

Informação científica, educação médica e políticas de saúde: a Organização Pan-Americana da Saúde e a criação da Biblioteca Regional de Medicina - Bireme

Scientific information, medical education and health policies: the Pan-American Health Organization and the creation of the Regional Library of Medicine - Bireme

Fernando Pires-Alves¹

Abstract *This article examines the creation and the first years of functioning of the Regional Library of Medicine (Biblioteca Regional de Medicina - Bireme - PAHO), today Latin-American Center for Information in Health Sciences, during 1963-1982. In the course of this analysis, Bireme is being characterized as both an apparatus and an arena for negotiation present in the most general processes of development expressed in international cooperation, information in science and technology, health policies and in the movement for expansion and reform of medical teaching. The narrative has as initial landmark the conception of a regional library of medicine for Latin America according to a model proposed by the National Library of Medicine. The article qualifies the first years of Bireme's existence as the history of the reception of this model, a trajectory that reflected the criticism of that time against the way the health care services were organized and their human resources were educated. Finally, beginning in 1976, a new model resulted in a real modification of Bireme's programmatic agenda, implying in very distinct contributions for the functioning of the regime of information in health sciences in force in Brazil and Latin America.*

Key words *Bireme/PAHO, Education and work in health, Scientific-technological information in health, International cooperation, History of health*

Resumo *O artigo examina a gênese e os primeiros anos de funcionamento da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme - OPAS), hoje Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, no período compreendido entre 1963 e 1982. Ao fazê-lo, caracteriza a Bireme, simultaneamente, como aparato e como arena de negociação, inscrita nos processos mais gerais do desenvolvimento, da cooperação internacional, da informação em C&T, das políticas de saúde e do movimento de expansão e reforma do ensino médico. A narrativa tem como marco inicial a concepção de uma biblioteca regional de medicina para a América Latina, segundo um modelo proposto pela National Library of Medicine. Em seguida, o artigo caracteriza a trajetória inicial da Bireme como sendo a história da recepção deste modelo, percurso que refletiu os processos de crítica, no período, às formas pelas quais se davam a organização de serviços de atenção à saúde e a formação de seus recursos humanos. Indica que, a partir de 1976, um novo modelo resultou em efetiva modificação da agenda programática da Bireme, implicando aportes radicalmente distintos ao funcionamento do regime de informação em ciências da saúde vigente no Brasil e na América Latina.*

Palavras-chave *Bireme/OPAS, Educação e trabalho em saúde, Informação científica e tecnológica em saúde, Cooperação internacional, História da saúde*

¹ Observatório História e Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Av. Brasil 4036/414, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ. fapires@coc.fiocruz.br

Introdução

Em março 1967, a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Saúde e a Escola Paulista de Medicina assumiram formalmente o compromisso de instituir, em São Paulo, a Biblioteca Regional de Medicina - Bireme. Ela deveria ser um centro diretamente gerenciado pela Organização e sua missão ficou definida como dizendo respeito às necessidades de informação bibliográfica na pesquisa biomédica, no ensino de medicina e da prática médica nos países da América Latina.

Desta forma, concluiu-se um processo de gestão que remontava a 1963, e do qual foram também partícipes diretas, a *National Library of Medicine* dos Estados Unidos - NLM, e a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades de Medicina - Fepafem. Caberia à NLM franquear acesso às suas coleções de periódicos, as mais expressivas do seu tempo; prover orientação em técnicas biblioteconômicas e fornecer os meios para que a Biblioteca Latino-Americana utilizasse os então mais avançados recursos tecnológicos de recuperação de informação bibliográfica. A Fepafem, por seu turno, deveria principalmente promover o reconhecimento da iniciativa junto aos estabelecimentos de ensino médico na região.

Este artigo analisa alguns aspectos do processo de gênese da Bireme e dos seus anos iniciais de funcionamento. No período compreendido entre 1963 e 1982, um modelo inicial de biblioteca regional foi concebido, implementado e sofreu, a partir de 1976, um processo de revisão que só se concluiu em 1980. Ao final deste ciclo, havia um novo modelo de biblioteca regional orientando o desenvolvimento da Bireme. É exatamente esta inflexão no projeto institucional da Bireme que constitui o centro de minhas atenções. Tentarei explorar as conexões mais imediatas entre a criação da Bireme e os movimentos de expansão e reforma do ensino médico na América Latina e as agendas internacionais em saúde. Procurarei explicitar de que maneira a criação da Bireme foi, em larga medida, componente de um programa da OPAS orientado para a modernização da infra-estrutura docente nos estabelecimentos de ensino superior médico e como a crítica ao modelo original correspondeu a transformações nas percepções acerca das relações entre informação, formação de recursos humanos e a uma agenda reformista em saúde na América Latina.

Sobre o contexto de criação

A Bireme foi concebida e instituída, em meados da década de 1960, como parte da estrutura de um organismo intergovernamental de saúde e seu objetivo era o provimento de serviços de informação bibliográfica médica. Esta inscrição tem implicações contextuais importantes para efeito de análise e sugere alguns comentários acerca das abordagens que orientam esta narrativa.

A aproximação teórica ao meu objeto se formou a partir da combinação de três enquadramentos. O primeiro deles diz respeito a considerar a Bireme como um aparato do *desenvolvimento*¹, ou seja, como parte de um domínio tanto discursivo, quanto concreto/prático, por que expresso em conhecimentos, tecnologias, organismos e iniciativas, e que a partir do pós-segunda guerra definiu os termos pelos quais se dariam as relações entre centro e periferia. Em articulação com esta dimensão, procurei considerar o poder criativo da norma, como conjunto de valores e enunciados prescritivos, quando emitidos por uma fonte revestida de legitimidade e capacidade difusora². As organizações internacionais produzem enunciados de caráter prescritivo que, para além de um alcance estritamente retórico, na verdade constituíram uma ordem de legitimidade para a proposição e implementação de políticas, com implicações efetivas no terreno da vida concreta.

A segunda perspectiva significou considerar as organizações internacionais também como arenas de negociação³, onde interagem expectativas e interesses diversos, não se comportando apenas como uma fonte unidirecional de vontade e poder. Uma terceira chave consistiu em utilizar o conceito de regime de informação^{4,5}, para referir uma dimensão estrutural pela qual se mobilizam os sujeitos e se vêem estabelecidas as regras, os modos e meios preferenciais pelos quais a informação é gerada, organizada e distribuída em certo tempo, lugar e circunstância.

Assim, a Bireme e os sistemas de informação que implementou foram aqui tratados simultaneamente como aparatos e arenas do desenvolvimento, como resultante e fonte de enunciados normativos e práticas que introduziu, como parte de uma política da OPAS, elementos modernizadores e/ou transformadores do regime de informação científica em medicina e saúde.

Proporcionar fontes de informação qualificadas, estabelecer normas e desenvolver políticas no terreno da reunião e acessibilidade a conhecimentos especializados são atribuições tradicionais

e formas regulares de operação de organismos internacionais. A cooperação interamericana em saúde, que se iniciou no século XIX, por exemplo, desde sempre envolveu tanto o intercâmbio de conhecimentos e o estabelecimento de rotinas para a troca de informações notificando a eclosão de surtos epidêmicos^{6,7}. Da mesma forma, o intercâmbio de informações sempre foi parte indissociável da própria prática de se fazer ciência e dos seus processos de institucionalização. O que o contexto do pós- segunda guerra trouxe como novidade foi, em primeiro lugar, um crescimento vertiginoso do volume de informação registrada em vários domínios e, entre estes, especialmente a ciência & tecnologia. Em segundo lugar, a necessidade de administração de estoques crescentes de informação científica constituiu, desde a primeira hora, parte da agenda da gestão de ciência & tecnologia. A terceira novidade foi que o **desenvolvimento**, como programa orientador das relações norte-sul, foi ele mesmo, em boa medida, também uma vasta operação de gestão de ciência & tecnologia (C&T), e foram parte dos seus aparatos as agências especializadas na gestão da informação em C&T.

O tema da gestão da informação biomédica passou a freqüentar as instâncias diretivas centrais da OPAS de forma mais regular a partir do ano de 1963, como elemento integrante de contextos específicos. Após o virtual desmoronamento da Liga das Nações, com a eclosão da Segunda Guerra Mundial, a metade final da década de 1940 experimentou o início de um processo de criação e fortalecimento de organizações internacionais. Como resultado de uma hábil gestão de Fred Soper, diretor (1947-1959) da então ainda Repartição Sanitária Pan-americana, este cenário favorável encontrará esta organização em posição de forte legitimidade e, ao mesmo tempo, como organismo intergovernamental autônomo e escritório da OMS para a região das Américas e, ainda, em invejável saúde financeira⁷. Enquanto se desenrolava o propalado ciclo dourado da prosperidade capitalista do pós-segunda guerra, a OPAS aumentou seu orçamento e expandiu seus meios operacionais diretos, por meio de uma rede de centros especializados e a divisão do continente em sete zonas de atuação, cada uma com um escritório local. Este ciclo de expansão das estruturas institucionais da OPAS avançou pelos anos 1960 e 1970, já na gestão de Abraham Horwitz (1959-1975), e dele faz parte a criação da Bireme, em 1967, como um dos seus centros especializados^{7,8}.

Quando a Aliança para o Progresso trouxe

os temas sociais para o prosclênio da cooperação internacional nas Américas, a OPAS, como agência funcional de saúde, operou como instância técnica e espaço de expressão das comunidades especializadas. Para a reunião que formalizou a Aliança, realizada em Punta del Este, Uruguai, em 1961, com a presença de delegações de alto nível de todos os países americanos, a OPAS, preparou, entre outros documentos **Hechos sobre Problemas de Salud: la salud en relación com el progreso social y el desarrollo económico de las Américas**⁹. Seus temas se prenderam à afirmação da centralidade da saúde como condição para o desenvolvimento, à prescrição de ações imediatas, à identificação de temas de atenção estratégica e aos meios adequados para abordá-los. Em sua maior parte, os princípios, temas e eixos organizadores foram incorporados ao Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progreso, firmado como parte dos acordos celebrados na ocasião. Foram identificados como problemas centrais a oferta de serviços de água e esgoto; a mortalidade infantil; o controle de doenças transmissíveis, o que incluía a erradicação da malária e da varíola; a alimentação e nutrição de populações desfavorecidas; e a ampliação e administração da rede de assistência à saúde. Os meios preferenciais para alcançar estes objetivos eram o planejamento, a avaliação de ações e a gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias; a administração coordenada dos serviços de saúde, a integração da prevenção com a assistência curativa; e a ênfase na formação e capacitação dos recursos humanos, ampliando-se a oferta de cursos formativos e promovendo-se “o melhor uso possível dos conhecimentos derivados da pesquisa científica, para a prevenção e o tratamento das enfermidades”⁹.

Neste contexto, o tema da educação médica será sistematicamente abordado a partir desta inserção estratégica. Um exemplo deste tipo de enquadramento é o pensamento de Horwitz, na condição de diretor da OPAS¹⁰. Para ele, em primeiro lugar era preciso inserir o ensino médico na “era do planejamento”. Neste sentido, um primeiro objetivo seria estabelecer o número de médicos e de pessoal de saúde requerido por cada uma das sociedades nacionais, segundo as suas especificidades. Estimava-se que o número de médicos e o volume de formação anual de novos titulados eram inferiores às necessidades dos países. Quando o contingente de médicos disponível não era de todo inadequado, verificava-se a sua concentração nas capitais nacionais e nas principais cidades.

Esta avaliação era acompanhada por uma forte preocupação com a qualidade do ensino ministrado nas faculdades. Assim, para a OPAS, o aumento do número de vagas deveria ser acompanhado de um significativo incremento das condições docentes nas escolas já existentes¹¹. O objetivo de um ensino médico renovado seria a formação de um profissional preparado para a formulação de juízos e a articulação de conhecimentos em contextos complexos; portador de curiosidade intelectual e capaz de observação e análise de fenômenos. Deveria estar preparado, enfim, para a prática de uma formação continuada. Ao mesmo tempo, criticava-se a especialização precoce e à dissociação entre a formação acadêmica e o terreno da prática da atenção. A universidade estaria vocacionada para promover a articulação entre prevenção e cura, mesmo onde, na organização dos serviços de atenção, era fortalecida a dissociação¹⁰. No pensamento de Horwitz, o tema da qualidade do ensino de ciências básicas se articulava ao da pesquisa como condição para a qualidade do ensino e ao da dedicação exclusiva ao ensino e pesquisa.

No plano das doutrinas acerca do ensino médico, os vinte e cinco anos compreendidos entre a metade dos anos 1950 e o final dos 1970 podem ser observados como cenário de um movimento complexo, portador de ambigüidades e sobreposições e que envolveu a afirmação daquilo que se convencionou chamar modelo flexneriano de ensino médico; de emersão de sua crítica parcial, a partir dos enunciados da medicina preventiva e integral, até finais dos anos 1960; e do aprofundamento desta crítica empreendida pela medicina comunitária, pela integração docente-assistencial e, por exemplo, com a formulação de enunciados que pretendiam, sob a influência da medicina social, ajustar o ensino médico aos imperativos de uma política de extensão da cobertura dos serviços orientada à atenção primária à saúde^{12, 13}.

Uma forma de ampliar a percepção sobre a agenda do movimento das escolas médicas da América Latina no início dos anos 1960 - e ao mesmo tempo me aproximar de um evento importante no processo de gênese da Bireme - seria observar a IV Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, realizada pela Fepafem e a Associação Brasileira de Escolas Médicas, em 1964, em Poços de Caldas, Minas Gerais. O temário da conferência compreendia dois tópicos principais e inter-relacionados: (1) estabelecer os requisitos mínimos para o funcionamento de novas escolas de medicina e (2) definir normas para o funcionamento do que seriam cen-

tros de formação e aperfeiçoamento científico e docente para professores e pesquisadores. No temário, assim como nas conferências principais, foram contemplados tópicos concernentes à integração entre pesquisa e docência, aos regimes de dedicação de docentes, ao sensível tema do número de escolas, à necessidade de articulação entre educação médica, políticas de saúde e desenvolvimento, à capacitação pedagógica e em pesquisa de “docentes-pesquisadores” e à infraestrutura docente¹⁴.

O então presidente da Fepafem, Amador Neghme, em seu discurso de abertura, conferiu destaque aos temas da formação pedagógica dos professores médicos e às condições docentes então existentes nas escolas. Assinalou que se encontrava em gestões para avançar em iniciativas julgadas “transcendentes”: 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”¹⁴. Todas as iniciativas terminariam por se tornar ações oficiais da OPAS na segunda metade da década de 1960 e início dos anos 1970, por meio da criação da Bireme, dos centros latino-americanos de tecnologias educacionais e da instituição do Programa de Livro-texto de Medicina, conformando uma espécie de programa regional de infra-estrutura docente.

O primeiro modelo de biblioteca regional: o protagonismo da National Library of Medicine

O ano de 1964 foi sem dúvida um divisor de águas no tocante às necessidades de acesso à literatura especializada por parte das comunidades médicas e a IV Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, realizada pela Fepafem, um evento decisivo¹⁵. Criada em novembro de 1962, com amplo apoio da OPAS e da Association of American Medical Colleges, a Fepafem empreendia à época uma mobilização pela criação de associações nacionais de escolas médicas.

Neste encontro, Samuel Lazerow, especialista da NLM, apresentou a proposta de criação de uma biblioteca regional especializada^{15, 16}. Como parte de um sistema continental de informação bibliográfica em medicina e biomedicina, esta nova biblioteca deveria operar como um centro prestador de um [...] *serviço de nível intermediário entre as bibliotecas médicas da região, com um*

plano de trabalho de conexão entre a National Library of Medicine e as outras bibliotecas médicas de ambos os continentes⁶.

As solicitações de empréstimo provenientes de instituições latino-americanas correspondiam à metade da demanda não proveniente dos Estados Unidos e Canadá dirigida à NLM¹⁶. Neste sentido, a possibilidade de canalizar as demandas por meio de um centro regional permitiria sem dúvida uma maior racionalidade operacional para os serviços internacionais da NLM destinados à América Latina. Na mesma direção, a mobilização de atores institucionais de peso na sustentação de um novo centro bibliográfico poderia permitir à NLM, como de fato permitiu, a transferência de parte dos seus custos operacionais para a conta dos novos parceiros regionais.

A arquitetura do sistema defendido por Lazzerow incluía, entre outros aspectos, o uso de tecnologias de informação desenvolvidas e em utilização pela NLM e a constituição de um acervo local básico de periódicos com os títulos mais utilizados. A biblioteca norte-americana, simultaneamente, sustentaria uma política de aquisição de coleções que buscava virtualmente “tudo” o que se publicava na sua área temática¹⁶.

A partir da década de 1950, a National Library of Medicine vivia um processo de vigorosa reconversão institucional. Neste período, se encontrava no olho do turbilhão de informações que então caracterizava os ambientes de P&D. As respostas que esta conjuntura desafiante recebeu de governos, do legislativo, da comunidade acadêmica e da biblioteconomia médica norte-americanas culminaram na constituição de um centro bibliográfico de envergadura planetária, habilitado a desempenhar o papel de instituição de referência em iniciativas de cooperação internacional.

Criada em 1836 como biblioteca do Cirurgião Geral do Exército dos Estados Unidos, esta biblioteca gradualmente construiu uma tradição de formação persistente de acervos completos e de elaboração de obras de referência reconhecida em todo o mundo^{17, 18}. As décadas de 1950 e 1960, entretanto, seriam anos de modernização e de ampliação da sua envergadura institucional. Em 1956, por iniciativa dos então senadores John F. Kennedy e Lister Hill, a biblioteca foi transferida para a órbita do Public Health Service, com a denominação de National Library of Medicine. Em 1959, uma nova série do *Index Medicus* foi inaugurada, recorrendo-se a modernos meios mecanizados para a sua elaboração. No ano seguinte, a NLM lançou *Mesh – Medical Subject Headings*, um *thesaurus* para o controle do vocabulário

médico especializado, e deu início ao desenvolvimento de Medlars (Medical Literature Analysis and Retrieval System). Em 1964, Medlars entrou em operação como um dos mais robustos sistemas informatizados de armazenagem e recuperação de dados bibliográficos do seu tempo. Um ano depois, a NLM recebeu o mandato de instituição responsável pela implantação e coordenação do sistema norte-americano de bibliotecas regionais, iniciado no ano seguinte¹⁷. No percurso de quinze anos, portanto, a NLM havia adquirido um novo estatuto institucional e havia desenvolvido a base conceitual, técnica e tecnológica que a habilitava a desempenhar o duplo papel de instituição líder e modelar. Ela o fazia para além das fronteiras norte-americanas.

Tema central para a minha discussão foi a formulação do conceito de “*reservoir library*”, ou biblioteca-recurso, de modo articulado ao de *sistema regional*, para fazer frente ao crescente número de periódicos e dos custos envolvidos na sua aquisição e gestão. Dados um determinado domínio de conhecimento e um determinado território, apenas uma biblioteca manteria coleções de periódicos mais abrangentes. Todas as demais manteriam coleções básicas e diante de uma demanda não atendida solicitariam o artigo à anterior, a *reservoir library*. O sistema regional, na terminologia norte-americana, é a repartição do território em regiões biblioteconômicas, compondo o sistema nacional, e a NLM funciona como um *reservoir library* superior, ou de último nível¹⁹.

Esta formulação dependia de complexas variáveis. No sistema de bibliotecas, o que circulava eram as fotocópias de artigos e ele só foi possível depois desta aquisição tecnológica. Eram também necessários arranjos institucionais de alcance nacional e o estabelecimento de hierarquias técnicas. Era preciso graus crescentes de uniformidade nos processamentos técnicos e o compartilhamento de informação de referência em escalas ampliadas como o apoio de novas tecnologias.

Esta arquitetura era então muito recente nos Estados Unidos. Em 1963, a idéia de sistema regional surgiu mediante um artigo de Harold Bloomquist, resultado de uma pesquisa encomendada pela NLM visando uma avaliação das condições reinantes nas bibliotecas de medicina. Os resultados da pesquisa fundamentaram a elaboração de um ato legislativo, o *Medical Library Assistance Act*, promulgado em 1965, estabelecendo medidas de reforço das atividades de biblioteconomia em medicina e a instalação do sistema nacional nos Estados Unidos^{18, 19}.

Assim, quando o tema da carência de recursos de informação bibliográfica médica na América Latina começou a ser discutido na NLM, provavelmente no primeiro semestre de 1964, o sistema regional norte-americano era ainda uma proposta em gestação. Quando o formato foi proposto para a OPAS, a biblioteca latino-americana seria uma espécie de projeto-piloto, integrado conceitualmente à topografia do sistema norte-americano. Como vimos, Medlars, a última palavra em aparatos tecnológicos de recuperação de informação, também foi apresentado aos latino-americanos naquela mesma IV Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, realizada em 1964. Ele fazia parte da solução, mas era na época uma versão ainda em teste e sujeita a vários problemas.

Terminado o evento de Poços de Caldas, as gestões institucionais se aceleraram. Em janeiro de 1965, um encontro realizado na sede da NLM planejou uma espécie de expedição bibliográfica exploratória à América Latina e definiu a equipe responsável pela preparação do projeto: Scott Adams, vice-diretor da NLM, Samuel Lazerow e David Kronick. Em junho de 1965, o Comitê Assessor para Pesquisas Médicas da OPAS analisou um dossiê intitulado *Proposed Regional Medical Library Center for Latin America*²⁰.

Sua parte principal resumia as dificuldades então enfrentadas pelas comunidades de pesquisa e ensino de medicina na América meridional, no tocante ao acesso à bibliografia especializada atualizada. Estabelecia as principais funções e serviços a serem desenvolvidos pela biblioteca, bem como a abrangência territorial e os públicos especializados aos quais aqueles seriam prioritariamente dirigidos; foram especificados os recursos materiais, humanos e orçamentários necessários e delineadas as linhas mestras a serem seguidas nos processos de constituição de seus acervos. Um diário relata a viagem realizada entre abril e maio de 1965, em visita às bibliotecas das faculdades de medicina e dos institutos de pesquisa biomédica de seis países latino-americanos: Brasil, Argentina, Uruguai, Chile, Colômbia e Venezuela. Seu objetivo foi embasar a escolha do país sede e uma instituição parceira, uma vez que se recomendava que biblioteca regional da OPAS fosse um desenvolvimento associado ou complementar a uma biblioteca já em funcionamento. Após considerar as possibilidades de Caracas e Cidade do Panamá (curiosamente uma cidade não visitada), os consultores optaram por recomendar São Paulo e Escola Paulista de Medicina, escolha que mais tarde terminaria por se confirmar²⁰.

Em julho de 1965, o Comitê Assessor para Pesquisas Médicas manifestou-se pela aprovação da proposta apresentada pela NLM, sem decidir sobre o país sede²⁰. Em outubro de 1965, o Conselho Diretor debateu a proposta. O representante do Uruguai na sessão, Adolfo Castells, expressou o interesse do governo do seu país em sediar o que denominou um “centro regional piloto de bibliotecas médicas”. Manuel Ferreira, em nome da delegação brasileira, registra como de “suma importância” esta iniciativa da OPAS no sentido de ajudar as instituições de ensino médico da região²¹. Ao tecer seus comentários, Abraham Horwitz, diretor da OPAS, ressaltou o protagonismo da National Library of Medicine e do seu diretor, Martin Cummings, na proposição de uma biblioteca regional integrada à biblioteca norte-americana. Segundo as atas da reunião, Horwitz indicou que a iniciativa de criar uma biblioteca regional de medicina foi “idéia que surgiu em consequência de uma sugestão da Biblioteca Nacional de Medicina do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América”, e que a crescente demanda dos profissionais latino-americanos aos acervos da NLM teria “induzido o Dr. Martin M. Cummings a pensar na conveniência de descentralizar seu trabalho”. Horwitz julgou necessário também destacar que seria preciso o concurso de verbas adicionais dos países e, ainda, o apoio de instituições financiadoras privadas para os anos iniciais de implantação. Horwitz avançou, ainda, em algumas considerações sobre o mérito da iniciativa e foi também de uma clareza indiscutível ao incluir e destacar o tema do ensino de medicina e demais disciplinas da saúde como aquele que conferiria sentido estratégico ao esforço pela criação da biblioteca²².

De qualquer modo, verificou-se um amplo consenso em torno da relevância e oportunidade da constituição de uma biblioteca regional nos moldes propostos, um consenso que gerou competições entre países e instituições. As instituições brasileiras, as paulistas e a Escola Paulista de Medicina, em particular, foram mais eficazes ao mobilizarem seus capitais políticos e os recursos orçamentários necessários ao empreendimento, num processo de que foi, regra geral, bem descrito na literatura^{8,15}. Todavia, vale a pena insistir aqui sobre o protagonismo da biblioteca estadunidense.

Aos olhos da NLM, São Paulo era um centro universitário e de pesquisa biomédica, possuía um conjunto de bibliotecas bem supridas e um militante grupo de bibliotecários médicos. A Escola Paulista de Medicina, burocraticamente sim-

ples, colocava à disposição da iniciativa um prédio praticamente novo^{8,15}. São Paulo significava manter, numa lógica explicitada pelos técnicos da NLM, uma razoável distância do Instituto Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação - IBBD, no Rio de Janeiro, uma instituição que era percebida como perigosamente alinhada a organismos como a Unesco, para cujas orientações as lideranças de NLM manifestavam várias reservas e críticas^{20, 23}.

A NLM negociou o projeto da Bireme de uma indiscutível posição de força, sobretudo em função da sua condição de exclusividade, dadas a extensão das suas coleções e *expertise* metodotecnológica que adquirira. Não haveria Bireme sem ela. Desta forma, os componentes fundamentais do modelo original da Bireme corresponderam em larga medida aos preceitos por ela definidos e estas orientações presidiram a implantação inicial da biblioteca.

Firmado o convênio de cooperação, os meses imediatos foram ocupados com as tarefas de detalhamento do projeto. Para isso e para acompanhar a implantação, Robert Newburn, um bibliotecário norte-americano, foi escalado pela NLM, em janeiro de 1968, e se tornou o responsável pela condução técnica da biblioteca. Em janeiro de 1969, a Biblioteca Regional de Medicina já tinha o seu primeiro diretor regular, o parasitologista chileno Amador Neghme. No mês de fevereiro, iniciou-se o atendimento às faculdades de medicina brasileiras e, ainda que muito timidamente, o atendimento internacional.

Os avanços concretamente obtidos entre 1969 e 1975 resultaram na instituição de um sistema de informação que se apoiava exclusivamente no funcionamento das bibliotecas das escolas de medicina e dos institutos de pesquisa. Seu conteúdo era quase que exclusivamente o conhecimento registrado sob a forma de artigos da literatura periódica biomédica produzida nos principais centros. O modelo não comportava nenhuma estratégia particular dirigida à produção bibliográfica periódica da América Latina, o que em parte se explicava pelo fato de que a relativamente escassa produção periódica latino-americana e o seu processamento pouco afetavam a economia operacional da NLM. A clientela do sistema, formada principalmente pelo professor, o pesquisador e o aluno de medicina, era percebida como estritamente consumidora de informação. Sua produção, ou não entrava, ou entrava periféricamente nos fluxos de informação e o sistema terminava por promover uma transferência unidirecional de informações dos centros

produtores de conhecimento médico e biomédico para uma periferia consumidora.

A crítica do modelo original: informação e saúde para todos

Em 1977, no início do mandato do mexicano Héctor Acunha como diretor da OPAS, Abraham Sonis substituiu Neghme, após um período de interinidade. Argentino de nascimento e médico de formação, doutor em saúde pública, Sonis fora diretor da Escola de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Buenos Aires e do Centro Latino-Americano de Administração Médica, da OPAS. Dedicado aos temas da administração de serviços e do ensino de saúde pública, Sonis estava, no terreno da educação médica, afinado com as tendências que ao longo dos anos 1970 buscavam promover uma mais radical aproximação entre as atividades docentes e de atenção à saúde e compartilhavam das estratégias orientadas para a atenção primária à saúde e que a OPAS - mais que repercutir - ajudava a construir na região das Américas²⁴.

Os documentos de cunho programático do início de sua gestão me permitem examinar os principais componentes tanto da crítica ao modelo até então implementado quanto da sua pretendida superação. Em primeiro lugar, os programas e serviços da Bireme foram identificados como sendo preferencialmente dirigidos para a escola médica e a pesquisa acadêmica. Mais do que isso, embora os resultados alcançados pela Bireme nos seus quase dez anos de existência tenham sido dignos de aplausos, seu modo de operação implicava um reforço daquele ensino considerado de cunho individualista, tendente à superespecialização, e de uma pesquisa tida como afastada dos problemas fundamentais de saúde. Esta disfunção era percebida como parte do que seria uma hipertrofia do papel da Bireme como biblioteca da Escola Paulista de Medicina. Tornar-se um centro de documentação e informação, um objetivo a ser perseguido, segundo a avaliação de Sonis, implicaria para a Bireme a adoção de processos qualitativamente distintos, orientados para uma dimensão mais coletiva²⁵.

Na mesma direção, a quase absoluta ausência de consultas provenientes da esfera da prestação de serviços foi criticada como idêntica à ausência de equidade na provisão de serviços de saúde. O estoque de informação baseado principalmente em periódicos foi considerado inadequado principalmente por que deixava à margem do sistema

de informação uma crescente produção documental de natureza política e técnica, não publicada, de especial relevância no que concerne ao planejamento, execução e avaliação de políticas públicas, processos e ações em saúde²⁴. O funcionamento do sistema promovia a fixação de uma deformação: o hábito de desconsiderar a produção local, os temas e as experiências vinculadas às realidades latino-americanas. Neste sentido, inclusive, o planejamento de serviços a partir da realização de estudos sobre o “perfil dos usuários” - com base na manifestação de interesses de indivíduos socializados segundo estes padrões - tenderia a reproduzi-los indefinidamente²⁵.

Por fim, também é colocada sob interrogação a pertinência e o alcance da instalação de Medlars no Brasil. A este respeito, Sonis propôs que esta iniciativa fosse avaliada quanto à sua condição de “tecnologia apropriada” - um conceito caro aos enunciados da atenção primária à saúde - ao contexto latino-americano de aplicação no que concerne aos custos envolvidos na sua transferência e no que se refere às condições da sua absorção e influência quanto a que seriam os problemas críticos da saúde nos países latino-americanos²⁶.

Em sua proposta alternativa, Sonis sugeria que a informação deveria servir aos objetivos dos sistemas de saúde e estar igualmente disponível para toda e qualquer instância ou componente do sistema, inclusive a todos os trabalhadores da saúde. Este acesso universal, por outro lado, não deveria ser oposto à necessidade de serem consideradas as especificidades dos ambientes nos quais a informação é solicitada e utilizada na produção de novos conhecimentos e práticas. No que concerne à pesquisa, por exemplo, a investigação de laboratório, a clínica, epidemiológica, ou de atenção à saúde teriam, cada uma delas, suas próprias demandas e requisitos específicos. Nas esferas da atenção à saúde, a perspectiva de Sonis apontava para a busca de atendimento das necessidades de informação tanto do procedimento médico voltado para o paciente individual, quanto da organização e gestão de estabelecimentos, programas e planos de saúde. Um moderno sistema de informação deveria moldar-se flexivelmente ao atendimento do profissional em uma unidade terciária de alta complexidade, e àquele em exercício nos grotões profundos de uma vasta e pobre América²⁶.

Sonis desta forma atualizou a relação da informação com os temas da medicina integral e da educação continuada, tal como presidiram a criação e os primeiros anos da Bireme. Sonis pretendia que a conexão entre os serviços de um cen-

tro de documentação e informação em saúde e uma educação continuada que atingisse a todos os profissionais de saúde, médicos e não médicos e em todos os níveis da atenção à saúde, fosse absoluta, completa. Esta ampliação do escopo se expressava também na cobertura temática a ser alcançada pelos serviços de informação em ciências da saúde, pela incorporação de disciplinas como as Ciências Sociais, a Economia e a Administração, e de técnicas como as do Planejamento em saúde. Assim disponível, a informação expandiria também as possibilidades de transformação das práticas educacionais e de atenção, em uma concepção radicalmente integradora.

Sonis pretendia privilegiar o atendimento de necessidades coletivas de informação, superando o tratamento apenas individual das demandas. Os agentes estatais envolvidos no planejamento e operação do sistema de saúde deveriam ser guiados a usuários em condição de paridade em relação aos públicos acadêmicos. Ao mesmo tempo, a formação de novos públicos deveria incluir também modos criativos de fazer chegar a informação em hospitais e lugares não supridos por bibliotecas ou serviços similares²⁶.

Sonis sustentou que uma especial atenção deveria ser conferida à recopilção e difusão da literatura latino-americana e, quanto a este tópico, anunciou o conjunto de temas que deveriam receber maiores cuidados: epidemiologia, atendimento a doenças prioritárias e organização de serviços de atenção à saúde. A formação de novos estoques de informação deveria incluir também a coleta, seleção, processamento e acessibilidade de uma literatura não publicada, formada por relatórios, pareceres, programas, informes, entre outros materiais, e considerada fundamental para o desenvolvimento de ações prioritárias^{26, 27}.

No que diz respeito a um tema caro à medicina comunitária, Sonis entendia que era recomendável uma ativa participação da comunidade nas decisões quanto aos rumos dos cuidados em saúde. Assim, deveria ser reconhecida a necessidade de “proporcionar-lhe a informação necessária” para que pudesse cumprir com esta nova responsabilidade²⁵. Desta forma, agregava-se um amplo e novo público para os serviços a serem providos pela Bireme.

Neste movimento, as proposições de Sonis tendiam a tencionar os elementos estruturais do que era o sistema de informação em implantação nos primeiros anos da Bireme. Portanto, tinha implicações quanto aos componentes e funcionamento do regime de informação que o modelo até então em implantação tendia a pro-

mover. O novo modelo propunha modificações no escopo da informação, pelo tipo de informação tratada e pela sua origem; incluía uma vasta e nova clientela; introduzia além de novos campos de conhecimento e domínios de práticas; elevava a informação à condição de estratégia privilegiada de mudança, tanto no que tange à formação de recursos humanos, quanto às condições de prática profissional.

Quanto às tecnologias da informação, Sonis pretendeu estabelecer as bases para um desenvolvimento autônomo na Bireme, e quando esta lançou o Index Medicus Latino-Americano em 1978, o primeiro índice regional de publicação periódica em saúde, e assumiu a responsabilidade pelo controle da produção latino-americana, este também representou um primeiro sucesso nesta estratégia de autonomização.

Conclusões

A decisão pela instalação da Bireme resultou de um entrecruzamento de interesses de várias origens. Os primeiros movimentos já revelam os principais atores: a OPAS, NLM e o movimento de escolas médicas latino-americano representado pela Fepafem, em colaboração com a sua congênera norte-americana, a American Medical Colleges Association. Agências brasileiras de governo e a Escola Paulista de Medicina lograram sediar o projeto. A escolha pelo Brasil e por São Paulo dependeu, sem dúvida, da capacidade de comprometer recursos vultosos e da habilidade dos negociadores brasileiros.

Dependeu também, em larga medida, da aprovação da direção da NLM, uma protagonista central na tomada de decisão. Coube também à NLM definir o modelo de biblioteca regional a ser implantado e o fez ao mesmo tempo em que fazia gestões junto ao legislativo e ao governo norte-americanos pela criação, sob a sua liderança, do próprio sistema de bibliotecas médicas dos Estados Unidos.

Isto feito, o que se seguiu foi a história de uma recepção do conceito ou modelo original, uma história da captura, por uma inscrição na saúde latino-americana, da elaboração discursiva sobre o projeto, antes determinada pela autoridade da NLM, como instância de poder técnico e político. Esta mudança fez-se acompanhar, no terreno prático, de uma efetiva modificação da agenda programática e técnica da Bireme.

Esta captura, estes deslocamentos, todavia, não se fizeram de modo uniforme no tempo. Na

crítica de Abraham Sonis e na agenda que formula para a da sua gestão, a recepção crítica do modelo da NLM assumiu indiscutivelmente cores mais radicais, ao mesmo tempo em que, sob crescente influência da medicina social, se aprofundavam as críticas aos modos como eram organizados e providos os serviços de atenção à saúde e pelos quais eram formados e qualificados os seus contingentes de trabalhadores. Desta forma, a Bireme, como *aparato do desenvolvimento e arena de negociação*, no seu domínio especializado específico, tanto repercutia enunciados pertinentes a políticas, estratégias e técnicas, como os reconfigurava à luz de novas circunstâncias.

Em 1979, a Divisão de Recursos Humanos e Pesquisa da OPAS - à qual então se subordinava a biblioteca regional - convocou o Long-Range Working Group for the Latin American Information Network. Seu intuito era o proceder a uma análise acerca dos rumos da informação biomédica e em saúde na América Latina, sob a égide da então recente Assembléia Mundial de Saúde de 1977, da enunciação da meta de "Saúde para Todos no Ano 2000" e sua estratégia central da atenção primária à saúde, explicitada pela Declaração de Alma-Ata.

As reuniões do grupo de trabalho se desenvolveram até 1980 e seus resultados, expressos em seu relatório final, em larga medida atualizaram a pauta já formulada por Sonis. Foi reforçada a presença dos temas da atenção à saúde, e dos seus níveis de complexidade, inclusive como forma de organização conceitual dos sistemas de informação em ciências da saúde. Retomou-se a questão das chamadas tecnologias apropriadas e dos formatos flexíveis de sistemas, serviços e processos de informação, de modo a torná-los mais pertinentes aos contextos latino-americanos.

No começo de 1982, a Bireme teve sua designação modificada para Centro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde. Os estritos limites "médicos e biomédicos" da concepção original já haviam se rompido definitivamente. Seu compromisso com o conjunto das disciplinas, saberes e práticas da saúde e com a sua dimensão latino-americana precisavam ser então afirmados. Também em 1982, a Bireme lançou Lilacs, uma nova base de dados para a Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde. Os princípios que a presidiam compreendiam a alimentação descentralizada; a inclusão da literatura dita não-convencional, além de monografias e periódicos latino-americanos; e uma especial atenção aos temas da saúde pública. Os passos seguintes, alguns anos depois, envolveram o desenvolvimen-

to de soluções em tecnologias da informação de baixo custo, que logo estariam passíveis de serem compartilhadas como as demais bibliotecas e cen-

tros da região. As diretrizes de Abraham Sonis produziram os efeitos desejados, ainda que por caminhos não integralmente previstos.

Referências

1. Escobar A. *Encountering development: the making and unmaking of the third world*. Princeton: Princeton University Press; 1995.
2. Finnemore M. *National interests in international society*. Ithaca: Cornell University Press; 1996.
3. Stern S. The descentered center and the expansionist periphery: the paradoxes of foreign – local encounter. In: Joseph G, Salvatore R, Le Grand C, editors. *Close encounter of empire: writing the cultural history of U.S. – Latin American relations*. Durham: Duke University Press; 1998.
4. Frohmann B. *Taking information policy beyond information science: applying the actor network theory*. [acessado 2008 Fev 14]. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/dept/slis/cais/frohmann.htm>
5. Gomez MNG. As relações entre ciência, Estado e sociedade: um domínio de visibilidade para as questões de informação. *CI. Inf.* 2003; 32(1):60-76.
6. Cueto M. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
7. Finkelman J, organizador. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
8. Pires-Alves FA. *A Biblioteca da Saúde das Américas: a BIREME e a informação em Ciências da Saúde (1967-1982)* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; 2005.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. *Hechos sobre Problemas de Salud: la salud en relación com el progreso social y el desarrollo economico las Américas* [documento de referência para a Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nivel Ministerial. Punta del Este]. Washington, D.C.: Paho; 1961.
10. Horwitz A. Evolución de la Educación Médica en la América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam* 1962; (52)4:281-289.
11. Horwitz A. Visión general del período 1958-1961 y sus proyecciones. *Bol Oficina Sanit Panam* 1962; 53(6):475-496.
12. Schraiber L. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1989.
13. Feuerwerker LCM. *Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 1998.
14. Associação Brasileira de Escolas Médicas. *Anais da II Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas*. Rio de Janeiro: Abem; 1965.
15. Silva MRB, Ferla L, Gallian DMCG. Uma biblioteca sem paredes: história da criação da Bireme. *Hist. cienc. saude* 2006; 13(1):91-112.
16. Lazerow S. A Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos. In: Associação Brasileira de Escolas Médicas. *Anais da II Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas*. Rio de Janeiro: Abem; 1965.
17. Hume E. Centenário de la Mayor Biblioteca Médica del Mundo: la biblioteca médica militar de Washington (1836-1936). *Bol Oficina Sanit Panam* 1936; [julho].
18. Miles WD. *A History of the National Library of Medicine: the nation's treasury of medical knowledge*. Washington. D.C.: USDHHS; 1982.
19. Bunting A. The Nation's Health Information Network: History of the Regional Medical Library Program, 1965-1985. *Bull. Med. Libr. Assoc* 1987; 75(3):1-62.
20. Organização Pan-americana da Saúde. *Proposed Regional Medical Library Center*. [Documento 4/12 para a IV reunião do Advisory Committee on Medical Research, 14 – 18 de junho de 1965]. Washington, D.C.: Paho; 1965.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. *La Política y el Programa de Investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS; 1965. [documento para a XIV Reunião do Conselho Diretor da OPAS, 27 setembro - 8 outubro].
22. Organização Pan-americana da Saúde. *Actas de las Sesiones Plenarias*. XIV Reunião do Conselho Diretor da OPAS, 27 setembro - 8 outubro. Washington, D.C.: OPS; 1965.
23. Cornning ME. National Library of Medicine: international cooperation for biomedical communications. *Bull Med Libr Assoc* 1975; 63(1):14-22.
24. Sonis A. Educación en Ciencias de la Salud y Atención Médica: análisis de su interrelación. *Educ Med Salud* 1976, 10(3):234-253.
25. Biblioteca Regional de Medicina. *Informe al Director: Biblioteca Regional de Medicina*. São Paulo: Bireme; 1976.
26. Biblioteca Regional de Medicina. *Información Científica em Ciências de la Salud*. Washington, D.C. : OPS; 1977. [Documento OPS/CAIM 16/16 para a XVI reunião do Comitê Assessor sobre Investigações Médicas].
27. Biblioteca Regional de Medicina. *Funções Atividades e Perspectivas da Biblioteca Regional de Medicina – Organização Pan-Americana da Saúde*. São Paulo: Bireme; 1977. [Documento para a IX Reunião do Comitê Científico Assessor da Bireme].

Artigo apresentado em 08/03/2007

Aprovado em 10/04/2007

Versão final apresentada em 06/06/2007