

A criação do NUTES/CLATES:
uma análise de contingências e configurações
Creating NUTES/CLATES:
a contingency and configuration analysis

Marcia Bastos de Sá¹

Vera Helena Ferraz de Siqueira²

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Laboratório de Linguagens e Mediações
marciabsa@hotmail.com

² Universidade Federal do Rio de Janeiro Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Laboratório de Linguagens e Mediações
verahfs@yahoo.com.br

Resumo

Neste trabalho buscamos elucidar a criação do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES/UFRJ). A análise, de inspiração foucaultiana, incidiu principalmente sobre a teia de relações e eventos referidos a fato que aguçou nossa curiosidade – a quase simultaneidade da criação desse órgão e do Centro Latino Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (CLATES), a concomitante parceria NUTES/CLATES e a celebração do ‘Acordo Para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil’ entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o governo brasileiro. Para tentar explicar esses eventos foi feita uma reconstrução do jogo de relações que se estabeleceram nos níveis micro e macropolíticos ao longo das décadas que os antecederam, usando para isso depoimentos, documentos e artigos referidos à história da cooperação técnica entre a OPAS e o Brasil na área de Recursos Humanos para a Saúde.

Palavras-chave: NUTES; Formação em Saúde; Biopoder; Michel Foucault.

Abstract

In this article we explain the process of creating the Center of Education Technology for Health within the Federal University of Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ). The analysis was based on Michel Foucault's theories and focused mainly upon the web of connections and events that took place. This process caught our attention due to the almost simultaneous creation of the referred center and the Latin American Center of Education Technology for Health (CLATES), the concomitant partnership between NUTES and CLATES and the establishment of the “Agreement for a General Development Program of Human Resources for Health in Brazil” between the Pan-American Health Organization (PAHO) and the

Brazilian government. In order to explain these events, we performed a reconstruction of the connections and networks that occurred on the micro and macropolitical levels during the decades that preceded them, using interviews, documents and articles referring to the history of the technical cooperation between PAHO and Brazil in the area of Human Resources for Health.

Key-words: NUTES; Preparing Health Professionals; Biopower; Michel Foucault.

Introdução

Neste trabalho procuramos esclarecer parte da história do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) que historicamente vem cumprindo um papel de destaque no cenário da educação brasileira, e hoje desenvolve atividades de pesquisa, ensino e extensão na área de educação em ciências e saúde. A análise incidiu principalmente sobre a teia de relações e eventos referidos a fato que aguçou nossa curiosidade – a quase simultaneidade da criação desse órgão, do Centro Latino Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (CLATES), a concomitante parceria entre eles e a celebração do ‘Acordo Para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil’ entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o governo brasileiro. Para tentar explicar esses eventos foi feita uma reconstrução do jogo de relações que se estabeleceram nos níveis micro e macropolíticos a partir de uma revisão de documentos, depoimentos e textos.

O NUTES resultou da expansão de projeto apresentado pelo Instituto de Biofísica da UFRJ ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) do Ministério do Planejamento que inicialmente solicitava recursos para a aplicação da tecnologia educacional visando à melhoria do Ensino de Biofísica e Fisiologia; contudo, devido ao interesse expressado por outras unidades do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRJ, o foco foi ampliado passando a ter por objetivo uma melhoria do ensino das ciências da saúde. Aprovado pelo IPEA, e acolhido pela UFRJ, o Projeto foi transformado e institucionalizado em julho de 1972, como NUTES, órgão de caráter suplementar ao CCS daquela universidade.

Em setembro do mesmo ano, por meio de convênio assinado entre o NUTES e a Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), foi criado e sediado no NUTES, o CLATES, primeiro centro latino-americano destinado à produção de materiais educativos e à propagação de tecnologias educacionais para a formação e capacitação de profissionais da área da saúde em toda a América Latina.

Em 14 de novembro de 1973, com a presença de representantes do Ministério da Saúde (MS) – Mário Machado de Lemos, do Ministério da Educação e Cultura (MEC) – Jarbas Passarinho e o então diretor da OPAS – Abraham Horwitz, é assinado o Acordo Para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, o primeiro instrumento jurídico que marca o início da cooperação técnica entre o governo brasileiro e a OPAS/OMS, tendo em vista “o desenvolvimento de recursos humanos nas diversas profissões e diferentes níveis para atender os problemas de saúde, no Brasil” tomando-se por base os propósitos e as obrigações assumidas por cada uma das partes (OPAS/BRASIL, 1973, p. 1).

As informações referidas acima apontam para uma curiosa proximidade temporal entre os três eventos, mas não acrescentam muito sobre “como” as coisas aconteceram. Surgem então as perguntas: existiria uma articulação comum e prévia entre a criação e parceria do Nutes, do Clates e da celebração do convênio entre a OPAS/OMS e o governo brasileiro? A partir do quê? Em nome do quê? Para o quê? Se exercendo como?

Para compreender o que possibilitou a ocorrência quase simultânea dos três eventos acima citados empreendemos reconstrução e análise do jogo de relações que se estabeleceram nos níveis micro e macropolíticos ao longo das décadas que os antecederam, usando para isso depoimentos, documentos e artigos referidos à história da cooperação técnica entre a OPAS e o Brasil na área de Recursos Humanos para a Saúde. A partir dessas fontes, ora a própria história da OPAS foi visitada, ora a atenção foi concentrada sobre aspectos políticos e econômicos nacionais e internacionais e seus desdobramentos sobre a organização da saúde e da educação de nível superior, ou ainda sobre os intensos e permanentes debates sobre a formação dos profissionais para a área da saúde, no Brasil e nas Américas, desde os anos 1950 até hoje.

O fio teórico geral que possibilitou a constituição de um nexos para a história que reconstruímos a partir de dados oriundos de diferentes domínios e níveis de discussão, práticas, saberes e poderes remete a princípios fundamentais do pensamento foucaultiano. A análise privilegia aspectos políticos das contingências e configurações envolvidas na trama histórica que culminou nos eventos que apreciamos, a partir das perspectivas micro e macropolíticas desdobradas da noção de biopolítica proposta por Michel Foucault.

Para finalizar, tecemos algumas considerações a respeito da contribuição deste e de outros trabalhos para o aprofundamento das reflexões e dos debates sobre a formação de recursos humanos para a Saúde no Brasil.

Aspectos micro e macropolíticos da biopolítica foucaultiana

O termo “biopolítica” é utilizado e circula amplamente na contemporaneidade em diversos campos de reflexão – filosofia, ciências políticas, sociologia, economia, medicina, psicanálise – assumindo sentidos diversos e chegando mesmo a um uso genérico para designar algum tipo de prática política. Em Michel Foucault, a noção inaugural de biopolítica se refere à maneira pela qual se buscou racionalizar, a partir da expansão demográfica ocorrida no século XVIII, os problemas colocados à prática governamental por fenômenos próprios do conjunto de viventes enquanto população. À biopolítica, como nova forma de poder paralela às práticas que visam o disciplinamento de cada indivíduo, cabe o planejamento, o controle e a gestão de aspectos demográficos, das enfermidades endêmicas e da higiene pública, de enfermidades e situações específicas que afetam o mercado de trabalho, incluindo problemas ligados à cobertura previdenciária e à seguridade social, e das relações entre a população e o meio geográfico, o clima, o urbanismo e a ecologia (FOUCAULT in VARELA, 1996).

Segundo Fahri Neto (2010, p. 18), podem ser identificadas em Foucault cinco formulações da noção de biopolítica, “cada uma remetendo a um confronto da política com algum domínio, aparentemente, exterior a ela – saúde, guerra, sexualidade, segurança ou economia”. No presente trabalho, nos valem da formulação que relaciona biopolítica e saúde, posto nosso objetivo de analisar e compreender as contingências e configurações que culminaram na criação do NUTES, do CLATES, da parceria NUTES/CLATES e da celebração do ‘Acordo’ de 1973 para o desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

A análise das relações que se estabelecem entre política e medicina pode ocorrer por duas vias: considerando-se, por um lado, “a absorção das funções da medicina pelo Estado”, o que leva às reflexões sobre uma “estatização da medicina”; ou num sentido inverso, focando sobre o “processo de formação da autoridade medical”, por meio do qual o médico pode alcançar uma posição de destaque e de autoridade, devido às relações de poder presentes no tecido social (FAHRI NETO, 2010, p. 23).

Essas possibilidades de leitura se referem às mobilizações produzidas pelo termo político em Michel Foucault: a primeira aponta para a compreensão de política em seu sentido mais tradicional, ou seja, aquele que associa poder e Estado, vinculando o exercício do poder às práticas e às instituições que constituem o Estado – uma visada macropolítica, portanto; a segunda refere o político a toda relação de força presente entre grupos sociais e entre os indivíduos em uma sociedade – uma abordagem concentrada sobre a micropolítica. A oscilação que ocorre entre esses dois sentidos do político em Foucault, segundo Fahri Neto (2010), é proposital e tem por finalidade promover tanto uma problematização do político como uma problematização da medicina.

Problematizar o político “é abordar o campo social, permeado por relações de força, sem uma pré-concepção já dada da política”; é buscar uma reinvenção da “grade de inteligibilidade da política” seja pela flexibilização dos seus significados, como pela introdução de “ambigüidades onde o seu sentido parece claro”, tendo em vista a criação de “um conjunto de noções articuladas entre si que permita pensar a política de uma outra forma” (FAHRI NETO, 2010, p. 26).

Problematizar a medicina, por seu turno, implica uma análise das relações de poder que constituem o poder medical – entendido como o conjunto de relações “estabelecidas entre seres humanos saudáveis, pacientes, médicos e instituições dos mais diversos tipos” (FAHRI NETO, 2010, p. 27). Para esse autor, o poder medical tanto significa “o processo de sedimentação social da autoridade medical”, exercendo “um papel crucial [...] nos diversos processos de configuração disciplinar dos corpos”, quanto significa a “estatização da medicina”, participando da biopolítica, ou seja, “do modo pelo qual o Estado se encarrega da saúde das populações.” (FAHRI NETO, 2010, p. 27).

Contingências e configurações da criação do NUTES/CLATES e do “Acordo” OPAS/Brasil

Aspectos micropolíticos

Tomando as considerações acima sobre a importância de se manter os dois planos de análise das relações de poder – pela via da micro e da macropolítica – retornamos ao NUTES e, especificamente, à história de sua parceria com o CLATES/OPAS, a partir da entrevista concedida por José Roberto Ferreira ao *Projeto História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para Saúde* (COC/FIOCRUZ, 2005). No extrato abaixo, ele conta os antecedentes e as articulações diretamente envolvidas na criação do NUTES e do CLATES:

O Lobo [Luiz Carlos Galvão Lobo] era diretor lá na universidade de Brasília e eu, o vice-reitor. Aquela coisa toda, depois fui transferido pra Washington, cinco anos depois, e ele continuou em Brasília. Aí veio a Revolução, e ele teve um enfrentamento muito grande com Azevedo [José Carlos de Almeida Azevedo] [...] e Lobo pulou fora, teve que sair. Saiu e voltou pra Alma Mater dele [a UFRJ], ele era professor da biofísica, [...]. Voltou pra aqui e o Chagas [Carlos Chagas Filho], com a fama do trabalho [do Lobo] em Brasília, uma coisa inovadora, de ensino, e tal. E o Chagas, então, disse: sabe o que você vai fazer é melhorar o ensino... [...] E o Lobo começou tentando organizar na Biofísica, sei lá, um seminário de orientação docente, ou coisa parecida. E mantinha uma comunicação muito estreita conosco em Washington, eu estava em Washington nessa época. Nos avisou, nos contou disso, na época estava surgindo toda aquela coisa de reforçar a tecnologia aplicada à educação, e tal, e comentei, não era chefe ainda, era um assessor de educação médica do departamento de recursos humanos. Comentei com o Ramón Villareal e ele disse: vai ao Brasil ver o que é isso. Eu vim, conversamos aqui com o Lobo como é que era, e com o Chagas, e tal, parecia interessante o projeto, a biofísica tinha outro nome, o Chagas por sua vez era membro do Comitê de Investigação da OPAS, muito ligado também ao Horwitz que era o diretor geral da OPAS, respeitava muito o Chagas. Sei que

na queda da revolução, daqui mesmo liguei pelo telefone pro Ramón Villareal, disse ao Ramon: está acontecendo isso, isso, isso, há essa possibilidade, eu tenho a impressão que é uma coisa que nós podíamos embarcar nela e fazer uma coisa maior, ao invés de fazer um nucleozinho da Biofísica, fazer um centro Latino-Americano pra desenvolver essa área de tecnologia pra melhorar a educação. Ele disse: ah, a idéia me parece boa, e tal, vou falar com Horwitz [Abraham Horwitz, diretor da OPAS]. Falou com Horwitz, me telefonou uma hora depois e disse, estou viajando pra aí amanhã. E veio, veio em seguida pro Rio, assinamos convênio, dois ou três dias depois, na base da decisão, você vê o poder de decisão do diretor, inclusive acabou. [...] Aí então o Horwitz veio e criou esse negócio, o centro, e aí procuramos a [Fundação] Kellogg, na época com Mario Chaves [Mário de Magalhães Chaves], o primeiro grande, importante, a Organização [OPAS] de imediato o contratou, passou a ser funcionário da Organização, foi um dos primeiros funcionários nacionais que ela contratou, não podia contratar nacional, e junto com isso veio a Kellogg desenvolver realmente um centro importante. (FERREIRA, 2005).

Cruzando os dados biográficos dessas personagens nota-se que a relação entre algumas delas se iniciou antes da constituição dessa rede de contatos institucionais que culminaram com o convênio entre o NUTES e o CLATES: Luiz Carlos Galvão Lobo e Carlos Chagas Filho, além de parentes, conviveram e trabalharam juntos no Instituto de Biofísica da UFRJ; José Roberto Ferreira e Luiz Carlos Galvão Lobo trabalharam e ocuparam cargos de destaque na Universidade de Brasília (UnB) em um mesmo período, e, desde o início da década de 1960, desenvolveram, cada um por seu próprio caminho, atividades vinculadas ao planejamento e à organização do ensino na área das ciências da saúde; Carlos Chagas Filho, José Roberto Ferreira, Abraham Horwitz e Mário de Magalhães Chaves estiveram vinculados à OPAS e à ONU em períodos coincidentes; à exceção de Abraham Horwitz, todos se graduaram em cursos da área das ciências da saúde na UFRJ – Carlos Chagas Filho, médico em 1931; Mário de Magalhães Chaves, odontólogo em 1941 e médico em 1943; José Roberto Ferreira, médico em 1957; Luiz Carlos Galvão Lobo, médico em 1957. Em comum a todos, a formação básica em medicina.

Resumindo: de um lado, indivíduos, personagens públicos, seus feitos e suas biografias; de outro, relações entre sujeitos e relações entre instituições que afetam tanto sujeitos como instituições. Por um lado, sujeitos representam, envergam instituições que, de certo modo, afetam suas vidas e dispõem de suas ações e discursos; por outro, instituições são criadas e mantidas por eles.

Retomando perguntas colocadas anteriormente sobre a possível existência de uma articulação comum e prévia entre a criação do NUTES e do CLATES, sobre quais bases, tendo em vista quais objetivos e se exercendo como, duas outras precisam ser acrescentadas: o que fazer com todas as informações apresentadas acima? Como compreender os sujeitos, as instituições e as relações entre eles?

A partir de 1978, Foucault começa a privilegiar o uso da noção de governo para análise e entendimento das relações de poder. Até então, o estudo do funcionamento das relações de poder tomava a noção de força como um instrumento de análise. Sob essa ótica, as relações de poder eram decifradas

como relações de força, como força contra força, em meio a uma batalha contínua. No campo de forças, as forças são contíguas, tocam-se necessariamente umas nas outras; só há força enquanto há contra-força, resistência. Não pode haver espaço, qualquer folga, entre forças; só há força enquanto ela se exerce contra uma outra força; quando não se confrontam diretamente, as forças caem a zero. (FARHI NETO, 2010, p. 198).

A compreensão da relação de poder como relação de força, como adverte Fahri Neto (2010, p. 198-199), envolve restrições, primeiro porque

forças são exercidas não só entre humanos, mas também entre coisas, e entre humanos e coisas. Falta à relação de força uma característica exclusiva à relação entre humanos. A segunda restrição é o necessário imediatismo e presença de forças em jogo; falta ao imediato da relação de força a dimensão da intervenção do passado e do futuro sobre o acontecimento presente; falta ao contato das forças o espaço aberto, a estratégia do possível, a folga de um campo aberto a desdobramentos inovadores. A terceira restrição é a figura da liberdade; em uma relação de força, a liberdade só pode ser pensada como resistência e, assim, como determinada pelas próprias forças às quais resiste.

Com o uso da noção de governo como instrumento de análise das relações de poder, essas últimas passam a ser entendidas como relações de governo, ou seja, como relações que se estabelecem entre governantes e governados, abrindo a possibilidade de superação das restrições referidas acima, pois

O poder, como governo, é sempre uma relação entre humanos livres. Relação que pode ser individual, de um indivíduo a outro, ou coletiva, de um grupo a outro. Não se governa um navio, mas os marinheiros. Sobre as coisas se exerce uma força, não um governo. Governar é estruturar um campo das ações possíveis dos governados, é estruturar o meio em que estão inseridos. Apesar do governo, apesar da estruturação e do limite que o governante estabelece no seu campo de ações possíveis, o governado é ainda e sempre um agente, que tem diante de si um leque de possibilidades de ação. Ainda e sempre, resta ao governado a iniciativa. Ao estruturar o campo de possibilidades das ações dos governados, o governante leva em consideração o passado dessas ações, assim como seu eventual desdobramento no futuro. O governo é uma ação sobre uma ação possível. [...] O governante conduz os homens elaborando o campo de suas ações potenciais, jamais deixa de considerá-los, portanto, como sujeitos de ação, como agentes, e como agentes livres, ao menos parcialmente. (FAHRI NETO, 2010, p. 199).

No presente trabalho privilegia-se a matriz compreensiva delineada acima, especialmente no que se refere à possibilidade de se pensar a respeito dessa tal liberdade dos sujeitos agentes para interferir e reconfigurar, pelo menos parte das relações de governo, nos campos da educação, da saúde e da educação em saúde. Buscando esclarecer os eventos de criação do NUTES/CLATES, recorreremos ao depoimento de José Roberto Ferreira, e a partir deste constituímos uma rede de relações entre sujeitos, a um só tempo representantes de instituições e de si mesmos, cujas ações e decisões não foram planejadas com antecedência, mas desdobraram-se a partir da confluência de elementos dispersos, mas já presentes num eventual campo de possibilidades de ação, diante da mobilização provocada pela comunicação de fatos, ideias e pensamentos entre os agentes envolvidos. Pode-se dizer, portanto, que do exercício da liberdade política e da ação de alguns agentes sobre um determinado campo de possibilidades, foram criados o NUTES, o CLATES e estabeleceu-se a parceria entre eles.

A afirmação acima, embora nos pareça correta, não consegue esclarecer nada a respeito desse tal “campo de possibilidades de ação”, pois até aqui foram destacados apenas aspectos que poderiam ser considerados contingenciais, fortuitos. Afinal, como se formou esse campo de possibilidades? A partir de quais elementos? Se exercendo como? Para continuar a responder essas questões e alcançar o entendimento que buscamos, é importante que nos debruçemos sobre o desenvolvimento de iniciativas voltadas para a formação de recursos humanos na área da saúde no Brasil, avançando em direção aos aspectos macropolíticos, pois a partir da análise destes, poderemos delinear os contornos da configuração geral que possibilitou a criação do NUTES/CLATES.

Aspectos macropolíticos

Em 14 de novembro de 1973, é assinado o Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil (BRASIL, 1976, p. 69),

documento que inaugura a cooperação técnica entre o governo brasileiro e a OPAS/OMS, parceria que prevê e utiliza a participação do NUTES/CLATES. Este ‘Acordo’ nos remeteu a outro – o ‘Acordo Básico de Assistência Técnica entre o Governo da República do Brasil e a Organização das Nações Unidas e suas agências especializadas’ assinado em 29 de dezembro de 1964 (BRASIL/ONU in BRASIL, 1966) – tomado como base tanto para as relações a serem estabelecidas entre a OPAS e o Brasil, como para a interpretação do próprio acordo de 1973. A referência ao documento 1964 animou a expansão da busca de informações também a esse período, do qual destacamos os seguintes documentos e eventos: a Carta de Punta Del Este (1961); o I Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso (1961-1971); e as Reuniões dos Ministros de Saúde das Américas de 1963, 1968 e 1972.

A Carta de Punta del Este (OEA, 1961) surge como um documento inaugural e fundamental para o entendimento das configurações que ocorreram em toda década de 1970. Assinado pelos países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) na Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social, em 17 de agosto de 1961, o documento formaliza a Aliança para o Progresso (ALPRO), intenção anunciada no discurso de posse do presidente John F. Kennedy, em 20 de janeiro do mesmo ano.

Organizada pelo governo norte-americano e acordada entre os países latino-americanos, a estratégia política lançada por Kennedy teve como pano de fundo o agravamento do clima de rivalidade internacional desencadeado pelo alinhamento de Fidel Castro à causa soviética, em 1959. As articulações políticas desenvolvidas sob a legenda Aliança para o Progresso visaram à “manutenção da imunidade e afastamento da América Latina dos ideais comunistas, implicando assim o alinhamento dos vizinhos do sul às propostas e aos interesses norte-americanos.” (PAIVA, 2004, p. 1).

Na Carta de Punta del Este, as Repúblicas americanas proclamaram “sua decisão de associar-se em um esforço comum, para alcançar progresso econômico mais acelerado e justiça social mais ampla para seus povos, respeitando a dignidade do homem e a liberdade política”, concentrando o foco sobre o “desenvolvimento econômico e social dos países latino-americanos participantes” tendo em vista o alcance do “máximo grau de bem-estar com iguais oportunidades para todos, em sociedades democráticas adaptadas aos seus desejos e necessidades” (OEA, 1961, p. 157-158).

À Carta de Punta Del Este foi anexado o ‘I Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso’, documento que tanto estabeleceu os contornos para as Reuniões dos Ministros da Saúde das Américas realizadas em 1963, 1968 e 1972, como serviu de base para modificações teóricas, conceituais e práticas relevantes na gestão de recursos humanos e nas políticas de saúde na América Latina e no Brasil, com especial ênfase para as discussões sobre planejamento em saúde, aumento da cobertura dos serviços e da reforma dos currículos médicos, a partir de debates que confluíam para a necessidade de uma nova estruturação no campo dos recursos humanos em saúde (PAIVA, 2004).

Tomando como sustentação as necessidades e metas a serem alcançadas no campo da saúde, o tema da educação médica não passa apenas a ser inserido estrategicamente nas pautas de discussão, mas se torna objeto de ações que visam favorecer uma mudança dos padrões de formação profissional. Exemplo disso foi o primeiro Curso sobre Planificação de Saúde organizado pela OPAS em 1962, destinado a funcionários do alto escalão da administração de saúde de seus países membros, tendo por objetivo “a formação de planejadores de saúde para fomentar os planos nacionais de saúde da América Latina”, conforme recomendações da Carta de Punta del Este (PAIVA, 2004, p. 3). Tal curso expressa a preocupação de Abraham Horwitz, diretor da OPAS entre 1958 e 1975, em relação à necessidade de inserção do ensino médico ‘na era do planejamento’, tendo em vista a série de descompassos existentes, até

aquele momento, entre aspectos quantitativos e qualitativos da formação e da distribuição de pessoal de saúde em relação às necessidades e especificidades de cada sociedade nacional (Pires-Alves, 2008).

Ainda em 1962, em dois artigos dedicados ao tópico da renovação do ensino médico, Horwitz avalia que deveria ser favorecida a formação de profissionais preparados para a formulação de “juízos” e para “a articulação de conhecimentos em contextos complexos”, sendo ainda capazes de observar e analisar fenômenos, movidos por uma “curiosidade intelectual”, além de estarem preparados para a “prática de uma formação continuada”. Ao mesmo tempo, e em contrapartida, critica “a especialização precoce e a dissociação entre a formação acadêmica e o terreno da prática da atenção”, ressaltando-se que cabia à universidade a promoção da “articulação entre prevenção e cura, mesmo onde, na organização dos serviços de atenção, era fortalecida a dissociação”; por fim, ressalta que “o tema da qualidade do ensino das ciências básicas se articulava ao da pesquisa como condição para a qualidade do ensino e ao da dedicação exclusiva ao ensino e pesquisa” (HORWITZ apud PIRES-ALVES, 2008, p. 902).

Na verdade, o interesse da OPAS em questões ligadas aos recursos humanos na área de saúde e, em particular, ao que se referia ao ensino geral da medicina e da medicina preventiva, já se mostrava presente durante a década de 1950, quando vários encontros foram promovidos, visando à reflexão e busca de soluções para problemas tanto relativos à carência de pessoal de saúde, com destaque para os profissionais de enfermagem e os engenheiros sanitários, como à ineficiente distribuição geográfica destes pelos territórios nacionais; as estratégias elaboradas para a resolução desses problemas envolveram, além de reformas curriculares de profissões de nível superior no sentido de uma formação mais generalista, o incremento da formação de profissionais de nível técnico e auxiliar, ambos afinados com as necessidades do sistema de saúde em cada país (PAIVA, PIRES-ALVES, HOCHMAN, 2008, p. 931).

O posicionamento da OPAS em relação à organização dos sistemas de saúde dos países membros, entre a década de 1960 e o início da década de 1980, permaneceu tensionado entre duas grandes perspectivas: por um lado, defendia-se uma “incorporação dos programas de saúde no desenvolvimento socioeconômico”, incluindo “o desenvolvimento institucional de serviços de saúde, o controle dos programas técnicos por profissionais, e a extensão dos serviços de assistência médica a zonas urbanas e rurais marginais”, finalidades operacionalizadas no Brasil em programas e projetos durante a década de 1970, como por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS; por outro lado, valorizava-se “a participação comunitária nas atividades sanitárias”, entendendo-se como mais importante o desencadeamento de “mudanças de baixo para cima, dando prioridade ao que a comunidade pensava, àquilo de que ela necessitava e àquilo para o qual ela mesma podia contribuir” (CUETO, 2007, p. 147), aspectos especialmente notados, por exemplo, na formação dos agentes comunitários de saúde e, mais recentemente, nas discussões sobre os temas da gestão participativa e do controle social da Saúde.

Em abril de 1963, foi realizada em Washington, a primeira Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, cujo objetivo principal era a sugestão de medidas práticas para o cumprimento das metas gerais propostas pela Carta de Punta del Este, e particularmente, pelo I Plano Decenal de Saúde Pública. Partindo da avaliação de que as ações de saúde nas Américas eram desconexas e pontuais, e que os programas de saúde formam parte – e não estão separados – da planificação geral do desenvolvimento, os ministros deram uma contribuição efetiva ao elencar, em ordem de prioridade, os encaminhamentos necessários para que a recomendação do desenvolvimento de ações de saúde integradas pudesse ser viabilizada (Paiva, 2004).

Como não existiam procedimentos estatísticos apurados na América Latina, era difícil identificar e planejar solução para os problemas de saúde. Desse primeiro desafio surge a prioridade da “formação de pesquisadores treinados para a produção e operacionalização de dados epidemiológicos”, o que representa tanto “a emergência da formação de recursos humanos em saúde como pauta permanente de discussão e desenvolvimento” como a eleição da “questão da organização político-administrativa dos serviços como peça fundamental” a ser considerada; em segundo lugar, “sugere-se a organização do combate às endemias e epidemias de acordo com estratégias específicas, sejam malária, varíola, parasitas e outras”; em terceiro, “dá-se especial atenção aos problemas de saúde que produzem grande repercussão econômica” (PAIVA, 2004, p. 4-5).

O desfecho do Informe final da Reunião dos Ministros indica os quatro instrumentos que devem ser empregados para proteger, fomentar e recuperar a saúde de uma comunidade: primeiro, a planificação; segundo, a organização e a administração dos serviços; terceiro, a formação e capacitação de técnicos; e, por fim, a investigação científica. O “ideal de planificação” expressado por Horwitz em 1962 é reafirmado nas recomendações finais dos ministros da saúde na reunião de 1963, correspondendo, de acordo com Paiva (2004, p. 5), à “imagem de que a América Latina possuía problemas sanitários próprios”, problemas esses entendidos como de “natureza primária”; a partir daí, desdobraram-se as propostas de “atenção à produção de conhecimento acerca dos males especificamente latino-americanos”, implicando tanto na exigência de “formação de pessoal altamente qualificado”, como na “formação de pessoal auxiliar para a atenção à saúde”.

A crítica corrente à especialização precoce e à dissociação entre a formação acadêmica e o terreno da prática da atenção em saúde, e a imputação à universidade da responsabilidade pela promoção da articulação entre prevenção e cura, tendo em vista a necessidade de aumento da cobertura dos serviços de saúde, tanto quantitativa como qualitativamente, presente nas pautas desde os anos 1950, foi recolocada, reafirmada e permanece sendo discutida até os dias de hoje. São exemplos disso: as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos das Ciências da Saúde, que estabelecidas nos primeiros anos da década de 2000, expressam as prerrogativas colocadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que por sua vez encontram seu fundamento legal no Capítulo *Da Saúde* da Constituição de 1988; também se pode citar o tema da integração entre ensino e serviço na formação dos profissionais de saúde, assunto que até hoje é capaz de provocar debates acalorados, artigos e produções acadêmicas.

A partir da Carta de Punta del Este e do I Plano Decenal, o tema da formação de recursos humanos para a área da saúde, em seus vários níveis e aspectos, passou a ocupar lugar cativo, tanto nas agendas dedicadas ao planejamento e desenvolvimento de ações voltadas para a formação de pessoal – principalmente de médicos, técnicos e auxiliares de saúde – como nas que discutem e planejam políticas e programas de desenvolvimento econômico, social e político.

Visando ampliar a percepção “sobre a agenda do movimento das escolas médicas da América Latina no início dos anos 1960”, Pires-Alves (2008, p. 902) conduz nosso olhar para a observação tanto dos temas e tópicos enfocados na IV Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, realizada pela Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina – Fepafem, e pela Associação Brasileira de Escolas Médicas, ABEM, em Poços de Caldas, Minas Gerais, como para o discurso de abertura feito por Amador Neghme, presidente da Fepafem àquela época.

De acordo com o autor, o temário da conferência versava principalmente sobre dois tópicos inter-relacionados: o estabelecimento de “requisitos mínimos para o funcionamento de novas escolas de medicina” e a definição de “normas para o funcionamento do que seriam centros de

formação e aperfeiçoamento científico e docente para professores e pesquisadores”. Os tópicos trabalhados nas conferências principais concentraram-se sobre a “integração entre pesquisa e docência”, os “regimes de dedicação dos docentes”, o “sensível tema do número de escolas”, a “necessidade de articulação entre educação médica, políticas de saúde e desenvolvimento”, a “capacitação pedagógica e em pesquisa de docentes-pesquisadores” e a “infra-estrutura docente” (PIRES-ALVES, 2008, p. 902).

Em relação ao discurso de Neghme, Pires-Alves (2008, p. 902) chama a atenção para o destaque dado “aos temas de formação pedagógica dos professores médicos e às condições docentes então existentes nas escolas”, além da indicação de que iniciativas “transcendentes” estavam sendo gestadas visando: a criação de um ‘centro de documentação bibliográfica e de intercâmbio bibliotecário’; de um ‘centro de recursos audiovisuais em apoio às atividades de ensino’; e a constituição de um fundo para ‘a edição e distribuição de impressos científicos para estudantes’.

O que se pode notar é que as iniciativas indicadas por Amador Neghme no discurso de 1964, se concretizaram nas décadas de 1960 e 1970, como ações oficiais sediadas no Brasil, marcadas pela presença da OPAS: em 1967, junto com o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Saúde e a Escola Paulista de Medicina, é assumido formalmente o compromisso de constituição da Bireme; em 1968, é instituído o Programa Ampliado de Livros de Texto e Materiais de Instrução – PALTEX; em 1972, é criado o NUTES e em 1973, o CLATES. Consideradas em conjunto, essas iniciativas conformaram “uma espécie de programa regional de infra-estrutura docente” (PIRES-ALVES, 2008, p. 902). Vale ainda acrescentar a essa lista a criação em 1973, do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), o primeiro curso de Medicina Social do Rio de Janeiro, com apoio técnico e financeiro da OPAS/Kellogg.

Em abril de 1967 é realizada, novamente em Punta del Este a Reunião de Chefes de Estado Americanos, evento marcado pela elaboração da Declaração dos Presidentes da América, que, reiterando a afirmação dos princípios colocados pela Carta de Punta del Este (1961), e reconhecendo o papel fundamental da saúde para o desenvolvimento econômico das nações, sugere “a intensificação da prevenção e do controle das enfermidades transmissíveis no continente”, o que implicou em avanços nessa agenda de discussões e na operacionalização de ideias referidas a mudanças necessárias no campo da saúde nas Américas (PAIVA, 2004, p. 6).

Visando manter concentração sobre o tema dos recursos humanos para a área da saúde, realizou-se em junho do mesmo ano a Conferência Internacional sobre Recursos Humanos para a Saúde e Educação Médica cujo propósito foi a discussão das possibilidades de uso de princípios e recursos metodológicos a serem utilizados por outros países, partindo-se da análise dos estudos sobre recursos humanos realizados pela OPAS, na Venezuela.

Em outubro de 1968, é realizada uma Reunião Especial dos Ministros da Saúde das Américas com o propósito exclusivo de estabelecer um plano operacional para as decisões acordadas pelos presidentes na Reunião de 1967, incluindo as seguintes recomendações gerais: colaboração da OPAS, junto aos países membros, em estudos que visavam uma avaliação da situação e da necessidade de formação de pessoal de saúde; colaboração para avanço dos métodos de ensino e estudo das causas de emigração do pessoal de saúde, problema detectado também no Brasil.

A III Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, realizada em outubro de 1972, destinou-se à avaliação dos progressos alcançados no decênio 1961-70 em função das metas estabelecidas pela Carta de Punta del Este e à definição de novas metas para o decênio 1971-80. Duas recomendações foram feitas: os países membros deveriam tanto desenvolver “um processo de planificação dos recursos humanos integrado à planificação da saúde” como

incrementar o quantitativo do “pessoal de saúde de todos os níveis, incluindo pesquisadores” (PAIVA, 2004, p. 7).

É interessante observar que no ‘Acordo’ de 1973 é citada parte da introdução do II Plano Decenal aprovado na reunião de ministros, acima referida. Segue o extrato:

Os progressos alcançados nas chamadas ‘**ciências da vida**’ foram surpreendentes nos **últimos 30 anos**. Derivaram da pesquisa científica realizada por instituições públicas e privadas. Surgiram **novas concepções e interpretações dos fenômenos vitais, um melhor conhecimento da dinâmica dos mesmos nos seres vivos e nas comunidades**, e, como consequência de tudo isto, enfoques diversos para resolver questões de alta incidência. Muito deste esforço ocorreu nas Américas. Por estas razões a educação e o treinamento em saúde se tornaram muito mais complexos e de maior custo, e o aperfeiçoamento de graduados mais urgentes. (BRASIL, 1976, p. 69, grifo nosso).

A expressão “nos últimos trinta anos” traz para a cena o ano de 1942, e com ele, a referência feita por Foucault, na primeira conferência do IMS (1974), ao Plano Beveridge, como marco de uma mudança significativa na responsabilidade assumida pelos Estados no que se refere ao direito das populações. Escreve Foucault (in VARELA e ALVAREZ-URÍA 1996, p. 67):

Em 1942 – en plena guerra mundial en la que perdieron la vida 40 millones de personas – se consolida no o derecho a la vida sino um derecho diferente, más cuantioso y complejo: el derecho a la salud. En un momento en el que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no solo la vida sino la vida en buen estado de salud.

Retrocedendo ainda mais na linha do tempo, o início das ações que poderiam ser entendidas como destinadas à organização da saúde nas Américas datam de 1902, com a criação da Repartição Sanitária Internacional, posteriormente denominada Repartição Sanitária Pan-Americana e, finalmente, a partir de 1958, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ao longo dos anos, essa instituição, formada por representantes de países das Américas do Norte, Central e do Sul, se constituiu como fórum que, organizado em diferentes níveis decisórios, elaboraram, e ainda elaboram políticas a serem adotadas pelos países membros, segundo os problemas e necessidades detectados nos territórios nacionais.

Resumidamente, pode-se afirmar que do ano de sua criação até a década de 1940, predominaram nas reuniões da Repartição Sanitária Internacional temas como o controle das doenças transmissíveis e o das condições sanitárias dos portos. A partir do final da Segunda Guerra Mundial, passaram a ser incluídos na agenda, os temas da proteção social, da nutrição e da saúde materno-infantil, e mais recentemente, do controle da epidemia de AIDS, das relações entre saúde e ambiente, e do binômio saúde/equidade (CUETO, 2007).

A visão panorâmica que procuramos dar a ver parece apontar para aquilo que Foucault já havia indicado em 1974: ao longo dos anos, ocorreu não apenas uma ampliação, mas uma mudança nos temas, nos objetivos e nas abordagens referidas à saúde dos povos. Do foco inicial sobre o controle de doenças vinculadas ao comércio marítimo e à higiene dos portos, visando uma minimização dos riscos, perdas e gastos provocados por elas, passou-se a uma revisão das funções do Estado em relação à saúde dos indivíduos, alcançando-se, gradativamente, uma gestão da vida da população, cada vez mais marcada por uma abordagem preventiva e promocional.

Considerações finais

Adotando uma perspectiva de inspiração foucaultiana, tomamos datas, eventos, biografias, acasos, sujeitos, instituições, curiosas coincidências, permanências ou deslocamentos,

continuidades ou descontinuidades, como indícios que apontariam para as condições que possibilitaram a criação do NUTES/CLATES no início da década de 1970.

Em nível micropolítico, observamos que foi constituída uma rede de relações entre sujeitos, a um só tempo, representantes de instituições e de si mesmos, cujas ações e decisões não foram planejadas com antecedência, mas desdobraram-se a partir da confluência de elementos dispersos, mas já presentes, num eventual campo de possibilidades de ação, diante da mobilização provocada pela comunicação de fatos, ideias e pensamentos entre os agentes envolvidos. Podemos dizer, portanto, que do exercício da liberdade política e da ação de alguns agentes sobre um determinado campo de possibilidades, foi criada a parceria NUTES/CLATES.

Em âmbito macropolítico, para entender o que chamamos de ‘campo de possibilidades de ação’, nos valem de documentos e eventos que viabilizaram um delineamento do percurso dos debates e ações referidos não apenas à formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, mas à própria organização da saúde nas Américas. Ambos os temas emergiram de questões econômicas, políticas, sociais, tanto em nível nacional quanto internacional, constituindo o que nomeamos de ‘configuração geral’, ou seja, as bases sobre as quais pensamentos, decisões e ações foram desenvolvidos e direcionados ao longo de pelo menos três décadas, se considerarmos o marco estabelecido por Foucault para a mudança do foco das funções do Estado em relação à saúde dos povos.

Por fim, vale referir que o acervo disponibilizado pelo projeto ‘História da Cooperação Técnica entre a OPAS e o Brasil na Área de Recursos Humanos para a Saúde’ (COC/FIOCRUZ, 2004-2006) fornece dados de valor inestimável para a compreensão da história das ações destinadas à preparação de recursos humanos para a área da saúde, tema que, como vimos, se vincula à história do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Existe, contudo, uma parte dessa história que ainda não foi contada – a do NUTES por ele mesmo – e avaliamos que essa lacuna precisa ser preenchida, o que certamente contribuirá para o enriquecimento dos debates sobre a formação de recursos humanos para a Saúde.

Referências

BRASIL/ONU. Acordo Básico de Assistência Técnica, de 29 de dezembro de 1964. In: BRASIL. **Decreto n. 59.308, de 23 de setembro de 1966**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/pnud/arquivos/PNUDeusObjetivos_acordodeassistencia.pdf>.

Acesso em: 26 mar. 2011.

CUETO, M. **O valor da saúde**: história da Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FAHRI NETO, L. **Biopolíticas**: as formulações de Foucault. Florianópolis: Cidade Futura, 2010.

FERREIRA, J. R. Depoimento ao Projeto História da Cooperação Técnica OPAS-Brasil em recursos humanos para saúde. Rio de Janeiro: COC/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/jofeEntrevista.htm>>. Acesso em: 4 maio 2011.

FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina (1974). In: VARELA, J.; ALVAREZ-URÍA, F. (Org.). **La vida de los hombres infames**. La Plata: Ed. Acme S. A. C. I., 1996.

OEA. Carta de Punta del Este. Estabelecimento da Aliança para o progresso dentro da estrutura da operação pan-americana. **Rev. Bras. Polít. Int.** (RBPI), ano IV, n. 16, dez 1961. p.157-169.

OPAS/BRASIL. Acordo Para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil (1973). In: BRASIL, MS/MEC/OPAS/FIOCRUZ. **PPREPS – Programa de trabalho**. Brasília: 1976, p.69-79.

PAIVA, C. H. A. **A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-1970)**. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz-OPAS/OMS, 2004. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/file/opas.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2011.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**. 13(3), p. 929-939, 2008.

PELBART, P. P. Apresentação. In: FAHRI NETO, L. **Biopolíticas: as formulações de Foucault**. Florianópolis: Cidade Futura, 2010. p. 13-14

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 – Bireme. **Ciência & Saúde Coletiva**. 13 (3), p. 899-908, 2008.