Belo Horizonte, Brasil, 1965a, p. 71-79.

NEGHME, A. Conceptos Básicos sobre los Centros de Formación. ABEM. *Anais*. [Quarta Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina; II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Poços de Caldas, MG,. Brasil, 16 a 22 de agosto de 1964]. ABEM: Belo Horizonte, Brasil, 1965b, pp. 109-114

NEGHME, A. Um Plano para o Desenvolvimento de uma Rede de Comunicações Científicas na América do Sul: a Biblioteca Regional de Medicina da Organização Pan-

Americana da Saúde. ABEM *Anais da VII Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas*. Rio de Janeiro, Abem, 1969: 191-205.

NEGHME, A. La funcion de la Biblioteca em la Enseñanza superior, la investigacion científica y la Pratica Profissional. *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*. Washington, D.C., OPAS. 1972.

NEGHME, A. Operations of the Biblioteca Regional de Medicina. *Bulletin of the Medical Library Association*, 63 (2): 173-179, 1975.

NOGUEIRA, R. P. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. *Educación Médica y Salud*, 19(1):25-47, 1985.

NUTES - CENTRO LATINO-AMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ). *Relatório de Atividades - 1983*. Rio de Janeiro: Nutes-Clates, 1983

NUTES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ). *Relatório de Atividades (1972-1992)*. Rio de Janeiro: Nutes, 1992.

NUTES – NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE (UFRJ). Programa de Mestrado e Doutorado, Rio de Janeiro, s.d.. Disponível em <http://www.nutes.ufrj.br/pos.html> . Acessado em 18.02.2011.

NUTES-CLATES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE - CENTRO LATINO-AMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ-OPAS). *Latin American Center of Educational Technology for Health*. Sem local, [1973].

NUTES-CLATES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE - CENTRO LATINO-AMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ-OPAS). *Relatório de Atividades - 1975*. Rio de Janeiro: Nutes-Clates, 1975.

NUTES-CLATES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE - CENTRO LATINO-AMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ-OPAS). *Relatório de Atividades - 1976*. Rio de Janeiro: Nutes-Clates, 1976

NUTES-CLATES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE - CENTRO LATINO-AMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ-OPAS). *Relatório de Atividades - 1977*. Rio de Janeiro: Nutes-Clates, 1977

NUTES-CLATES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE - CENTRO LATINO-AMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ-OPAS). *Relatório de Atividades - 1978*. Rio de Janeiro: Nutes-Clates, 1978

NUTES-CLATES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE - CENTRO LATINO-AMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ-OPAS). *Relatório de Atividades - 1979*. Rio de Janeiro: Nutes-Clates, 1979

NUTES-CLATES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE - CENTRO LATINO-AMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ-OPAS). *Relatório de Atividades - 1980*. Rio de Janeiro: Nutes-Clates, 1980

NUTES-CLATES - NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE - CENTRO LATINO-AMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (UFRJ-OPAS). *Relatório de Atividades - 1981*. Rio de Janeiro: Nutes-Clates, 1981

OEA - ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Ata de Bogotá* [13 de setembro de 1960]. Washington, D.C., 1960

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS/ CONSELHO ECONOMICO E SOCIAL. Declaración a los Pueblos de América. Carta de Punta del Este, Plano Decenal de Educación (anexo I) e Plano Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (anexo II). Resolución A. 4 – Grupos de Estudio para Tareas de Programación Documentos finais da Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial. Punta del Este, agosto de 1961. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Nov. 1961: 475-493

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Executive Board: resolutions of the second session*. [EB2.R42] 25 out/ 11 nov. Genebra, 1948.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / COMITE DE ESPECIALISTAS EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TÉCNICA DO PESSOAL MÉDICO E AUXILIAR. *Segundo Informe*. Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana, 1954.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Comite de Expertos em Educación Profesional y Tecnica del Personal Médico y Auxiliar: informe de la primeira reunión*. Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana, 1952

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS / CONSELHO ECONOMICO E SOCIAL. *Programa Ampliado de Asistencia Técnica para el Fomento de los Países Poco Desarrollados*. Washington, D.C.: ECOSOC-ONU, 1949.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Final record of proceedings* (Pan American Sanitary Conference of the American Republics, 7th, Havana,) Washington, D.C.: Pan American Sanitary Bureau, 1924.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. El doctor Long entra en el servicio del Gobierno de Chile como asesor sanitario. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*; 4(8): 283-84,1925.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Reglamento y Acta final de la Primera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 5(11):523-36,1926.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Acta final* [da VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Lima, 12-19 oct.1927] . Washington, D.C; 1927.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad: Acta Final : Resoluciones y recomendaciones. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 10(6): 695-711,1931.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Final Act* (Pan American Sanitary Conference, 9, Buenos Aires, 1934). Washington, D.C.: Pan American Sanitary Bureau, 1935

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Final act.* (Pan American Sanitary Conference, 10, Bogota, 1938 - PAHO. Publication, 129). Washington, D.C.; Pan American Sanitary Bureau; 1939.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Undécima Conferencia Sanitaria Panamericana: Ata final. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 21(11):1061-1069, 1942.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Duodécima Conferencia Sanitaria Panamericana. Acta Final* . (Publicación, 232). Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana, 1947

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Oficina Sanitaria Panamericana – Programa e Presupuesto para 1950*. Washington, D.C., 1949

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Organización Mundial de la Salud – Asuntos Regionales*. Washington, D.C., 1949

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Programa, administración y presupuesto para 1950* . (Resolución 1 da III Reunión do Consejo Diretor de la Organización Sanitaria Panamericana). Washington, D.C, 1949

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Informe del director sobre los acuerdos celebrados entre los Gobiernos y la Oficina Sanitaria Panamericana para servicios técnicos y de asesoramiento*. Washington, D.C; 1950.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Seminario sobre la Enseñanza de la Pediatría : Informe final. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* , 48(6):477-86, 1960.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Editorial. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*. Nov. 1961.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Hechos sobre Problemas de Salud: la salud en relación com el progreso social y el desarrollo economico las*

Américas (Documento de referência elaborado pela Opas para a Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial. Punta del Este, 1961). Washington, D.C., 1961

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Reunión de Punta del Este, Uruguay. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*: 51(5):473-493, nov. 1961.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Reunión de Punta del Este, Uruguay. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 51(5):473-493, nov. 1961.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Needs in Research Training and Medical Education in Latin America*. (Documento Res. 1/4, Primeira Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas). Washington, D.C., 1962.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Report to the Director*. (Primeira reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas, 18-22 junho). Washington, D.C., 1962a.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Report to the Director*. (Documento 2/33, Segunda Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas, 1963). Washington, D.C., 1963b.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Communications and Resources in Biomedical Research*. (Documento 2/31, Segunda Reunião do Advisory Committee on Medical Research, 1963). Washington, D.C., 1963a.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Reunión de Ministros de Salud – Grupo de Estudio, Informe final. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 55 (1): 1- 49, jul. 1963

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Report to the Director*. (Documento 3/8, Terceira Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas). Washington, D.C., 1964 b.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A Survey of Selected Primary Biomedical Periodical Publications in Latin America, (Documento 3/4, Terceira Reunião do *Advisory Committee on Medical Research*, - 15-19, junho, 1964). Washington, D.C., 1964a.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Actas de las Sesiones Plenarias*, (16ª Reunião do Conselho Diretor da Opas, 27 de setembro a 8 de outubro). Washington, D.C., 1965b

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *La Política y el Programa de Investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud*. (16ª Reunião do Conselho Diretor da Opas - 27 de setembro a oito de outubro). Washington, D.C., 1965a.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Report to the Director*. (Documento 4/13, Quarta Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas). Washington, D.C., 1965e.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Programa de Libros de Texto para Estudantes de Medicina*. (Documento CE54/14), Washington, D.C., 1965d.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Lista de Participantes*. (16ª Reunião do Conselho Diretor da Opas). Washington, D.C., 1965c.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Proposed Regional Medical Library Center*. Documento 4/12, Quarta Reunião do Advisory Committee on Medical Research (14 – 18, junho, 1965). Washington, D.C., 1965.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Actas de las Sesiones Plenarias*. (16ª Reunião do Conselho Diretor da OPAS). Washington, D.C., 1965.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Regional Library of Medicine*. (Documento RES 6/10, Sexta Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas). Washington, D.C., 1967a

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Convênio para o Estabelecimento de uma Biblioteca Regional de Medicina em São Paulo, Brasil*. (Documento nº HP-A, Brasil – 6221), Brasília e Washington, D.C., 1967.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Biblioteca Regional de Medicina*. (Documento CD 19/8. 19ª Reunião do Conselho Diretor da Opas). Washington, D.C., 1969.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Programa de libros de texto*. Washington, D.C., 1971. [Apresentado à Reunião do Conselho Diretivo da OPAS, sob o nº(CD20/5), em 27 set.-7 oct., 1971].

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Proyecto para mejoramiento de las bibliotecas de salud publica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1972 julio, p. 61-62

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Development of a multimedia learning resource in the Paho Regional Library of Medicine*. (Documento PAHO/ACMR 11/7. 11ª Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas). Washington, D.C., 1972b.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Plan Decenal de Salud para las Américas: informe final de la II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Washington, D.C.: OPAS, 1972.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Centros Panamericanos* [Resolución 31 de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana , 22. 09. 1978]. Washington, D.C.: OPAS, 1978(b). Disponível em http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/ftcsp_20.htm#R31. Acessado em 26. 05. 2011.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Centros Panamericanos*. [Tema 32 del programa provisional. De la XX Conferencia Sanitaria Panamericana , 22. 09. 1978]. Washington, D.C., 1978

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Evaluación de los centros panamericanos* [Apresentado em la XXIV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud]. Washington, D.C., 1979.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. [Resolução 25]. (29ª Reunião do Conselho Diretor). Washington, D.C., 1983

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Evaluación de los Centros Panamericanos. Centro Latinoamericano de Tecnologia Educacional pra la Salud (Clates)*. Washington, D.C., 1983

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE . [Resolução 25]. (29ª Reunião do Conselho Diretor). Washington, D.C., 1983.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Examen de la Situacion de las Entidades Denominadas "Centros Panamericanos" desde el Punto de Vista de su Dependencia Juridica, Administrativa, Financiera y Tecnica de la Organizacion Panamericana de la Salud*. Washington, D.C. , 1977.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Pro Salute Novi Mundi: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washigton, D.C.: OPAS. 1992.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Los Centros Panamericanos*, (Documento. SPP36/11, 36ª Sessão do Subcomitê de Planificação e Programação do Comitê Executivo). Washington, D.C., 2002, .

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Los Centros Panamericanos*. (Documento. SPP36/11 (Esp.). 36ª Sessão do Subcomitê de Planificação e Programação do Comtê Executivo). Washington, D.C., 2002

OTA PROJECT STAFF. *MEDLARS and Health Information Policy: Technical Memorandum*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1982

PACKER, A. *A BVS em perspectiva*. Salvador, 2005. Documento eletrônico disponível em:
<http://bvs4.icml9.org/program/public/documents/la-BVS-en-Perspectiva-Salvador-7c-20050918-05h57-140511.pdf>

PACKER, A. *Abel Packer: depoimento concedido a Fernando Pires-Alves*. São Paulo, 2011.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*. 1986, vol.2, n.2, pp. 167-183.

PAIVA, A. M. P. [Depoimento ao Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – EPM]. São Paulo, 2002.

- PAIVA, C.H.A.; PIRES-ALVES, F.A.; HOCHMAN, G.. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 929-939, 2008
- PIEGAS, M H A. & NOWINSKY, A. Index Medicus Latino-Americano: exemplo de cooperação técnica entre países em desenvolvimento. *Revista de Biblioteconomia*, 9 (2): 89-93, jul. 1981.
- PINHEIRO, L. V. R. *A Ciência da Informação entre a Sombra e a Luz: domínio epistemológico e campo interdisciplinar*. (Tese de Doutorado em Comunicação) - Escola de Comunicação/UFRJ. Rio de Janeiro, 1997.
- PIRES-ALVES, F. A. *A Biblioteca da Saúde das Américas: a BIREME e a informação em Ciências da Saúde (1967-1982)*. (Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde - Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 2005.
- PIRES-ALVES, F. Informação científica, educação médica e políticas de saúde: a Organização Pan-americana de Saúde e a criação da Biblioteca Regional de Medicina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (3): 899-908, 2008
- PIRES-ALVES, F A & PAIVA, C H A. *Recursos Críticos: história da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1875-1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- PIRES-ALVES, F., PAIVA, C., SANTANA, J., MEJÍA, D.. A cooperação técnica Opas-Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas. *RECIIS*, v.4, n.1, p.68-77, mar., 2010. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/347/502>.
- POBLACIÓN, D. [Entrevista ao Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – EPM]. São Paulo, 2002.
- PORT, T. Remembering ELHILL. *NLM Technical Bulletin*. 1999, July-August, p.309.
- RAMOS, M. V.. *A Primeira Turma: história da fundação da Faculdade de Ciências Médicas da UnB*. Brasília: Edição do autor, 2008
- RAYWARD, W. B. The International Federation for Information and Documentation (FID). *Encyclopedia of Library History*, editada por Wayne A. Wiegand and Don G. Davis Jr.. New York: Garland Press, pp: 290-294, 1994.
- REINSCH, P. S. The Third International Conference of American States. *The American Political Science Review*, Vol. 1, No. 2 (Feb., 1907), pp. 187-199
- REISER, R. A. A History of Instructional Design and Technology: Part I: a history of instructional media. *Educational Technology Research and Development*, 49 (1): 53-64, 2001.

REISER, R. A. A History of Instructional Design and Technology: Part II: a history of instructional design. *Educational Technology Research and Development*, 49 (2): 57-67, 2001.

RENOVATO, R.D. e BAGNATO, M. H. S.. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960). *Revista Brasileira de Enfermagem*, (61) 6: 909-915, 2008.

REYNA, O. G. P. *Las Revistas Médicas Científicas del Peru – 1827/1996*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1998.

RIBEIRO, R. A. *A Aliança para o Progresso e as Relações Brasil-Estados Unidos*. (Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas). Campinas, 2009

RIST, G. *The History of Development: from Western Origins to Global Faith*. Nova Deli: Academic Foudation, 2002.

RIST, G. Before Thinking about What Next. Dag Hammarskjold Foundation, *Development Dialogue*, Estocolmo: Dag Hammarskjold Foundation, 2006, pp. 70-72.

RODRIGUEZ NETO, E.; CARRILLO, G.; SOUZA, A. M. A. Tecnologia Educacional em Enfermería: marco conceptual y experiencias de los centros latinoamericanos. *Educación Médica y Salud*. 15(4): 401-416, 1979.

ROOSEVELT, F. D. [Carta a V. Bush], em 17 de nov. de 1944. Disponível em <http://www1.umn.edu/scitech/VBush1945.html>. Washington, D.C., 1944.

SANTOS, L.A.de C. e FARIA, L.R. de. A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo. *Horizontes, Bragança Paulista*, 22 (2), p. 123-150, 2004.

SANTOS, R.F. Relatório Final. ABEM. *Anais*. [Quarta Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina; II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Poços de Caldas, MG., Brasil, 16 a 22 de agosto de 1964]. ABEM: Belo Horizonte, Brasil, 1965, p. 327-336.

SANTOS, M. M.S. *Estado, tecnologia e sociedade: a política nacional de informática (Brasil, 1983-1984)*. [Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Uberlândia]. Uberlândia, 2003

SCHARAIBER, L. *Educação Médica e Capitalismo*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989

SIGAUD, M. A. *Maria Alice Sigaud: Depoimento a Fernando A. Pires Alves*. Rio de Janeiro, 2009.

SIGAUD, M. A. *Educational Technology in Brazil: a transactional analysis of Nutes/Clates*. Harvard School of Education. 1980.

SILVA, A. M. e. *A política externa no cenário da Guerra Fria. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – CPDOC-FGV. Os Anos JK*. S.l.d.. Publicação Eletrônica. Disponível a partir [de: http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/JK/apresentacao](http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/JK/apresentacao)

SILVA, L. A. G. da A. *Institucionalização das Atividades de Informação Científica e Tecnológica no Brasil: o caso do Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação*. (Dissertação de Mestrado em Biblioteconomia e Ciência da Informação) - Universidade de Brasília. Brasília, 1987.

SILVA, L. A. G. Políticas de Información en América Latina: logros y retos para el futuro. *Congreso Internacional de Información, (Info 1997)*, Havana: 1997.

SILVA, M. M. [*Carta a Carlos Chagas Filho*], em 12 de set. Washington, D.C., 1973. Fundo Família Chagas (Caixa 181).

SILVA, M R B., FERLA, L, GALLIAN, D M C G. Uma Biblioteca sem Paredes: história da criação da BIREME. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*; 13 (1): 91-112, 2006.

SILVA, M. R. B. da. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 8 (3): 543-68, set.-dez. 2001.

SMITH E. V. & JANSON F S. *Exporting the American (information) revolution: the international impact of the National Library of Medicine* . *Bulletin Medical Library Association*. 74 (4): 339–343. Outubro, 1986.

SONIS, A. Escuelas de salud pública:Tendencias y perspectivas para la década del 70. *Educación Médica y Salud*, 6 (1): 19-42, 1972

SONIS, A. *A Experiência da Rede Brasileira de Informação Biomédica*. (Documento apresentado à primeira reunião do *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*). Brasília, 1979.

SONIS, A. [*Depoimento, sob a forma de questionário, ao Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde - EPM*]. Buenos Aires, [2002?].

SONIS, A. *Abraham Sonis: depoimento concedido a Fernando A. Pires-Alves*, Buenos Aires, 2009

SONIS, A.. Educación en Ciencias de la Salud y Atención Médica: análisis de su interrelación. *Educación Médica y Salud*. Washington, D.C., 10 (3): 234-253, 1976

SOPER, F. L. Informe sobre el Programa de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 27 (11):977-97, 1948

SOUZA R. R. *Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*. (Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) .Rio de Janeiro, 2002

STERN, S. J.. The Descentered Center and the Expansionist Periphery: the paradoxes of foreign – local encounter. In Gilbert M. Joseph, Ricardo D. Salvatore, Catherine Le Grand *Close Encounter of Empire: writing the cultural history of U.S. – Latin American relations*. Durham: Duke University Press, 1998

TEIXEIRA, S.M.F. *Reorientação da Assistência Médica Previdenciária: um passo adiante ou dois atrás?* Rio de Janeiro: FGV,EBAP, 1984.

TEKIAN A. Christine McGuire: In Memoriam. UNIVERSITY OF ILLINOIS AT CHICAGO - DEPARTMENT OF MEDICAL EDUCATION. *Annual Report 2002*. Chigago: ULC-DME, 2002.

THE COMMONWEALTH FUND. *Foundation History*. Nova York, 2005. Disponível em: http://www.cmwf.org/aboutus/aboutus_show.htm?doc_id=224821. Acesso em 03.03. 2011

UFRJ – INSTITUTO DE BIOFÍSICA. *Estudo matemático para indicar o quadro ideal de docentes para fazer frente às necessidades do instituto*. s.l., s.d.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Actas de la Conferencia General - 17ª reunión: Volume 1, Resoluciones e Recomendaciones*. Paris, 1972c.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Ad Hoc Working Group on Information Requirements of Developing Countries in the Framework of the UNISIST Programme. - First Session*. Paris, 1972b.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Report on the Provisional International Committee on Bibliography and Documentation*. (Unesco/cua/44) Paris, 1952.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Strengthening of Mechanisms for Information and Dissemination of Scientific Knowledge*. Paris, 1972a.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. *Unisit: study report on feasibility of a World Science Information System*. Unesco, Paris, 1971.

USP - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FACULDADE DE MEDICINA – COMISSÃO DE ORIENTAÇÃO ESCOLAR. Centros de Pesquisa e Treinamento Avançado (CPTA). *Anais*. [Quarta Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina; II Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas, Poços de Caldas, MG., Brasil, 16 a 22 de agosto de 1964]. ABEM: Belo Horizonte, Brasil, 1965, pp. 115-116

VERAS, R. P. *A Abem e as transformações da prática médica no Brasil*. (Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social/UERJ). Rio de Janeiro, 1981.

VILLARREAL, R. *Prólogo*, In GARCÍA, Juan César. *La Educación Médica em la América Latina*. Washington: OPAS, 1972.

WATTERSON, R. M. Harold John Bloomquist, 1928-1985. *Bulletin of the Medical Library Association*, 73 (4): 415–417, 1985.

WEINBERG A. D. CAI at the Ohio State University College of Medicine (1973). *Computers in Biology and Medicine*. 3 (3) October 1973, p. 299-305

WEIR, M. Ideas and the Politics of Bounded innovation. STEINMO, S.; THELEN, K e LONGSTRETH, F. (Eds.), *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analyses*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992

WHITE, K. Información para la atención de salud: una perspectiva epidemiológica. *Educación Médica y Salud*, 15(4): 363-8. (1981).

ZAHER, C R. Entrevista: Celia Ribeiro Zaher. *Ciência da Informação*. 24 (1) (sem indicação de página na versão para www) 1995. Disponível em revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/download/526/478. Acesso em 12.05.2011