

DEPOIMENTOS

PADRÕES DE REFORMA SANITÁRIA E POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS: O CASO DA FIOCRUZ*

André Cezar Medici**

1. Introdução; 2. A Reforma Sanitária de Oswaldo Cruz; 3. A Reforma Sanitária de Carlos Chagas; 4. Modernização administrativa e "modelo crítico" na Fiocruz; 5. A formação de recursos humanos nas unidades da Fiocruz; 6. Situação política nacional e política interna da Fiocruz; 7. A politização da técnica; a tecnificação da política; 8. Propostas.

1. Introdução

Este trabalho pretende contribuir para uma discussão acerca da problemática dos *recursos humanos* no âmbito da atual proposta de Reforma Sanitária, considerando o passado, o presente e o futuro da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Como passo inicial, levaremos em conta os principais aspectos comuns e particulares a três propostas de reforma sanitária: a de Oswaldo Cruz, a de Carlos Chagas e a atual reforma sanitária.

Em primeiro lugar, assinalamos a diferença entre as propostas anteriores, de cunho predominantemente técnico-administrativo e organizacional, e a proposta atual. Esta última tem como objetivo fundamental contribuir ativamente para uma progressiva democratização da sociedade, a partir da saúde.

Como ponto comum às três propostas, lembramos que todas foram enunciadas e/ou implementadas por homens que acumularam a chefia da Fiocruz com a chefia de serviços estatais de saúde. A nosso ver, este ponto de semelhança entre as reformas admite várias explicações. Nenhuma delas, porém, poderia negar a grande importância, para a realização de uma reforma sanitária, representada pelo fato de se reunir um instituto de pesquisa e ensino a uma repartição que tenha força para implementar as medidas propostas por aquele instituto. Esta afirmação baseia-se em dois motivos:

a) extrema lentidão das ações do Estado, provocada pela falta de integração entre os organismos componentes da complexa estrutura burocrática brasileira. A reunião de pesquisa e serviços cumpriria o papel de racionalizar tal estrutura burocrática, aumentando a viabilidade do projeto de reforma;

b) exigência, para a concretização de qualquer projeto de saúde pública, do poder de Estado, sem o qual não se pode fazer intervenções amplas na sociedade. A reunião de pesquisa e serviço, ao responder a esta exigência, torna o projeto de reforma factível.

Quanto à questão de recursos humanos, gostaríamos de mencionar que ambas as reformas anteriores, não obstante estarem limitadas a aspectos técnico-adminis-

* Trabalho elaborado em dezembro de 1988.

** Economista; pesquisador no Instituto de Economia Industrial (IEI) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. (Endereço do autor: Rua Morais e Silva, 86/405 - Tijuca - 20271 - Rio de Janeiro, RJ.)

trativos, fizeram alterações no campo de reprodução do saber, introduzindo e/ou alterando métodos de conhecimento. Assim, julgamos que cumpriria à atual proposta de reforma, preocupada como está com a formação de uma “consciência sanitária” na sociedade, uma reforma das consciências e dos métodos de conhecimento na área de saúde.

Quanto à questão histórica, partimos da consideração de que, caso o passado não seja superado, pode exercer uma ação paralisadora sobre o presente. Deste modo, pretendemos demonstrar, através do estudo de alguns pontos da história da Fiocruz (onde se originaram as três propostas), como a formação de recursos humanos reforçou e foi reforçada pelos projetos de reforma anteriores, bem como apresentar as marcas que este passado deixou na atualidade e, ainda, uma proposta de formação de recursos humanos na Fiocruz, coerente como a atual concepção de reforma sanitária.

Não é de nosso interesse fazer juízo de valor ao considerar, para efeito de estudo, as reformas sanitárias anteriores e mesmo a situação atual dos recursos humanos na Fiocruz, mas, sim, tomá-las como padrões e medidas que, um dia aceitos, hoje devem ser superados; caso contrário, correm o risco de se transformar em ruptura e descontinuidade no poder.

2. A Reforma Sanitária de Oswaldo Cruz

No início do século, Oswaldo Cruz chega da Europa influenciado pelo modelo bacteriológico, desenvolvido principalmente na França e na Alemanha. A base deste modelo era constituída pelas cadeiras de microbiologia e parasitologia, numa relação que privilegiava a causação biológica da doença, em detrimento da situação social em que viviam os doentes.

Para definir essa concepção, Oswaldo Cruz teve de enfrentar uma série de problemas. Em primeiro lugar, nessa época, o modelo bacteriológico era uma novidade para os médicos brasileiros que, em sua grande maioria, desconheciam, entre outras coisas, o uso do microscópio. Por outro lado, havia a oposição dos “velhos higienistas” que defendiam, ao mesmo tempo, uma predominância no estudo da causação social da doença e seu prestígio pessoal – detentores que eram de alguns postos nas repartições de saúde e nas faculdades – contra as idéias do jovem e pouco conhecido sanitarista Oswaldo Cruz.

No sentido de divulgar o modelo, o próprio Cruz dava aulas a seus colaboradores e, com isto, conseguiu reunir progressivamente um número cada vez maior de jovens interessados nos novos métodos de conhecimento. A idéia de Cruz era, porém, criar um instituto, nos moldes do Instituto Pasteur de Paris, onde a pesquisa e o ensino fossem desenvolvidos em larga escala. Para tanto, faltavam-lhe prestígio e dinheiro. A oportunidade de realizar tais intenções surgiu em 1930, quando Oswaldo Cruz foi nomeado para dirigir o então Instituto Soroterápico Federal e, logo a seguir, o Departamento Geral de Saúde Pública.

A nosso ver, Cruz foi extremamente hábil no aproveitamento dessa oportunidade, fazendo girar com grande mestria o carrossel prestígio-dinheiro-prestígio. Esta afirmação pode ser comprovada se pensarmos nos motivos que o levaram a construir um castelo imponente, no alto de uma colina, usando quase que exclusivamente material importado, em um estilo arquitetônico pouco comum na cidade do Rio de Janeiro e ímpar, para abrigar uma instituição científica. Poder-se-ia dizer que tal obra se concretizou devido à mera extravagância de Oswaldo Cruz, principalmente se considerarmos que o local da construção, no início do século, era iso-

lado e distante da cidade e, além de tudo, cercado de pântanos e manguezais. Entretanto, se examinarmos outras iniciativas de Cruz, julgamos que sua “excentricidade” pode ser mais bem avaliada.

Nesta linha de pensamento, lembramos a iconografia. Oswaldo Cruz tinha, sob contrato, fotógrafos, aos quais incumbiu de registrar a maioria das atividades do Instituto, isto é, as suas próprias e as de seus colaboradores e discípulos. Assim, temos hoje um rico acervo que inclui, entre outras coisas, a construção do castelo, desde seu início. Por outro lado, deve-se levar em conta que tudo isto estava ocorrendo no Rio de Janeiro no início do século, palco maior do arrivismo, onde fortunas se faziam “da noite para o dia”. Num momento em que não mais existiam os títulos honoríficos do Império, possuir ou construir uma tradição era particularmente importante. Ora, uma das razões para a grande difusão da fotografia entre a burguesia emergente repousava exatamente na possibilidade de servir como prova da posse de bens, amigos e, em especial, de um passado (ainda que próximo) de valor, ou seja, na possibilidade de criar uma tradição para o seu possuidor.

Outro ponto que vem ao encontro das nossas afirmações é o fato de os discípulos de Cruz se autodenominarem seguidores da Escola de Manguinhos. Não importava tanto se o faziam conscientes ou não, mas, de qualquer modo, isto lhes conferia uma legitimação e peso maiores para enfrentar, por exemplo, as críticas provenientes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, esta sim, uma escola na acepção exata do termo. Esclarecemos que não estamos afirmando que Oswaldo Cruz tivesse total clareza quanto às conseqüências de suas iniciativas mas, por outro lado, também nos parece muito pouco provável que tudo que acabamos de expor tenha sido meramente casual.

Julgamos que a “excentricidade” de Oswaldo Cruz tinha limites objetivos mais precisos do que comumente se pensa. Seja como for, a história nos mostra que rendeu bons dividendos e não o impediu de, além de ser um brilhante cientista, acumular a direção do futuro Instituto Oswaldo Cruz (IOC) com a Direção Geral de Saúde Pública (DGSP). Assim, Cruz dirigiu o então Instituto Soroterápico de 1903 a 1917 (data de sua morte), e a DGSP de 1903 a 1909.

Na direção da DGSP, sempre apoiado nas concepções da bacteriologia, Cruz realizou as campanhas contra a febre amarela, peste e varíola na cidade do Rio de Janeiro. Inicialmente, enfrentou a oposição de vários grupos sociais, cujo episódio mais grave foi a Revolta da Vacina, na qual morreram e ficaram feridas centenas de pessoas. Com a queda dos índices dessas doenças a níveis mínimos, seu prestígio junto à população, bem como ao aparelho de Estado, cresceu muito, tanto mais porque, ao livrar o Rio de Janeiro – sede do poder e maior porto do Brasil – de doenças que representavam uma barreira para o comércio, respondia aos interesses da economia agroexportadora, dominante à época.

Rapidamente esse prestígio converteu-se em verbas para o Instituto Soroterápico Federal que, em 1907, passaria a ser chamado Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, trazendo no nome o eixo do saber que norteava o método de conhecimento de Cruz. Os prêmios internacionais recebidos também por volta de 1907, principalmente na França e na Alemanha, viriam a aumentar ainda mais o prestígio de Cruz e de seu Instituto.

O que se seguiu foi a aliança do prestígio político e científico com a criação de uma base econômica própria, decorrente da venda de vacinas, prestação de serviços a governos estaduais e indústrias (principalmente de energia elétrica e transportes). Em meio a esta expansão, Oswaldo Cruz formalizou seu projeto de formação de recursos humanos, criando os Cursos de Aplicação, em 1908, por meio

dos quais assegurou-se a reprodução do saber em larga escala e reforçou-se o método de conhecimento, quer através de sua simples divulgação, quer por novas descobertas. Por fim, mas não menos importante, sucedeu a Cruz seu aluno Carlos Chagas, que imprimiu não só a continuidade mas a renovação dos projetos desenvolvidos por Oswaldo Cruz.

3. A Reforma Sanitária de Carlos Chagas

Com a morte de Oswaldo Cruz, em 1917, o Instituto Oswaldo Cruz passa a ser dirigido por Carlos Chagas, seu discípulo, que se mantém nesse posto até 1934. Chagas vai acumular este cargo com a chefia da recém-criada Diretoria Nacional de Saúde, durante os anos de 1920-26. Esse órgão surgiu a partir da Direção Geral de Saúde Pública, recebendo o nome *nacional* para marcar a intenção federal de expandir sua área de atuação sobre os estados, no campo da saúde.

Tal fato, que parece demonstrar um maior cuidado do Governo com essas questões indica, porém, ao mesmo tempo, uma tendência crescente à centralização e ao autoritarismo, ainda mais forte do que a existente na época de Cruz. Semelhante à reforma anterior, esta visava essencialmente promover mudanças técnico-administrativas e organizacionais. Este objetivo foi inteiramente alcançado, perdendo em muito, porém, quanto à eficácia de suas ações, se comparada à Reforma Cruz.

Com relação às diferenças, estas são muitas e marcantes. Em primeiro lugar, cabe considerar a conjuntura em que ocorre esta reforma. O período Chagas transcorre entre duas guerras mundiais; a presença dos EUA torna-se dominante e cada vez mais forte no Brasil e no mundo; tem lugar a Revolução de 1930, isto somente para nomear alguns fatos capitais para a compreensão deste momento histórico.

Uma das principais – senão a mais importante – características presentes no campo da saúde no período parece ter sido a tendência a quantificar. De fato, quantificar para conhecer era a palavra de ordem. Esta orientação foi levada a tal ponto que se poderia dizer que, dos anos 20 aos anos 40, no Brasil, quantificar um determinado fenômeno significava a primeira e melhor forma de conhecê-lo, não importando qual fosse o fenômeno. Uma série de fatos ocorridos nessa época, vinculados direta ou indiretamente à saúde, levam-nos a este raciocínio. Para citar apenas alguns: a implantação do Sistema de Hollerit; os cálculos atuariais para as seguradoras: Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) e Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP); os novos métodos de organização racional do trabalho; os crescentes interesses econômicos internacionais no Brasil, levando a uma série de inquéritos na área de saúde, como demonstra a I Conferência Nacional de Saúde; os interesses estratégicos decorrentes da II Guerra Mundial e o próprio modelo de saúde pública americano, transportado para o Brasil, que procurou aplicá-lo de forma literal, ou seja, sem maiores adaptações à nossa realidade.

A partir da Reforma Chagas inicia-se um processo que levará o IOC a se distanciar cada vez mais dos problemas concretos de saúde do Brasil. Estes passam a ser respondidos pelas diversas repartições de saúde do Estado brasileiro. Por sua vez, o Estado passa a tomar o IOC como uma torre de marfim, desprestigiando seu trabalho e atribuindo importância financeira e política cada vez maior à área de serviços. No ano de 1925 são criados cursos para formar os novos profissionais necessários para levar adiante a reforma. É também criada a carreira de sanitaria, título obtido pelo profissional que houvesse feito o referido curso.

Estamos falando da origem do Curso de Saúde Pública que, inicialmente, era

ministrado parte na Universidade do Brasil (atual UFRJ) e parte no IOC. O curso introduziu, ao lado das disciplinas de “ciências básicas”, dadas no IOC, as disciplinas de administração e organização dos serviços, legislação sanitária e higiene industrial. Terminava por introduzir, no bojo dessas cadeiras, temas das ciências sociais, epidemiologia e uma série de noções do que se chama hoje de “planejamento normativo”, além de uma grande ênfase na bioestatística.

Progressivamente vai-se acirrando a disputa acerca de quem faz “ciência” entre os profissionais, terminando pela “aceitação” de que o IOC faz “pesquisa básica” e alguns setores dos serviços fazem “pesquisa aplicada”. O modelo americano adotado tinha vantagens ao propor uma melhor capacidade de administrar o conhecimento em face do baixo grau de organização da pesquisa. Esta questão está na origem da clivagem entre “pesquisa básica” e “pesquisa aplicada”. Historicamente pode-se pensar que a adoção desse modelo, em prejuízo da pesquisa básica no Brasil, reforçou a nossa dependência tecnológica, o que trouxe conseqüências diretas e indiretas no agravamento das condições de saúde da população.

Em 1941, com a Reforma Barros Barreto – que pode ser encarada como reforma administrativa, na medida em que só fazia levar adiante o modelo anterior dentro de uma nova organização dos serviços – é criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS), em cuja direção Barreto permanece até 1946. Fundamentalmente preocupado com a organização dos serviços e formação de recursos humanos para levá-los adiante, Barreto cria os cursos descentralizados de saúde pública ainda em 1941, destinados a suprir a “crônica carência de profissionais habilitados para fazer frente aos problemas sanitários nacionais”.

Naquele período, o Dr. Ernani Braga passa a ser Secretário Geral do DNS, e os Drs. Achilles Scorzelli e Edmar Terra Blois ocupam diferentes chefias no mesmo órgão. Todos, principalmente o Dr. Ernani Braga, lutam pela concretização de uma Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), não nos moldes acadêmicos e ligada à universidade, mas sim pragmática e ligada diretamente ao Ministério da Educação e Saúde, visando, como produção fundamental, a formação de médicos generalistas com ênfase na organização dos serviços.

A Ensp é fundada em 1954; começa a funcionar em 1959, passando a ocupar seu prédio atual em 1966. Os três profissionais acima mencionados – Braga, Blois e Scorzelli – viriam a ser os primeiros diretores da Escola de Saúde Pública. Pode-se afirmar que até a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em dezembro de 1963, não houve maiores alterações na área de saúde. As propostas contidas na III CNS poderiam servir de base a uma nova reforma sanitária, mas sua proximidade com o início do período da ditadura militar impediu a concretização de tal fato. O panorama só vem a se modificar nos anos 70, com as unidades que hoje compõem a Fiocruz inteiramente fragmentadas.

4. Modernização administrativa e “modelo crítico” na Fiocruz

No início dos anos 70, aprofunda-se o processo de crise interna no setor saúde, cuja falência generalizada tem impactos diversos e deixa espaços para o surgimento de críticas e de propostas alternativas para o desempenho do Estado nesse setor. Tal fato possibilita que novos grupos tenham acesso ao poder, até então reservado para a burocracia da confiança do governo militar.

Dentro deste contexto, a partir de 1976 a Fiocruz começa a receber um impulso modernizador das reformas institucionais do Governo Geisel, refletidas no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) e na V Conferência Nacional de Saúde.

Esta última propõe uma recuperação da Fiocruz, através do Plano de Reorientação Programática, aprovado pelo Ministério da Saúde no primeiro trimestre de 1976. Desse processo resultou a criação de novas unidades como a Bio-Manguinhos, e a integração de outras já existentes, como a Ensp, o Instituto Farmacológico de Manguinhos (Far-Manguinhos) (criado em 1957 e integrado em 1970) e, posteriormente, o embrião do que seria o atual Instituto Nacional de Controle de Qualidade e Saúde (INCQS) (fundado em 1981).

Ao mesmo tempo, durante a V CNS, rediscute-se o papel do Ministério da Saúde dentro do recém-criado Sistema Nacional de Saúde. Resulta daí um processo de modernização institucional do Ministério, o que abre espaço para a veiculação de novas idéias e a formação de novos grupos, que viriam defendê-las. Este processo tem repercussões na Fiocruz e, particularmente, na Ensp, onde quadros, dos quais fazem parte Sérgio Arouca e outros, passam a formular um “modelo crítico”, que orientaria as transformações posteriores. A partir da V CNS, começam a recuperar-se lenta e fragmentadamente, algumas das propostas enunciadas na III CNS, de dezembro de 1963.

Com o agravamento da crise econômica e social dos anos 80, tal “modelo crítico” ganha cada vez mais espaço não só na “academia”, mas também no movimento corporativo e em determinados setores da burocracia estatal. A Ensp foi o laboratório de novos currículos dos cursos de saúde pública, com a introdução de conteúdos de planejamento, ciências sociais e epidemiologia, em uma abordagem que vinculava a solução dos problemas de saúde à necessidade de mudanças sociais. As políticas e instituições de saúde passavam a ser o substrato da crítica ao modelo vigente, e qualquer transformação levaria, obviamente, a mudanças no quadro institucional. A Ensp assumiu o papel de formadora dos recursos humanos necessários à concretização desse modelo, capacitando quadros técnicos a assumir posições dentro do aparelho de Estado. Ao mesmo tempo, os movimentos corporativos encarregavam-se de criticar externamente as políticas de saúde, legitimando os novos quadros para propor mudanças no sistema. Um problema que já se colocava era quanto ao perfil desse novo quadro técnico: acadêmico ou voltado para o gerenciamento dos serviços.

Em 1985 esse quadro é profundamente alterado com a posse de Sérgio Arouca na presidência da Fiocruz, Hésio Cordeiro na presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) e Eleutério Rodrigues Neto na secretaria geral do Ministério da Saúde. Em 1987, Sérgio Arouca assume a Secretaria de Saúde e Higiene do Estado do Rio de Janeiro, o que configura uma situação similar à de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. Ainda em 1987, este processo estendeu-se com a posse dos novos governadores eleitos e a nomeação de secretários estaduais de saúde com forte base de apoio junto aos partidários do “modelo crítico” que, pouco depois, passaria a ser conhecido como “movimento sanitário”, englobando a “academia”, as corporações e os serviços. Dessas três esferas acima citadas, criou-se o consenso em torno da proposta de um novo Plano Nacional de Saúde que, partindo da universalização das ações e equidade no atendimento, com comando único descentralizado em cada nível de governo, buscava, através do aumento da participação política na saúde, melhorar o quadro social da população e, por fim, transformar a própria vida nacional.

Esses objetivos constituíam o núcleo do que se chamou de reforma sanitária, coroadada na VIII Conferência Nacional de Saúde. As demandas trazidas pelo processo de reforma sanitária encarregaram-se de resolver a questão da orientação dos novos currículos, privilegiando a problemática dos serviços.

A reprodução de quadros técnicos nas instituições tradicionalmente financiadoras da prática acadêmica reforçava ainda mais o pragmatismo dos currículos com relação aos serviços. Além disso, instituições que não tinham tradição no financiamento de atividades acadêmicas, como o Inamps, passaram a ser senão a maior, uma das grandes repassadoras de recursos para tais atividades. Por outro lado, uma vez que essas instituições repassadoras tinham seus próprios interesses, o currículo da “academia” ficava distanciado das necessidades imediatas de formação para atender à ocupação de novos postos de trabalho.

A partir daí, houve pressões indiretas, dada a própria dinâmica institucional, no sentido de adequar os currículos dos cursos de saúde pública à demanda imediata dos serviços. Como isto não fosse possível a curto prazo, o próprio Inamps passou a contratar os serviços do chamados Núcleos de saúde coletiva (Nescon, Nesp, etc.), no sentido de fornecer cursos de especialização de curto prazo, com um duplo objetivo: legitimar o processo de reforma sanitária em andamento, junto aos quadros técnicos intermediários das instituições públicas federais, estaduais e municipais e transmitir conhecimentos ligados à operacionalização das propostas da reforma.

Envolvendo, em grande medida, os recursos humanos da Ensp, comprometidos técnica e politicamente com o processo da reforma, é possível supor que tal processo tenha tido conseqüências na própria redefinição dos currículos da Ensp.

Ao mesmo tempo que a Ensp retornava a seus objetivos originais – formação de recursos humanos para a área de serviços – agora desconhecidos e rejeitados por seus atuais quadros, boa parte da experiência acadêmica e, assim, sua especificidade no âmbito das instituições brasileiras de pesquisa, eram esvaziadas. Além disso, agora, os cursos dados pela Ensp não atendiam mais a seus próprios interesses, os quais se perderam nesse processo de aproximação com os serviços, ou seja, de aproximação com a sua própria origem.

Os anos 70 marcam, também, o processo de estruturação das unidades que delinham o atual arcabouço institucional da Fiocruz. Através de uma série de decretos presidenciais, as unidades da Fiocruz e, particularmente, a Escola Nacional de Saúde Pública são integradas, junto com o IOC, ao complexo institucional de Manguinhos.

Tal integração vai reacender a polêmica histórica entre ciências básicas e ciências aplicadas, dentro de uma conjuntura de crescimento econômico marcada pelo debate em torno da geração, desenvolvimento e difusão tecnológica nacional.

A divisão de competências entre o papel técnico e o papel político de ambas as instituições vai privilegiar a Ensp na busca e obtenção de maiores recursos, enquanto o IOC fica restrito à obtenção dos poucos financiamentos de agências internacionais, destinados a países subdesenvolvidos e sem tradição de pesquisa, pois são claros, neste período, a concentração e o desenvolvimento dos grandes centros de pesquisa nos países centrais.

Sem maiores ligações com a indústria brasileira e impossibilitado de desenvolver tecnologia de ponta, não é difícil pensar que o IOC tendeu a se transformar em uma instituição caracterizada pela forte presença de “intelectuais tradicionais” (na ótica política) e cientistas defasados (quanto ao desenvolvimento científico e tecnológico).

O contraste entre a progressiva politização da Ensp e o isolamento tecnicista do IOC vai acirrar-se na ocasião da fusão das duas instituições. Ao nível do senso comum, o IOC representa a Ensp como uma escola de formação de “servidores públicos”. Por outro lado, a Ensp representa o IOC como um mero “laboratório

de medicina tropical”, o que, pela própria noção de determinismo geográfico da doença, aos olhos da Ensp, tem um caráter depreciativo e anacrônico.

O mais interessante é que ambas representações correspondiam à realidade dessas instituições no momento da sua origem. O que se passa é que o bloqueio de informações entre elas se estabeleceu há pelo menos três décadas. Isso se reflete nas propostas de apoio político e financeiro externo: a Ensp refere sua auto-imagem aos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, enquanto que o IOC se espelha no Ministério da Ciência e Tecnologia.

A proximidade de métodos e técnicas de unidades como Bio-Manguinhos, Far-Manguinhos, INCQS e IOC gera uma certa identificação que tende a se transformar em coesão ao se estabelecer o contraste dessas instituições com a Ensp. Assim, é praticamente impossível que tais unidades se reconheçam como co-partícipes de uma mesma área de atuação – a de saúde pública – ou provavelmente qualquer outra, no confronto com a Ensp.

Cabe mencionar ainda o desenvolvimento do Instituto Fernandes Figueira (IFF) no âmbito da Fiocruz. Fundado em 1924, foi o principal órgão do Departamento Nacional da Criança que, por sua vez, foi motivo de grandes controvérsias pelo fato de se constituir em um departamento autônomo, independente do Departamento Nacional de Saúde, criado nos anos 30 e organizado nos anos 40 por Barros Barreto. Tal importância apoiava-se na prioridade dada pelo Governo Vargas à área de saúde da mulher e da criança e à modernidade do campo da puericultura, na época.

Dois fatos distinguem o IFF na estrutura da Fiocruz. Primeiramente, seu isolamento geográfico do campus de Manguinhos, apesar de situado na cidade do Rio de Janeiro. Em segundo lugar, sua forte inserção na prestação de serviços de saúde, tendo, inclusive abrigado a Ensp – originada também no âmbito dos serviços – em seus primeiros anos de funcionamento.

O IFF vai manter-se à margem de todo o pensamento produzido na Ensp, seja quanto à assistência médica, seja quanto à determinação social da doença. Assim, evolui como hospital especializado, procurando acompanhar os avanços da medicina no campo da pediatria.

5. A formação de recursos humanos nas unidades da Fiocruz

Atualmente, três unidades da Fiocruz possuem pós-graduação *stricto sensu*: IOC, Ensp e IFF. Em outras unidades como Bio-Manguinhos, Far-Manguinhos e INCQS, a formação de recursos humanos não é feita na Fiocruz, estando assim sujeita às linhas impressas por diferentes organismos nacionais e/ou internacionais. Nesse sentido, a formação de quadros para essas unidades depende do “estado da arte” desenvolvido fora do âmbito da Fiocruz, o que traz repercussões tanto no nível técnico como no político. Cabe ressaltar ainda a carência de quadros dirigentes nessas unidades, o que restringe a condução política desses órgãos.

O IOC possui, desde 1908, o Curso de Aplicação, criado por Oswaldo Cruz. Tal curso, inicialmente destinado a consolidar e difundir a bacteriologia como área de conhecimento e base para intervenção médica na sociedade, tem formado não só quadros de pesquisa para o próprio IOC, como também para outras instituições do país. Sem maiores compromissos com qualquer tipo de proposta política, esse curso tem-se voltado mais recentemente para a formação de recursos humanos para fora.

A estrutura do curso pouco se alterou desde a época de sua fundação, incorporando apenas as novas técnicas desse campo de conhecimento, mas sem chegar a um “modelo” estruturado de investigação.

Em 1980 foi criado o Curso de Mestrado no IOC. O ingresso nesse curso tem como pré-requisito a conclusão do Curso de Aplicação, com a duração de um ano, onde o pretendente passa pelos vários departamentos que compõem o IOC e elabora um projeto de dissertação a ser submetido a uma banca examinadora, para a seleção ao mestrado. Em 1986 esse mestrado foi subdividido em dois cursos distintos: biologia parasitária e medicina tropical.

Recentemente o IOC abriu vagas para o Doutorado em Medicina Tropical, com apoio financeiro e institucional do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A partir de 1987, o Curso de Aplicação (atualmente chamado de Curso Básico) foi suspenso visando ser repensado por uma comissão composta por membros do IOC. No conteúdo curricular não há qualquer disciplina referente à área de ciências sociais, planejamento ou políticas de saúde, o que torna o curso totalmente impermeável e até mesmo reativo a qualquer estratégia de reforma institucional no setor saúde. Além disso, a defasagem de tecnologia faz com que o curso não consiga cumprir seus próprios objetivos específicos. Por fim, mas não em menor importância, a forte estrutura hierárquica do IOC impede que os segmentos mais jovens consigam ter uma influência mais marcada na direção do órgão.

A Ensp, como instituição marcadamente de ensino, possui cursos de extensão desde a sua origem. Inicialmente, tais cursos visavam formar recursos humanos para os serviços de saúde. Até o período “sanitarista-desenvolvimentista” (início dos anos 70), não sofreram grandes modificações curriculares, pouco diferindo da formação dada aos profissionais do período “sanitarista-campanhista” (até início dos anos 60).

A partir da segunda metade da década de 70, os cursos de especialização e o Curso Básico de Saúde Pública, assim como os cursos descentralizados, foram direcionados para absorverem um maior conteúdo ideológico, a fim de cumprir a estratégia contida no “modelo crítico”. Também nesse período iniciam-se os cursos de pós-graduação *stricto sensu*, como o Mestrado em Saúde Pública e, posteriormente, já nos anos 80, o Doutorado em Saúde Pública. Tais cursos foram, por excelência, os produtores e difusores do “modelo crítico”, conferindo à Ensp seu atual perfil acadêmico.

Com o advento das propostas de reforma sanitária, os cursos da Ensp têm perdido capacidade de responder às demandas imediatas por recursos humanos para os serviços e também têm visto aumentar a defasagem entre saber acadêmico e conteúdo curricular.

As dissensões interdepartamentais têm contribuído para uma atomização dos cursos, bem como para o afastamento da proposta política da reforma sanitária, impedindo que a Ensp tenha maior papel na definição do novo recorte necessário para uma política de formação de recursos humanos adequada à nova proposta política.

Paralelamente, o abandono dos estudos teórico-conceituais, em proveito das pesquisas de corte operacional institucional, vem empobrecendo o arsenal de conhecimento disponível para implementar as mudanças em curso. Cabe ainda ressaltar que a polêmica surda em torno dos modelos teórico-conceituais tem levado a uma absorção parcial e incompleta dos marcos teóricos de distintas correntes, impedindo o desenvolvimento de estratégias operacionais, principalmente nas áreas

de planejamento e ciências sociais. Ao mesmo tempo, um descarte apressado do “biológico” tem levado a processos similares na área de epidemiologia. Em suma, os cursos não conseguem cumprir nem mesmo os objetivos que fixaram no período anterior e menos ainda os novos objetivos. As críticas apresentadas pelas comissões de alunos referendam tais afirmações.

Em 1988 tem início no IFF o Mestrado de Pediatria Social. A partir da própria história desse órgão, e de seu afastamento político das propostas do “modelo crítico” e, por extensão, da reforma sanitária, o IFF delineou um perfil de recursos humanos inteiramente distante das propostas políticas em curso. O desempenho dos delegados no recente Congresso Interno da Fiocruz parece indicar que os objetivos do referido curso estão voltados ao fortalecimento dos quadros internos da unidade, o que abre espaço para um possível conflito corporativo posterior. Nessa hipótese, o curso teria por consequência o papel de legitimar academicamente os recursos humanos do IFF frente ao conjunto da Fiocruz, fortalecendo o espaço de oposição à própria proposta de reforma sanitária, questão que é mais grave quando se pensa que tal curso pode concorrer para o fracionamento da coesão interna da Fundação.

Outro ponto é que essa política de formação de recursos humanos, desenvolvida pelo IFF, pode ameaçar o próprio processo de enfrentamento da cooperação técnica da Fiocruz com os estados, no sentido de difundir a reforma sanitária.

Todas essas evidências, advindas das desordenadas estratégias de formação das unidades, indicam a ausência de uma política definida de recursos humanos na Fiocruz. Indicam também a falta de percepção da importância de tal política para a produção de um consenso interno, vital, não só para a implementação da reforma sanitária como para a própria condução política da Fiocruz. A política de recursos humanos tem de ser encarada como parte indissociável da estratégia de hegemonia das propostas políticas em curso.

6. *Situação política nacional e política interna da Fiocruz*

Após um período inicialmente favorável na área estatal, correspondente aos primeiros anos da Nova República, seguiu-se um franco retrocesso na condução política do setor, consubstanciado, ao nível federal, na posse dos novos ministros da saúde, previdência social e ciência e tecnologia. O processo contra a acumulação de cargos – de Secretário de Saúde e Presidente da Fiocruz – por Sérgio Arouca, em 1987, situação similar à vivida por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, em diferentes graus de intensidade, durante a condução das respectivas reformas sanitárias; a demissão de Hésio Cordeiro da presidência do Inamps e a substituição de outros cargos de importância na condução das políticas de saúde geraram forte instabilidade nos mecanismos “externos” de condução da proposta de reforma sanitária.

Ao mesmo tempo, a intensificação do descrédito na condução do Estado engendrou uma estratégia defensiva de “guerra de posição” a fim de manter os espaços conquistados. Tal estratégia, se por um lado apresenta a vantagem da sobrevivência do projeto político, pode levar à diluição do mesmo com relação aos seus objetivos iniciais. Este fato é ainda agravado pelos tipos e pelo grau de compromisso das alianças contraídas, o que não é feito sem ônus, que se materializam no fracionamento dos grupos de apoio.

O fato de a Fiocruz ter sido uma das poucas – ou talvez a única – instituições federais a permanecerem formalmente intactas nesse processo de desmonte das

instituições disseminadoras de idéias progressistas fez com que se tornasse o espaço privilegiado de acirramento da “guerra de posição”. Nesse sentido, é preciso cuidado para que os ônus não paralitem o processo. A instabilidade decorre da incerteza quanto à possibilidade de se manter, a longo prazo, essa aparente solidez. Corre-se o risco de, uma vez rompida essa formalidade, ocorrer um retrocesso oriundo de uma maior transparência da realidade conflitiva contida no interior das unidades.

A tendência de o fracionamento dos interesses das unidades sobrepujar os interesses da Fiocruz como um todo passa a ser uma ameaça decorrente da própria estratégia de “guerra de posição”. Conseqüentemente, se não se controem alternativas viáveis de transformar essa guerra de posição em guerra de movimento, dentro dos estreitos limites permitidos pelas alianças, corre-se o risco de uma progressiva feudalização dos interesses das unidades e, em última instância, da ingovernabilidade da instituição.

É inegável que o Congresso Interno¹ foi uma estratégia adotada no sentido de evitar esses efeitos negativos. Porém, seus desdobramentos estão ocorrendo de forma extremamente lenta – no momento em que se luta contra o tempo – dando a idéia de que a feudalização está em curso.

As vantagens que poderiam ser capitalizadas em decorrência do processo correm o risco de se transformarem em motivo de descrédito, caso não se apontem formas de integração dos interesses das diferentes unidades. A ausência de quadros técnicos e a impossibilidade de contratação trazem à baila a necessidade de uma política de formação de recursos humanos, que se torna imprescindível como um dos mecanismos de integração de propostas gerais e interesses das unidades.

A formação de pessoal, nesse contexto, é uma questão estratégica, pois representa um dos mais importantes elos na reprodução e implementação de políticas e conhecimento para operacionalizá-las.

A questão aqui consiste em saber: como associar os profissionais (ou melhor, em torno de que propostas concretas) e fortalecer sua competência técnica e administrativa? Este ponto é de capital importância, porque não se pode mudar os rumos institucionais sem a sua participação. É preciso recuperar a mística da instituição, tendo em vista possibilitar uma compreensão globalizante, e não apenas atomizada do processo. Caso não se criem condições, o compromisso desses profissionais, bem como a política institucional, não irão além da praxe. A formalidade de tal compromisso fica patente nos momentos de crise, quando se dá lugar às conhecidas práticas defensivas do corporativismo. Pequenos exemplos do que acabamos de mencionar foram tornados públicos durante o recente Congresso Interno da Fiocruz.

Uma vez que não há automatismo entre descentralização e controle democrático, a questão da formação/conscientização dos recursos humanos é fundamental para um redimensionamento da gestão, condução e integração das unidades, pois caso se descentralize a gestão das unidades e não haja possibilidade de um controle interno mais democrático – o que implica rotação de funções, que, por sua vez, implica a existência de um certo número de quadros, principalmente dirigentes –, corre-se o risco de uma “feudalização” e conseqüente desintegração ainda maior do que a já existente e diagnosticada no Congresso Interno da Fiocruz.

¹ O Congresso Interno, realizado em 1988, envolvendo os funcionários de todas as unidades da Fiocruz, teve por objetivo delinear os caminhos e as estratégias institucionais para a Fiocruz dos anos 90.

7. A politização da técnica; a tecnificação da política

Sob a denominação pesquisa básica e pesquisa aplicada, costumam ser derivados, ao nível do senso comum, os papéis técnicos e políticos das unidades da Fiocruz. Órgãos como o IOC, Bio-Manguinhos, Far-Manguinhos, potencialmente produtores de conhecimento no campo da pesquisa básica, deteriam, por assim dizer, o “monopólio da técnica”, enquanto a Ensp, negociadora e divulgadora das estratégias de planejamento e administração, a partir dos instrumentos gerados pelas ciências sociais e pela epidemiologia, deteria o monopólio da política setorial.

Mesmo que se possa pensar que tal ordem de interpretação é “mecanicista” e fictícia, nada impede que tal modelo oriente o pensamento e a prática dessas instituições. A realidade, no entanto, coloca contradições que mostram o caráter mítico desta aparente “divisão do trabalho”.

Há claros interesses empresariais, governamentais e internacionais associados ao papel econômico, político e estratégico que determinados espaços do conhecimento científico efetivamente detêm. Não é à-toa que se pode ler no relatório de atividades do IOC, referente ao ano de 1986, a cooperação do IOC com a Indústria Brasileira de Material Bélico (Imbel) na aquisição de cepas de fungos cultivados no IOC, ao lado da oferta de cursos a oficiais e sargentos, alunos da Escola de Instrução Especializada do Exército, nas áreas de microscopia, microbiologia e imunologia. Deve-se observar a importância deste fato dado que, em passado recente, mais especificamente na gestão Rocha Lagoa no Ministério da Saúde, a Fiocruz foi pensada como um espaço estratégico para a produção de armas bacteriológicas. Da mesma forma, a Fiocruz se vê envolvida em diversos contratos internacionais de compra de *know-how* como, por exemplo, na área de imunobiológicos, nem sempre os mais vantajosos para si mesma.

As áreas de ponta e, portanto, estratégicas do conhecimento – como a política de biotecnologia e o controle e processamento de dados, a partir da informática – colocam um novo dilema: o de democratizar e incorporar essas novas técnicas nas práticas de gerenciamento setorial ou o maior insolamento interno e fracionamento de poderes entre as unidades. O processo de tomada de decisão sobre qual o rumo a seguir passa, necessariamente, pela presidência da Fiocruz, necessitando de uma integração de seus órgãos de linha e assessoramento.

Caso seja adotada a primeira alternativa – a democratização do conhecimento e a incorporação dessas técnicas às políticas de saúde – a Ensp, certamente, terá um papel crucial na definição de prioridades e no estabelecimento de programas de desenvolvimento aplicativo das mesmas, nos marcos da reforma sanitária. Caso contrário, o encastelamento dessas técnicas certamente levará a Fiocruz, em conjunturas desfavoráveis, a colaborar com a produção e venda de *know-how* em circunstâncias distintas dos reais objetivos da instituição. Deve-se frisar que isto poderia representar não só uma privatização do interesse público, como também um afastamento dos compromissos com a democratização da sociedade e com a própria política de saúde.

É verdade que muitos organismos nacionais e internacionais – como a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), CNPq, Inamps, Organização Pan-Americana Sanitária (Opas) e Organização Mundial de Saúde (OMS) – têm contribuído para financiar atividades estratégicas, seja na área de “ciência básica”, seja na de “ciência aplicada”. No entanto, a decisão quanto à alocação interna desses recursos merece uma melhor discussão, a fim de saber quais as atuais prioridades e co-

mo elas se integram num projeto global da Fiocruz. A ausência desta discussão traz sérias conseqüências, tais como:

- a) as negociações desses recursos são feitas de forma atomizada e reforçam a autonomia de certas unidades, quando não são desejadas, ao mesmo tempo que aumentam a dependência de outras, quando uma maior autonomia se faz necessária;
- b) a percepção é dificultada e se torna um obstáculo para o consenso interno quanto aos objetivos da Fiocruz como um todo;
- c) forma-se um círculo vicioso de dependência da Fiocruz aos recursos repassados por essas financiadoras e, pela falta de clareza nos objetivos, eles passam a ser distribuídos segundo o poder de barganha e o *status* corporativo da unidade, tanto internamente (no sistema de poder da Fiocruz) quanto externamente (junto às agências financiadoras).

Em suma, com isso reforçam-se a burocracia e o jogo de interesses das agências em detrimento dos objetivos globais da instituição, no campo da produção de conhecimento e processos de gestão do sistema de saúde.

Atualmente, o progressivo desmonte das agências nacionais de financiamento da ciência e tecnologia e as oscilações políticas do Estado brasileiro apontam para a busca de financiamento junto à iniciativa privada. Informalmente sabe-se que a orientação do atual ministro da Ciência e Tecnologia é fomentar o financiamento público a tais atividades no setor privado (em detrimento das instituições públicas) e estimular, através de incentivos fiscais, o repasse de recursos das empresas às universidades e aos institutos de pesquisa. Certamente, com esta estratégia, somente unidades com o perfil do IOC teriam garantido o seu quinhão de recursos e as pesquisas na área de saúde pública deixariam de ser um espaço privilegiado das dotações de pesquisa.

Esse desequilíbrio orçamentário entre as unidades poderá traduzir-se, em última instância, na perda de órgãos por parte da Fiocruz (como poderia ser o caso do IOC) para outros ministérios, idéia que, ao fim e ao cabo, já foi ventilada em outras conjunturas. Deve-se lembrar que a existência da Fiocruz, tal qual a conhecemos hoje, tem apenas 18 anos e foi organizada autoritariamente por meio de decretos da ditadura militar. Antes desse período, a Ensp era uma fundação autônoma, dividindo com a Fiocruz apenas o campus de Manguinhos.

8. Propostas

Uma proposta efetivamente inovadora no campo da formação de recursos humanos, nos marcos da atual reforma sanitária, passa, antes de tudo, por uma rediscussão da dimensão do campo da saúde coletiva. Vive-se um período transicional, onde o “modelo crítico” cumpriu o papel de formar recursos humanos para ocupar espaços no aparelho de Estado. No entanto, ocupados tais espaços, persistem lacunas reais no sentido de operacionalizar transformações a partir deles. Isto porque o “modelo crítico” abriu espaços para que fossem lançadas as bases da reforma sanitária. Esta, no entanto, não se viabilizou ainda, dado que não se criaram espaços políticos para que um modelo de reforma sucedesse o modelo crítico que, como vimos, cumpriu o seu papel. Estando a reforma sanitária aparentemente “sem pai”, ela corre o risco de ser assumida por qualquer “padrasto”, o que só poderia ser evitado caso fossem construídos, prévia e paralelamente, um projeto político e um projeto técnico.

Ao mesmo tempo, o conhecimento científico no campo da saúde continua a avançar, seja no que diz respeito a novas técnicas, seja no campo dos métodos de

planejamento e organização dos serviços. A integração de novos campos de conhecimento (biotecnologia, química fina, informática) e novas áreas de domínio conexo (demografia, filosofia, economia) faz com que a transdisciplinaridade da saúde coletiva aumente em termos reais (inclusive nos estudos e pesquisas) sem que isso tenha transformado os currículos dos cursos na área de saúde.

A essa questão somam-se as lacunas deixadas pelo “modelo crítico”, tais como o “desinteresse” pelo “biológico” e a assimilação incompleta das contribuições de novas correntes das ciências sociais. Inclui-se também, neste caso, a atrofia dos métodos e das técnicas de administração diante do crescimento das preocupações epistemológicas e operacionais com a questão do planejamento. Em outras palavras, o planejamento enquanto disciplina capaz de traduzir em “racionalidade” o modelo crítico ofuscou a importância da administração enquanto forma de operacionalizar os serviços a partir da conquista dos espaços. Esta última questão ficou patente na dicotomia entre o discurso e a prática sobre o tema “financiamento”, desde a VIII Conferência até o final do processo constituinte, onde a importância do tema foi paulatinamente sendo relegada a planos inferiores. Com isso, foram criados grandes obstáculos à construção das estratégias financeiras de implantação da reforma sanitária, como se verifica hoje no Suds.

Esses fatos deixam claro que existe uma defasagem entre as metas e os meios de que se dispõe na atual estratégia de reforma sanitária. Diante disso, o delineamento de uma política de recursos humanos pode contribuir para a redução dessa defasagem, desde que se parta de uma concepção de saúde coletiva que abranja todos esses novos temas e desafios.

A Fiocruz, por todas as características descritas anteriormente, pode-se tornar um espaço de liderança, pela construção de um novo modelo integrado de formação de recursos humanos, na área de saúde coletiva e na viabilização da reforma sanitária.

Os cursos de pós-graduação da Fiocruz são pensados, neste trabalho, como meio para formar canais privilegiados de disseminação da atual concepção de reforma sanitária. Uma política de recursos humanos poderia integrar e dirigir as distintas visões deste processo. Isto ocorre exatamente pela capacidade subjacente a essa mesma política, que é a criação de consenso interno dentro da Fiocruz.

Para que sejam atingidos tais objetivos, tornam-se necessários os seguintes passos:

- a) centralização dos cursos de pós-graduação da Fiocruz;
- b) oferta de cursos de pós-graduação que tragam, para os interesses da Fundação, a participação de todas as unidades;
- c) criação de um conselho permanente, composto por membros de todas as unidades, responsável pela proposta acadêmica;
- d) criação de uma vice-presidência de desenvolvimento institucional, com funções, entre outras, de implementar esse processo junto à presidência;
- e) criação de um único local para a pós-graduação, com vistas a criar um espaço para a convivência e a integração.

Por sua vez, para operacionalização desse processo, deve-se observar a necessidade de:

- a) constituir uma comissão composta por representantes de todas as unidades a ser presidida pela Ensp, enquanto órgão especializado na área de ensino;
- b) estabelecer formas de divulgação e discussão de propostas semelhantes às adotadas no Congresso Interno, fazendo-se, inclusive, a escolha de delegados.

A centralização dos cursos de pós-graduação, através da criação de um Centro de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (CPGCS) é de capital importância para possibilitar a adequação dos currículos aos objetivos da reforma sanitária. A atual forma dispersa de criação e desenvolvimento de cursos de pós-graduação, como foi apontado acima, leva inevitavelmente a um reforço dos interesses corporativos de cada unidade. Conseqüentemente, fica clara a possibilidade de desintegração da Fiocruz, especialmente a partir de uma nova direção não-comprometida com os ideais da reforma.

A centralização dos cursos não eliminaria, no nível formal, a existência de distintos mestrados ou doutorados. Tal fato prende-se aos requisitos burocráticos para a captação de recursos, principalmente junto ao CNPq e à Capes, onde as bolsas são oferecidas separadamente para cada curso. É preciso que sejam mantidos tais cursos em separado, do ponto de vista formal; caso contrário, as bolsas captadas por curso cairiam num fundo único, o que significaria um menor número de bolsas.

Só com a participação de todas as unidades seria possível implantar um currículo mínimo que contemplasse, numa abordagem mais completa, as contribuições específicas de cada área, no desenvolvimento da reforma sanitária.

Os cursos de pós-graduação devem ser oferecidos a todas as unidades da Fiocruz, buscando a multiprofissionalidade das equipes e a transdisciplinaridade na abordagem dos temas específicos. Com isso seria facilitada a integração da pós-graduação com os diversos tipos de processos de criação de conhecimento e de prestação de serviços oferecidos pelas unidades.

Nas unidades da Fiocruz onde, atualmente, não existem cursos de pós-graduação, estes poderiam ser implantados, através da contratação de professores horistas ou visitantes pagos pelo CNPq ou por organismos internacionais, como a Opas e o Banco Mundial.

Para que todas as unidades pudessem ter seus interesses representados, seria necessário igualar o peso relativo de cada uma delas. A criação de um Conselho Permanente, como foro próprio de deliberação sobre o funcionamento dos cursos, seria a medida adequada para conciliar os interesses e implementar as estratégias institucionais para o desenvolvimento da reforma sanitária.

A questão do desenvolvimento seria, assim, a grande estratégia para garantir as condições da reforma e da manutenção da unidade da Fiocruz, nesta fase de grande instabilidade política e institucional. Assim sugere-se a criação de uma vice-presidência de desenvolvimento institucional, que seja responsável por estratégias globais (internas e externas) de organização da Fiocruz. Os modelos de desenvolvimento organizacional, preconizados pelas modernas teorias da administração, têm fomentado a criação de órgãos semelhantes em organizações complexas do porte e da diversidade da Fiocruz.

Sabe-se hoje que as unidades encontram-se congestionadas, em termos de espaço físico. Nenhuma delas comportaria absorver os alunos e professores, bem como criar as instalações necessárias ao novo Centro de Pós-Graduação. Uma nova unidade com tais características demandaria, certamente, auditórios, salas de aula simples e equipadas para tradução simultânea, salas de professores, locais para convívio (cantina, pátios internos) e para estudo em grupo, como bibliotecas, terminais de computadores, etc. É fundamental que o espaço físico garanta as condições para integração, ambientação e desenvolvimento de uma proposta de criação de quadros para a reforma sanitária e para o avanço da Fiocruz. Ao mesmo tempo, isto aliviaria o congestionamento que existe hoje nas unidades, as quais

manteriam suas atividades de ensino (cursos de especialização), pesquisa e serviços.

Com isso, afirma-se a necessidade das unidades continuarem a manter seus cursos de pós-graduação em sentido lato, ou seja, os cursos básicos e de especialização, que continuariam a responder às demandas externas.

Sabe-se que a Fiocruz não é a única instituição formadora de recursos humanos do país, mas suas particularidades (a história e a diversidade de atividades por ela encampadas ao longo do tempo, e pelo fato de ter sido ela o berço de três reformas sanitárias) permitem que, alinhada em uma única proposta político-científica de ensino, ela seja o laboratório para eventuais transformações no currículo dos demais cursos da área de saúde no país. Uma transformação dessa envergadura permitirá, certamente, a fusão dos ideais da reforma sanitária com a recuperação do que houve de melhor no Congresso Interno da Fiocruz.

Por fim, a conjuntura social de desânimo vivida pelo país tem reflexos claros no cotidiano dos indivíduos e das instituições. A Fiocruz, em que pese a todas as iniciativas em contrário, não foge à regra. É necessário resgatar o otimismo, a partir de uma proposta que revigore o diálogo, o entusiasmo e a organicidade que marcaram a gestão da Fiocruz no início da Nova República.