

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

FERNANDO A. PIRES-ALVES

**A BIBLIOTECA DA SAÚDE DAS AMÉRICAS:
a Bireme e a informação em ciências da saúde
1967-1982**

Rio de Janeiro
2005

FERNANDO A. PIRES-ALVES

A BIBLIOTECA DA SAÚDE DAS AMÉRICAS: a Bireme e a informação
em ciências da saúde, 1967 - 1982

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Chor Maio

Rio de Janeiro
2005

FERNANDO A. PIRES-ALVES

A BIBLIOTECA DA SAÚDE DAS AMÉRICAS: a Bireme e a informação
em ciências da saúde, 1967-1982

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovada em dezembro de 2005

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Chor Maio - Orientador
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Gilberto Hochman
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro
2005

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação não teria sido possível sem a presença intelectual e afetiva de Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman; sem o ambiente estimulante que um grande número de pessoas vêm construindo e sustentando em torno do projeto institucional da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz.

Da mesma forma, sem a orientação precisa de Marcos Chor Maio.

Recebi, em diferentes circunstâncias, ajuda direta e preciosa de muitos dos meus colegas. Entre eles se incluem Flávio Edler, Paula Xavier, Wanda Weltman, Paulo Elian, Francisco Lourenço, Carlos Henrique Paiva, Regina Celie, Liene Wegner e Cleber Oliveira. Vários foram, também, os amigos de curso, da Casa de Oswaldo Cruz e da Fiocruz que me concederam manifestações de carinho e torcida explícita. Meu muito obrigado.

Da Bireme - Opas/OMS e do Centro de História e Filosofia da Ciência - Unifesp, recebi, tal como uma dádiva, o franco e fundamental acesso aos arquivos institucionais, assim como a inventários e resultados de pesquisa histórica ainda inéditos. Sou imensamente grato por isso a Abel Paker e a Márcia Regina Barros da Silva. Na Bireme, recebi apoio valioso também de Regina Castro, Elenice de Castro e Zuleika Hornero.

Tenho de agradecer - e muito - à Organização Pan-Americana de Saúde por ter, decidido possibilitar, por meio do Institutional Memory, acesso remoto e em texto completo a documentos de arquivo e materiais bibliográficos existentes na sua sede. Em Washington – EUA, Cristiane Oliveira foi de muita ajuda quando a tecnologia resolveu não funcionar e romper meus enlaces informáticos com a Opas e as minhas fontes. E mais: meu interesse pela história da Bireme e a solidariedade de Cristina terminaram por ensejar também a digitalização de documentos que não se encontravam ainda disponíveis em rede. Infelizmente este generoso esforço não se concluiu a tempo de permitir a utilização completa destes materiais. Assim, premida pelos prazos acadêmicos, esta dissertação se conclui ao mesmo tempo em que uma boa partida de documentos ainda não utilizados como fonte histórica - e eventualmente importantes - emerge no oceano informacional da Internet. Paciência: é outro bom motivo para retomar o trabalho mais à frente.

Recebi ajuda também de Elizabeth Fee e Michel North, da Divisão de História da Medicina, da National Library of Medicine, dos EUA.

A minha curiosidade intelectual pela Bireme e pela informação em ciências da saúde é em muito devedora da militância de um grupo de membros da Câmara Técnica de Informação, Informática e Comunicação da Fiocruz. Assim, esta dissertação é também resultado de vários e produtivos diálogos com Ilma Noronha, Ilara Hammerli, Janine Cardoso, Inezita Araújo, Rogério Lannes, Miguel Murad e Paulo Elian, componentes da Câmara, e Maria Nélida Gomez, consultora.

Na pessoa de Jussara Long, agradeço às equipes das bibliotecas da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

Por fim, mas não por último, agradeço aos mistérios do mundo a felicidade de poder conviver por tantos anos com Juliana, Camila e Thaís. Não me negam o seu amor, ainda que de tão perto conheçam os meus defeitos.

RESUMO

A dissertação examina a gênese e os primeiros anos de funcionamento da Biblioteca Regional de Medicina - Bireme, da Organização Pan-Americana de Saúde - Opas, hoje Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Discute os antecedentes, a sua instalação em 1967 e as gestões dos seus dois primeiros diretores, Amador Neghme e Abraham Sonis, no período compreendido entre 1969 e 1982. Ao fazê-lo, caracteriza a Bireme, simultaneamente, como aparato e como arena de negociação, inscrita nos processos mais gerais do desenvolvimento, da informação em C&T, da cooperação internacional e das políticas de saúde no contexto latino-americano, assim como expressão das posições presentes no movimento de expansão e reforma do ensino médico na região.

Este percurso histórico tem como marco inicial a concepção de uma biblioteca regional de medicina para a América Latina, segundo um modelo que foi simultaneamente proposto, pela biblioteconomia médica norte-americana, para a constituição de um sistema de bibliotecas nos Estados Unidos, sob a liderança National Library of Medicine - NLM.

Dado este modelo fundador, o trabalho caracteriza a trajetória inicial da Bireme como sendo a história de uma remodelagem em dois tempos do conceito de biblioteca regional, tal como formulado pela NLM, refletindo um processo de recepção orientado segundo as aspirações e convicções daqueles que tiveram a responsabilidade conduzir o projeto institucional da Bireme, as circunstâncias de seu tempo e do ambiente institucional. Indica que o conceito original e o modelo alternativo, concebido a partir de 1976, produziram aportes radicalmente distintos no que tange ao funcionamento do regime de informação em ciências da saúde vigente no Brasil e na América Latina.

Abstract

This master's thesis explores the genesis and earliest years of the Pan American Health Organization's Regional Library of Medicine (Bireme), now known as the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information. It discusses the immediate background of Bireme's creation, its foundation in 1967, and the administrations of its first two directors, Amador Neghme and Abraham Sonis, from 1969 through 1982. Bireme is depicted both as an apparatus and as a stage for negotiations, part of more general processes in development, science and technology information, international cooperation, and health policies within the context of Latin America. The text also examines Bireme's stances in the movement to expand and reform medical teaching in the region.

Its historical trajectory began with the conception of a Latin American regional library of medicine, following a model that US medical library science was then drafting and proposing for a system of regional libraries in the US, under the leadership of the National Library of Medicine (NLM).

Given this foundational model, Bireme's early history can be viewed as a two-step reformulation of the regional library concept as designed by the NLM. Receptivity of the model was shaped by the aspirations and convictions of those responsible for molding Bireme's institutional project, by the circumstances of the period, and by the prevailing institutional climate. The original regional library model and an alternative model conceived starting in 1976 made radically different contributions to the current workings of the *régime* of health sciences information in Brazil and in Latin America.

SUMÁRIO

Introdução	12
Capítulo I - O Contexto da Gênese	26
I.1 - Ciência, saúde & desenvolvimento	27
I.2 - Ensino médico: expansão e reforma	36
I.3 - Organizações internacionais, informação em C&T e biblioteconomia médica	44
Capítulo II - A Gênese da Bireme	56
II.1 - Antecedentes	57
II.2 - Em busca de uma sede	73
II.3 - O modelo toma forma	80
II.4 - E cria-se a Bireme!	87
II.5 - Sobre a gênese da Bireme e os regimes de informação; primeiras conclusões	94
Capítulo III - Duas Gestões: a vigência e a crítica do modelo	100
III.1 - Por uma biblioteca para bibliotecas: a gestão Neghme:	100
III.1.1 - As novas tecnologias	102
III.1.2 - As formação das redes no Brasil e na América Latina	105
III.1.3 - Acervos e serviços	110
III.1.4 - Tempo de mudança	118
III.2 - Abraham Sonis e a saúde como vocação	122
III.2.1 - A crítica e a alternativa	123
III.2.2 - A tecnologia como crise	130
III.2.3 - O Index Medicus Latino Americano	133
III.2.4 - A “des-internacionalização” como risco: os recursos e as redes	136
III.2.5 - O <i>Long-Range Group</i>: por um novo regime de informação	141
Considerações Finais	151
Documentos de arquivo e outras fontes não publicadas	155
Referências Bibliográficas	161
Anexo:	
Tabela e Gráficos	168

Lista de Siglas

AAMC - American Association of Medical Colleges

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

Bid - Banco Interamericano de Desenvolvimento

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

Carec - Centro de Epidemiologia do Caribe

CDCT - Centro de Documentação Científica e Técnica do México

Cehfi - Centro de História e Filosofia das Ciências - Unifesp

Cendes - Centro de Estudios e Desarrollo Económico y Social

Cepal - Comissão Econômica para a América latina - Onu

Cepanzo - Centro Pan-Americano de Zoonoses

Cepes - Centro Pan-Americano de Planificação da Saúde

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

Clam - Centro Latino-Americano de Administração Médica

Clap - Centro de Perinatologia e Desenvolvimento Humano

Clates - Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde

CNPq - Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Eco - Centro Pan-Americano de Ecologia Humana e Saúde

EPM - Escola Paulista de Medicina

Fao - Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

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

Fid - International Federation for Information and Documentation

Finep - Financiadora de Estudos e Projetos

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

FNDCT - Fundo Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico

IACB - International Advisory Committee on Bibliography

IACDT - International Advisory Committee for Documentation and Terminology

IANC - Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe

IBBD - Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação

Ibict - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia

IBM - International Business Machine

IDCR - International Development Research Project

IEA - Instituto de Energia Atômica

IIB - International Institute of Bibliography

Iipes - Instituto Latino-Americano e do Caribe de Planificação Econômica e Social

IMLA - Index Medicus Latino-Americano

Incap - Instituto de Nutrição da América Central e Panamá

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

IOC- Instituto Oswaldo Cruz

Medlars - Medical Literature Analysis and Retrieval System

Medline - Medlars on line

Mesh - Medical Subject Headings

NIH - National Institutes of Health

NLM - National Library of Medicine

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

Opas - Organização Pan Americana da Saúde

Panaftosa - Centro Pan-Americano de Febre Aftosa

Pnud - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Sesp - Fundação Serviços de Saúde Pública

Snict - Sistema Nacional de Informação Científica e Tecnológica

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Unesco - Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura

Unisit - United Nations Information System for Science and Technology

USBE - United States Book Exchange

Usp - Universidade de São Paulo

Introdução

Em março de 1967 foi firmado um convênio entre a Organização Pan-Americana da Saúde - Opas e o Governo Brasileiro, este representado pelo Ministério da Educação e Cultura e pelo Ministério da Saúde, tendo como uma terceira parte a Escola Paulista de Medicina - EPM. Neste instrumento, ficaram definidas as bases para o estabelecimento, nas dependências desta escola, em São Paulo, de um centro de bibliografia médica de alcance regional: a Biblioteca Regional de Medicina - Bireme¹. Esta biblioteca deveria ser estruturada como um centro internacional especializado a ser gerenciado diretamente pela Opas. Sua missão foi de imediato definida como dizendo respeito ao atendimento das necessidades de informação bibliográfica nos campos da pesquisa biomédica, do ensino de medicina, assim como da prática médica. Sua abrangência geográfica ficava estabelecida como sendo a América do Sul² (Opas, 1967, p.1).

¹ A sigla “Bireme” só foi oficialmente adotada a partir do segundo semestre de 1970 (*Bol. Inform.*, 1970, 2 (2) 1: 1). Segundo Antonio de Matos Paiva, professor da EPM e à época membro do Comitê Científico Assessor, foi dele a idéia de adotá-la em substituição a B.R.M., utilizada até então. (Paiva, 2002 e Silva *et alli*, 2002, p. 24). Utilizo *Bol. Inform.* para mencionar matérias publicadas no *Boletín Informativo*, órgão oficial da Bireme publicado entre 1969 e 1975.

² Nos primeiros anos persistiu uma certa ambigüidade no uso das expressões América do Sul e América Latina para referir a área geográfica de atuação da Bireme. Por exemplo, o noticioso oficial da Bireme, *Boletín Informativo*, manteve o subtítulo “um centro de comunicações biomédicas a serviço da América do Sul” até 1975. Em vários e repetidos momentos durante este período se usou também América Latina em documentos oficiais. O alcance latino-americano, porém, como se verá, terminou por ser oficialmente adotado. Ao noticiar a assinatura do convênio e o início dos trabalhos o *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*, órgão oficial da Opas, indicou que encontrava-se em estudos a possibilidade de “instalações separadas” para atender a outras regiões “da América Latina”, possivelmente no México ou Panamá. (*Bol. de la Oficina*, junho 1968, p. 540).

Esta dissertação discute a gênese da Bireme e o caminho percorrido em seus doze anos iniciais de funcionamento regular, que correspondem às gestões dos seus dois primeiros diretores: Amador Neghme e Abraham Sonis. Neste período compreendido entre 1963 e 1982, um modelo inicial de biblioteca regional de medicina foi concebido e a sua instalação foi realizada; o formato original foi objeto de ajustes e esteve também sujeito a análises críticas e transformações substantivas. Ao seu final, uma nova concepção de instituição e de informação científica para a saúde passa a presidir o seu desenvolvimento. Em 1982, a Bireme se tornaria o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, preservando porém a sigla pela qual é até hoje conhecida. É exatamente este percurso, esta transição entre modelos, o centro das minhas preocupações.

Quando da assinatura do convênio de criação da Bireme, foram partes não signatárias, mas expressamente citadas, a National Library of Medicine - NLM, dos Estados Unidos da América, e a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina - Fepafem. À NLM caberia fornecer as bases de dados e os meios tecnológicos para que a Bireme funcionasse como um centro de busca bibliográfica operando como os então mais avançados recursos de processamento informatizado de dados. A NLM ficou também expressamente definida como fonte para a orientação em técnicas biblioteconômicas especializadas e lugar de treinamento do pessoal que desempenharia as tarefas técnicas mais complexas. A Fepafem deveria funcionar como meio de aproximação com as instituições de ensino médico no continente. As instalações e os acervos da biblioteca regional seriam estabelecidos a partir daqueles já em utilização pela biblioteca da EPM, que à época contava com um pavilhão independente, de construção relativamente recente (Opas, 1967, p. 1-3).

Os objetivos do novo centro bibliográfico, segundo os termos do seu instrumento de criação, incluíam propiciar aos profissionais do campo das ciências da saúde “maior acesso” a uma coleção “mais ampla” de recursos bibliográficos, visando tornar a região “auto-suficiente” no que concerne à informação bibliográfica no campo médico. Os meios para alcançar este objetivo algo impreciso foram em seguida explícita e sintomaticamente arrolados entre os objetivos: introduzir modernos recursos de reprodução por fotocópias e recorrer ao uso das fitas magnéticas geradas pela NLM com base na tecnologia Medlars,

um sistema de recuperação computadorizada de informação bibliográfica³. Esta forma de menção é sem dúvida reveladora de uma fusão - mais do que uma simples confusão - entre a sedução das possibilidades representadas àquela altura pelo uso de novos aparatos técnicos e os próprios objetivos e objetos das atividades a serem desempenhadas. Revela também a presença da NLM, com seus recursos de informação e de tecnologias aplicadas, como um dos entes centrais do processo de concepção e negociação que culmina no estabelecimento da Biblioteca Regional de Medicina da Opas. Os objetivos incluíam também atuar como um centro de “treinamento e demonstração” para a promoção das melhores práticas biblioteconômicas e de programas cooperativos entre as bibliotecas médicas da região (Opas, 1967, p.2-4).

O convênio também estabeleceu a forma de organização, as instâncias de administração e o conjunto de serviços a serem fornecidos de imediato. Fazendo jus aos privilégios e imunidades devidos aos organismos especializados do Sistema das Nações Unidas, o centro bibliográfico teria as seguintes instâncias de gestão: (1) o Comitê Técnico Assessor ou Comitê Científico Assessor (*Scientific Advisory Committee*), como passou a ser referido nos documentos oficiais, composto por “bibliotecários médicos e cientistas da saúde”, selecionados das comunidades internacionais de especialistas e no qual ficavam estabelecidos assentos permanentes para a NLM e a Fepafem; e (2) um Diretor, de nomeação exclusiva da Organização, cujo perfil deveria ser o de “um bibliotecário de alto preparo” e “experiência na administração de bibliotecas médicas e de serviços de documentação” (Opas, 1967, p. 3). Esta última diretiva logo será alterada, à luz de uma recomendação expressa da primeira reunião do Comitê Científico Assessor: a *expertise* na gestão de bibliotecas e serviços de informação foi colocada em segundo plano diante de requisitos como liderança, capacidade administrativa e competência científica⁴ (Bireme, 1968, p. 4).

³ Medlars, sigla correspondente a *Medical Literature Analysis and Retrieval System*, foi lançado em 1964, e permitiu à NLM dar início ao “*the first larg-scale, computer-based, retrospective search service available to the general public*” (EUA - OTA, 1982, p.4). No campo médico foi a primeira implementação efetiva da recuperação automatizada da informação bibliográfica (MILES, 1982, p. 368-373; SILVA, *et alli.*, 2004, p. 23). Ver também Capítulo I, seção 3.

⁴ Utilizo a autoria “Bireme” sempre que os documentos sejam produzidos pela Biblioteca e suas seções internas. “Opas” é utilizado para indicar a autoria de documentos produzidos pelas demais instâncias da Organização. Prefiro mencionar a autoria institucional - mesmo que eventualmente o autor individual seja identificável - sempre que esta dimensão for determinante na produção do documento. “*Bol. de la Oficina*” será utilizado sempre que um artigo ou notícia publicado no *Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana*, de autoria individual não identificada, for mencionado. Da mesma forma “*Edu. Med. y Salud.*” será utilizado nas mesmas situações para menções a *Educación Médica y Salud* e *Bol. Inform.*, para o *Boletín Informativo*, da Bireme.

Estabelecido o convênio, os meses seguintes foram dedicados ao trabalho de adaptação das instalações originais e ao planejamento de sua ampliação, com base em uma projeção para um período de dez anos, à definição das necessidades de pessoal e ao início dos processos de contratação. As primeiras rotinas técnicas foram definidas quando Robert Newburn, um bibliotecário norte-americano, foi designado no começo de 1968 para o cargo de Bibliotecário Chefe, em caráter temporário, após um período inicial de consultoria técnica⁵. Em janeiro de 1969, assumiu o posto de Diretor o chileno, parasitologista e educador médico Amador Neghme, até pouco tempo antes Presidente da Fepafem⁶.

O trabalho seguia de modo satisfatório. A adaptação do prédio e a aquisição de equipamentos para a reprodução de documentos, e também para a comunicação com outros centros eram feitas em um ritmo consistente. Da mesma forma, expandia-se a coleção de publicações periódicas. Iniciavam-se os procedimentos para a constituição de uma rede de subcentros ou bibliotecas colaboradoras em São Paulo e nas regiões brasileiras, um primeiro passo rumo à extensão dos serviços no âmbito latino-americano⁷. Em janeiro de 1969, deu-se início ao atendimento de solicitações externas à Escola Paulista (Neghme, 1969, p. 2-4). Nos dizeres de Martin Cummings, Diretor da National Library of Medicine, em um sumário dirigido ao Comitê Assessor para Pesquisas Médicas (*Advisory Committee on Medical Research*) da Opas, na condição de Presidente do Comitê Científico Assessor da Bireme: “dada a complexidade dos problemas associados a esta nova tarefa, não existem dúvidas de que um bom começo foi feito para cumprir os objetivos do programa” (Cummings, 1969, p. 2)⁸.

Se estes eram os bons auspícios em 1969, uma década depois o cenário parecia ser de algum modo mais incerto aos olhos dos contemporâneos responsáveis pela condução das atividades da Bireme. Em 1979, a Divisão de Recursos Humanos e Pesquisa da Opas - à qual então se subordinava biblioteca regional - convocou um grupo de trabalho com o

⁵ Os primeiros meses de funcionamento da Bireme e a atuação de Newburn serão abordados no Capítulo II.

⁶ Maiores detalhes sobre a nomeação e a gestão de Neghme à frente da Bireme estão no Capítulo III.

⁷ Estes aspectos do início das atividades da Bireme, entre outros, serão retomados no Capítulo II.

⁸ O Comitê Assessor para Pesquisas Médicas (*Advisory Committee on Medical Research*) era uma das estruturas de assessoramento das instâncias superiores da Opas: o Comitê Executivo, o Conselho Diretor e a Conferência Sanitária Pan-Americana. Instituído em 1962, manteve reuniões anuais até 1975. Para sua composição inicial ver Capítulo III, nota 1. Para a fluidez da leitura as citações mais curtas e simples serão traduzidas e o texto original remetido para a área de notas. As mais longas ou de tradução mais arriscada serão mantidas no original. Neste caso: “*given the complexity of the problems associated with this new undertaking, there is no doubt that a good start has been made to fulfill the objectives of the program*” (Cummings, 1969, p.2).

intuito de, em uma perspectiva de longo prazo, proceder a uma análise acerca dos rumos da informação biomédica e em saúde na América Latina. O principal tema em discussão era a curta história e o futuro da Bireme como empreendimento regional liderado pela Organização. Em novembro de 1979, realizou-se em Brasília um primeiro encontro do que seria o *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*. Seguiram-se outros dois, realizados em Washington, com dois subgrupos de trabalho, e na Cidade do México, respectivamente em janeiro e abril de 1980.

Realizada sob a égide da então recente meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e sua estratégia central da atenção primária à saúde, explicitada pela Declaração de Alma-Ata, a análise crítica ao projeto de implantação da Bireme desenhou, em última instância, uma ampla revisão do modelo até então perseguido⁹. Deste modo, dados de uma realidade latino-americana em acelerada transformação e a nova agenda da saúde internacional introduziram também uma nova pauta para uma Biblioteca Regional de Medicina, a rigor ainda em fase de implantação. Novos públicos foram identificados, assim como foi defendida uma urgente ampliação do escopo da biblioteca no sentido da incorporação de novos temas como o Planejamento e Administração em Saúde. Da mesma forma, novos arranjos institucionais foram imaginados para aproximar os recursos de informação disponíveis, os acervos e serviços da biblioteca das questões relativas à gestão e à prática das ações de saúde.

Ao término dos primeiros dez anos de funcionamento este processo de revisão estabelecia assim o final do primeiro ciclo de vida institucional da Bireme, e tornava explícitos alguns dos principais elementos do que seria a sua nova agenda de desenvolvimento rumo a um sistema que se pretendia de escopo efetivamente latino-americano e mais próximo aos temas e estratégias mais caros às políticas de saúde na região.

Minha análise se detém sobre este período primeiro da sua história institucional. Ela será informada pelos diagnósticos que emergiram da revisão de 1979/80. Pretendo identificar a origem mesma destes enunciados críticos, na medida em que estes sinalizam as formas pelas quais os componentes e rumos do projeto eram percebidos e avaliados

⁹ “Saúde para Todos no Ano 2000” foi a meta global adotada pela Assembléia Mundial de Saúde de 1977. A Declaração de Alma-Ata definiu a atenção primária à saúde como estratégia preferencial para o alcance desta meta e foi aprovada ao final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS entre 6 e 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, então integrante da URSS. Ver Opas, 1992, p. 75; Cueto, 2004, p. 125; e Cueto, 2004a.

pelos contemporâneos. Assim, a gênese e seu contexto, o desenvolvimento do modelo original e a sua crítica constituem em conjunto o objeto da minha atenção.

Gestada nos primeiros anos da década de sessenta, a constituição da Bireme integrou uma política e um programa de ação da Opas e, com o concurso de outros atores institucionais, se desenvolveu nos marcos da cooperação interamericana no período. Isto equivale a dizer que ela estava inscrita no contexto do lançamento e vigência da Aliança para o Progresso e de sua expressão no campo da saúde (Silva *et alli*, 2004). Sob um olhar mais amplo, significa que foi parte do Desenvolvimento, compreendido - como propõe Arturo Escobar - como domínio tanto discursivo, quanto concreto/prático, porque expresso em ações - que a partir do pós-segunda guerra definiu os termos pelos quais se dariam as relações entre sociedades capitalistas centrais e o mundo periférico. No âmbito interno dos países o desenvolvimento estabeleceu também, em boa medida, os termos da relação entre os espaços nacionais desiguais, com expressão nos planos da política, da economia, da cultura, da ciência & tecnologia e das políticas sociais (Escobar, 1994).

Ciência & tecnologia, sobretudo esta última, eram meios por excelência de realizar o desenvolvimento como ação. Dar acesso, transferir conhecimentos e tecnologias, promover a sua aplicação eram, assim, modos preferenciais para o estabelecimento de ambientes propícios à superação do “atraso”, para a alavancagem de “saltos”, ao rompimento de “círculos viciosos de pobreza”, ao preenchimento de “fossos” ou “*gaps*”, entre outras imagens típicas de então (Escobar, 1994, p. 3-20). Desta perspectiva, portanto, no contexto do desenvolvimento, não deve causar nenhuma estranheza a fusão, identificada algumas linhas acima, entre objetivos a alcançar e os meios tecnológicos adotados para tanto.

As organizações internacionais de tipo funcional como a Unesco, a Fao, a OMS e a Opas, entre outras, não só se engajaram neste movimento, mas em grande parte produziram, também pela transformação do pensamento em ação, muitas das próprias condições necessárias para a sua ocorrência¹⁰. As organizações internacionais, entre outras agências, foram instâncias poderosas na produção de saberes e normas, assim como de formas de intervenção no mundo e, portanto, na conformação do que Escobar classifica

¹⁰ Para uma classificação das organizações internacionais ver Herz & Hoffmann, 2004, especialmente o Capítulo I. As siglas se referem, pela ordem, à Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, à Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura, à Organização Mundial de Saúde, além da Opas.

como “aparatos” do desenvolvimento¹¹ (Escobar, 1994, p. 10). Estes, os aparatos do desenvolvimento, são constituídos por conhecimentos, métodos, técnicas e tecnologias, organizações e outros atores sociais que tanto concorrem, como são mesmo constituídos, para o atendimento de necessidades e para a resolução dos problemas da relação subdesenvolvimento/desenvolvimento, do mesmo modo que para a própria definição desta arena ou domínio.

Mas se as organizações internacionais e seus aparatos são poderosos centros emissores de vetores de mudança, pela produção e difusão de valores e normas, pela mobilização de recursos de autoridade e competência técnico-científica e inclusive de meios materiais, elas são também, como sugere Steve J. Stern (1998, p. 48-49), arenas onde se expressam, se encontram e interagem expectativas e interesses diversos. Organizações internacionais, mesmo nos quadros do desenvolvimento, como o concebe Escobar, estão longe de serem agências mais ou menos monolíticas, operando a partir do centro de um sistema mundial. Pelo contrário, enquanto arenas, são espaços de negociação e seus centros e agências nos países, suas operações “de campo”, são especialmente permeáveis às aspirações locais e seus enunciados.

Organizações Internacionais também não são, obviamente, uniformes no tempo. No percurso histórico do desenvolvimento, mudaram os atores presentes nas arenas de negociação, alteraram-se as concepções dominantes e os modos de operação das agências. Marta Finnemore (1996, p. 52-56) assinala, por exemplo, que transformações importantes na altura dos inícios dos anos sessenta decorrem do aumento da presença e da manifestação dos interesses estatais nacionais nos fóruns internacionais, em parte função da afluência a estes fóruns das novas nações recém saídas de suas guerras de independência. Outra reconfiguração, em íntima relação com aquela, diz respeito às percepções acerca das formas que assumiam as relações entre as nações e destas com organizações internacionais em áreas técnico-científicas: segundo algumas análises da época o período comportaria uma transição da “assistência técnica”, que reforçava condições de desigualdade e dependência entre os pólos desenvolvido/subdesenvolvido, para a de “cooperação técnica” que pretendia pautar-se pela idéia da produção de condições de autonomia, de auto-

¹¹ Mais adiante, no Capítulo I, seção 3, me apoiarei em Marta Finnemore (1996) para discutir, por exemplo, a ação da Unesco na constituição de aparatos como os conselhos nacionais de pesquisas e centros nacionais de informação científica e tecnológica.

suficiência, e pela possibilidade de estabelecimentos da colaboração sul-sul em temas de natureza técnico-científica.

Estas transições tinham ressonância na Opas (Ferreira, 1976). Particularmente esta última, da oposição entre as concepções de assistência e cooperação técnica, impactou a perspectiva dos responsáveis pela condução do projeto institucional da Bireme. Ela esteve presente como preocupação periférica no momento da formulação do projeto em meados da década de 1960 e presidiu, em boa medida, a avaliação crítica que se iniciou em meados dos anos setenta.

Neste trabalho, sistemas de informação em ciência & tecnologia, que pretendiam um alcance global ou regional, cuja aparição na cena ocidental ocorrem exatamente a partir da segunda metade da década de 50, sob condução direta ou patrocínio de Organizações Internacionais, são compreendidos nesta dissertação como parte dos aparatos do desenvolvimento. A informação em ciência & tecnologia, na mesma chave, é percebida como um domínio específico de problemas, conhecimentos e práticas profissionais e institucionais, dentre vários outros também configurados na vigência do desenvolvimento. Pretende-se também que sistemas e domínios sejam também arenas, onde operam atores sociais ora em posição de interação, ora em posição de conflito, “de intimidade e estranhamento, de imposição e mediação” (Stern, 1998, p. 50).

Em domínios da informação, a resolução sistemática no tempo de problemas e necessidades de uma mesma natureza, a partir de lugares, arranjos institucionais e práticas mais ou menos estáveis, terminam por conformar um regime de informação (Frohmann, 1995; Gomez, 2003). Este conceito tem sido usado, como assinala Nélide Gomez, para referir uma dimensão estrutural pela qual se mobilizam os sujeitos, as instituições e as autoridades, e se vêem estabelecidas as regras, os modos e meios preferenciais, os modelos de organização, entre outros aspectos, pelos quais a informação é gerada, organizada e distribuída em uma determinada circunstância histórica (Gomez, 2003). Um regime se expressa também nas formas pelas quais se acionam os conhecimentos e os recursos materiais, as bases técnicas ou tecnológicas, como parte dos aparatos disponíveis, e define os modos como estas são preferencialmente apropriadas pelos sujeitos sociais.

Bernd Frohmann (1995, p. 3-4) considera relevantes e revestidas de uma certa urgência as pesquisas que na área de políticas de informação se dediquem a estabelecer as genealogias dos regimes de informação: investigar os processos pelos quais se constituem,

se estabilizam e se transformam no tempo; ou como se estabelecem em seu interior e por seu intermédio relações sociais e de poder. Os sistemas e redes de informação, em condições de estabilidade institucional e permanência no tempo, são, por outro lado, componentes fundamentais dos regimes de informação¹². Para este autor, descrever uma política de informação é, em certo sentido, descrever as genealogias e modos de desenvolvimento dos regimes de informação que patrocina. Neste sentido, os estudos genealógicos dos regimes, e dos sistemas e redes em seu interior, seriam também, a meu juízo, um bom ponto de partida para uma agenda de pesquisa em história da informação e, no nosso caso aqui, da informação científica e tecnológica em saúde.

Assim, ao definir como foco da análise a trajetória da Bireme, este trabalho se propõe a examinar como uma política de informação da Organização Pan-Americana da Saúde dialogou com os regimes de informação em medicina, biomedicina e saúde então vigentes e produziu - ou pretendeu produzir - alterações na sua composição e funcionamento. Deste modo, além da moldura mais geral do desenvolvimento, da cooperação interamericana e da informação em C&T, os processos que examinaremos mais de perto estão também inscritos no domínio de políticas regionais de saúde e suas expressões no plano da atenção, da ciência & tecnologia, da formação de recursos humanos e da gestão em saúde. Procurarei examinar de que maneira modificações nos componentes desta moldura produziram tensões sobre as práticas estabelecidas no que concerne à informação científica em ciências da saúde.

Como instituição voltada para a informação biomédica a Bireme, seus objetos e práticas, era parte também de uma outra arena. Uma arena que refletia os processos agudamente dinâmicos que desde a metade do século XX vem caracterizado o domínio da comunicação e da informação em geral e científica no nosso caso particular. A criação da Bireme foi ela mesma expressão desta dinâmica. Vários dos componentes que entraram em sua química genética são incompreensíveis sem este enquadramento, inclusive no terreno

¹² Sistemas de informação são compreendidos neste trabalho como a organização normalizada e hierarquizada de instituições e processos – que com base em conhecimentos, habilidades, métodos, técnicas e tecnologias, destinam-se a atividades de seleção, reunião e processamento para estoque, recuperação e disseminação de informação processável como objeto material. São, portanto, o arranjo de instituições e/ou processos destinados à recuperação da informação. Redes são formas menos hierarquizadas e mais flexíveis, em que os componentes desempenham funções menos especializadas e pré-definidas. Alguns sugerem formas compostas em que processos técnicos - especializados, normatizados e hierarquizados - em forma de sistema, se apóiam e operam a partir de arranjos institucionais sob a forma de rede. Estas distinções e usos estavam presentes nas concepções dos personagens da história da Bireme. Ver, por ex.: Bireme, 1987; Castro & Sepúlveda, 1988; Machado, 1979;. Ver também Araújo, 1995; e Miranda 1977.

da cooperação internacional. Procurei tornar também esta moldura visível. Argumento que parte fundamental do projeto conceitual e do arranjo institucional adotado na criação da Bireme dependeu da forma como a National Library of Medicine se movimentava nesta arena.

A informação científica & tecnológica é presentemente considerada como aquela informação requerida pelos pesquisadores e as organizações de pesquisa e desenvolvimento no desempenho de suas atividades; a mobilizada nos processos de articulação entre a produção do conhecimento e a sua absorção em várias esferas da vida social; as envolvidas na educação e divulgação científica; e as requisitadas nos processos de gestão e decisão cientificamente informada em empreendimentos de várias ordens e naturezas, públicos ou privados, coletivos e individuais ¹³. A informação científica & tecnológica em saúde é tudo isso referido aos campos disciplinares e domínios de práticas relativos à saúde, que por sua vez pode ser definida de modo igualmente vasto. São definições estabelecidas a partir dos usos circunstanciados da informação e de uma evidente historicidade. Seu conteúdo substantivo se modifica na medida em que se alteram os atores que produzem e mobilizam informações e/ou ainda, quando se transformam os consensos em torno dos atributos de científico-técnico e do conceito de saúde.

No contexto de criação da Bireme e de seus anos iniciais, a informação que ela tem por objeto é a informação bibliográfica relativa à medicina e biomedicina. Este último termo, “biomedicina” é francamente utilizado para designar sua área especializada de atuação. Todavia, de modo recorrente, em seus documentos e materiais impressos, utilizava-se indistintamente expressões como “médica e biomédica”, “em ciências da saúde”, ou “de medicina e saúde”, e ,ainda, “no campo da saúde”. Os editoriais do *Boletín Informativo*, da Bireme, que inicia a sua publicação em 1969, são ilustrativos deste uso combinado e algo indistinto de formas. Entretanto, “biomedicina” ou “biomédico” são os termos mais freqüentes até o início da década de 1970.

A partir desta data, é cada vez mais freqüente e sistemático nos editoriais e notícias o uso de “ciências da saúde” para designar a área de atuação especializada, ainda que permaneça o mesmo uso indiscriminado das expressões já indicadas. Quando o termo “Saúde” e a expressão “Ciências da Saúde” começaram a ser utilizados nos documentos

¹³ Esta definição baseia-se sobretudo em Gomez & Canongia, 2001, p. 12.

oficiais com o mesmo propósito, de forma mais exclusiva, estava em curso uma revisão crítica do modelo de instituição.

Por outro lado, “comunicação”, “informação” e, eventualmente, “documentação” eram, nos anos iniciais, a designação do domínio de problemas e fenômenos com os quais a Bireme lidava, assim como do conhecimento profissional e técnico do qual a Bireme era expressão. Ao mesmo tempo, “biblioteca” indicava a sua condição como instituição especializada e a biblioteconomia foi também referida - com menor presença - como a área de conhecimento profissional. Na metade da década de 1970, a designação “centro de documentação e informação” passou a ser utilizada como forma antagonista à biblioteca, também caracterizando a emergência de um formato institucional alternativo. Examinarei estas transições, sem, no entanto, me propor a uma profunda análise conceitual nas duas situações. Meu problema é identificar a ocorrência de alterações no regime de informação e estas tensões entre termos serão trazidas à cena somente na medida em que ajudem a iluminar as minhas questões.

Em geral designo o domínio de atuação da Bireme como sendo o da informação científica (ou científica e tecnológica) em saúde ou da informação em ciências da saúde. Para os anos iniciais adoto informação biomédica, e algumas variações, tal qual usadas então. Deste modo torno minha narrativa mais próxima do tempo narrado. Quando utilizo comunicação científica ou biomédica, me refiro aos processos editoriais na produção de periódicos e livros médicos e biomédicos. Bibliografia é o seu conjunto em determinado contexto. Ao me referir aos conhecimentos e práticas da National Library of Medicine na altura das décadas de 1950 e 1960, preferi adotar biblioteconomia médica. Me pareceu mais adequada para designar aquela tradição.

A história da Bireme é um tema escassamente visitado pela historiografia. Minha única companhia neste território - e que me precede - é um trabalho relativamente recente desenvolvido pelo Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde, da Universidade Federal de São Paulo, em colaboração com a própria Bireme, que resultou num relatório de pesquisa (Cehfi, 2002) e em um artigo ainda inédito (Silva *et alli*, 2004). Revisitei, à minha maneira, vários dos caminhos percorridos por estes trabalhos. Acredito que nas várias trilhas promissoras que encontrei já abertas pude desbravar mais o caminho e produzir uma visão mais abrangente da floresta. Assim, pude também descortinar novas possibilidades

de investigação empírica e de interpretação, que procurei percorrer por minha conta e risco.

Estou convencido da relevância da pesquisa e da narrativa históricas tal como procurei empreender. A Biblioteca Regional de Medicina da Opas, depois Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, liderando a operação da sua Base de Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde - Lilacs, é uma referência indiscutível quando se trata de pensar a informação em ciências da saúde nesta região do planeta. Este caráter de referência se expressa de modo especial no caso do Brasil, país aonde constituiu a sua base inicial de operações e onde logrou construir uma vasta rede de bibliotecas cooperantes, a sua plataforma para vãos latino-americanos.

Mais recentemente, mediante projetos como o de Scielo, a biblioteca de periódicos em texto eletrônico completo, também inicialmente brasileira; da Biblioteca Virtual de Saúde; e da rede SCienTI, - uma rede internacional para fontes de informação para a gestão de ciência e tecnologia que integra, além da América Latina, países da Península Ibérica e da África de língua portuguesa - a Bireme adentra a era da WWW com respeitável capacitação técnica e tecnológica, extravasa os limites regionais de seu mandato original e abarca a informação e a comunicação científica em campos disciplinares bem mais amplos e diversos do que aqueles estritamente referidos ao campo da saúde.

Este trabalho pretende, sobretudo, contribuir para a resgatar a dimensão histórica, processual, do projeto institucional da Bireme e da própria informação em ciências da saúde no Brasil e na América Latina, como um domínio socialmente construído de intervenção técnico-científica; como algo que se constitui no tempo, fruto da atuação – e das opções – de atores sociais concretos. Espero que tenha correspondido a esta pretensão.

O primeiro capítulo procura estabelecer os elementos constitutivos do contexto a partir do qual se manifestaram como demanda, no âmbito da cooperação regional em saúde, os temas da comunicação e da bibliografia médica e biomédica. Para tanto, o capítulo está organizado em três seções. Uma primeira seção é dedicada a examinar como os organismos internacionais articulavam - e colocavam em operação sob a forma de políticas - as idéias de ciência, saúde e desenvolvimento. Preocupa-me, principalmente, o âmbito latino-americano do início dos anos 60, que é tratado, entretanto, como expressão de um processo de alcance global e que remonta ao imediato pós-segunda guerra. O segundo segmento examina o tema do ensino médico, na mesma circunstância temporal,

procurando tornar possível compreender a criação da Bireme como parte de uma infraestrutura docente patrocinada pela Opas. O terceiro discute biblioteconomia e informação científica & tecnológica à luz do papel desempenhado pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura - Unesco como principal organização internacional dedicada a tais questões. Em contraponto, examino também o momento da trajetória institucional da National Library of Medicine - NLM, quando o tema de uma biblioteca regional de medicina na América Latina entra na pauta de seu programa extramuros.

O segundo capítulo dedica-se ao processo de criação da Bireme, seus antecedentes, o processo de discussão e deliberação na Opas, e os interesses de cada um dos atores em cena. Avanço, ainda nele, sobre os primeiros meses de implantação. É neste contexto que se torna, acredito, plenamente visível o modelo de biblioteca médica que se pretendia implantar, segundo os preceitos da NLM. Procuro tornar este modelo o mais explícito possível.

O terceiro e último capítulo subdivide-se em seções dedicadas às gestões dos dois primeiros diretores, Amador Neghme e Abraham Sonis. Não se trata de uma periodização derivada pura e tão somente de uma história administrativa. As duas gestões são, entre si, especialmente representativas da inflexão operada no projeto institucional a partir de 1976.

Segue-se a conclusão, quando discuto os meus principais resultados. Ela deve ser lida tendo-se em mente as reflexões que fazem o desfecho do Capítulo II.

Foram utilizadas fontes primárias textuais e orais, as primeiras constituindo amplíssima maioria. O primeiro conjunto é representado pelos documentos oficiais produzidos tanto pela Organização Pan-Americana da Saúde quanto pela Bireme. Mesmo quando recorremos ao Arquivo da Família Chagas, sob a guarda do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, em especial aos materiais de Carlos Chagas Filho, os documentos selecionados eram também documentos oficiais reunidos por Chagas Filho na condição de Presidente do Conselho Assessor de Pesquisas Médicas da Opas e como Decano do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A maior parte dos documentos textuais não publicados é formada por relatórios, pareceres, projetos, trabalhos para congressos em formato “mimeo” e outros registros técnico-científicos, além de materiais de administração orçamentária. Os conjuntos de

documentos da Bireme hoje preservados encontram-se junto ao gabinete do Diretor. Tive o mais amplo acesso a estes materiais, bem como a um inventário, sob a forma de uma lista descritiva, elaborado pelo Centro de História e Filosofia da Ciência - Unifesp.

Os materiais da Opas examinados são acessíveis mediante a utilização da base de dados e dos arquivos de texto completo do Institutional Memory, um serviço da Biblioteca da Opas em Washington de inestimável valor para a pesquisa histórica. Todavia, tanto na Bireme como na Opas não foi possível acessar a correspondência oficial mantida no período.

Um segundo conjunto de fontes é representado por editoriais, notícias e artigos publicados no *Boletín da Oficina Panamericana de la Salud*, em *Educación Médica y Salud*, ambos publicados pela Opas e no *Boletín Informativo*, publicado pela Bireme entre 1969 e 1975. As duas primeiras publicações mencionadas se encontram também em texto completo no Institutional Memory. A Bireme possui uma coleção completa do seu informativo.

Foi também utilizado um conjunto de depoimentos orais concedidos a diferentes projetos e em distintas circunstâncias por José Roberto Ferreira, em duas oportunidades; Antonio de Mattos Paiva; Dinah Población; e Maria Lidia Neghme. Ferreira concedeu seus depoimentos à Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz no âmbito de um projeto de História da Educação Médica no Brasil (2003), em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica e por ocasião da realização de um projeto sobre a História da Cooperação Técnica MS-Brasil/Opas em Recursos Humanos em Saúde (2005) no âmbito do Observatório de História e Saúde, da Rorehs-MS/Opas. Neste último caso participei diretamente como entrevistador. As demais entrevistas foram realizadas no âmbito do projeto Bireme: uma história - 35 anos, desenvolvido pelo Cehfi - Unifesp (2002), com apoio da Opas.

Capítulo I

O Contexto da Gênese

Este capítulo é dedicado à apresentação do contexto em que é proposta e levada a efeito a criação e dá-se início ao funcionamento regular de uma biblioteca regional de medicina para a América Latina. Dividido em três segmentos, cada um deles procura tratar de uma determinada região de questões, cujos desenvolvimentos na altura dos anos 60 e 70 me auxiliam a atribuir sentido e determinar as condições pelas quais se tornou possível aquele empreendimento. Ajudam também a compreender os termos pelos quais foram definidos os rumos institucionais nos primeiros anos de desenvolvimento da iniciativa.

No primeiro segmento, examino os papéis então atribuídos à ciência e à tecnologia, nos anos de plena vigência da idéia de Desenvolvimento. Procuro aproximar esta discussão das políticas sociais e, em particular, da saúde na América Latina, em especial da forma como era considerada no âmbito da Organização Pan-Americana da Saúde - Opas. Na segunda parte introduzo alguns elementos sobre o ensino médico na América Latina naquela conjuntura. Ainda que seja de forma ligeira, discutir as propostas dirigidas à sua modernização e os debates mais gerais sobre os recursos humanos em saúde na América Latina, ajudam a iluminar meu objeto. A criação da Bireme é parte deste movimento.

No último segmento, discuto como a informação científica e tecnológica era tratada no período pelas organizações internacionais e em especial pela Unesco. Em seguida relaciono esta dimensão ao desenvolvimento da biblioteconomia médica nos EUA, em particular à trajetória da National Library of Medicine - NLM. Proponho que o exame

destas distintas tradições se mostrará revelador acerca de aspectos importantes do processo genético da Bireme e do seu percurso.

I.1 - Ciência, saúde & desenvolvimento

Modernidade, ciência e, sobretudo, técnica são noções que estão estreitamente relacionadas em uma perspectiva histórica. Da mesma forma, as correlações entre o conhecimento, a segurança do Estado e a produção da riqueza nacional. Como assinala Armand Mattelart, relações desta ordem estão já enunciadas, por exemplo, na *New Atlantis* de Francis Bacon (1627), ou nas críticas de Saint-Simon ao processo revolucionário francês de 1789 (Mattelart, 2002, p. 17-19 e 36-38). O que se altera no tempo é a qualidade e a escala destas conexões.

No imediato pós-segunda guerra, no contexto da emergência da idéia de desenvolvimento - como assinala Arturo Escobar -, ciência e técnica tornaram-se condição e modo de expressão de um aparato de conhecimentos e práticas que moldaria o mundo não euro-americano à feição de um ocidente moderno que avançava em seu movimento de mundialização (Escobar, 1995, p. 11). Atuar de modo cientificamente embasado e promover a introdução da tecnologia nos vários domínios da vida social significava, quase que sem mediações, ser civilizado e moderno. Nesta terceira quadra do século XX, ciência & tecnologia eram também condição e expressão da utopia do planejamento em larga escala. Um planejamento intersetorial, ubíquo, cientificamente informado, que possibilitaria um novo enquadramento para o problema da desigualdade entre as nações, vista como ameaça aos países industrializados e suas sociedades cada vez mais afluentes (Escobar, 1995, p. 21-22). O desenvolvimento e o planejamento, neste contexto, eram demandantes absolutos de informação e dos seus estoques. Era preciso esquadrihar, recolher dados e informações com ambições totalizantes e com eles produzir o conhecimento sobre um mundo que se quer transformar pelo desenvolvimento. Era preciso também que os conhecimentos se tornassem registrados e disponíveis como recursos para a ação, da mesma forma que as tecnologias. Pronunciamentos nesta direção foram freqüentes nas décadas que se seguiram ao conflito de 1939-45¹⁴ e reinava,

¹⁴ Dois exemplos, entre muitos, podem ser mencionados aqui. O primeiro deles, o discurso de posse de Harry Truman como Presidente dos EUA, em 1949: *“More than half the people of the world are living in conditions approaching misery (...). Their poverty is a handicap and a threat both to them and to more prosperous areas. For the first time in history humanity possesses the knowledge and the skill to relieve the*

portanto, um sentimento de franco otimismo acerca da capacidade redentora do conhecimento, da tecnologia, e dos seus estoques, uma vez mobilizados e acessíveis. Não eram, porém, todos os povos habilitados a usufruir deste novo estoque de conhecimentos e nem todos os conhecimentos estavam disponíveis, dadas as contingências da segurança nacional das potências, em especial durante a guerra fria.

Ressalva mais importante, todavia, é a indicada por Marta Finnemore (1996) quando esta autora examina o processo da inclusão da redução da pobreza como tema das agendas internacionais. Ela nos indica que variam no tempo as concepções acerca dos sentidos e modos de empreender o desenvolvimento. Segundo as suas análises, apenas na passagem das décadas de 1960/1970 a redução da pobreza se tornou temática freqüente e adquiriu algum *status* de centralidade. Até então, o desenvolvimento era percebido como quase exclusivamente destinado à promoção do crescimento econômico dos países, como modernização de suas infra-estruturas e incremento de seu produto interno bruto. A redução da pobreza era um resultado derivado.

Segundo Finnemore, a mudança em direção a uma percepção generalizada da pobreza como uma condição de regiões e grupos populacionais específicos e à sua transformação em objeto de políticas públicas, têm origem em uma reorientação do foco dos organismos internacionais, principalmente a partir de 1968, sob a liderança do Banco Mundial e de seu presidente Robert Macnamara. (Finnemore, 1996, p. 97 e 102-105).

Para esta autora, vários teriam sido os eventos e processos antecipadores desta inflexão. Em primeiro lugar, a emergência de um pensamento crítico entre alguns economistas do desenvolvimento, entre eles Gunnar Myrdal e Dudley Sears. Estas análises problematizavam os resultados alcançados pelos meios e processos tradicionais de modernização econômica. Seu principal diagnóstico indicava que mesmo onde as iniciativas desenvolvimentistas produziram um substancial aumento do produto interno

suffering of these people (...). I believe that we should make available to peace-loving peoples the benefits of our store of technical knowledge (...) Greater production is the key to prosperity and peace. And the key to greater production is a wider and more vigorous application of modern scientific and technical knowledge" (Truman, 1949, *apud* Escobar, 1995, p. 3). Uma visão sul-americana pode ser extraída do algo dramático pronunciamento do representante argentino na Conferência das Nações Unidas sobre a Aplicação da Ciência & Tecnologia para o Benefício das Áreas Menos Desenvolvidas, de 1963: "Ciência e Tecnologia são nos dias de hoje a chave para o progresso de qualquer nação, por delas dependerem a sua saúde, a produção industrial e agrícola, bem-estar e riqueza, desenvolvimento cultural, colocação e prestígio, poder e mesmo a sua independência. (...) Os países subdesenvolvidos estão compelidos a escolher entre dois caminhos - ciência e pobreza". (ONU, 1963, p. 26, *apud* Góes Filho & Araújo, 2004, p. 176).

bruto não teriam se alterado significativamente as condições de pobreza das populações desfavorecidas (Finnemore, 1996, p. 101-102).

Um segundo movimento antecipatório seria, ainda segundo Finnemore, a introdução e aprofundamento na política norte-americana, ao longo da década de 1960, de uma maior atenção no que tange aos temas das políticas sociais e explicitamente da pobreza, tanto em âmbito interno, quanto na política externa. No *front* externo foram exemplos: a assinatura da Ata de Bogotá pelo Conselho da Organização dos Estados Americanos, sob forte inspiração da administração republicana de Eisenhower ¹⁵, e o lançamento da Aliança para o Progresso por John Kennedy, em 13 de março de 1961; no plano interno, o estabelecimento pela administração Johnson, em janeiro de 1964, de um programa de “guerra incondicional” à pobreza no interior da sociedade americana. Esta última iniciativa foi no ano seguinte reforçada e integrada a “*The Great Society*”, um programa de maior abrangência, mas que desde a sua enunciação primeira articulava-se ao reforço da ajuda externa ao desenvolvimento, no caso latino-americano da Aliança para o Progresso ¹⁶.

Assim, se o término dos anos sessenta registrou a elevação da redução da pobreza à condição de estratégia pretensamente radical para o alcance do desenvolvimento, sob a batuta do Banco Mundial, como defende Finnemore, o final dos anos cinquenta e o conjunto da década de sessenta observaram, a gradativa e persistente emergência das políticas sociais para a superfície mais visível da agenda internacional, principalmente no contexto interamericano. Assim, alimentação e nutrição, habitação, educação e saúde, entre outras temáticas de cunho social, passaram a ganhar enunciados destacados nos planos e

¹⁵ A Ata de Bogotá foi proposta nos marcos da Operação Pan-Americana, de 1958, uma iniciativa do governo brasileiro de Juscelino Kubitschek de Oliveira voltada para a cooperação econômica interamericana. A Ata de Bogotá é tida como um documento referência para a introdução das temáticas sociais na agenda regional. É fruto de iniciativa da delegação americana segundo a avaliação de, por exemplo, Marcílio Marques Moreira, diplomata brasileiro, á época lotado em Washington. (Moreira, 2001; OEA, 1960).

¹⁶ Ao contrário de outras várias passagens deste texto, quando acompanhamos os argumentos de Marta Finnemore, no caso das “antecipações” do processo da inclusão da pobreza na agenda global da cooperação internacional tendemos a nos afastar da posição desta autora. Finnemore considera a “Aliança” uma iniciativa restrita ao contexto interamericano e a rigor fracassada. A “Guerra contra a pobreza” estaria restrita ao contexto nacional dos EUA. Esta autora prefere destacar a atualização desta temática pelo Banco Mundial e por Macnamara e a produção de uma nova “norma” como o motor decisivo do processo. A nosso ver, as conexões entre pensamento democrata nos EUA, em ambiente de afirmação e eventualmente radicalização de valores liberais, e a contenção da expansão comunista mediante um conceito de desenvolvimento ampliado em sua dimensão social, são os componentes estruturais da gênese desta nova centralidade da pobreza e respondem a interesses estatais norte-americanos. O próprio Macnamara expressou esta relação, ainda como Secretário de Defesa, assim como Johnson no mesmo discurso de lançamento da “guerra contra a pobreza” (Ver Finnemore, 1996, p. 102-105; Johnson, 1964).

programas regionais ao desenvolvimento, todos afirmando um papel de centralidade para o conhecimento, a tecnologias e os mecanismos para a sua transferência.

A Aliança para o Progresso sem dúvida explicitava esta percepção em âmbito interamericano sob a forma de uma política hemisférica. Na abertura do seu discurso na cerimônia de lançamento do programa, Kennedy assim se pronunciou para uma platéia formada por congressistas norte-americanos e os corpos diplomáticos dos países da América Latina e do Caribe:

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

Uma vez finalizado, o discurso foi imediatamente transmitido pela Voz da América para todo o continente em versões para espanhol, português e francês, além, naturalmente, da fala original em inglês. A regionalização do programa, entretanto, teve por marco a sua aprovação quando da realização, em agosto de 1961, na cidade uruguaia de Punta del Este, da Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial, uma instância de assessoramento da OEA. Ao seu término, os países da região - com a exceção de Cuba – firmaram a Carta de Punta del Este e as suas duas resoluções anexas. Estas estabeleciam para as áreas de educação e saúde pública os “Planos Decenais da Aliança para o Progresso”. Na saúde, o conjunto de documentos de referência para inaugurar aquela que seria a “década do planejamento” se completou com o Informe Final da Reunião de Ministros da Saúde das Américas, realizada em Washington em abril de 1963.

Em todo este processo de produção de uma política regional de saúde, inscrita no contexto da cooperação internacional para o desenvolvimento, a Organização Pan-Americana da Saúde desempenhou um papel central como principal organismo internacional especializado nas Américas e integrante a um só tempo do Sistema Interamericano e do Sistema das Nações Unidas. Criada em 1900, sendo portanto uma das mais antigas organizações internacionais, a Opas não só resistiu à eclosão da Segunda Guerra Mundial, como era uma instituição razoavelmente robusta ao final do conflito, refletindo o grau de avanço relativo que havia alcançado a cooperação interamericana em saúde ¹⁷.

Após o desmoronamento do sistema da Liga das Nações, literalmente sob o peso dos obuses e bombas da Segunda Guerra Mundial, a segunda metade da década de quarenta vê o início de uma vigorosa retomada das organizações internacionais. Este novo vigor envolveu tanto a instituição da Organização das Nações Unidas, quanto a criação e recriação de organizações funcionais em várias frentes, com o propósito de promover a formulação e implantação de uma série de recursos de natureza técnica instrumental tais como normas, padrões e medidas para a uniformização processos técnicos, a regulação de intercâmbios de várias naturezas, sistemas de informação internacionais, entre outras iniciativas. De outro lado, as organizações internacionais vêem-se fortalecidas em seu papel de celebração, atualização e anunciação dos valores e normas caros às correntes de pensamento de algum modo vitoriosas ao final da conflagração mundial (Elzinga, 2004). Neste quadro, o desenvolvimento rumo às formas que a vida social assumia no ocidente industrializado, a assistência e a cooperação em ciência & tecnologia, tornaram-se, em um certo sentido, modos privilegiados de uma nova comunhão entre os povos.

A Organização Mundial de Saúde, instituída em 22 de junho de 1946, seria uma das novas organizações funcionais do novo Sistema das Nações Unidas. O processo de sua criação envolveu um conflito a respeito da sobrevivência ou não da Opas como organização regional autônoma. Em lados opostos achavam-se os partidários da idéia de uma só organização inter-governamental para a área de saúde e aqueles que admitiam o princípio da “dupla lealdade”. Uma solução inicial provisória representou um compromisso em equilíbrio precário: projetava-se para um futuro incerto a possibilidade de integração - para alguns anexação - da Opas à OMS. Ao fim e ao cabo, em 1948, a I Assembléia Mundial de

¹⁷ Para um tratamento abrangente da trajetória histórica da Opas ver Cueto, 2004; Opas, 1992 e Lima, 2003.

Saúde decidiu pelo reconhecimento da Opas como organização autônoma, articulada à OMS como seu escritório regional para as Américas. Prevalencia em parte o conceito da “dupla lealdade”. Ao mesmo tempo, preservava-se a possibilidade de alguma unidade programática. Dentre as armas mobilizadas pelos pan-americanistas figuraram a firmeza de postura dos quadros dirigentes; uma expressiva folha de serviços reunida pela organização regional americana; a escolha de Fred Soper para a sua Direção, um sanitarista de competência e liderança reconhecidas no terreno da cooperação internacional; pitadas de pan-americanismo anticolonialista; e uma invejável arquitetura de sustentação financeira da organização, mesmo diante de sinais de retração dos aportes de recursos por parte dos Estados Unidos¹⁸.

O que se deve registrar, para os propósitos deste trabalho, é que quando se inicia e se aprofunda o período de gênese e de construção das condições de maturidade dos aparatos institucionais do desenvolvimento, como meio preferencial das relações entre nações centrais e periféricas, a Opas se encontrava em posição de legitimidade institucional e em condição de equilíbrio orçamentário. Enquanto se desenrolava o propalado ciclo dourado da prosperidade capitalista do pós-segunda guerra, a Opas aumentou seu orçamento e erigiu uma rede de centros especializados. Esta expansão dos seus meios operacionais diretos, “em campos específicos que transcendem o alcance dos países individualmente”, envolveu quase sempre uma estratégia de celebração de acordos e convênios com outros organismos inter-governamentais, instituições internacionais de fomento e os próprios Estados da região, na época razoavelmente receptivos a uma expansão dos seus gastos¹⁹. Nos anos 50, esta ampliação da estrutura da Opas incluiu a decisão de dividir o continente em sete zonas de atuação, cada uma com um escritório local²⁰. Este ciclo de expansão das estruturas institucionais da Opas avançou pelos anos 60

¹⁸ A criação da OMS e o debate sobre o destino da Opas encontram-se descritos em Cueto (2004, p.74-79) e Opas (1992, p. 41-47). A saúde financeira da organização no final dos anos quarenta, em que pesem restrições nas contribuições por parte dos EUA, deveu-se principalmente à capacidade de Fred Soper, seu Diretor entre 1947 e 1959, em mobilizar prestígio pessoal para a obtenção de recursos complementares.

¹⁹ A citação é atribuída a Soper em Opas (1992, p. 512), sem indicação de fonte.

²⁰ As zonas, sedes e áreas de cobertura foram as seguintes: Zona I (Washington), para Canadá, EUA e territórios não autônomos; Zona II (México), México, Cuba, Rep. Dominicana, Haiti; Zona III (C. da Guatemala), Guatemala, Peru, Honduras, Costa Rica, El Salvador, Nicarágua, Panamá; Zona IV (Lima), Bolívia, Peru, Venezuela, Colômbia, Equador; Zona V (Rio de Janeiro), Brasil; e Zona VI (Buenos Aires), Argentina, Uruguai, Chile, Paraguai. (Cueto, 2004)

e 70, já na gestão de Abraham Horwitz, e dele faz parte a criação da Bireme, em 1967, como um dos seus centros especializados ²¹.

Quando a Aliança para o Progresso trouxe os temas sociais para o proscênio da cooperação internacional nas Américas, a Opas, como agência funcional, operou como instância técnica do sistema interamericano e espaço de expressão das comunidades especializadas da saúde. Já em uma reunião de uma comissão especial da Organização dos Estados Americanos, realizada em abril de 1959, em Buenos Aires, fora possível à Opas introduzir uma “tímida” resolução recomendando aos governos nacionais a inclusão de programas de saúde no planejamento e negociação de financiamentos destinados ao desenvolvimento. A mesma resolução recomendava, ainda, a Opas como agência de assessoria técnica na elaboração dos projetos. (Horwitz, 1962, p. 476-477; OPS, 2002; Boletín, nov. 1961: 471). Na reunião de Punta del Este, evento que reuniu delegações de alto nível de todos os países americanos, com grupos de especialistas e observadores convidados, Abraham Horwitz, diretor da Opas, apresentou dois trabalhos²² (Horwitz, 1961a, p. 379-382; 1961b, p. 387-388). Seus temas se prenderam à afirmação da centralidade da saúde como condição para o desenvolvimento, à prescrição de ações de caráter imediato e à identificação de temas de atenção estratégica de longo prazo e aos meios adequados para abordá-los. Horwitz resumizava e acentuava a orientação dos conteúdos de “*Hechos sobre Problemas de Salud: la salud en relación com el progreso social y el desarrollo económico de las Américas*” um documento de referência elaborado pela Opas para aquela reunião (Opas, 1961). Em sua maior parte, os princípios, temas e eixos organizadores foram incorporados ao Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso (OEA, 1961).

²¹ Horwitz dirigiu a Opas entre 1959 e 1975. Foram os seguintes os centros pan-americanos estabelecidos pela Opas e suas sedes e anos de instalação: Instituto de Nutrição da América Central e Panamá, (Incap), Cidade da Guatemala 1946; Centro Pan-americano de Febre Aftosa (Panaftosa), Rio de Janeiro, 1951; Centro Pan-americano de Zoonoses (Cepanzo), Buenos Aires, 1956; Bireme, São Paulo, 1967; Centro Latino Americano de Administração Médica (Clam), Buenos Aires, 1967; Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe (IANC), Kingston, 1967; Centro Pan-Americano de Planificação da Saúde, Santiago, 1968; Centro Pan-americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (Cepis), Lima, 1968; Centro de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (Clap), Montevidéu, 1970; Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde, (Clates), Rio de Janeiro, 1972; Centro de Epidemiologia do Caribe (Carec), Porto Espanha, Trinidad e Tobago, 1974; e o Centro Pan-Americano de Ecologia Humana e Saúde (Eco), Cidade do México, 1974 (Cueto, 2004 e Opas, 2002: 8-9). Um ciclo de desativações se inicia em 1976, começando pelo Clam. O Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses (Inppaz) foi criado em 1991, em Martinez, Argentina, sendo uma espécie de centro temporário (Opas, 2002, p. 8-9).

²² A delegação brasileira foi chefiada por Clemente Mariani Bittencourt, à época Ministro da Fazenda do governo de Jânio Quadros. Este renunciaria uma semana depois do fim da reunião. A delegação cubana foi chefiada por Ernesto Che Guevara.

Afirmando “as relações recíprocas entre saúde e desenvolvimento” e a necessidade de promoção coordenada do desenvolvimento econômico e social mediante a elaboração e implementação de planos nacionais de desenvolvimento, o documento prescrevia a preparação de planos nacionais de longo prazo, identificava os problemas e metas prioritárias imediatas e definiu os meios de atuação preferenciais. Os problemas e metas demarcados diziam respeito à oferta de água potável e à provisão de serviços de esgotamento; à mortalidade infantil; ao controle de doenças transmissíveis, o que incluía a erradicação da malária e da varíola; à alimentação e nutrição de populações desfavorecidas; e à ampliação, organização e administração da rede de assistência à saúde.

Os meios preferenciais ficavam definidos como sendo o planejamento e avaliação de ações, o que implicava a instituição de unidades especializadas nos ministérios e a gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias; a administração coordenada dos serviços de saúde, com a articulação dos âmbitos nacional e local, assim como a integração da prevenção com a assistência curativa; a ênfase na formação e capacitação dos recursos humanos, o que implicava estabelecer quantitativos ideais de profissionais, técnicos e auxiliares, promover a capacitação em serviço e ampliar a oferta de cursos formativos; e por fim, promover “o melhor uso possível dos conhecimentos derivados da pesquisa científica, para a prevenção e o tratamento das enfermidades” (OEA, 1961, p. 490-491)²³.

Em conseqüência de uma resolução complementar da reunião uruguaia, a Opas organizou em Washington, entre 15 e 20 de abril de 1963, uma Reunião de Ministros da Saúde dos países signatários da Carta da Punta del Este. Precedida de um conjunto de reuniões preparatórias e da realização da XVI Conferência Sanitária Pan-Americana, teve por objetivos aprofundar a análise comum dos problemas de saúde e estabelecer uma agenda objetiva a partir dos enunciados do Plano Decenal (Opas, 1963, p. 1-49). Seu Informe Final, deste modo, repercutiu e procurou imprimir materialidade prática às prescrições da Reunião Extraordinária de Punta del Este e aos seus desdobramentos imediatos. As análises e recomendações relativas aos quatro “meios ou instrumentos” preferenciais para a “proteção, promoção e recuperação da saúde” - a saber o planejamento, a administração dos serviços, a formação dos recursos humanos e a investigação científica - contemplaram de formas e intensidades distintas os temas da informação em saúde.

²³ No original : “*el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica, para la prevención y el tratamiento de las enfermedades*” (OEA, 1961, p. 490-491).

A idéia de planejamento, como forma de proceder a uma mobilização programada dos recursos disponíveis, com o fito do alcance de objetivos e metas definidos segundo determinados diagnósticos, afirmava no terreno da saúde a necessidade da pesquisa epidemiológica e da informação estatística, como requisitos para a fixação de prioridades. Da mesma forma, prescrevia o desenvolvimento de metodologias para o que deveria ser uma “planificação integral do desenvolvimento econômico e do bem-estar”. Nos marcos desta pretensão totalizante, a planificação da saúde deveria ser parte integrada aos planos nacionais de desenvolvimento, estes últimos uma pré-condição para que um país pudesse se candidatar à ajuda interamericana segundo os termos da Aliança para o Progresso. Recomendava-se o estabelecimento em cada ministério da saúde de unidades especializadas nas metodologias de planejamento e avaliação de programas, na reunião sistemática de informações vitais, sanitárias e hospitalares, assim como para a formação e treinamento de pessoal (Opas, 1963).

Com o objetivo de desenvolver metodologias e auxiliar os governos da região nas tarefas de planejamento da saúde a Opas instituiu uma unidade especializada na sua sede em Washington, em 1961. O desenvolvimento de projetos específicos, com o concurso de especialistas contratados, suscitou a abertura de frentes de cooperação com instituições latino-americanas, entre estas o Centro de Estudios de Desarrollo Económico e Social – Cendes e a Escola de Saúde Pública, ambos da Venezuela. O trabalho com estes centros resultou na elaboração de um método de planejamento em saúde que ficou conhecido pela sigla Cendes-Ops, com ampla difusão na região das Américas. Sua primeira versão veio à luz em 1962²⁴.

A experiência venezuelana permitiu à Opas promover cursos destinados à formação de planejadores da saúde em escala regional, em conjunto com o Instituto Latino-Americano e do Caribe de Planificação Económica e Social - Ilpes, um organismo da Comissão Económica para a América Latina – Cepal/ONU, localizada em Santiago, Chile. Esta conexão Caracas – Santiago e a colaboração com o Ilpes e a Cepal ensejaram a criação de um Programa de Planejamento da Saúde, em 1968 formalizado como um novo centro especializado da Opas: o Centro Pan-Americano de Planejamento da Saúde, que entrou em operação efetiva em 1970, nas dependências do Ilpes (Opas, 1972, p. 1-2; Paiva, 2005). Constituiu-se neste processo uma escola de planejamento em saúde que teria vasta

²⁴ A versão final e de circulação continental é de 1965 (Opas, 1965).

penetração no continente. Produzia-se também uma referência institucional para a introdução das questões relativas ao domínio da informação para os sistemas e serviços de saúde.

Por outro lado, os debates em torno dos temas da pesquisa em biomedicina e saúde e da formação de recursos humanos também suscitaram a emergência dos temas da comunicação e da informação científica, ainda que de forma incipiente, já a partir da I Reunião dos Ministros da Saúde das Américas. Naquela oportunidade, estabeleceu-se entre as recomendações para a área de pesquisa em saúde, “(...) que se desenvolvam programas que garantam a rápida difusão de informação sobre pesquisas, aproveitando melhor os meios existentes e estabelecendo novos sistemas caso necessário” (*Bol. de la Oficina*, 1963 (jul.): 39).

Como veremos no segundo capítulo, o Comitê Assessor para Pesquisas Médicas da Opas, logo a partir da sua segunda reunião regular, também em 1963, passaria a abordar algo sistematicamente os temas da comunicação e da informação científicas. Ele se tornaria um dos fóruns decisivos no processo da constituição da Bireme, como um tema pertinente à integração entre ensino e pesquisa.

I.2 Ensino médico: expansão e reforma

A formação do médico é referida a um campo de práticas institucionais e profissionais que a partir do imediato pós-segunda guerra também vivenciava um vigoroso ciclo de transformações. Por um lado, a prestação de cuidados médicos deixa de ser um ofício circunscrito à interação bilateral médico/paciente e ao ambiente do consultório particular, para se tornar crescentemente parte também da esfera do interesse coletivo e objeto de políticas públicas a serem conduzidas por agências do Estado. Este movimento, por seu turno, integra, como vimos, um processo de expansão das responsabilidades públicas e atribuições estatais no que concerne ao bem-estar das populações nacionais quanto à educação, à saúde, à proteção ao trabalho e à previdência, entre outros domínios.

A segunda metade da década de 1960 e o início dos anos 70 foram, por outro lado, na experiência latino-americana, o período de ápice de um ciclo de ampliação quantitativa do ensino médico iniciado na década anterior. Este aumento quantitativo por certo respondia às demandas crescentes de um mercado público em ampliação. Em outro sentido, constituía uma resposta às demandas pela formação superior, como modo de

ascensão social em sociedades em franco processo de urbanização e complexificação do seu tecido social (Almeida, 2001, p. 46).

No plano das doutrinas acerca do ensino médico e suas relações no terreno das práticas médicas, os vinte e cinco anos compreendidos entre a metade dos anos 50 e o final dos 70, podem ser observados como cenário de um movimento composto, complexo, portador de ambigüidades e antagonismos: de afirmação limite daquilo que se convencionou chamar modelo flexneriano de ensino médico; de emersão de sua crítica, a partir dos enunciados da medicina integral, preventiva e comunitária; e da radicalização desta crítica empreendida, por exemplo, pela integração docente-assistencial, com a formulação dos enunciados que pretendiam ajustar o ensino médico aos imperativos de uma política de extensão da cobertura dos serviços orientada à atenção primária à saúde²⁵.

É certo que a utilização deste tipo de categorização a partir de modelos pode empobrecer as possibilidades de reconhecimento da complexidade das práticas reais, tanto nas escolas médicas, quanto nos serviços. De qualquer modo, é importante salientar que estas percepções modelares são elas mesmas construídas no calor da hora da revisão crítica, operada pelos intelectuais e profissionais da saúde ao longo dos anos 50, 60 e início dos 70. Neste sentido, elas produziram as referências conceituais que orientaram a avaliação e a formulação de políticas. Assim, com as devidas ressalvas, um percurso ainda que ligeiro sobre os principais componentes dos modelos identificados seria importante para uma percepção acerca das formas com que as pautas mais críticas da educação médica foram concebidas durante o período coberto por este estudo.

Neste sentido, é preciso registrar que mesmo os analistas bastante próximos das leituras baseadas em modelos para a compreensão do ensino médico latino-americano, sugerem que as especificidades da região suscitaram a adoção e vigência, a partir da metade dos anos 50, de programas para o ensino de medicina baseados em uma composição ou mistura entre modelos conceitualmente distintos. Assim, por exemplo, precedidas por uma introdução também recente do modelo flexneriano, “Medicina Preventiva, Comunitária e Familiar foram movimentos com orientações distintas, que tiveram origem nos Estados Unidos ao longo do século XX, mas chegaram à América

²⁵ O uso desta classificação se fundamenta na sua descrição presente em Schraiber, 1989, p. 104-127; Veras, 1981, p. 86-92; e Feuerwerker, 1998, p. 51-56, que comportam variações entre si.

Latina no intervalo de poucos anos, contribuindo para que houvesse certa confusão conceitual entre eles e uma mescla de suas influências” (Feuerwerker, 1998, p. 52).

O modelo flexneriano é assim denominado em referência aos preceitos para uma reforma do ensino superior de medicina nos Estados Unidos e Canadá formulados pelo químico e educador Abraham Flexner. Publicados em 1910, e largamente adotados para a re-organização do ensino médico nos EUA, seus principais componentes seriam, segundo seus críticos posteriores: (1) a ênfase nas aulas teóricas, com foco na doença; (2) a fragmentação do conhecimento nas disciplinas; (3) uma pedagogia centrada no professor e na aula expositiva; (4) a definição do hospital de ensino como o espaço da prática; (5) a valorização da competência científica e técnica, do laboratório e da dedicação exclusiva, como elementos centrais da capacitação docente; (6) a eleição do consultório privado como lugar privilegiado para exercício do trabalho médico; e (7) a organização da unidade de ensino em departamentos. Ainda segundo os seus críticos da segunda metade do século, este modelo de organização do ensino de medicina promoveu, desde a escola, uma crescente especialização do profissional médico em oposição à uma formação de caráter geral. (Lampert, 2001, p. 67 - 68).

Na América Latina, pela firme presença da tradição européia na organização do ensino superior ao longo do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, a introdução em larga escala destes preceitos somente ocorrerá tardiamente. Esta constatação, todavia, não deve nos fazer desconsiderar que a tradição germânica de associação entre ensino e pesquisa através do modelo dos institutos de pesquisa – um dos temas caros ao pensamento de Flexner -, já havia sido, desde finais do século XIX, experimentada com sucesso em vários contextos sul-americanos. (Kemp & Edler, 2004, p. 570-574).

O exame da medicina integral e preventiva, e de sua expressão na educação médica, pode ser feita aqui, a partir do pensamento de Abraham Horwitz, Diretor da Opas, tal como expresso em trabalho de 1961, na conjuntura, portanto, dos episódios de instalação da Aliança para o Progresso²⁶. Desta maneira, é possível tornar visível parte importante o pensamento da Organização em matéria de educação médica, o domínio em que será

²⁶ *Evolución de la Educación Médica em la América Latina*, foi apresentado 72ª Reunião Anual da Associação de Escolas Médicas - Montreal Canadá e publicado simultaneamente no *Journal of Medical Education*, em *Ciencia Interamericana* e no *Bol. de la Oficina*. (Horwitz, 1962)

formulada, alguns anos depois, a proposta de criação de uma biblioteca regional de medicina.

Em seu trabalho Horwitz assinala, de saída, que a época seria de “profundas transformações” ocorrendo “progressivamente desde há vinte anos” e seria especialmente bem representada por uma seqüência de eventos iniciada em 1951, com o Congresso Pan-Americano de Educação Médica, realizado em Lima; passando pela Conferência de Colorado Springs sobre o Ensino de Medicina Preventiva, de 1952; e terminando com a Segunda Conferência Mundial de Educação Médica, de 1959, realizada em Chicago, sob os auspícios da World Medical Association²⁷ (Horwitz, 1962, p. 281 e 286).

Para Horwitz, 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 condições econômico-sociais de cada uma, assim como os modos de organização dos seus serviços. De toda forma, como um diagnóstico preliminar, compreendia-se que o número de médicos e o volume de formação anual de novos titulados era inferior às necessidades dos países latino-americanos. Quando o contingente de médicos disponível não era de todo inadequado, a sua concentração nas capitais nacionais e nas principais cidades tornava o interior rural desprovido dos recursos humanos mínimos. Neste sentido, para uma análise da situação geral da região, o quantitativo de pessoal médico, além de numericamente insuficiente, era espacialmente mal distribuído.

Esta posição por um aumento da oferta de pessoal com formação profissional era acompanhada por uma forte preocupação com a qualidade do ensino ministrado nas faculdades. Preocupações desta ordem significavam que para a Opas o aumento do número de vagas deveria ser obtido – tendo-se em vista preservar a qualidade do ensino – pela abertura de novas faculdades ou pelo significativo incremento das condições docentes nas escolas já existentes²⁸. Neste sentido, segundo Horwitz,

²⁷ A série de eventos mencionados por Horwitz inclui também: Conferência de Faculdades Latino-Americanas de Medicina, Cidade do México, 1957; Reunião Científica da Associação Latino-Americana de Ciências Fisiológicas, Punta del Este, 1957; Seminário de Ensino de Medicina Interna, Manizales, Colômbia, 1959; e os I e II Seminários de Educação Médica da Colômbia, respectivamente 1955 e 1957, Cali e Medellin. (Horwitz, 1962)

²⁸ Educadores Médicos e as próprias políticas nacionais diferiam quanto a este ponto. No México, América Central, Argentina e Uruguai prevalecia a tendência a estimular o aumento de número de vagas. No Brasil,

“No parece lógico deteriorar la enseñanza (...) a sabiendas que no existen las condiciones mínimas para una preparación racional. La respuesta está en la selección (...) en un análisis sobre el número de médicos necesarios para cada país, seguido de la ampliación o la creación de los establecimientos indispensables” (Horwitz, 1963, p. 284).

Considerava-se como um princípio doutrinário a ênfase nos aspectos educativos, mais do que no treinamento e na aquisição de habilidades técnicas. Neste sentido, 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 sociais complexos e em constante mutação. Deveria ser portador de curiosidade intelectual e ser capaz de observação e análise de fenômenos. Deveria estar preparado, enfim, para a necessidade da formação continuada.

Outro tema central era a crítica à especialização precoce e à dissociação entre a formação acadêmica e o terreno da prática da assistência, em especial junto às comunidades rurais, questão central na abordagem do desenvolvimento na forma em que era concebido no princípio da década de 1960. Esta orientação era acompanhada de uma articulação entre a medicina preventiva e curativa. A Universidade estaria vocacionada para a promoção desta articulação, mesmo onde, na organização dos serviços de atenção, era fortalecida a dissociação entre prevenção e cura. Assim, “onde a dissociação (...), tanto no nível nacional como no local, é muito acentuada, mais difícil é formar o médico que se requer para os problemas sociais mais prementes. Não obstante, de maior urgência e significado é, nestes casos, a função universitária” (Horwitz, 1962, p. 282).

Todo o programa de Horwitz visava à formação de um médico capaz de perceber “o homem em sua integridade”, portador, idealmente, de uma harmonia interna, assim como nas suas relações com o ambiente, “tanto como unidade biológica como um ser social”, portador de uma dimensão cultural a ser valorizada e não apenas o mero objeto de uma intervenção terapêutica ou preventiva²⁹. (Horwitz, 1962, p. 282)

Chile e Colômbia a inclinação era possibilitar o aumento do número de escolas, sem incremento do número de alunos por escola. Esta última era a posição dominante na Opas (Ferreira, 2005, fita 1, p. 8).

²⁹ No original: “Donde la disociación de las acciones de prevención de aquellas de curación de las enfermedades, tanto en el nivel nacional como local, es muy acentuada, más difícil es formar el médico que

Estas orientações de ordem doutrinária mais geral eram acompanhadas de preocupações acerca da qualidade do ensino pré-universitário, com o ensino de ciências básicas e da medicina preventiva; com a ausência de maiores investimentos em pesquisa e da sua articulação com a docência, um outro importante tema integrador, ao mesmo tempo em que a especialização precoce e ênfase na tecnologia tinham como corolário preocupante a própria fragmentação do conhecimento médico. No pensamento de Horwitz, ao menos pelo que se pode extrair do artigo que estou comentando, 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, um tema também caro, como vimos, ao modelo de Flexner.

Voltarei a este artigo de Horwitz no Capítulo II, para destacar de que maneira suas considerações se articulavam à necessidade de acesso à informação bibliográfica atualizada. Por ora é suficiente assinalar que, em acordo com as considerações de Feuerwerker (1998), as posições defendidas por Horwitz sugerem uma composição entre preceitos flexnerianos e a sua crítica; preocupações com a saúde rural, um componente comum às formulações da medicina comunitária; e elementos dominantes das proposições da medicina integral. Esta solução de compromisso pode ser mais ou menos representativa das formas pelas quais modelos explicativos se apresentam de forma composta ou mista na cena real.

Esta composição doutrinária estava igualmente presente em outras instâncias e fóruns. E uma forma de ampliar esta percepção sobre a agenda do movimento das escolas médicas da América Latina no início dos anos 60 - e ao mesmo tempo me aproximar de um evento de importância central 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, em conjunto com a II Reunião Anual da Abem. O temário da conferência compreendia dois tópicos principais e inter-relacionados: (1) estabelecer critérios para a definição do conceito de capacidade docente com o objetivo de definir os requisitos mínimos para o funcionamento de novas escolas de medicina e (2) definir normas para o funcionamento do que seriam centros de formação e aperfeiçoamento científico e docente para professores e pesquisadores (Abem, 1964, p. 38). No temário, assim como nas conferências principais,

se requiere para los problemas sociales apremiantes. No obstante, de mayor urgência y significado es, en estos casos, la función universitaria” (Horwitz, 1962, p. 282).

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 infra-estrutura docente. (Abem, 1965, p. 49 - 62; 89 - 114; 215-244).

Esta agenda era em larga medida pertinente aos preceitos de uma medicina integral principalmente se considerarmos que esta corrente dedicava especial atenção à educação continuada, aos recursos docentes e aos processos e técnicas didáticas na construção de um ensino médico reformado (Schraiber, 1989, p. 116-117).

Quanto a este último aspecto, o então presidente da Fepafem, Amador Neghme, em seu discurso de abertura conferiu significativo destaque aos temas da formação educacional e pedagógica dos docentes médicos, assim como das condições docentes então existentes nas escolas, inclusive no que concerne às possibilidades de educação continuada e permanente. Assinalou que a sua Diretoria se encontrava em gestões para avançar em iniciativas que julgava “transcendentes”: (1) a criação de um “centro de documentação bibliográfica e de intercâmbio bibliotecário”; (2) um “centro de recursos visuais e audiovisuais em apoio às atividades de ensino; e (3) a constituição de um fundo para “ a edição e distribuição de impressos científicos, estímulo às publicações biológicas e médicas para estudantes”(Abem, 1965, p. 61). Todas as iniciativas terminariam por se tornar programas oficiais da Organização Pan-Americana da Saúde na segunda metade da década de 1960 e inícios dos anos setenta, conformando uma espécie de programa interamericano de infra-estrutura docente.

Este meu percurso pelas tendências do ensino médico na América Latina deve avançar até metade dos anos 70. O período registrou o aprofundamento dos movimentos de reforma da educação médica, em estreita relação com as políticas mais gerais que prescreviam a ampliação dos contingentes populacionais a serem atendidos pelos serviços de saúde.

Nesta década, um dos eventos centrais para a conformação deste processo foi o lançamento do II Plano Decenal de Saúde das Américas, por ocasião da realização da III Reunião de Ministros da Saúde, em Santiago, Chile. Com forte atenção aos recursos humanos em saúde, o Plano prescreveu a aproximação entre as instituições formativas e os serviços de saúde; as abordagens multidisciplinares; a criação de regiões docentes-

assistenciais como forma promover a articulação entre estas duas esferas; e a presença precoce dos estudantes nos ambientes de prestação da atenção à saúde (Almeida, 2001; p. 46).

Outro importante componente foi a reunião, em torno da área de recursos humanos da Opas, de um grupo de médicos e especialistas que não só realizaram um profundo balanço do duplo movimento de expansão e reforma do ensino médico na América Latina, como empreenderam uma atualização da sua agenda programática com base em uma ativa militância³⁰.

Como assinala Schraiber (1989, p. 121), norteavam os debates sobre a educação médica os imperativos de uma expansão da atenção médica presidida pela idéia da existência de necessidades sociais prioritárias, assim como de cuidados prioritários, básicos e integrais, a serem ofertados às populações, segundo a frequência de agravos e patologias, no interior de uma concepção hierarquizada da prestação de cuidados, segundo a sua complexidade (primária ou básica; secundária; terciária).

Tratava-se assim de, prioritariamente, promover a formação de um profissional médico habilitado a prover um tipo de cuidado primário, fundamental, orientado tanto pelas exigências de integralidade, quanto de adequação ao contexto nosológico. Isto significava, também, preparar profissionais, em novos termos, tanto para a prestação de serviços como para a sua própria organização. Os principais obstáculos identificados eram, novamente, a fragmentação dos conhecimentos e práticas; a especialização voltada para a doença rara, cientificamente atraente, mas de baixa significação social; e o cuidado baseado em tecnologias custosas. A respeito deste último aspecto, prescrevia-se um processo de simplificação tecnológica com vistas à obtenção das chamadas tecnologias simples e apropriadas ao seu contexto de aplicação (Schraiber, 1989, p. 122).

As correntes do pensamento médico mais próximas a estas preocupações seriam, ainda segundo Schraiber, a Medicina Generalista, a Medicina Comunitária e a Integração Docente-Assistencial - IDA (1989, p. 106). Sobretudo a IDA, era uma das formulações mais presentes no pensamento médico educacional crítico na segunda metade da década de 1970, com ampla expressão a partir da Opas. Ao final da década, por exemplo, o Informe Final do Grupo de Trabalho sobre Requisitos Mínimos para a Criação de Escolas de

³⁰ Dentre os principais personagens deste grupo figuravam: Ramón Villareal, Juan César García, Jorge Andrade e José Roberto Ferreira. Ver: (Garcia, 1972; Andrade, J., 1979).

Medicina, publicado em *Educación Medica y Salud* (1979, 13 (3): 274-275), recomendava a IDA como uma das estratégias mais promissoras na medida em que pretendia, no âmbito de processos de regionalização, uma profunda articulação entre todos os segmentos da escola médica e os vários níveis de atenção, a partir da idéia de regionalização (Almeida, 2001, p. 46).

O próprio hospital-escola, peça chave da arquitetura curricular preconizada por Flexner e das praticas em vigor na maioria das escolas, era nitidamente secundarizado em termos de importância como espaço docente. Seu perfil excessivamente acadêmico, orientado para a pesquisa dos quadros patológicos raros, o diagnóstico e a terapêutica tecnologicamente intensivas eram considerados uma distorção. Para os defensores da IDA, todos os lugares e níveis de prestação de serviço deveriam ser considerados como espaços docentes e o próprio hospital reconfigurado à semelhança das unidades regulares do sistema de saúde (Schraiber, 1989, p. 124; Ferreira, 1976, p. 140-149).

Neste sentido, principalmente a IDA, mas também as demais correntes sensíveis às questões da expansão da cobertura da atenção à saúde, produziram uma atualização do tema da integração, na perspectiva de uma saúde pensada prioritariamente em termos coletivos. Pretendia-se integrar radicalmente a educação médica às prioridades objetivas dos serviços de saúde, percebidas estas como projeção das necessidades sociais mais amplas rumo ao desenvolvimento.

Estas complexas transições entre modelos e perspectivas do pensamento educacional médico, abordadas aqui de forma assumidamente parcial, não deixarão de também se manifestar nos primeiros anos da história da Bireme. Seus personagens principais foram protagonistas importantes destes debates. Como veremos, muito do seu sentido, dos seus propósitos e das orientações programáticas que nortearam o seu desenvolvimento institucional foram formulados a partir destes mesmos enquadramentos.

I.3 - Organizações internacionais, informação em C&T e biblioteconomia médica

Os estudos no campo da biblioteconomia e documentação e da ciência da informação que se propõem a analisar os processos de institucionalização destes mesmos campos no contexto brasileiro conferem um estatuto de marco fundamental à criação, sob patrocínio da Unesco, do Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação - IBBD, em

1954, como agência vinculada ao Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq³¹. Outros eventos notadamente importantes na trajetória destes campos estariam localizados no início dos anos 70. Em 1971, a informação em ciência & tecnologia (IC&T) foi contemplada no I Plano Nacional de Desenvolvimento, o que incluiu a proposição da criação do Sistema Nacional de Informação Científica e Tecnológica, o Snict. As diretrizes básicas para a configuração deste sistema nacional foram estabelecidas dois anos depois, em 1973, novamente sob a direta influência da Unesco, um processo que se desdobra na transformação do IBBD em Instituto Brasileiro de Informação Científica e Tecnológica, Ibict, em 1976.

O papel imaginado para o Snict previa que este deveria funcionar mediante a articulação de sistemas especializados mais ou menos autônomos, fossem os já instituídos, fossem aqueles que viessem a ser criados. Nos dois casos a cena brasileira já comportava uma significativa coleção de sistemas de informação especializada cuja criação e funcionamento estava relacionada com a atuação de organizações internacionais.

Em 1967, como vimos, foi constituída a Bireme, como um centro regional especializado da Opas. Em 1970, foi criado, no âmbito do Programa Nuclear Brasileiro, o Centro de Informações Nucleares da Comissão Nacional de Energia Nuclear, integrando o International Nuclear Information System - INIS, da Agência Internacional de Energia Atômica, um organismo das Nações Unidas. Em 1972, teve início, com apoio da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, a Fao, a constituição de um Centro Nacional de Informação e Documentação Agrícola, no âmbito do Ministério da Agricultura. O que pretendo assinalar é que a presença da Unesco no movimento mais geral da informação em C&T no país, assim como destas outras organizações internacionais na instalação de sistemas especializados, indicam que os processos que venho comentando, no contexto temporal em que ocorrem, constituam uma espécie de tendência e devem ser, em primeiro lugar, examinados a partir de um ângulo de observação definido pelo trinômio organizações internacionais, informação em C&T e desenvolvimento.

³¹ Um trabalho que examina em maior detalhe a criação do IBBD, relacionando-a à institucionalização da Ciência da Informação no Brasil é o de Luis Antonio Gonçalves da Silva (1987). Retornarei a este trabalho mais adiante. Para uma idéia um pouco mais geral sobre a Biblioteconomia e a Ciência da Informação no contexto brasileiro ver Marcondes, 1998; Miranda, 1977 e Pinheiro, 1991.

Funcionar de modo a proporcionar aos estados nacionais associados fontes de informação qualificadas, estabelecer normas e desenvolver políticas no terreno da reunião e acessibilidade a conhecimentos especializados, são atribuições corriqueiras e formas por excelência de operação de organismos internacionais, em especial das organizações de tipo funcional, ou seja, aquelas dedicadas a temas específicos, como o são a Organização Mundial de Saúde e a Opas, a Unesco, os organismos das nações unidas para comércio exterior, agricultura e energia nuclear, entre outros vários exemplos possíveis (Hertz & Hoffmann, 2004). A rigor, uma entidade como a Opas é uma forma mais acabada de institucionalização da cooperação interamericana em saúde, que se iniciou no século XIX com a constituição de grupos *ad hoc* para o exame de temas de interesse comum e que desde sempre envolveu o intercâmbio de conhecimentos e o estabelecimento de rotinas reguladas para a troca de informações, por exemplo, como parte de uma rede de alerta continental contra a eclosão de surtos epidêmicos (Cueto, 2004 e Lima, 2003). Da mesma forma, o registro e o intercâmbio de informações científicas sempre foi parte indissociável da própria prática de se fazer ciência e dos seus processos de institucionalização, pelo menos no ocidente. Academias de ciência desde o correr do século XVII adensaram sua significação institucional *pari passu* a correspondência entre acadêmicos se tornou *papers*, os *Archivos* se transformavam em periódicos e as novas coleções recheavam as bibliotecas.

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. Era uma “explosão” da informação científica e técnica que acompanhava e era parte constituinte da transformação da C&T em tema de interesse estratégico de governos e do estabelecimento de novos termos para as relações entre a ciência, a esfera pública e o mercado. Em segundo lugar, a própria necessidade de administração de estoques crescentes de informação científica passa a freqüentar a agenda da gestão de ciência & tecnologia, inclusive como infra-estrutura e condição para as atividades de pesquisa e desenvolvimento³².

³² Vannevar Bush personaliza de modo especial esta imbricação entre a gestão de C&T e da Informação em C&T. Foi o autor, em 1945, de *Science the Endless Frontier*, por solicitação direta do Presidente Roosevelt, ainda antes do término do conflito, um dos primeiros documentos passível de ser classificado como proposição de uma política de C&T no contexto norte-americano. Em *As We May Think*, um artigo do mesmo ano, realiza o que é considerado um dos documentos fundadores da ciência da informação (e antecipador das atuais plataformas computacionais das bases de textos completos) e da gestão de estoques de informação em novas bases método-tecnológicas.

A terceira novidade foi que o desenvolvimento, tal como venho tratando neste capítulo, era ele mesmo em boa medida uma vasta operação de gestão de ciência & tecnologia, governando as relações entre o centro e a periferia. E o aparato do desenvolvimento comportaria a criação de agências especialmente dedicadas tanto aos negócios de ciência & tecnologia, quanto à gestão da informação científica e tecnológica.

As Organizações Internacionais foram atores determinantes deste processo. Produziram enunciados de caráter prescritivo que, para bem 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. Como vimos alguns parágrafos acima, agências e sistemas de informação foram concebidos, propostos e efetivamente implementados sob o patrocínio e eventualmente como parte da estrutura mesma de organismos internacionais. São sem dúvida iniciativas de tipo instrumental, mas são também modos de expressão no mundo concreto de princípios e normas de ordem geral.

Um exame do papel desempenhado pela Unesco neste domínio nos permitirá observar mais de perto este processo da criação de agências especializadas. Me proporcionará, também, um modo de fazer subir o pano de fundo diante do qual se desenrolarão as relações entre a própria Unesco e a National Library of Medicine, entre o Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação e a Bireme.

Como assinala Marta Finnemore (1996) em seu *National Interests in International Society* (1996), no período compreendido entre meados dos anos 50 e 1975 a Unesco foi especialmente ativa, promovendo a criação de agências nacionais dedicadas à gestão da ciência & tecnologia, um movimento que resultou na criação de conselhos nacionais de pesquisa ou organizações assemelhadas em cerca de 75 países. O ponto central do argumento de Finnemore naquele trabalho é que este processo teve um componente normativo como força motriz. Decorre de uma nova compreensão acerca do papel a ser desempenhado pelos Estados no que concerne à ciência, mais do que a qualquer necessidade funcional. Como fonte da emissão desta nova compreensão identifica a Unesco e o seu Natural Sciences Department. Os eventos e processos-chave deste movimento teriam sido o deslocamento de uma perspectiva transnacional e freqüentemente não governamental, para uma orientação centrada nos interesses dos estados membros individualmente observados. Este processo refletiria, por seu turno, uma mudança na

percepção geral da natureza do ambiente internacional: menos receptivo aos ideais de ampla cooperação internacional e mais definido nos termos de uma competição entre Estados e blocos irremediavelmente antagônicos. O aumento do número de estados membros, uma como decorrência do movimento de descolonização posterior à Segunda Guerra Mundial, teria também contribuído de modo decisivo para um maior vigor dos posicionamentos de teor nacionalista³³ (Finnemore, 1996, p. 47-65).

No terreno da ciência & tecnologia, a lógica da sua promoção conduzida pelos cientistas e suas organizações especializadas, dirigida para os mesmos cientistas e suas comunidades, é substituída por uma concepção que vai valorizar o papel do Estado como ente coordenador de investimentos e esforços coletivos. Para ser moderno e desempenhar de modo adequado o seu papel de promotor do desenvolvimento, todo e qualquer Estado Nacional, independente de suas condições internas, deveria incluir a gestão dos negócios de C&T como uma de suas responsabilidades diretas. A instituição, no interior da estrutura do Estado, de uma burocracia especializada na formulação e condução de políticas nacionais de C&T, assim como a absoluta necessidade destas últimas no interior dos planos nacionais de desenvolvimento, seriam corolários desta nova concepção. A Unesco, segundo Finnemore, iria desempenhar um papel decisivo no estabelecimento destes enunciados como norma geral, “ensinando” os Estados Nacionais quanto ao seu sentido e eficácia, estabelecendo modelos de arranjo institucional para estas novas burocracias estatais, induzindo e apoiando técnica e politicamente a instituição de conselhos nacionais de pesquisa ao redor do mundo.

A gestão da informação científica & tecnológica, inclusive com a proposição da criação de agências estatais especializadas, constituiu também parte das formulações da Unesco, como um desdobramento da política da Organização pelo estabelecimento de burocracias estatais voltadas para a política de C&T. Considero quanto a este ponto, que a década de 1960 foi o período de elaboração por parte da Unesco de uma outra norma, derivada daquela diretamente discutida por Finnemore. Neste caso, o enunciado prescrevia que para uma conseqüente política de ciência & tecnologia as novas burocracias deveriam promover o estabelecimento de políticas nacionais para uma adequada reunião, acesso e fluxos da informação científica e tecnológica, inclusive propiciando os meios para o estabelecimento de agências especializadas em informação em C&T. Entre 1964 e 1980, a

³³ Para uma discussão sobre as posições doutrinárias nas primeiras décadas da Unesco ver também: Elzinga, 2004; e Maio, 2004

Unesco empreendeu pelo menos 45 missões e estudos de campo visando o assessoramento de atividade de informação científica e a constituição de centros ou sistemas nacionais dedicados à Informação em C&T³⁴.

Os temas do intercâmbio de informações e conhecimentos, da proteção de registros sob a forma de acervos de vários tipos, inclusive os bibliográficos, bem como da promoção de serviços especializados de bibliografia e documentação, sempre estiveram presentes na agenda de preocupações e iniciativas da Unesco. Tais temas integraram o núcleo da missão da própria organização desde a sua criação.

O tratamento mais sistemático das questões de bibliografia e documentação era enfrentado até a década de 50 pela área do Departamento de Atividades Culturais e o seu International Advisory Committee on Bibliography – IACB. E foi, com efeito, neste âmbito que se defendeu seguidamente a criação de centros bibliográficos nacionais, de largo escopo. Tais centros tinham em vista o estabelecimento, nos países, de bases institucionais para o enfrentamento dos problemas de controle bibliográfico e do próprio fortalecimento institucional e técnico-científico da área de Bibliografia e Documentação. Foi também na esfera do Departamento de Atividades Culturais e do IACB que se debateu e sugeriu a aprovação, pelo Comitê Executivo, da colaboração da Unesco com o governo brasileiro, visando o estabelecimento no país de um centro bibliográfico modelo.

De fato, como demonstra Luis Antonio Gonçalves da Silva (Silva, 1987), foi no processo de negociação com os atores nacionais, sobretudo por iniciativa da Presidência do CNPq, que se estabeleceu o foco privilegiado do IBBD nas áreas de informação científica e tecnológica. A pretensão da Unesco era então um centro bibliográfico universal no que concerne ao seu escopo. Da mesma forma, o próprio posicionamento do IBBD como instituto integrante da estrutura do CNPq, decorre também desta negociação. Os entendimentos iniciais indicavam a Fundação Getúlio Vargas e a Biblioteca Nacional como os principais interlocutores técnico-institucionais no Brasil. O relatório final do

³⁴ No catálogo *on-line* de documentos oficiais da Unesco foi possível identificar 35 missões e estudos de campo realizados em países ou regiões, entre 1964 e 1980. Todas elas dedicadas ao tema mais geral da informação científica e tecnológica. O número seria bem maior se consideradas as missões dedicadas a temas específicos como a informação em educação ou oceanografia. Segundo o ano, o número de missões e os países: 1964 (uma missão), nas Filipinas; 1965 (1), no Egito; 1966 (1), Paquistão; 1968 (1), Iraque; 1972 (5), Sudeste Asiático, Índia, Venezuela, Brasil e Iraque; 1973 (2), Indonésia e Egito; 1974 (2), Brasil e Venezuela; 1975 (2), África Ocidental e Bangladesh; 1976 (2), Indonésia e “Mundo Árabe”; 1977 (5), Paquistão, Irã, África Ocidental, Tanzânia e Afeganistão; 1978 (6), Nepal, Índia, Etiópia, Bulgária, Sri Lanka e Tanzânia; 1979 (2), Indonésia e Sri Lanka; 1980 (5), Quênia, Brasil, Peru, América Latina e México. Ver www.unesco.or/general/eng/infoservice/library/index/shtml

consultor da Unesco, Herbert Coblans, que acompanhou todo o processo de formatação do IBBD, e citado por Silva (1987, p. 132), indica de modo categórico como o modelo adotado para a constituição do IBBD, em certo sentido bastante similar ao adotado uma década mais tarde pela própria organização, em muito diferia, no contexto do início dos anos cinquenta, à formatação ideal de centro bibliográfico nacional, segundo o entendimento da Unesco.

Para que o formato de centro nacional de informação científica e tecnológica, como parte das agências nacionais de gestão de C&T, pudesse se transformar em norma a ser promovida mundo afora, foi preciso a ocorrência e resolução - pelo menos parcial - de um conflito interno na própria Unesco. Um conflito que opôs especialistas em bibliografia, compreendida esta em seu escopo mais universal ou tradicional, e aqueles da documentação e terminologia nos domínios da ciência básica e aplicada. Esta divergência tinha como lugares institucionais de expressão, de um lado, o International Advisory Committee on Bibliography - IACB, vinculado ao Departamento de Atividades Culturais e, de outro, o International Advisory Committee for Documentation and Terminology in the Pure and Applied Sciences - IACDT, instância assessora do Departamento de Ciências Naturais (Kesike, 1967; Zaher, 1995). O primeiro prato desta balança advogava, ao que parece desde sempre, a necessidade de coordenação e articulação programática das atividades concernentes à promoção da publicação, preservação e acessibilidade do saber e da cultura registrada, considerado como acervo comum do gênero humano. De outro lado, havia a preocupação com a especificidade da informação científica e tecnológica como componente dos processos produtivos em pesquisa & desenvolvimento, então especialmente valorizados como parte da agenda do Desenvolvimento.

Quando em janeiro de 1967, a Unesco deu partida à criação do Unisist, o Sistema Mundial de Informação Científica e Tecnológica, o fez em parceria com o International Council of Scientific Unions – ICSU e, sob um maior protagonismo das suas áreas internas dedicadas à política de C&T e às ciências básicas. Esta é a tendência que se expressaria na criação do Snict brasileiro, em 1971, e na transformação do IBBD em Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – Ibict, em 1976. Quando começa e se desenvolve o processo de gestação da Bireme, esta transição entre concepções está em pleno curso.

Simultaneamente, a partir da década de 1950, e em especial nos anos 60, a National Library of Medicine vivia um processo de vigorosa reconversão institucional.

Parte integrante do complexo de ensino e pesquisa norte-americano, dedicado à medicina e biomedicina, a NLM se encontrava, por assim dizer, no olho do turbilhão de informações que passou a caracterizar os ambientes de P&D a partir da segunda guerra mundial. As respostas que esta conjuntura desafiante recebeu de governos, do legislativo, da comunidade acadêmica médica e das lideranças em biblioteconomia médica norte-americanas - assim como os meios generosos permitidos pela afluência geral na nação mais rica da Terra -, culminaram na constituição de um centro bibliográfico médico de envergadura planetária, habilitado a desempenhar, de modo autorizado, o papel de instituição de referência em iniciativas de cooperação internacional.

Uma vez mais, não era algo que se iniciava no pós-segunda guerra. Na verdade, criada em 1836 como biblioteca do Cirurgião Geral do Exército dos EUA, a partir de 1865, sob a liderança de John Shaw Billings, esta biblioteca gradualmente construiu uma tradição de formação persistente de acervos completos e de elaboração de obras de referência reconhecida em todo o mundo. Desde finais do século XIX, sua política de aquisições de periódicos se orientava pela idéia de totalidade: adquirir tudo o publicado em todas as línguas, de todas as origens. Na década de 1940 já era uma das mais importantes bibliotecas do planeta pelo volume de obras em seu acervo. Isto incluía uma vasta e rica coleção de obras médicas raras e a mais completa reunião de periódicos. Entre as obras de referência que editara já se contavam a primeira série do *Index Medicus*, um índice seletivo de periódicos correntes e o *Index Catalogue*, que arrolava a totalidade do seu acervo (Hume, 1936; Neghme, 1979 e Miles, 1982, p. 201-258).

As décadas de 1950 e 1960, entretanto, seriam anos de veloz modernização e de uma sensível ampliação da envergadura institucional da Army Medical Library. 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 1957, foi introduzida a hoje ubíqua tecnologia para a produção de fotocópias e alterada a política de empréstimo de periódicos, ao mesmo tempo em que um programa de ensino foi iniciado, tornando a NLM um centro de treinamento avançado em biblioteconomia médica. Em 1959, uma nova série do *Index Medicus* foi inaugurada, recorrendo-se para a sua elaboração a modernos meios mecanizados. No ano seguinte a NLM lançou *Mesh – Medical Subject Headings*, um *thesaurus* para o controle do vocabulário médico especializado na indexação de publicações e deu início ao

desenvolvimento de Medlars (*Medical Literature Analysis and Retrieval System*). Em dezembro de 1961, foi inaugurado um novo e majestoso prédio em Bethesda, nas cercanias de Washington. Em 1964, entrou em operação Medlars, um dos mais robustos sistemas informatizados de armazenagem e recuperação de dados bibliográficos do seu tempo. Um ano depois, em 1965, por meio do Medical Library Assistance Act, a NLM recebeu o mandato de instituição responsável pela implantação e coordenação do sistema norte-americano de bibliotecas regionais, iniciado no ano seguinte (Miles, 1982, p. 311-393 e 482-485). No percurso de quinze anos, portanto, a NLM havia adquirido um novo estatuto institucional; experimentava modos de organização de serviços cooperativos; e havia ainda desenvolvido a base conceitual, técnica e tecnológica que a habilitava a desempenhar o duplo papel de instituição líder e modelar. Ela o faria para além das fronteiras norte-americanas.

A seqüência de eventos expressivos da evolução da NLM continuou ao longo dos anos 60 e 70. Mas foi em 1964/1965, que esta trajetória se entrelaçou com o movimento da Opas em direção à ampliação e modernização do ensino médico nos países da América Latina, tema no qual, vale dizer, a NLM estava absolutamente imersa no que se refere ao contexto norte-americano. As relações de proximidade entre a Opas e a National Library of Medicine por certo vinham de longa data. São duas instituições do campo médico com sede na capital dos Estados Unidos. E mais do que isso: na primeira metade deste século o país manteve um consistente protagonismo na direção da Organização, sendo as posições dirigentes da Opas regularmente ocupadas por profissionais das agências federais de saúde norte-americanas. É razoável supor que esta proximidade tenha tornado comuns vários dos temas do ambiente médico da capital norte-americana e entre estes os da biblioteconomia médica ³⁵.

Um tema central para a minha discussão foi a formulação do conceito de “biblioteca-recurso” (“*reservoir library*”) de modo articulado ao de sistema regional como alternativa estratégica para o crescente número de periódicos, de artigos em cada fascículo e dos custos envolvidos na sua aquisição e gestão. Uma proposição bastante simples: dado um determinado domínio, no nosso caso medicina e biomedicina, e um determinado território, apenas uma biblioteca manteria coleções de periódicos completas ou mais

³⁵ Em 1940, por exemplo, Hugh Cumming, Diretor da Oficina Sanitária Pan-Americana, e Aristides Moll, Secretário, foram convidados a integrar um seletivo clube de amigos da NLM, com o propósito de auxiliar na captação de recursos para a implantação de serviços de microfilmagem na biblioteca. (MILES, 1982, p. 279)

abrangentes. Todas as demais manteriam coleções básicas e diante de uma demanda não passível de atendimento solicitariam o artigo à biblioteca-recurso. O sistema regional é a repartição de um território em regiões biblioteconômicas. Em um determinado país ou, no caso da Bireme, em um continente, uma biblioteca central poderia ser a principal biblioteca reservatório, esta função sendo também repartida, para níveis de menor de complexidade, com outras bibliotecas, digamos, subterritoriais (Bunting, 1987, p. 1-4). Era o que se chamou no Brasil, alguns anos mais tarde, “princípio escalar geográfico”³⁶. Na terminologia norte-americana, sistema regional eram - e são - as partes constitutivas do sistema nacional. Da mesma forma, Biblioteca Regional era a biblioteca-recurso responsável por atender determinada região do território nacional americano; a NLM era – como ainda é - a biblioteca-recurso de âmbito nacional.

Era uma formulação simples, mas que dependia de complexas variáveis. A primeira delas: xerox! No sistema de bibliotecas reservatório o que circulava como mídia - e circulou até há pouco como modo dominante – eram as fotocópias e ele só foi possível depois desta aquisição tecnológica³⁷. Em seguida, era necessária a construção de arranjos institucionais de alcance nacional, com o estabelecimento de hierarquias técnicas e poder normativo; era preciso ainda graus crescentes de uniformidade nos processamentos técnicos e compartilhamento de informação de referência em escalas ampliadas; e o estabelecimento de tecnologias para a recuperação informatizada da informação seria também um imperativo.

O erguimento desta arquitetura era então muito recente nos EUA. Em 1963, a idéia de sistema regional surgiu, no contexto da biblioteconomia médica norte-americana, mediante um artigo de Harold Bloomquist, resultado de uma pesquisa encomendada pela NLM visando uma avaliação das condições reinantes nas bibliotecas de medicina. O artigo e os resultados da pesquisa foram objeto de discussão nos órgãos associativos do ensino médico e da comunidade de biblioteconomia médica norte-americana³⁸. No mesmo ano seus argumentos foram incorporados ao relatório de uma Comissão Presidencial dedicada à elaboração de um programa destinado à pesquisa, prevenção e tratamento das doenças do coração e do câncer. Quando Martin Cummings assumiu o cargo de Diretor da NLM, em

³⁶ Ver mais adiante Capítulo III, parte (a).

³⁷ Sistemas de acesso na WWW a coleções de periódicos em texto completo tendem hoje a reduzir o uso da fotocópia.

³⁸ Respectivamente, a American Association of Medical Colleges (AAMC), que á época congregava cerca de 90 escolas, e a Medical Library Association – MLA.

janeiro de 1964, designou Marjorie Wilson como coordenadora das atividades extramurais da entidade. Os esforços de ambos permitiram a elaboração, por solicitação do senador Lister Hill, de um esboço de ato legislativo estabelecendo entre outras medidas de reforço das instituições e atividades de biblioteconomia em medicina – entre as quais os meios para o seu financiamento – a instalação do sistema regional. Apresentado formalmente, em janeiro de 1965, o *Medical Library Assistance Act* foi finalmente assinado pelo presidente Lyndon Johnson em 22 de outubro do mesmo ano (Butting, 1987, p. 2-3; Miles, 1982, p. 397-408).

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 em 1964, o sistema regional norte-americano era ainda uma proposta em gestação. O conceito de biblioteca regional foi apresentado à comunidade de educação médica latino-americana em agosto de 1964, em uma reunião conjunta da Associação Brasileira de Escolas Médicas e da federação de associações da região, realizada no Brasil ³⁹. Sua racionalidade era a mesma do sistema norte-americano aos olhos dos especialistas da NLM. Em outubro do mesmo ano, o assunto esteve em discussão na reunião anual da Association of American Medical Colleges, apresentada por Cummings e Wilson. Na platéia havia pelo menos um brasileiro: Ernani Braga, convidado da organização na condição de dirigente da Fepafem.

Quando os bibliotecários norte-americanos propuseram o formato para a Opas, portanto, estavam vislumbrando a possibilidade de realizar um experimento, uma inovação. Medlars, a última palavra em aparatos tecnológicos de recuperação de informação via computadores, também foi apresentado aos latino-americanos na mesma reunião de 1964. Ele fazia parte da solução, mas era na época uma versão ainda em teste e sujeita a vários problemas. Logo retornarei a estas questões.

Para finalizar este capítulo, no entanto, resta um rápido comentário em torno das relações entre a Unesco e a biblioteca norte-americana, naqueles primeiros anos da década de 1960. Como também será possível observar em maior detalhe no Capítulo II, os especialistas da NLM que trataram do projeto da Bireme foram explícitos nas suas manifestações de oposição aos preceitos defendidos pela Unesco. Àquela altura, a NLM

³⁹ Trata-se do II Congresso Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas e da IV Conferência de Escolas Médicas Latino-Americanas, realizadas em conjunto, no mês de agosto de 1964, na cidade de Poços de Caldas, Minas Gerais. Voltarei a este tema e a esta reunião no Capítulo II.

estava empenhada em consolidar bases metodológicas, tecnológicas e arranjos institucionais dedicados à informação científica e técnica e, em especial, no que concerne à medicina e biomedicina e, pragmaticamente, com “o objetivo de beneficiar diretamente a saúde de atividade médica nos Estados Unidos”⁴⁰. Uma pauta de cunho universalista, dedicada, por exemplo, à elaboração de catálogos coletivos mundiais e cuja normalização técnica dependia de extensas e intrincadas negociações, pouco interessava à NLM. Ao contrário, sua posição relativa no interior da biblioteconomia médica lhe permitia usufruir de amplas doses de autonomia e poder prescritivo e normalizador no contexto norte-americano. Na segunda metade da década, a pauta da Unesco em torno do Unisist - seu foco em ciência & tecnologia - pareceria aos olhos da NLM potencialmente menos dispersiva. De qualquer modo, a NLM manteria as suas reservas e restrições quanto às demoradas negociações requeridas na condução de ações cooperativas junto aos complexos organismos internacionais⁴¹. Sua capacidade de ascender sobre temas e questões em âmbito interamericano tornaria suas gestões na América Latina menos atribuladas.

⁴⁰ A expressão é de um artigo, de 1975, de autoria de Mary Corning, que substituiria Marjorie Wilson como Diretora Assistente para os programas extramurais da NLM. A citação no original, referindo-se ao conjunto de formas de cooperação internacional então adotadas pela NLM, é a seguinte: “Thus, they are a blend of activities with a variety of mechanisms for execution but with the common objective of direct benefit to the US health and medical effort” (Corning, 1975: 15).

⁴¹ No mesmo artigo mencionado na nota anterior, Corning procura demonstrar mediante o uso de um gráfico como a cooperação bilateral era mais ágil do que os arranjos multilaterais. Naturalmente, critica nestes últimos o que classifica de excesso de componentes políticos (Corning, 1975: 21).

Capítulo II

A Gênese da Bireme

Quando colocaram suas assinaturas no convênio que pretendia o estabelecimento de uma biblioteca regional de medicina em São Paulo, em março de 1967, o Ministro da Educação e Cultura do Brasil, Raymundo Moniz de Aragão, seu colega da Saúde, Raymundo de Brito, o Diretor da Escola Paulista de Medicina, José Maria de Freitas, e o Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, Abraham Horwitz, concluía um percurso de pelo menos quatro anos e que envolvera marchas e contramarchas, viagens de avaliação, elaboração de planos, sondagens, ofertas e negociações (Opas, 1967, p. 7). Neste processo é estabelecido, para implantação na América Latina e no Brasil, um determinado formato de biblioteca, concebida para liderar um sistema regional de informação médica e biomédica. Este capítulo pretende recuperar este percurso e discutir os principais elementos constitutivos deste modelo de biblioteca, na especificidade do empreendimento capitaneado pela Organização Pan-Americana da Saúde – Opas e pela National Library of Medicine - NLM, dos Estados Unidos. Incluo neste processo de criação os primeiros meses de implantação objetiva da biblioteca junto à Escola Paulista de Medicina – EPM, em São Paulo. Durante as primeiras providências adotadas muito do modelo de biblioteca pretendido se torna mais imediatamente visível.

II.1 Os Antecedentes

Em junho de 1963, um documento intitulado *Communications and Resources in Biomedical Research* foi trazido ao debate no âmbito da segunda reunião ordinária do Comitê Assessor para Pesquisas Médicas da Opas, uma instância criada no ano anterior e que deveria operar como o principal fórum consultivo para a formulação da política de pesquisa da Organização⁴². O objetivo expresso do documento era tão somente dar início a um processo de discussão sendo, portanto,...

“(...) designed to introduce a topic and to elicit ideas and reactions by the Committee [...] to a phenomenon that is an attribute of all knowledge. (...) It is hoped that out of the Committee’s deliberations would come a posture which the Pan American Health Organization could assume towards biomedical communications in the Americas as well as definition of a role, if one be deemed necessary, which an international organization could integrally discharge in the Continent”. (Opas, 1963a, p. 1).

Deste modo, aparentemente, pretendia-se começar a atender uma das recomendações resultantes da Reunião de Ministros da Saúde, que teve lugar em Washington, em abril do mesmo ano de 1963.

Com o objetivo geral de avançar no detalhamento das diretrizes estabelecidas no Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso, de 1961, o Informe Final desta reunião ministerial recomendou, entre os itens relativos às atividades de pesquisa biomédica e em saúde, que os países e governos deveriam estabelecer e desenvolver ações

⁴² O Comitê era composto na sua criação, em 1962 por 12 membros, alguns deles de grande notoriedade. Cinco membros eram latino americanos: Hernan Alesandri da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile; Carlos Chagas Filho, Vice-Presidente do Comitê, do Instituto de Biofísica da Universidade do Brasil; Ignacio Chaves da Universidade Nacional Autônoma do México; Bernardo Houssay, do Instituto de Biologia e Medicina Experimental de Buenos Aires; Marcel Roche, Relator, do Instituto Venezuelano de Investigações Científicas. Os demais membros: Gaylord Anderson, do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Minnesota; René Dubos, do Instituto Rockefeller; Samuel Levine, pediatra do *Cornell Medical Center* de Nova York; Horace Mogoun da Universidade da Califórnia; Walsh McDermott, Presidente, do Departamento de Saúde Pública e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Cornell; Anthony Payne, Relator, do Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da Universidade de Yale; e James Shannon, do Instituto Nacional de Saúde dos EUA (Opas, 1962a: 1). Em 1962 foram adicionados três novos membros, Niels Jerne do Departamento de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Pittsburg; Karl Mayer, da Universidade da Califórnia e Abel Wolman do Instituto Nacional de Saúde (Opas, 1963a, p. 1).

para uma melhor e mais rápida difusão da informação sobre a pesquisa científica ⁴³ (Opas, 1963c, p. 7).

Communications... , pelo que se pode inferir do relatório final da reunião de 1963, suscitou, de fato, um fértil debate no seio do Comitê Assessor. Em seu término foi redigida uma recomendação que aconselhava iniciativas no que concerne a três ordens de problemas. A primeira preocupação do Comitê dizia respeito à necessidade de o tema ser abordado em sintonia com as recentes tendências da informação científica, devendo-se recorrer ao auxílio de especialistas para um diagnóstico em maior profundidade, principalmente “com relação a aplicação de métodos modernos de processamento de dados em alta velocidade na comunicação científica” ⁴⁴ (Opas, 1963c, p. 8).

A segunda, pretendia a definição de ações de curto prazo para o atendimento de necessidades quanto aos que seriam os “meios tradicionais”, sobretudo a edição de revistas científicas, eventualmente livros-texto e outras publicações técnicas. Por fim, pleiteava-se uma aproximação da Opas em relação à Organização Mundial de Saúde - ainda que esta tenha sido considerada tímida na condução de algumas iniciativas -, de modo a propiciar uma abordagem integrada do que foi considerado um problema de âmbito planetário. (Opas, 1963c, p.8).

Estes temas, de fato - ainda que de modo episódico -, vinham sendo trazidos aos debates dos fóruns diretivos da OMS desde pelo menos 1948, quando o Conselho de Administração (*Executive Board*) recomendou a realização de um inventário sobre as condições, os recursos envolvidos e as necessidades dos países membros no que se refere à comunicação científica médica. Na mesma direção, sugeria também o exame das possibilidades de cooperação com a Unesco nesta matéria. Todavia, no início dos anos 60, iniciativas mais arrojadas, como a que se destinava ao estabelecimento de um centro internacional de bibliografia médica, haviam sido abandonadas pela sua complexidade e alto custo. Como veremos mais adiante, o tema só retornará com mais vigor aos debates da organização mundial no início dos anos 70, então sob forte influência da NLM e da experiência regional latino-americana (Opas 1963, p. 7 - 8; OMS, 1948).

⁴³ Para uma descrição do Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso ver Capítulo I, seção 1, e Horwitz, 1961a e 1961b; OEA, 1961 e Opas, 1961.

⁴⁴ No original: “*as regards de application of modern methods of high speed data processing to scientific communication*” (Opas, 1963c, p. 8)

Neste momento importa destacar que ao enfatizar a possibilidade de utilização das novas tecnologias de processamento de dados e ao indicar a necessidade da mobilização de recursos em âmbito internacional, o Comitê esboçava enunciados com contornos que - pelo menos em parte - já se aproximavam das formulações que terminariam por definir uma certa orientação geral para a elaboração de um projeto de biblioteca especializada na América Latina, inclusive no que concerne ao atendimento mais imediato de necessidades.

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

As ações que se seguiram procuraram responder a estas diretrizes. No primeiro semestre de 1964, Raymond L. Zwemer, da Federação das Sociedades de Medicina Experimental, atuando como consultor e contando com o apoio de um grupo de especialistas, coordenou um estudo sobre as condições de funcionamento do que seria uma seleção dos principais periódicos latino-americanos (Opas, 1964a). Seu objetivo era, cumprindo parcialmente as diretrizes da reunião do ano anterior, identificar aqueles títulos a serem apoiados mediante a aquisição subsidiada de parte de sua tiragem, uma proposta formalmente aprovada pelo Comitê, na terceira reunião ordinária, em junho de 1964⁴⁵.

Simultaneamente, preparava-se a participação de Samuel Lazerow, especialista da National Library of Medicine – NLM, na IV Conferência de Escolas Médicas Latino-Americanas, que se realizaria, no mês de agosto de 1964, na cidade de Poços de Caldas, no Brasil, em conjunto com o II Congresso Anual da Associação Brasileira de Escolas

⁴⁵ Não foram encontradas evidências documentais que indiquem uma efetiva implementação de um apoio regular às publicações científicas latino-americanas. Foram as seguintes as revistas analisadas: *Acta Physiologica Latinoamericana* (Buenos Aires); *Archivos Venezolanos de Nutrición* (Caracas); *Boletín Chileno de Parasitología* (Santiago); Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo; *Revista Latinoamericana de Anatomia Patológica* (Caracas); *Revista Latinoamericana de Microbiología* e seis outros jornais publicados no Rio de Janeiro. A análise da revista do Chile foi conduzida por Amador Neghme. A revista do instituto paulista foi examinada por Luis Rey. Carlos Chagas Filho examinou a coleção de seis revistas cariocas, que incluía: *O Hospital*; *Anais da Academia Brasileira de Ciências*; *Revista Brasileira de Biologia*; *Revista Brasileira de Medicina*; *Anais de Microbiologia*; e *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* (Opas, 1964a: 2 e 66).

Médicas. O evento foi apoiado pela Opas e era uma reunião oficial da Fepafem, a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina, na época com sede no Brasil ⁴⁶ (Abem, 1965).

Criada em novembro de 1962, a Fepafem empreendia à época uma mobilização pela criação de associações nacionais de escolas médicas, como parte de um esforço pela ampliação e modernização do ensino médico, um movimento diretamente chancelado pela Opas (Silva et alli, 2004). Era uma entidade que mantinha em seus primeiros anos vínculos estreitos com a *American Association of Medical Colleges - AAMC*, uma das promotoras da sua própria criação (Ferreira, 2005: fita 2, p.1). Por seu turno, e como comentei no primeiro capítulo, esta associação norte-americana era um fórum que repercutia as questões relativas à biblioteconomia médica e à NLM.

Naquele encontro com os representantes dos estabelecimentos de ensino superior médico do continente, Lazerow trouxe à análise dos presentes a proposta de criação de uma biblioteca regional especializada (Abem, 1964).

Na conferência que proferiu, Lazerow apresentou as linhas gerais e os resultados alcançados pelas atividades correntes da NLM, ressaltou o volume e a importância relativa do atendimento às solicitações de cópias de artigos requisitadas pelos países da América Latina, e apresentou - sob a forma de sugestão para a discussão - a idéia de constituição de uma biblioteca regional de medicina na América Latina. Como parte de um sistema continental de informação bibliográfica em medicina e biomedicina, esta nova biblioteca deveria operar como um centro especializado 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 continentes” (Lazerow, 1965, p. 84).

O volume das solicitações de empréstimo provenientes de pesquisadores e instituições latino-americanas correspondia à metade do total da demanda não norte-americana dirigida à National Library of Medicine ⁴⁷. Neste sentido, a criação de um

⁴⁶ Na ocasião, o Presidente da Fepafem era o chileno Amador Neghme, o Diretor Executivo o brasileiro Ernani Braga e o Secretário Adjunto era José Roberto Ferreira. Magid Iunes, da Escola Paulista de Medicina, tinha um cargo de Assessor. A Abem e da Fepafem funcionavam nos escritórios da Opas no Brasil, no Rio de Janeiro (Ferreira, 2005: fita 1, p.8).

⁴⁷ A NLM atendia a cerca de 6.500 pedidos anuais provenientes de fora dos EUA. 3.300 eram da América Latina. Isto correspondia respectivamente a algo como 10% e 5% do total de empréstimos interbibliotecários realizados anualmente, da ordem de 130.000 (Lazerow, 1964: 83). Do ponto de vista orçamentário, a fatia

sistema regional latino-americano se justificaria, uma vez que visava atender a volumes expressivos de serviços e de tráfego de publicações. A possibilidade de canalizar as demandas latino-americanas 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 do 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 Lazerow e o arranjo institucional sobre o qual se apoiaria o centro latino-americano 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 1.500 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 temática. A NLM procedia desta forma exatamente, segundo o conferencista, “para possibilitar que as outras bibliotecas médicas restringissem sua política de aquisição a apenas aqueles títulos cuja necessidade elas reconhecem, cientes de que podem nos pedir tudo aquilo que não tenham” (Lazerow, 1964, p. 82).

Lazerow era um profissional experimentado em assuntos de administração de linhas de acervo. Durante a década de 1950 ele foi Diretor da Divisão de Aquisições de Publicações da NLM em um momento de franca renovação da instituição e dos seus acervos (Garfield, 1972, p. 374). Naquela época, administrar a formação das coleções de periódicos da principal biblioteca médica em todo o mundo significava proceder ao ingresso no acervo de 150 novos títulos – vale insistir, novos títulos! - a cada mês, em média, calculado sobre uma base de cinco anos, pelo menos. A manutenção da coleção em seu conjunto implicava no processamento de 90.000 exemplares a cada ano, correspondente a 10.000 títulos, sendo 4.000 “verdadeiramente periódicos”. A aquisição de livros envolvia a entrada anual de 13.000 novas obras. A orientação da NLM era então, nos seus próprios termos, desenvolver um “programa agressivo de aquisições, (...) por

representada pelos gastos com a América Latina deveria ser mais expressiva, sobretudo em função dos custos de correio aéreo a longa distância.

definição um requerimento básico para qualquer biblioteca dinâmica”⁴⁸. O objetivo estratégico da política era ser tão abrangente e total quanto se fosse capaz, para permitir alcançar o que seria a “missão histórica da biblioteca, de que deveria adquirir, tão logo quanto possível, todas as publicações, em todas as línguas, diretamente relacionadas com a ciência da medicina”⁴⁹ (Lazerow, 1954, p. 447-449).

Lazerow também realizara atividades de gestão e desenvolvimento na Biblioteca do Congresso dos EUA e, na *National Library of Agriculture*, fora também o responsável pelo programa de aquisições de publicações⁵⁰. Deste modo, o interlocutor enviado pela NLM ao Brasil para a apresentação da proposta do centro bibliográfico possuía uma importante experiência prévia como gestor de instituições biblioteconômicas complexas. Um profissional, portanto, plenamente qualificado para negociações de alto nível junto aos diretores das faculdades e líderes do movimento da educação médica latino-americana.

A programação que Lazerow estabeleceu para a sua conferência continha ainda uma evidência da importância por ele atribuída – e eventualmente pela própria assistência – ao componente tecnológico da proposta de um centro bibliográfico regional. Ao seu final, um filme institucional apresentou aos presentes as maravilhas da mais recente aquisição tecnológica da NLM: Medlars⁵¹.

Antes de concluir sua apresentação e sustentando um tom propositivo, Lazerow discorreu sobre que tipo de vinculação institucional poderia ser pretendida para o novo centro. Comentou de modo satisfatório sobre as possibilidades da própria Fepafem sediar a biblioteca regional em gestação. Entretanto, um pouco antes concluir, foi bem explícito na sua preferência pela Opas como um vínculo institucional mais adequado (Lazerow, 1964, p. 85).

A proposta que Lazerow trouxe à reunião brasileira era, de toda forma, um primeiro esboço de um projeto de biblioteca regional latino-americana, desenhado como um possível desdobramento continental da modelagem concebida para o próprio sistema norte

⁴⁸ No original “agressive acquisition program (...) by definition, the basic requirement for every dynamic library”

⁴⁹ “(...) historic mission of the Library, that the “Library should acquire (...) as soon thereafter as possible, all publications, in all languages, directly relating to the science of medicine.” (Lazerow, 1954, p. 447-449).

⁵⁰ Em 1972, Samuel Lazerow passou a exercer as funções de Vice-Presidente do *Institute for Science Information –Isi*, uma das mais bem sucedidas organizações privadas norte-americanas dedicadas à informação científica e tecnológica (Garfield, 1972). Um prêmio batizado em sua homenagem é hoje concedido anualmente pela American Library Association para pesquisa em áreas como gestão de coleções e serviços técnicos.

⁵¹ Ver Introdução, nota 3.

americano de bibliotecas médicas e sua rede de bibliotecas regionais, nos termos descritos no capítulo I. Como veremos mais adiante este projeto ganharia paulatinamente contornos mais definitivos, mantendo-se porém fiel a estes parâmetros iniciais enunciados pelo especialista da NLM.

A reunião da Abem e da Fepafem em Poços de Caldas - citada em quase todos os documentos oficiais que de alguma forma se detêm sobre a gênese institucional da Bireme - parece ter sido de fato um divisor de águas. Quatro meses depois, em janeiro de 1965, um encontro realizado na sede da National Library of Medicine, em Washington, avançou no desenho do projeto do centro bibliográfico e planejou o que pode ser considerada uma espécie de expedição bibliográfica exploratória à América Latina. Estavam presentes à reunião, pela NLM: Martin Cummings, seu Diretor; a equipe que teria a seu cargo a preparação do projeto latino-americano, formada por Scott Adams, Vice-Diretor da NLM, Samuel Lazerow e David Kronick; além de Marjorie Wilson, Diretora Associada para o programa “*extramural*” da biblioteca para relações com outras instituições, inclusive do exterior. Pela Opas, se fizeram presentes os membros da Oficina de Coordenação de Pesquisas da Opas, entre estes Maurício Martins da Silva, Luis Munan, e Raymond Allen, seu coordenador, e ainda Ramon Villareal, o Chefe do Departamento de Recursos Humanos em Saúde. Completavam a reunião os representantes do Departamento de Estado dos EUA⁵², do United States Book Exchange⁵³, de três universidades norte-americanas⁵⁴ e de duas instituições especialmente envolvidas no financiamento de iniciativas de assistência técnica aos países latino-americanos: a Agency for International Development, a Usaid⁵⁵, e a Fundação Rockefeller⁵⁶, (Opas, 1965, p. 13). Esta mobilização de agências revela cuidado e empenho da biblioteca norte-americana e da Opas no que concerne à

⁵² Os representantes do Departamento de Estado eram John Roleau e Ronald Scantlebury.

⁵³ Alice Ball representava o *United States Book Exchange*, uma organização privada norte-americana existente até hoje e especializada na promoção do intercâmbio de duplicatas de coleções, de exemplares de periódicos entre as bibliotecas e de distribuição dos estoques excedentes das editoras científicas.

⁵⁴ As universidades presentes eram as de Oklahoma, Michigan e a do Noroeste.

⁵⁵ Jacques May representava a USAID.

⁵⁶ Robert Watson foi o representante da Fundação Rockefeller na reunião. Médico e pesquisador, Watson desenvolveu trabalhos nas áreas de malária, parasitologia, epidemiologia e saúde pública. Sua atuação de “campo” com a Fundação Rockefeller é vastíssima, especialmente no Extremo Oriente (1946-1954) e no Brasil (1954 e 1962). Neste país teve atuação destacada na criação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Deixou um diário de 15 volumes que cobre os anos 1942-1966 e integra a coleção de manuscritos da biblioteca da Universidade da Carolina do Norte.

(Ver: http://www.lib.unc.edu/mss/inv/w/Watson,Robert_Briggs.html e Marinho, 2004, p. 12).

orientação a ser conferida à iniciativa ⁵⁷. Nesta reunião preparou-se a realização de uma viagem à América Latina para uma avaliação das bibliotecas médicas da região.

Na terceira semana do mês de junho de 1965, quando o Comitê Assessor para Pesquisas Médicas da Organização Pan-Americana da Saúde encontrava-se reunido para a sua quarta reunião regular, em Washington, foi objeto de análise e deliberação um extenso documento intitulado *Proposed Regional Medical Library Center for Latin America*. Na parte principal do que a rigor conforma uma espécie de dossiê, a equipe da NLM, acrescida de Mortimer Taube, um especialista de uma empresa privada, também norte-americana, propunha o que considerava as diretrizes básicas para constituição um centro de bibliografia médica de âmbito latino-americano ⁵⁸.

Mortimer Taube é também um personagem cuja trajetória merece alguns comentários. Taube, que viria a falecer alguns meses depois da elaboração do dossiê, era então Diretor Proprietário da *Documentation Inc.*, que fundara para empreender o desenvolvimento de soluções método-tecnológicas na área de recuperação de informação. É até hoje lembrado como o criador, em meados da década de 1950, do unitermo e da indexação pós-coordenada, uma metodologia que se universalizou e é considerada precursora da recuperação automatizada da informação. Sua empresa prosperou ainda durante a sua vida, tendo desenvolvido contratos importantes com agências governamentais norte-americanas ⁵⁹. No início da década, quando Vice-Diretor do Serviço Técnico de Informação da Comissão de Energia Atômica, Taube foi membro do Comitê Internacional de Bibliografia e Documentação e do Comitê Consultivo Internacional para Documentação e Terminologia nas Ciências Puras e Aplicadas, ambos da Unesco (Unesco, 1952 p. 1-2). O perfil de Taube, portanto, também indica que gestão institucional, tecnologias aplicadas e cooperação internacional em informação científica e tecnológica eram áreas em que os especialistas norte-americanos eram bem mais do que apenas iniciados. Pelo contrário, a NLM mobilizou para o projeto latino-americano uma equipe que reunia várias e respeitáveis credenciais.

⁵⁷ Lazerow, Cooper e Watson estiveram presentes na reunião de Poços de Caldas, em 1964.

⁵⁸ Compõem o dossiê de nº 4/12 o projeto de implantação, um sumário de recomendações e um relatório de viagem. Nas citações, para a indicação das páginas, adicionamos os romanos I e II para indicar, respectivamente, o sumário e o relatório de viagem (Opas, 1965).

⁵⁹ Em um comentário um tanto anedótico, Taube chegou a ser mencionado como o primeiro a tornar-se milionário sendo um bibliotecário, uma rima de fato difícil de ser encontrada. Ver Herman, 1995.

O dossiê que Mortimer Taube ajudou a elaborar resumia as dificuldades então enfrentadas pelas comunidades dedicadas à pesquisa biomédica e ao ensino de medicina na América meridional, no tocante ao acesso à bibliografia especializada produzida nos principais centros de produção do conhecimento. Ele estabelecia os objetivos gerais a serem perseguidos pelo novo centro bibliográfico como iniciativa destinada a contribuir para superação de parte destas dificuldades. Assim, neste documento foram estabelecidas as principais funções e serviços a serem desenvolvidos, bem como a abrangência territorial e os públicos especializados aos quais aqueles seriam prioritariamente dirigidos; foram especificados os recursos materiais e humanos assim como os montantes orçamentários necessários ao funcionamento do centro nos seus primeiros anos de existência; e delineadas, também, as linhas mestras a serem seguidas nos processos de constituição inicial de seus acervos. Do mesmo modo, foi proposto um perfil profissional para aquele que deveria desempenhar as funções de diretor da nova biblioteca regional latino-americana (Opas, 1965).

Integra o dossiê um relatório produzido por David Kronick e Mortimer Taube por ocasião da realização, entre abril e maio de 1965, de um roteiro de viagem de vinte dias como consultores da Opas em visita às bibliotecas das faculdades de medicina e dos institutos de pesquisa biomédica de seis países latino-americanos. Seu objetivo explícito era verificar a viabilidade de instalação do centro bibliográfico (Opas, 1965, I).

Assim, a realização deste percurso pelas bibliotecas de Brasil, Argentina, Uruguai, Chile, Colômbia e Venezuela implicava também buscar os elementos que possibilitassem a escolha tanto do país sede, quanto de uma instituição parceira, uma vez que os consultores recomendavam a constituição da biblioteca regional da Opas como um desenvolvimento associado ou complementar a uma biblioteca já em funcionamento. Seu relatório de viagem, de fato, assim como o documento principal apresentado à discussão indicou o país e a instituição da preferência dos consultores, escolha que mais tarde terminaria por se confirmar (Opas, 1965 p. 1-16 e I, 1-5).

Na sua quarta reunião ordinária, realizada em julho de 1965, o Comitê Assessor para Pesquisas Médicas manifestou-se pela aprovação dos termos gerais da proposta apresentada pela NLM, sem se pronunciar, no entanto, sobre o país e a cidade que deveriam receber a nova biblioteca. A este respeito, o Comitê sugeriu uma análise e decisão específica por parte da diretoria da Organização (Opas, 1965e p. 14).

Mais adiante voltarei a comentar o dossiê elaborado pelos consultores norte-americanos. Por ora, entretanto, sigamos os passos do processo de decisão da Opas.

Entre 27 de setembro e 8 de outubro de 1965, a Organização realizou, em Washington, a 16ª reunião do seu Conselho Diretor. Nesta oportunidade, dentre os vários pontos de pauta, foi trazido ao conhecimento e análise dos representantes nacionais *La Política y el Programa de Investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud*. Como item específico deste documento, a proposta de criação da biblioteca regional latino-americana, nos mesmos termos colocados pelos consultores da NLM. (Opas, 1965a)

Por ocasião dos debates em torno do programa, 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”. Em sua intervenção, Castells informou que um dia após Taube e Kronick deixarem Montevidéu em direção a Buenos Aires, em 27 de abril de 1965, uma Comissão de Bibliotecas do Uruguai enviou os relatórios dos encontros mantidos com os técnicos norte-americanos para o Conselho Diretor da Faculdade de Medicina. Este se pronunciou positivamente sobre a possibilidade de instalação da biblioteca na Faculdade de Medicina - posição defendida pelo seu diretor, Washington Isola - e encaminhou sua posição à reitoria da Universidade da República Oriental do Uruguai. A Universidade encampou a proposição da Faculdade de Medicina e autorizou a realização de gestões junto aos órgãos de governo e à Opas no sentido de viabilizar a pretensão uruguaia (Opas, 1965b) ⁶⁰.

Os representantes do Brasil e do Uruguai foram os únicos a adicionar comentários sobre o centro bibliográfico na reunião de Washington. 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 região para que fossem alcançados “(...) não somente a reunião e armazenagem ordenada das publicações, mas a manutenção ativa de meios de ensino que induzam os interessados a acostumarem-se com a utilização

⁶⁰ A delegação do Uruguai era formada por diplomatas que cuidavam das relações daquele país com a Organização dos Estados Americanos. Eram eles: Emílio Oribe, Embaixador Representante, Ruben Chelle, Conselheiro e Castells, Primeiro Secretário. Se isto significa que as gestões feitas pela Faculdade de Medicina e pela Universidade fizeram com que seu pleito fosse encampado pela chancelaria uruguaia, pode indicar também que as lideranças médicas daquele país não quiseram ou não puderam estar presentes em Washington para a defesa de sua pretensão. Esta ausência pode eventualmente ter contribuído para enfraquecer a sua posição. Em contrapartida, a delegação brasileira era chefiada por Raymundo de Brito, Ministro da Saúde. (Opas, 1965c).

da biblioteca, a fim de que esta seja um órgão ativo de formação cultural (...)” (Opas, 1965)⁶¹.

Entre os seus comentários sobre as intervenções dos delegados, Abraham Horwitz, Diretor da Opas, comunicou aos presentes que o projeto de constituição da biblioteca regional latino-americana era então objeto de estudos por parte de “um grupo de especialistas” e que um parecer deveria ser encaminhado para uma análise posterior do Conselho Diretor. Da mesma forma, julgava prematuro solicitar à plenária uma decisão quanto ao país e à instituição que deveriam hospedar o novo empreendimento.

Ao tecer seus comentários, o 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 como meio de superação da dificuldade de acesso à literatura médica na região. 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 e aproximá-la, por assim dizê-lo, das fontes de origem desta curiosidade” (Opas, 1966 p. 157)⁶².

Horwitz julgou necessário também destacar que se encontravam sob exame as possíveis formas de financiamento. Segundo seu juízo, seria preciso o concurso de verbas adicionais dos países e, ainda, o apoio de instituições financiadoras privadas para os anos iniciais de implantação. Finalmente, o Diretor solicitava que lhe fosse autorizado informar ao Conselho Executivo da Opas em sua próxima reunião de abril de 1966, assim como ao próprio Conselho Diretor, sobre o curso das negociações e “sobre as condições em se dará a decisão sobre este ponto por parte dos corpos diretivos” (Opas, 1965b)⁶³.

⁶¹ No original (...) *no sólo el acopio y depósito ordenado de las publicaciones, sino el mantenimiento activo de medios de enseñanza que induzcan a los interesados a acostumbrarse a utilizar una biblioteca, a fin de que esta sea un órgano activo de formación cultural(...)* (Opas, 1965b).

⁶² No original os dois segmentos de texto são, respectivamente, “*idea que ha surgido como consecuencia de una sugestión de la Biblioteca Nacional de Medicina del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América*” e “*inducido al Dr. Martin M. Cummings a pensar en la conveniencia de descentralizar su labor y acercarla, por así decirlo, a las fuentes de origen de esa curiosidad*” (Opas, 1966 p. 157).

⁶³ No original: “*sobre las condiciones en que ha de ser resuelto este punto por los Cuerpos Directivos*”. (Opas, 1965b)

Estas ressalvas não impediram Horwitz de avançar em algumas considerações sobre o mérito da iniciativa. Ele reproduziu a justificativa baseada no número de solicitações de artigos encaminhadas pelos países da região à NLM e manifestou uma expectativa quanto ao aumento desta demanda a partir do crescimento do número de escolas médicas da região. Horwitz foi também de uma clareza indiscutível ao incluir e destacar o tema da formação de recursos humanos em saúde como aquele que conferiria sentido estratégico ao esforço pela criação da biblioteca:

“(...) a demanda está crescendo na medida em que são criados novos estabelecimentos educacionais e novos centros de investigação. (...) a iniciativa é muito louvável, mas não se deveria insistir tanto na pesquisa, mas na educação; de modo que se este estabelecimento se organiza sob o patrocínio da Organização, seria conveniente que fosse um organismo dinâmico que oferecesse os mais recentes avanços aos estabelecimentos de ensino de medicina e demais disciplinas da saúde sem prejudicar as demandas por informações relativas à pesquisa(...)” (Opas, 1965b).⁶⁴

A julgar pelos documentos que registram as reuniões das instâncias da organização, o tema da biblioteca médica regional jamais retornou para discussão e deliberação formais nestes fóruns. Assim, a decisão definitiva seja sobre a sua criação, ou sobre a sua localização teria ficado a cargo do Diretor da Opas e de suas interlocuções imediatas⁶⁵.

No ano de 1966, no entanto, os temas da informação e da comunicação científica permaneceram presentes nas discussões político-programáticas da Opas. As atenções se concentram, todavia, na formatação e aprovação de um programa destinado a prover as escolas médicas de manuais - ou livros-texto - para o ensino. Era um tema que fora discutido e preliminarmente analisado no ano anterior. Para os consultores norte-

⁶⁴ No original: “*la demanda está creciendo a medida que se están creando nuevos establecimientos educacionales y nuevos centros de investigación. (...) la iniciativa es muy laudable, pero no se debiera insistir tanto en la investigación sino en la educación; de modo que si este establecimiento se organiza bajo el patrocinio de la Oficina, convendría que fuera un organismo dinámico y que ofreciera los más recientes avances a los establecimientos de enseñanza de la medicina y demás disciplinas de la salud del Continente, sin perjudicar la demanda de informaciones respecto a investigación*” (Opas, 1965b).

⁶⁵ Foram examinados os relatórios e documentos de trabalho disponíveis na *Institutional Memory* da Opas ([www. http://www.paho.org/english/DD/IKM/KR_homepage.htm](http://www.paho.org/english/DD/IKM/KR_homepage.htm)) relativos às 54^a (18-22 abr. 1966), 55^a (7 out. 1966), 56^a (26 abr.-3 mai 1967) reuniões do Comitê Executivo e à 17^a Conferência Sanitária Pan-Americana (26 set. - 7 out. 1966). Não ocorrem reuniões do Comitê Diretor nos anos em que se realizam as conferências, como foi o caso de 1966.

americanos, porém, o planejamento editorial, tradução, impressão e distribuição de uma coleção de livros-texto de medicina eram temas não contemplados pelo modelo de biblioteca regional que tinham em mente (Opas, 1965: I, 4). Ausente das reflexões da NLM sobre a regionalização das suas operações em território norte-americano, um programa com este desenho não foi considerado como uma frente potencial de atuação e um meio de fortalecimento institucional de uma futura biblioteca regional. O tema foi deste modo deixado aos cuidados da Opas para a produção de um novo projeto e de um novo arranjo institucional ⁶⁶.

Ao mesmo tempo em que se realizava a reunião do Conselho Diretor, portanto entre setembro e outubro de 1965, Hugo Trucco e Alejandro Jiménez Arango empreenderam um segundo périplo latino-americano. O objetivo pretendido era realizar um estudo exploratório sobre a real necessidade de publicações didáticas nas faculdades da região. Para tanto, percorreriam uma amostra expressiva destes estabelecimentos e examinariam com os professores as formas adequadas para tentar suprir as carências identificadas. Os dois médicos consultores da Opas visitaram 32 faculdades de medicina e entrevistaram mais de uma centena de docentes em nove países, sendo que desta vez o México e os países da América Central também foram contemplados ⁶⁷. A pesquisa no Brasil, que alcançou uma dezena de escolas médicas, ficou sob a responsabilidade de uma equipe coordenada por Ernani Braga, à época Secretário Geral da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina, a Fepafem. (Opas, 1966 p. 3).

Em suas linhas gerais o programa pretendia a tradução e edição em espanhol e português de manuais selecionados, que seriam distribuídos às escolas médicas da região para serem alugados aos estudantes ou adquiridos a preço de custo. O planejamento inicial envolvia a publicação de 22 manuais e o seu financiamento previa recursos iniciais a serem obtidos mediante empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento, o BID, para a constituição de um fundo rotatório ⁶⁸. Previu-se a produção de uma série de manuais a cada ano, iniciando-se com aqueles para o primeiro ano do currículo, seguindo-se os anos

⁶⁶ O programa de livros-texto foi coordenado diretamente pela Oficina em Washington. Comitês de Especialistas ficaram responsáveis pela seleção de títulos e chegaram a produzir verdadeiras revisões bibliográficas e o estabelecimento de “marcos teóricos” em alguns campos disciplinares, como é o caso da medicina preventiva.

⁶⁷ Os países visitados foram, pela ordem, Venezuela, Argentina, Uruguai, Chile, Peru, Equador, Colômbia, Panamá, El Salvador e México.

⁶⁸ Calculava-se uma tiragem de 20.000 exemplares para cada manual e um total de 640.000 exemplares nos primeiros cinco anos do programa, incluindo as necessárias reimpressões. Os custos médios anuais neste período seriam da ordem de US\$ 635.000 (ou US\$ 1.355.000 em valores de hoje).

seguintes e manuais correspondentes. Após os investimentos iniciais o programa seria, imaginava-se, integralmente auto-sustentável a partir das receitas geradas pelos pagamentos efetuados pelos estudantes (Opas, 1966 p. 6).

Deste modo, o programa de livros-texto e a criação da Bireme eram então iniciativas que se articulavam no intuito de prover o ensino médico latino-americano de recursos didáticos adequados, sob a forma de conhecimentos e informações atualizadas. Os manuais deveriam funcionar como recurso central para as partes do currículo educacional médico dedicado às ciências básicas. A biblioteca regional, nos marcos do Desenvolvimento, deveria ser a primeira instalação de uma projetada infra-estrutura docente quanto à informação científica e tecnológica para as cadeiras clínicas, para uma pesquisa científica articulada ao processo de ensino e para a educação permanente do pessoal médico em serviço.

Neste terreno pode-se argumentar que a ênfase conferida ao chamado modelo de Flexner à competência científica e à associação entre ensino e pesquisa sugeria uma pressão pelo acesso à literatura atualizada, como aspecto imperativo a uma adequada atividade docente ⁶⁹. É possível observar, a partir dos termos do relatório de viagem produzido por Kronick e Taube quando do seu périplo pelas bibliotecas latino-americanas, que em um ambiente de escassez de recursos os administradores das bibliotecas da região já há muito haviam abandonado a aquisição de monografias e se concentravam sem muito êxito na aquisição de alguns poucos livros-texto e na manutenção de coleções de periódicos, quase sempre a partir de mecanismos de permuta e doação. Ao tentar enfrentar o problema da carência de informação publicada percebida nesta dupla dimensão, a Opas buscou constituir as bases para uma infra-estrutura continental de acesso à literatura médica como recurso instrucional e condição para a pesquisa compreendida como parte do processo de ensino ⁷⁰.

A este respeito é preciso considerar que nos argumentos dos consultores norte-americanos havia uma tradição e, em meus termos, um regime de informação, a ser superado por anacrônico e obsoleto, tributário de práticas arcaicas nos domínios do ensino

⁶⁹ Para as prescrições de Flexner para o ensino médico ver Capítulo I, seção 2. Ver tb. Lampert, 2001: 67 - 68.

⁷⁰ Vale lembrar que - pelo menos em alguns enunciados - compunha também esta infra-estrutura docente a constituição de um centro dedicado à produção e distribuição de recursos instrucionais visuais e audiovisuais, uma proposição encampada pela Opas e que resultou na criação do Clates, no Rio de Janeiro, 1972. Ver comentários adicionais mais a frente neste capítulo e Abem, 1965, p. 61 e, nesta também nesta dissertação o Capítulo I, seção 2 e capítulo III, seção 1.

e da pesquisa médica. Tais tradições e práticas conformavam uma condição de “atraso” e eram assim incompatíveis com uma agenda em acordo com os cânones do desenvolvimento. Nas próprias palavras dos consultores:

“Medical library resources and services in Latin America are clearly underdeveloped in terms of modern library technology and provision of the necessary information support for medical education, research and practice. Earlier traditions and philosophies of medical education resulting in the survival of textbook-oriented instruction, and medical research as typified by the self-sufficient individual researcher, have operated to inhibit the development of comprehensive collections of world journal literature and services based thereon earlier traditions and philosophies of medical education” (Opas, 1965 p. II, 1).

À medida que a Opas militava pela ampliação da oferta de cursos de medicina, e ao mesmo tempo propugnava pela preservação e melhoria de seus níveis de qualidade, tornava-se importante promover ou mesmo garantir condições para uma maior acessibilidade a coleções de periódicos atualizadas. O próprio processo de fragmentação do conhecimento médico em especialidades tendia a produzir uma proliferação de publicações, tornando crescentes os custos na constituição e manutenção de coleções. Deste modo, a incorporação ao processamento de publicações dos avanços em tecnologias da informação, alcançada pela National Library of Medicine, e a generalização de práticas cooperativas entre as bibliotecas constituíam uma contribuição importante para a criação de condições propícias à expansão do ensino superior médico e ao estabelecimento de práticas de pesquisa em novos termos.

Neste sentido seria, no contexto de aceleração da produção científica no ocidente, também proporcionar os meios para que neste domínio a desigualdade entre os países centrais e os latino-americanos pudesse ser contida, senão suprimida. Assim, em mais uma passagem recheada de imagens típicas de uma cultura do desenvolvimento: *“Medical education in the developing countries of Latin America today is disadvantaged compared to those in other areas of the world, and world-wide acceleration of publication unavailable in Latin America libraries is widening the existing gap”* (Opas 1965 p. II, 2).

Por outro lado, Horwitz, no seu artigo de 1962, já comentado em detalhe no capítulo anterior, relaciona a biblioteca médica e a publicação científica biomédica a outra ordem de questões ⁷¹. A idéia de que o médico, uma vez concluídos seus estudos de graduação, deveria estar preparado para o desafio da educação continuada ou permanente, assim como para a prática da pesquisa científica, o transformava em um demandante também permanente por publicações atualizadas.

Da mesma maneira, uma formação médica concentrada mais em sua dimensão educativa e menos na transmissão de habilidades e de técnicas ultra-especializadas, transformava a aquisição destas em um empreendimento a ser feito posteriormente, também como dimensão de uma prática de educação “para toda a vida”. Assim, ao mesmo em tempo que, “... é tarefa muito complexa comprimir todos os conhecimentos no lapso de tempo que dura habitualmente a formação do médico”, seria parte da missão da escola médica promover uma maior aproximação entre o médico formado e os espaços institucionais de formação, “...ou bem fazendo-os participar de cursos formais, ou bem levando os docentes aonde os médicos trabalham, [sendo que] cabe articular os programas acadêmicos de especialização e o processo de distribuição de conhecimentos e experiências por meio de publicações científicas “ ⁷² (Horwitz, 1962 p. 283 - 285).

Deste modo, a criação de uma biblioteca regional de medicina e biomedicina para a América Latina possuía uma dupla funcionalidade. Tanto atendia a questões de ordem econômica ou logística, quando se tratava de expandir a oferta de vagas no ensino superior médico, quanto o fazia respondendo a questões de ordem programática no que concerne a uma modelagem pedagógica dos objetivos e formas de organização do ensino médico.

Mas tratemos de retornar ao dossiê preparado pelos consultores da National Library of Medicine em 1965. Nele são aprofundadas e detalhadas as orientações já presentes na conferência proferida por Lazerow no encontro de faculdades médicas latino-americanas de 1964. Dentre as suas recomendações é possível extrair o modelo conceitual de sistema de informação biomédica que orientaria a criação da Bireme. Antes, porém, é preciso - sem deixar de recorrer ao dossiê elaborado pelos especialistas bibliotecários norte-americanos -

⁷¹ Ver também Capítulo I, seção 2.

⁷² No original:” *dada la difusión de nuevos conceptos y métodos de prevención y tratamiento, es tarea muy compleja comprimir todos los conocimientos en el lapso que dura habitualmente la formación del médico” e “(...)o bien haciéndolos participar en cursos formales, o bien llevando a los docentes donde los médicos trabajan, [sendo que] cabe agregar los programas académicos de especialización y el proceso de distribución de conocimientos y experiencias por medio de publicaciones científicas”* (Horwitz, 1962 p. 283 - 285).

discutir as possíveis razões para a escolha do Brasil, de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina.

II.2 - Em busca de uma sede

Um aspecto precisa ser ressaltado desde o início na discussão acerca da localização da nova biblioteca regional: assim como o modelo de biblioteca regional a decisão pelo país, a cidade e a instituição que deveriam sediá-la acompanhou, em todos os pontos, as recomendações formuladas pelos especialistas da National Library of Medicine no dossiê preparado em 1965. O Brasil, a Venezuela e o Panamá foram por eles elencados como os países mais aptos a receberem o novo centro bibliográfico. São Paulo, Caracas e a Cidade do Panamá, as cidades consideradas ⁷³. No entanto, a sua decisão pela capital paulista foi explícita (Opas, 1965, I, p. 14).

Silva *et alli* (2004) discutem aqueles que seriam os principais aspectos ou fatores que ajudariam a compreender a escolha do Brasil, de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina para sede da Bireme. No que diz respeito à escolha do país estes autores desenvolvem a sua análise segundo duas perspectivas. Em uma primeira perspectiva, o principal argumento em favor do Brasil seria a vigorosa expansão do ensino de medicina no país em especial na década de sessenta, acompanhando de forma relativamente expressiva a tendência de crescimento verificada na América Latina (Silva *et alli*, 2004, p. 14).

Trata-se, a meu ver, de uma interpretação apenas parcialmente válida. A apresentação do número de escolas de medicina inauguradas no decorrer de todos os anos 60, sem dúvida hipertrofia o argumento. A rigor, a expansão vertiginosa do ensino de medicina é, no Brasil, um fenômeno de finais da década, a partir de 1967, sendo, portanto, posterior ao ano da decisão pelo Brasil como sede da Bireme ⁷⁴ (Veras, 1981, p. 76) . O crescimento do número de escolas no país ao longo dos anos cinquenta já era sem dúvida

⁷³ Curiosamente, o Panamá não havia sequer sido visitado pelos consultores. Estes, no entanto, avaliaram a princípio positivamente, o Gorgas Memorial Laboratory, por possuir conselho diretor internacional e uma escola de medicina associada. Todavia, “*a regional center in Panama might tend to be oriented to North America, rather than South America*”. (Opas 1965, II p. 14)

⁷⁴ Em 1960, eram trinta e duas escolas de medicina no Brasil para um número aproximado de 100 escolas na AL. O número de novas escolas a cada ano, ao longo da década, foi o seguinte: 1961 = 0; 1962 = 3; 1963 = 3; 1964 = 0; 1965 = 1; 1966 = 2; 1967 = 6; 1968 = 14; 1969 = 3; 1970 = 6. Na década de 50, o crescimento é importante, tendo sido criadas 13 escolas ou 40,6 % do total de escolas existentes em 1960 (Veras, 1981: 372-379) .

importante. Todavia, não assumiu uma magnitude relativa especialmente expressiva frente aos números para a América Latina a ponto de justificar *de per se* a escolha do Brasil ⁷⁵. De qualquer modo, os especialistas norte-americanos foram explícitos em recomendar a necessidade de instalar a biblioteca em uma praça que garantisse uma vasta clientela de usuários diretos. Em meados da década de 60, o conjunto de faculdades de medicina no Brasil, no estado e, principalmente, na cidade de São Paulo já correspondia a esta expectativa. É preciso insistir, todavia, que a escolha dos bibliotecários da NLM parecia se referir menos ao país e mais à cidade, como centro de ensino e pesquisa médica (Opas, 1965, p.13-14; e 1965, I, p.2).

O viés da educação médica era importante nas considerações acerca do enquadramento estratégico da proposta. Para os especialistas norte-americanos, porém, esta dimensão educacional deveria estar articulada à existência de um contingente de potenciais clientes efetivamente dedicados à pesquisa biomédica. Assim, segundo a sua compreensão, São Paulo era a escolha adequada porque, entre outras razões: “(1) nela existe uma forte concentração de instituições médicas com ativos programas de pesquisa [e] (2) ela tem uma localização central no que concerne à densidade demográfica e às atividades educacionais ⁷⁶ (Opas, 1965, p. 2).

Uma terceira e importante razão para a escolha de São Paulo, na lógica da biblioteca médica norte-americana, referia-se à existência na capital paulista de um contingente de bibliotecários médicos com prática real em atividades cooperativas, ao lado de uma satisfatória infra-estrutura relativa aos recursos disponíveis nas bibliotecas já existentes na cidade. Isto, em parte, dizia respeito a considerar tanto a existência de um eventual mercado de mão-de-obra qualificada como também um ambiente favorável à colaboração interbibliotecas. Assim, segundo as próprias palavras dos consultores da NLM, São Paulo deveria também ser escolhida porque lá havia “um ativo e progressista grupo de bibliotecários médicos que estão em efetiva colaboração”. Seus “recursos bibliográficos” eram também considerados superiores àqueles existentes em Caracas e na Cidade do Panamá (Opas, 1965, p. I, 3 e 14). Estes comentários faziam parte muito

⁷⁵ Os mesmos dados fornecidos por Silva *et alli* permitem estimar a parte representada pelas escolas brasileiras no total latino-americano por década, a partir de 1920: 1920/1929 = 16% em um total de 50 escolas; 1930/39 = 21% de um total de 55; 1940/49 = 21% de 65; 1950/1959 = 28% de 97 (ver Silva *et alli*, 2004: 10 e Garcia, 1972: 271).

⁷⁶ No original: (1) *There is a strong concentration of medical institutions with active research programs; [and] (2) It has centrality of location with regard to both population density and educational activities* (Opas, 1965, p. 2).

provavelmente da manifestação de um *ethos* profissional por parte dos especialistas norte-americanos. Certamente correspondiam a legítimas preocupações de ordem técnica. Resultavam também do esforço empreendido pelas lideranças médicas paulistas no convencimento dos consultores.

Kronick e Taube desembarcaram em São Paulo na manhã de 21 de abril de 1965, provenientes do Rio de Janeiro, na companhia de Ernani Braga, o Diretor Executivo da Fepafem⁷⁷. Na tarde do mesmo dia foram recebidos no salão de leitura da biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo por uma comissão de “seis bibliotecários com domínio de inglês pertencentes ao grupo de estudos de biblioteconomia biomédica da Associação Paulista de Bibliotecários e representando as mais importantes bibliotecas médicas da cidade”⁷⁸ (Opas, 1965, II, p. 9). As informações fornecidas nesta reunião deixaram as melhores impressões, assim com as modernas e bem cuidadas instalações da biblioteca da USP.

Nada comparável fora apresentado aos consultores no Rio de Janeiro. Sua passagem pelo Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação - IBBD, pelo Instituto Oswaldo Cruz - IOC, pelo Instituto de Microbiologia e pela Faculdade de Medicina da então Universidade do Brasil deixou a impressão de que as bibliotecas localizadas na capital fluminense tinham suficientes problemas internos para poder arcar com novas e inovadoras responsabilidades (Opas, 1965, p. 3 e 5-10).

O aspecto comentado acima sugere que eu trate agora da segunda perspectiva – mais complexa e rica - considerada por Silva *et alli* (2004) para discutir a escolha do Brasil como sede da nova biblioteca. Segundo a sua análise, a escolha do Brasil teria sido fruto de uma combinação de fatores entre os quais o protagonismo do país nas instâncias diretivas da Opas e no processo de criação, instalação e condução da Fepafem. No mesmo sentido, teria sido também considerada sua participação expressiva nos programas desenvolvidos

⁷⁷ Brasileiro, Ernani Braga havia desenvolvido uma carreira das mais reconhecidas na Fundação Serviços de Saúde Pública – Sesp onde permaneceu entre 1944 e 1959. Em 1954, foi Diretor do Departamento Nacional de Saúde. Na primeira metade da década de 1960 atuou no Ministério da Educação dedicando-se em especial à regulamentação do ensino médico no âmbito da Capes. De 1962 a 1967, dirigiu a Fepafem. Entre 1967 e 1973, desempenhou a função de Diretor de Recursos Humanos da OMS, em Genebra. Em 1974, tornou-se Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública. No período que estamos estudando já era um profissional de amplo prestígio. Ver Ferreira *et alli* (2004) e www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/StartBIS.htm.

⁷⁸ No original: *six english speaking librarians belonging to the biomedical library study group of the Associação Paulista de Bibliotecários, and representing the major medical libraries of the city* (Opas, 1965: II, 9)

pela organização, em especial nas áreas de recursos humanos e de ensino de Medicina e Saúde Pública (Silva et alli, 2004, p. 11) .

Muito provavelmente, eu adicionaria, fez efeito considerável a capacidade demonstrada pelo país ao alocar recursos do Tesouro Brasileiro da ordem de 50% do volume de financiamento requerido para os três primeiros anos. Igualmente importante para a escolha do Brasil devem ter sido a influência política nos negócios da Opas de Carlos Chagas Filho, membro do Conselho Assessor para Pesquisas Médicas, de Maurício Martins da Silva, Coordenador de Pesquisas, e de Ernani Braga, Diretor Executivo da Fepafem. Mas, sem dúvida, sobretudo no que concerne à escolha de São Paulo, pesou e muito a capacidade de articulação política das lideranças daquele estado e da Escola Paulista, entre as quais Magid Iunes, professor de Medicina Preventiva, e Antônio de Mattos Paiva, professor de Biofísica (Silva et alli, 2004, p. 11).

O Rio de Janeiro, e em particular Universidade Federal do Rio de Janeiro, foram competidoras diretas. Antônio de Mattos Paiva (2002, e apud Cefhi, 2002, p. 19) registra que Paulo de Góes, a época Diretor do Instituto de Microbiologia da UFRJ, movimentou-se firmemente no sentido de levar a nova biblioteca para a UFRJ. De fato, em 1964, para a mesma reunião da Fepafem em Minas Gerais, Góes havia sido o autor de um documento de referência propondo para discussão um desenho de norma para o funcionamento de Centros de Pesquisa e Treinamento Avançado em campos especializados, a serem credenciados pela Federação e pela Opas e destinados a formação de “docentes-pesquisadores”⁷⁹. O conjunto de objetivos e requisitos de funcionamento destes centros incluía, na concepção de Góes, uma sofisticada combinação de recursos de pesquisa na área de específica de especialização; de pesquisa de metodologias e desenvolvimento de recursos pedagógicos, inclusive áudios-visuais; e uma de área dedicada à documentação e informação científica, “que deveria possuir ou ter franco acesso a uma biblioteca com completa coleção de periódicos” (Góes, 1965, p. 90-100). Não é difícil ponderar a importância estratégica que Góes conferia à possibilidade de sediar um centro bibliográfico latino-americano na UFRJ como uma vantagem comparativa para a instituição. Carlos Chagas Filho, então Diretor da Faculdade de Medicina, apoiava o interesse de Góes e ofereceria a futura biblioteca da faculdade, no *campus* da Ilha do Fundão, então em fase de projeto, como sede para o centro bibliográfico médico (Opas, 1965, II, p. 2). Mais do que

⁷⁹ Para o contexto desta proposição ver Capítulo I, seção 2.

isso, alguns poucos anos depois, em 1972, sob a liderança de Carlos Chagas Filho, a UFRJ iniciaria o projeto de construção da nova biblioteca do Centro de Ciências da Saúde ao mesmo tempo em que tentava convencer a Opas a instalar naquela Universidade um centro de tecnologias educacionais em saúde, contrariando inclusive interesses da Bireme (Chagas Filho, 1972). Retornaremos a este ponto mais à frente. Por ora é importante registrar que àquela altura, da metade dos anos sessenta, a UFRJ demonstrava ter um consistente interesse em investimentos neste tipo de infra-estrutura docente. O grupo da EPM, entretanto, parece ter sido mais eficaz.

Sem dúvida, está manifesto no dossiê elaborado por Kronick e Taube o peso que a oferta da Escola Paulista de Medicina teve na avaliação final dos consultores. Esta instituição recebeu várias considerações favoráveis. Em primeiro lugar, o prédio da sua biblioteca, separado do restante dos edifícios e de construção relativamente recente. Esta edificação não só estava parcialmente ocupada, admitindo facilmente a expansão das áreas de estanterias, como já tinha sido previsto um aumento de sua área construída. Um segundo ponto, reiteradamente valorizado, foi o fato de a Escola Paulista ter sido transformada em uma instituição federal em 1956 como uma entidade unitária diretamente subordinada ao Ministro da Educação, o que tornava a sua administração mais simples, porque sujeita a um menor número de níveis de subordinação burocrática (Silva, 2001, p. 562; Silva et al., 2004, p. 13). A Universidade de São Paulo, em contrapartida, além de ainda depender da conclusão das instalações definitivas, foi percebida como sendo burocraticamente complexa, sujeita a conflitos entre as necessidades de centralização x descentralização”⁸⁰(Opas, 1965, p. I, 3). Entendiam também os consultores que uma posição institucional de maior flexibilidade facilitaria as relações da instituição federal com as instâncias estaduais e as agências internacionais.

Foram vários os elogios aos métodos e práticas de trabalho bibliográfico então adotados na biblioteca da EPM. Da mesma forma, a competência técnica da sua diretora, Dinah Población, bem como as suas boas relações com as demais bibliotecas médicas, favoreceriam o desenvolvimento de atividades em colaboração. Tais elogios, por certo foram também informados pelo fato de a biblioteca da EPM ser, como assinalam Silva *et alli* (2004, p. 12), a única biblioteca visitada que adotava as metodologias de catalogação e indexação preconizadas pela National Library of Medicine , uma facilidade operacional

⁸⁰ No original: *conflicts between the needs of centralization vs. Decentralization*

não desprezível. O tamanho do acervo não foi considerado um problema porque nem sempre o maior acervo correspondia àquele mais atualizado. As demais instituições e bibliotecas por certo também tinham seus atrativos. Mas, “nenhuma apresentava esta única combinação” (Opas, 1965: 3).

Todos estes aspectos foram, de uma forma ou outra, abordados na análise de Silva *et alli*(2002). O exame do dossiê de 1965 me permite, entretanto, adicionar um outro argumento: os consultores norte-americanos não mediram palavras ao registrar em seus relatórios a necessidade de a Bireme ser mantida a uma “saudável” distância das áreas de influência da Unesco e, no caso brasileiro, do IBBD.

No sumário de recomendações os consultores consideram que São Paulo e a EPM constituíam uma boa opção de localização porque “(...) lá existe um bom potencial para o desenvolvimento de uma efetiva relação com o Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação, a principal atividade de documentação no país, *sem o perigo de ser dominado pelo IBBD*” (Opas, 1965, p. 3, grifo nosso)⁸¹.

Portanto, a possibilidade de um trabalho cooperativo com o instituto de bibliografia e documentação do CNPq, embora admitida, era francamente secundarizada frente à necessidade de manter o novo centro bibliográfico afinado com a orientação da National Library of Medicine . Nos termos dos consultores...

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

The center should serve to utilize the new systems orientations being developed in the United States, rather than to perpetuate some of the FID/Unesco traditions which are now

⁸¹ No original: “there exists a good potential for developing an effective relationship with Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação, the principal documentation activity in the nation, without danger of being dominated by IBBD” (Opas, 1965, p. 3).

*limiting the activities of some Latin American libraries”*⁸² (Opas, 1965, p. I, 1 e 3)

Esta oposição às orientações da Unesco foi retomada em vários pontos do dossiê. No relatório da viagem, Kronick e Taube não deixaram de registrar que Carlos Chagas Filho tecera comentários críticos sobre a localização e a atuação do Centro Latino-americano de Bibliografia que então funcionara, sob os auspícios da Unesco, na cidade do México, quando da realização de um encontro no Conselho Nacional de Pesquisas. Entre os presentes estavam Ernani Braga, Carlos Chagas Filho, Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, o Presidente do CNPq, Antonio Moreira Couceiro, e Amadeu Cury, Diretor Assistente do Instituto de Microbiologia da Universidade do Brasil. Na mesma ocasião, Couceiro sugeriu que o IBBD poderia ser a base para a pretendida biblioteca. Ao mesmo tempo, como já vimos, Chagas Filho defendia a UFRJ.

Após vistarem o IBBD e manterem uma tarde de confabulações com a sua Diretora, Lygia Sambaquy, os consultores registraram em seu diário as piores impressões. O instituto foi visto como um lugar de muita atividade em espaço reduzido e instalações inadequadas. As várias frentes de trabalho desenvolvidas foram observadas sob um olhar de suspeição. A rede de centros colaboradores em oito estados da federação, apenas “supõe-se” (*are supposed*), contribuía para as atividades de controle bibliográfico da produção científica nacional. As informações sobre empréstimos interbibliotecários careceram de maiores confirmações, já que “pouca evidência desta atividade foi vista durante a visita”⁸³. A sugestão de Sambaquy no sentido da instalação do novo centro bibliográfico médico em Brasília, funcionando de modo integrado ou associado ao IBBD, foi classificada como motivada por considerações de ordem patriótica e sentimental e menos por razões de serviço. Ao fim e ao cabo, “(...) algumas das atividades do IBBD representam o sério perigo que resulta da transmissão acrítica de idéias vagas em conferências e institutos internacionais” (Opas, 1965, II, p. 4)⁸⁴.

⁸² A International Federation for Information and Documentation (FID) é a principal organização profissional internacional no campo da documentação e da informação. Sua origem remonta a 1895, quando foi criada em Bruxelas como International Institute of Bibliography (IIB). No pós-segunda guerra manteve uma estreita proximidade e colaboração com a Unesco. (Ver Rayward, 1994)

⁸³ No original: “*little evidence of this activity was seen on the tour*” (Opas, 1965, II, p.4).

⁸⁴ No original: “*(...) some of the activities of IBBD represent the serious dangers which result from uncritically broadcasting vague ideas at international conferences and institutes* (Opas, 1965, II, p. 4).

Estas formulações em oposição à Unesco, que se avizinham da franca hostilidade, tiveram sua contrapartida nas falas dos representantes da organização internacional na América Latina. Quando se encontraram com o coordenador do Centro de Cooperação Científica para a América Latina, uma entidade da Unesco então sediada em Montevidéu, Kronick e Taube receberam uma clara manifestação contrária à instalação da biblioteca médica regional na América Latina. Para o representante da Unesco - cujo nome é omitido no relatório de viagem - a organização já havia instalado um centro de informação científica de pretensões regionais na cidade do México e a tendência então era conferir apoio institucional para a instalação de centros nacionais (Opas 1965, II, p. 22).

Em outro sentido, os consultores não deixaram também de registrar que em alguma medida o IBBD era, no cenário brasileiro, uma instituição concorrente no que concerne a serviços e clientela. Todavia, imaginar uma expansão das atividades da instituição de modo a atender às necessidades da Opas foi considerado uma impossibilidade. Nos termos dos consultores: “algo como 50% das consultas provêm de médicos [e] embora o IBBD já forneça alguns dos serviços a serem providos pelo centro proposto, nem instalações nem o espaço parecem disponíveis para qualquer expansão destes serviços ou para acomodar coleções adicionais”⁸⁵ (Opas, 1965, II, p. 4).

As passagens já mencionadas sugerem que bem mais que considerações de ordem pragmática acerca da disponibilidade de espaço físico opunham os representantes do projeto Opas/NLM aos responsáveis pela condução do IBBD. E estes últimos comentários sugerem que eu avance na discussão do modelo de biblioteca regional médica prescrito pelos especialistas da NLM.

I.3 - O modelo toma forma

“We explain that the services projected for the regional center were essentially new ones, and no distinct pattern for this kind of an organization existed even in our country” (Opas, 1965, II, p. 1)

⁸⁵ No original: “...about of 50% of their inquiries came from physicians...[and] although IBBD does already provide some of the services that would be provided by the proposed center, neither facilities nor space seem to be available for any expansion of these services, nor to provide housing for supplementary collections”. (Opas, 1965. II, p. 6)

Início este segmento com uma citação. Ela integra os comentários sobre a natureza da iniciativa de instalação de uma biblioteca médica regional que foram feitos pelos consultores da NLM aos seus interlocutores brasileiros na reunião realizada na sede do CNPq, no Rio de Janeiro.

Neste sentido, na altura de sua primeira formulação, o empreendimento da criação de uma biblioteca médica regional na América Latina era também um experimento. Com efeito, a viagem de Lazerow ao Brasil, para participar da reunião de lideranças da educação médica latino-americana, transcorreu ao longo do mês de agosto de 1964. Verificou-se, portanto, com a antecedência de alguns poucos meses em relação à promulgação do *Medical Library Assistance Act*, de 1965, que designaria a NLM como a biblioteca líder incumbida de implantar e coordenar o sistema de bibliotecas médicas dos Estados Unidos. Em 1967, ano da assinatura do convênio de criação da Bireme, a NLM também formalizaria a sua relação de cooperação com a Biblioteca Francis A. Countway, das faculdades de medicina de Harvard e Boston, a primeira nos termos do que seria o sistema regional norte-americano de bibliotecas médicas. Para que esta idéia de experimentação se complete, é preciso também ter em mente que apenas no mesmo ano de 1964 estava sendo colocada em operação corrente, e sujeita às chuvas e trovoadas típicas de um período de testes de aplicação, a versão I de Medlars, o sistema de recuperação da informação bibliográfica assistida por computadores que seria o principal pilar tecnológico do edifício sistêmico então em gestação (Miles, 1986, p. 365-373).

Assim, a proposta de criação da Bireme, se não antecede aquela de constituição de um sistema de bibliotecas médicas nos Estados Unidos, é absolutamente sincrônica a esta e, sem dúvida, integra o mesmo movimento que no Capítulo II designei como sendo de uma reconfiguração estratégica da National Library of Medicine.

Entretanto, ainda que toda a arquitetura projetada de atividades e serviços seja em essência uma inovação, a função de suporte às bibliotecas existentes e o estabelecimento destas como ponto de acesso ao sistema imaginado, reproduzem o modelo institucional da NLM. Assim, “(...) neste sentido o centro deveria funcionar em relação à América do Sul

de uma maneira similar a da National Library of Medicine, a qual desempenha um papel de suporte para as outras bibliotecas médicas do país”⁸⁶(Opas, 1965, p. 8).

Tratemos, portanto, de examinar em maior detalhe como então se desenhava esta variante latino-americana de sistema regional de informação biomédica, segundo a concepção dos consultores especialistas da NLM.

A biblioteca médica regional latino-americana deveria ser uma agência independente diretamente vinculada a uma organização internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde. Sua instalação deveria se dar de modo associado a uma biblioteca médica já em funcionamento. Existiam, evidentemente, razões de ordem econômica em favor desta orientação. Procurava-se, porém, garantir que os novos serviços pudessem ter uma integração mais rápida e orgânica com a sua clientela preferencial: a comunidade de ensino e pesquisa localizada principalmente nas faculdades de medicina. Conferia-se grande importância à clientela do entorno imediato e, neste sentido, acreditava-se que tanto a instituição hospedeira deveria ser uma entidade ativa no domínio da educação e da pesquisa, quanto a própria cidade abrigar centros importantes de formação profissional médica. Ao mesmo tempo, uma relação de proximidade com Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina, a Fepafem, era vista como de importância estratégica para a mobilização de uma prevista clientela regional latino-americana (Opas, 1965, p. 1-7).

Esperava-se que a nova biblioteca se constituísse no centro de um sistema hierarquizado, assentado principalmente sobre uma constelação de bibliotecas das escolas de medicina no continente. Subcentros nacionais, eventualmente centros subordinados internacionais e as bibliotecas nas faculdades de medicina, concebidas como pontos exclusivos de acesso, conformariam a sua topografia. Admitia-se, a este respeito que, nos primeiros anos e de modo provisório, as demandas originadas das bibliotecas da América Central e do México poderiam permanecer atendidas diretamente pela NLM (Opas, 1965, p. 7-8).

Subsidiariamente, os hospitais e outras unidades de prestação de serviços de saúde eram também percebidos como parte de sua clientela institucional. Imaginava-se que uma

⁸⁶ “(...) In this way the center would function in relation to South America medical libraries in a manner similar to that of the United States, which plays a supporting role to the other medical libraries of the nation”

rede de postos de serviço nestas unidades de saúde poderia conformar uma rede suplementar de pontos de acesso. A este respeito, o dossiê contém dados comparativos sobre a rede instalada de bibliotecas nos Estados Unidos e na América do Sul, tanto nas faculdades, quanto nos hospitais, que não só localizam as diferenças quantitativas entre as duas realidades, como ressaltam uma certa atenção dos consultores sobre o modo de alcançar a clientela formada pelos profissionais em atividade nos serviços de saúde⁸⁷. Todavia, indiscutivelmente, sua atenção imediata se concentrava na infra-estrutura representada pelas bibliotecas das faculdades de medicina.

O que já foi discutido até aqui indica que a biblioteca regional latino-americana seria ela mesma subordinada em termos sistêmicos à National Library of Medicine . Tal subordinação se daria por meio de uma ascendência conceitual e método-tecnológica da biblioteca norte-americana, tanto no que concerne à definição das linhas de acervo e das metodologias de catalogação e indexação, definidas segundo os cânones da NLM, quanto para a absorção das tecnologias da informação, de desenvolvimento recentíssimo por aquela biblioteca. Todavia, a subordinação da futura Bireme à NLM também se refletiria na dinâmica da constituição dos acervos e na sua capacidade para o atendimento às demandas formuladas pelos usuários latino-americanos. A nova biblioteca deveria constituir uma coleção capaz de atender ao “*central core*” da informação proporcionada pelos periódicos internacionais. Recursos de informação mais abrangentes seriam proporcionados pelo provimento de serviços de fotocópia que recorreriam aos acervos das demais bibliotecas regionais e aos centros internacionais de biblioteconomia médica. E entre estes, prioritariamente, a National Library of Medicine (Opas, 1965, p. 2-3).

Neste sentido, o sistema proposto para a América Latina e que será em essência adotado pela Opas no seu empreendimento bibliotecário, possui os contornos de um sistema dependente e subordinado, nos quadros de uma espécie de sistema bibliográfico médico imperial.

A aquisição de monografias e periódicos, nos termos do planejamento proposto pelos consultores, deveria se dar de modo a complementar a coleção da biblioteca hospedeira. Transparece no dossiê, entretanto, uma atenção que enfatizava a atualidade da

⁸⁷ EUA: 6.370 bibliotecas médicas, sendo 87 nas escolas médicas e 3.178 nos hospitais, sem indicação para as demais 3.105. Na América do Sul: 216 bibliotecas, sendo 115 nas faculdades, 36 nos hospitais e as restantes 65 “*with institutes, societies, governmental and international organizations*”. Não havia, portanto, defasagem no número de bibliotecas instaladas nas faculdades de medicina. Nos hospitais e demais postos, a discrepância era gigantesca (Opas 1965, p. 8).

informação científica e tecnológica disponível no sistema, e, deste modo, a ausência de preocupações e diretrizes acerca dos acervos em sua dimensão histórica ou retrospectiva. Segundo o depoimento de uma contemporânea do processo de implantação, esta desatenção logo se transformaria em ação deliberada pela destruição dos títulos mais antigos, descontinuados e da produção latino-americana, exatamente no período em que a Bireme era, nos primeiros meses, dirigida interinamente por um bibliotecário norte-americano, diretamente indicado pela NLM: Robert Newburn, novo nome para velhas fogueiras (Opas, 1965, p. 1-2; Población, 2002:).

Os recursos necessários ao desenvolvimento da nova política de aquisição de periódicos no primeiro ano seriam em grande parte garantidos pelos créditos acumulados pela NLM junto ao United States Book Exchange (USBE). Tais créditos originavam-se, desde 1948, da remessa periódica pela NLM para aquela organização de números duplicados ou de conjuntos de publicações não pertinentes às linhas de acervo da biblioteca. Depositados na USBE, os títulos poderiam ser adquiridos por outras bibliotecas ou remetidos em doação para países ou regiões. Estes créditos acumulados pela NLM, por outro lado, seriam mobilizados sempre que a NLM desejasse adquirir um número atrasado, eventualmente disponível nos estoques da USBE. Com o tempo, porém, muito mais créditos do que saques movimentavam a conta da NLM. Assim, em meados da década de 1960, a NLM dispunha de um vasto ativo desta espécie de “moeda podre”, que poderia ser acionado para a constituição de uma biblioteca regional, inclusive com a geração, a médio prazo, de uma economia de custos operacionais para a biblioteca norte-americana⁸⁸.

A política de aquisição orientada pela disponibilidade de tais créditos continha um provável segundo e importante desdobramento: na medida em que o estoque da USBE era obtido principalmente a partir de doadores norte-americanos, a tendência era que o mecanismo reforçasse a americanização do acervo e das referências de autoridade acadêmica, um movimento já pronunciado no contexto da cooperação interamericana a partir do pós-segunda guerra.

O tráfego de requisições de artigos seria operado por correio, preferencialmente aéreo, ou, nas melhores condições, através de aparelhos de telecomunicação no padrão

⁸⁸ “Moeda podre” é uma expressão utilizada no Brasil na segunda metade da década de noventa, durante o processo de privatização de empresas estatais, para designar ativos da dívida pública de difícil resgate sem perdas expressivas relativas ao seu valor de face, mas que podiam ser empregados em situação vantajosa nos leilões de venda das empresas.

TWX, conhecidos mais comumente no Brasil pela designação comercial Telex. Neste sentido, seria indispensável que a cidade escolhida para sediar a biblioteca tivesse uma razoável, senão ótima, infra-estrutura de serviços de correio e telefonia. Da mesma forma, esperava-se que as franquias postais ou telefônicas comumente concedidas aos organismos internacionais ajudassem a manter as despesas com comunicação em níveis toleráveis, uma forma adicional de transferir custos operacionais para os governos da região.

Artigos e livros seriam remetidos aos solicitantes por meio de fotocópias, sendo que o período de implantação da Bireme corresponde à época da introdução no Brasil das máquinas de marca Xerox, uma tecnologia indispensável à proposição de um sistema de informação nos termos então formulados. Subsidiariamente os artigos seriam remetidos de uma biblioteca a outra (entre a NLM e a Bireme, por exemplo) mediante o uso de microfichas em suporte filmico, a partir das quais cópias em tamanho original seriam geradas e remetidas aos usuários (Opas 1965, p. 10).

Para operar como um centro de informação capaz de fornecer informação de referência de qualidade, indicando com precisão onde encontrar a publicação não disponível em seu próprio acervo, a biblioteca deveria reunir uma consistente coleção de literatura secundária de referência, como índices e catálogos acerca das coleções existentes em outros centros de bibliografia médica. Entre estes, naturalmente, o *Index Medicus* e as demais obras da extensa lista de publicações deste tipo editadas pela NLM. Neste terreno, porém, o principal recurso de informação seria poder dispor de Medlars. A NLM remeteria extratos das suas bases de dados ao centro latino-americano, recorrendo a fitas magnéticas alojadas em robustos carretéis. Técnicos locais seriam treinados na operação da tecnologia por meio de estágios técnicos proporcionados pela própria NLM. Uma vez habilitados, estes técnicos tanto seriam capazes de realizar as pesquisas de caráter mais tópico solicitadas pelos usuários, quanto produzir bibliografias de maior ou menor abrangência, seja por demanda, seja como antecipação ou indução de temas selecionados. A utilização das possibilidades proporcionadas por Medlars dependeria da disponibilidade de recursos de processamento computadorizado de dados. Assim, recomendava-se a instalação do centro bibliográfico em uma cidade em que fosse possível o aluguel de fração do tempo de uso de um equipamento capaz de processar bases de dados em formato IBM (Opas, 1965, p. 9).

Esperava-se que a nova biblioteca regional de medicina desempenhasse um importante papel no treinamento de recursos humanos na sua área de competência técnico-científica. Neste sentido, deveria ser implementado um programa de estágios e bolsas de estudo destinado a atender profissionais provenientes de vários países. Ao mesmo tempo, a biblioteca deveria empenhar-se na produção de um “efeito demonstração”, evidenciando para as lideranças institucionais e de governo as novas possibilidades abertas pelo trabalho cooperativo e a aplicação das novas tecnologias da informação (Opas, 1965, p. 10). Neste âmbito, um programa de publicações teria por objetivos tanto divulgar atividades e serviços, como disseminar a produção bibliográfica da biblioteca.

A gestão superior do empreendimento ficaria a cargo de um Conselho de Governadores (*Board of Governors*), subordinado ao Diretor da Opas, e que teria por atribuições formular a programação geral e supervisionar a sua implementação. Seria também da sua alçada sugerir o nome do Diretor da Biblioteca e acompanhar seu desempenho. Uma segunda estrutura de aconselhamento seria o Grupo Técnico Assessor (*Technical Advisory Group*), que teria a tarefa de orientar o Diretor da Biblioteca e o Conselho de Governadores quanto aos assuntos de natureza técnica. Ao diretor caberia a supervisão do cotidiano operacional da biblioteca e a coordenação do seu programa de treinamento.

De toda forma, no prefácio do projeto, ao sumarizar em um parágrafo a proposta que estava sendo levada ao exame dos corpos diretivos da Opas, seus autores são bastante claros na definição do núcleo da missão pretendida para o novo centro:

“(...). This regional medical library will function to provide prompt access through photoduplication and other devices to a comprehensive collection of health related literature in such a way as to supplement local medical library resources in Latin American states. It will also function to improve bibliographic access to these materials through operation of machine searches based on Medlars tapes, and serve as demonstration and training centers in promoting the development of medical library services in Latin America” (Opas, 1965, I, p.).

Os objetivos em seu conjunto não deixam de ser listados no projeto. Eles acompanham a descrição de atividades apresentadas nos parágrafos acima. Em sua quase

totalidade antecipam, palavra por palavra, a descrição de objetivos que foi adotada para a redação do convênio que seria assinado em março de 1967 pela Opas, a Escola Paulista de Medicina e pelas autoridades ministeriais brasileiras⁸⁹. O mesmo pode ser dito quanto a outros pontos de ambos os documentos.

Essencialmente, a principal diferença diz respeito às instâncias gestoras. A idéia de um *Board* não foi adotada. A Opas preferiu subordinar a biblioteca diretamente ao Diretor da Opas e utilizar o *Advisory Committee on Medical Research* para as funções de orientação superior e acompanhamento. Por outro lado, um Comitê Científico Consultivo fundia as atribuições de orientação em aspectos técnico-científicos e de gestão.

II.4 E cria-se a Bireme!

Terminadas as negociações, tomadas as decisões e firmado o convênio de cooperação, os meses imediatos foram ocupados com as tarefas de detalhamento do projeto de implantação da Biblioteca Regional da Medicina para a América Latina. Para isso, Robert Newburn, um bibliotecário norte-americano, foi escalado pela National Library of Medicine - NLM para acompanhar a implantação. Após realizar, ainda em 1967, pelo menos uma viagem a São Paulo na condição de consultor, Newburn foi nomeado bibliotecário chefe em janeiro de 1968 e se tornou o responsável pela condução técnica nos momentos primeiros da instalação da biblioteca (Opas, 1967, p. 4-5).

Simultaneamente, ultimavam-se as negociações visando consolidar a sustentação financeira da empreitada nos seus anos iniciais, apenas parcialmente garantida pelos compromissos assumidos quando da assinatura do convênio. Em junho de 1967, um projeto elaborado por Martin Cummings, Diretor da NLM, foi levado à discussão no Comitê Assessor para Pesquisas Médicas e nele estavam previstos os montantes estimados como necessários para os dois primeiros anos e as responsabilidades de cada parceiro na constituição dos fundos orçamentários⁹⁰. Àquela altura, os financiadores com recursos diretos seriam o Governo do Brasil, a NLM e a Opas. A Escola Paulista de Medicina cederia o prédio e um número não especificado de seus servidores, assim como se

⁸⁹ Uma descrição geral do convênio de criação é apresentada na Introdução.

⁹⁰ Os montantes totais então previstos eram da ordem de US\$ 130.000 (US\$ 765.000 em valores de 2005) para o primeiro ano e US\$ 165.000 (US\$ 970.000) para o segundo.

comprometia com a manutenção e uma eventual ampliação das instalações físicas ⁹¹ (Opas 1967a).

Ainda em 1967, o Commonwealth Fund passou a ser um novo e importante apoiador privado no financiamento dos primeiros anos de operação ⁹² (Bireme, [1979], p. 6). Ao mesmo tempo a NLM, ao que parece, passou a restringir os recursos em moeda corrente que estaria disposta a investir na criação da Bireme e a concentrar quase que exclusivamente seu apoio material na utilização dos créditos junto ao *United States Book Exchange*, cuja natureza já comentei na seção anterior ⁹³ (Opas, 1967a e anexos).

No início de 1968, foi constituído o Comitê Científico Assessor da instituição. Seus componentes, em número de dez, eram: Martin Cummings, Diretor da NLM e Presidente do Comitê; Abraham Horwitz, Diretor da Opas; Harold Bloomquist, bibliotecário representante da Francis A. Countway Library of Medicine, de Boston, relator; Armando M. Sandoval, Diretor do Centro de Informação da Sintex International, do México, também relator; Jan Koch-Weser, farmacologista da Faculdade de Medicina de Harvard, designado como consultor da Bireme; Maurício Martins da Silva, Chefe do Departamento de Pesquisa, Desenvolvimento e Coordenação da Opas, Secretário do Comitê; Mario Chaves, Diretor Adjunto da Fepafem; Luis Leloir, bioquímico do Instituto de Pesquisa Bioquímica de Buenos Aires; Enrique Molina, Decano da Faculdade de Ciências Médicas

⁹¹ A distribuição de responsabilidades pelos recursos diretos era: Ministério da Educação e Cultura, US\$ 50.000 (US\$ 294.000 em valores de 2005); Ministério da Saúde, “aproximadamente” US\$ 30.000 (175.000); NLM, US\$ 50.000 (294.000); Opas US\$ 25.000 (147.000). A Escola Paulista, como repassadora de recursos do Ministério da Saúde, assumiu o compromisso de transferir à Bireme os recursos até então gastos anualmente com subscrição de 450 títulos de periódicos. A NLM, como comentado anteriormente, contribuiria também com US\$ 50.000 em créditos junto ao United States Book Exchange. Ver Opas, 1967a, Anexo.

⁹² The Commonwealth Fund dedicou em 1967 US\$ 30.000 (US\$ 176.000 em valores de 2005) ao projeto. Nos três primeiros anos sua contribuição total foi de US\$ 100.000 (588.000), tornando-se o segundo financiador em volume no período, somente superado pelo Tesouro Brasileiro, o principal apoiador, ainda que houvesse equilíbrio entre os fundos nacionais e os recursos de fonte externa. Ver Anexo Gráfico II e Bireme, [1969], p. 6; Silva *et alli*, 2004, p. 15). Ao que parece, é bastante escassa a literatura sobre esta fundação e suas atividades. Trata-se de uma fundação filantrópica privada com especial interesse nos temas da saúde. Sua origem remonta às atividades de assistência social da família de Stephen V. Harkness, a partir da fortuna por este acumulada como um dos investidores na Standard Oil Company nos anos iniciais desta empresa de petróleo. Na década de setenta dedicou especial atenção à modernização do ensino de medicina. (The Commonwealth Fund, 2005).

⁹³ Ver Capítulo II, nota 34. Anexo a um relatório de Martin Cummings, como Diretor da NLM e Conselheiro da Bireme, um memorando de entendimento entre a NLM e a Opas previa que a biblioteca norte-americana disponibilizaria US\$ 50.000 (294.000 em valores de 2005) em créditos no U.S. Book Exchange - USBE e a mesma quantia em dinheiro. No mesmo relatório, uma tabela de orçamento prevê gastos a cargo da NLM no montante de US\$ 50.000 sendo US\$ 46.000 em créditos no USBE. Em um projeto de atividades da Bireme, do início de 1969, uma previsão de gastos em dinheiro à conta da NLM, referindo ao compromisso anterior, foi rasurada com duas firmes linhas à caneta (Bireme, [1969]). Relatos posteriores não assinalam a NLM como um apoiador financeiro (e. g., Neghme, 1975).

de Maracaibo, Venezuela; e Antonio de Mattos Paiva, Chefe do Departamento de Biofísica e Fisiologia da EPM. Na primeira reunião, realizada em São Paulo em setembro de 1968, atuaram como observadores George Brooks, Chefe do Escritório Latino-Americano do National Institutes of Health, localizado no Rio de Janeiro, e Magid Iunes, Chefe do Departamento de Medicina Preventiva da EPM (Bireme, 1968, p. 1-2).

A composição do Comitê reflete em primeiro lugar o arranjo institucional que resulta na constituição da Bireme, como previsto no próprio convênio de criação. A presença de Cummings e Horwitz nesta reunião de instalação é um indicador preciso da importância que suas respectivas instituições conferiam aos primeiros passos de implantação da biblioteca regional. Os demais titulares permitiam uma representação dos quatro principais países latino-americanos na produção de ciência & tecnologia: o Brasil, a Argentina, o México e a Venezuela. A respeitabilidade científica era também digna de nota: dois anos depois, em 1970, Luis Leloir seria laureado como Prêmio Nobel de Química.

Dois titulares, representantes da biblioteconomia médica, merecem comentários adicionais. Armando Sandoval havia dirigido o Centro de Documentação Científica e Técnica do México – CDCTM, um centro autônomo criado em 1950 pelo governo mexicano a partir daquela que seria uma fracassada iniciativa da Unesco de constituir, neste domínio, um instituto internacional com alcance latino-americano ⁹⁴. Médico de formação, com trabalhos na área de Medicina Tropical, jamais deixou de ministrar disciplinas em cursos de graduação em medicina. Encontrara, porém, na Informação Científica sua definitiva vocação, sendo um de seus pioneiros no México e América Central. Treinado em Paris, com o apoio da Unesco, chefiou a equipe mexicana que em 1955 assumiu a responsabilidade direta pela condução técnico-científica do CDCTM, até então sob direção de consultores daquela organização das Nações Unidas (Marín, 2002). Em 1961, uma reforma administrativa restringiu a autonomia do centro de documentação transferindo-o para a órbita do Instituto Politécnico Nacional, uma decisão que mais tarde culminou na sua efetiva extinção (Silva L A, 1997: 5-6). No início da década de 1960, Armando Sandoval ingressou na Universidade Nacional Autônoma do México, a Unam, onde foi Diretor Geral de Serviços Escolares e Diretor Geral de Bibliotecas. Conflitos internos da universidade culminaram com a sua saída para um centro de informação da

⁹⁴ Ver também Capítulo II, segmento 3.

iniciativa privada, onde nossa história da Bireme iria encontrá-lo, já como um dos líderes da profissão bibliotecária latino-americana no terreno da informação científica (Marín, 2002). No mesmo ano de 1968, seria o único latino-americano designado para integrar as equipes responsáveis pela elaboração de um estudo sobre a viabilidade de implantação do Unisist, o sistema mundial de informação científica liderado pela Unesco ⁹⁵ (Unesco, 1971, p. 151-153).

O perfil de Sandoval era bastante interessante para o projeto da Bireme. Médico de formação, articulava sua experiência em pesquisa, docência e na alta administração universitária com um conhecimento e prática de fronteira na biblioteconomia e na ciência & tecnologia. Sua presença no Comitê Científico Assessor sem dúvida conferia a esta instância de orientação da Bireme uma autoridade biblioteconômica que se articulava ao movimento internacional desta disciplina e da ciência da informação.

Isto significava também que, em 1968, as relações da NLM com a Unesco seguiam agora por mares menos turbulentos. De fato, àquela altura, o próprio programa Unisist assumia um foco de atenção na informação científica como infra-estrutura para o desenvolvimento e se afastava das concepções mais clássicas da biblioteconomia, afeitas aos acervos enquanto elementos de um patrimônio cultural universal. Nesta linha, o Unisist tendia a respeitar e promover as competências estabelecidas pela biblioteconomia especializada em áreas específicas do conhecimento, uma posição de fala autorizada que a NLM vinha a muito custo construindo no que concerne à informação médica e biomédica em âmbito internacional ⁹⁶ (Unesco, 1971). Um exemplo deste novo estado de relações entre as duas instituições está no fato de que Scott Adams, Vice-diretor da NLM e um dos autores do projeto original da Bireme, integrava o Comitê Central do Unisist no final dos anos 60 (Unesco, 1971, p. 151).

Outro personagem importante era Harold Bloomquist. Este bibliotecário era então uma das figuras proeminentes da biblioteconomia médica norte-americana. Realizara, em

⁹⁵ Armando Sandoval integrou o Grupo de Trabalho de Informação Científica nos Países em Desenvolvimento. Presidia este GT, como membro do Comitê Central, Herbert Coblans, já nosso conhecido como consultor da Unesco quando da criação do IBBD (ver Capítulo I, segmento b). Compunham o Comitê Central e os grupos de trabalho do Unisist 63 especialistas dos cinco continentes (Unesco, 1971, p. 151-153). Mais tarde, em 1970, Sandoval seria sondado para integrar os quadros técnicos da própria Bireme (Gallardo, 2002), onde exerceu também atividades de consultoria (Bireme, 1969a). Em 1971, retornou à Unam para constituir o Centro de Informação Científica e Humanística, recuperando parte do que seria o projeto original do CDCTM (Marín, 2002).

⁹⁶ Ver também Capítulo I, segmento b.

inícios dos anos 60, sob encomenda da NLM, uma pesquisa sobre o estado da arte das bibliotecas das escolas de medicina norte-americanas. Publicado em 1963, no *Journal of Medical Education, The Status and Needs of Medical School Libraries in the United States* (Bloomquist, 1963) se tornaria uma referência nas discussões profissionais, institucionais e políticas sobre a necessidade de um forte apoio do governo federal para o desenvolvimento das bibliotecas médicas. Seus diagnósticos e argumentos foram fartamente retomados quando da proposição do *Medical Library Assistance Act* que, promulgado em 1965, lançaria as bases do sistema regionalizado norte-americano de bibliotecas de medicina, cujas bases conceituais se reproduziriam para a América Latina e o Brasil. Bloomquist fora um dos responsáveis por empreender, em 1958, a fusão das bibliotecas das faculdades de medicina de Harvard e Boston e a constituição, deste modo, da *Francis A. Countway Library of Medicine* (Watterson, 1985, p. 415-417;).

Como uma das lideranças da equipe desta biblioteca, teve papel de destaque na formação do Sistema Regional da Nova Inglaterra, o NERMLS, o primeiro sistema instituído, em outubro de 1967, sob a égide do programa regional da NLM⁹⁷ (Bloomquist & Cole, 1968, p. 330-331; Bunting, 1987, p. 9-14). Assim, a presença de Bloomquist no Comitê Científico Assessor era a possibilidade de ajustar o empreendimento da Opas/NLM à experiência adquirida muito recentemente com o funcionamento do primeiro sistema regional norte-americano. Permitia, desse modo, o compartilhamento de experiências comuns entre os dois sistemas ou, talvez melhor designados, subsistemas regionais.

As avaliações e recomendações que resultaram da primeira reunião do Comitê Científico Assessor, realizada em setembro de 1968, nos permitem observar não só o andamento dos trabalhos de instalação nos primeiros meses, como também identificar outros elementos componentes do modelo que se queria então implantar.

A par de manifestações de agradecimento à Escola Paulista de Medicina - EPM e de satisfação com as obras de adaptação do prédio até então utilizado pela biblioteca da EPM, o Conselho teceu recomendações sobre a necessidade de rápida aquisição de mobiliário adicional, de linhas e equipamentos de telefonia e telex, e também a realização

⁹⁷ Bloomquist era também um ativo militante do movimento associativo dos bibliotecários médicos. Foi editor associado e editor do *Bulletin of the Medical Library Association*. Em meados da década de 1970, Bloomquist teria participação como colaborador, indicado pela Opas e com a aprovação da Bireme, no projeto da nova Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mediante solicitação de Carlos Chagas Filho, então Decano do Centro de Ciências Médicas (Lima, A L S de, 2005; Silva, M M, 1973, p. 1-2).

de estudos com vistas à instalação de um bem dimensionado serviço de encadernação. Aconselhou, ainda, a ampliação da equipe técnica da biblioteca, sobretudo para o desempenho de atividades de orientação e realização de serviços especializados de biblioteconomia e de administração geral⁹⁸.

O Comitê orientou também pela adoção de políticas restritivas no tocante ao acesso de usuários às estantes e ao empréstimo de originais das revistas. Medidas aparentemente administrativas - a primeira delas claramente extemporânea - , que visavam garantir a pronta disponibilidade das publicações solicitadas, não deixavam de ter implicações sutis quando se trata de discutir um regime de informação ou os meios preferenciais pelos quais ocorrem os fluxos de informação em dado contexto⁹⁹. As medidas restritivas contribuía para o estabelecimento do reino da circulação de artigos individualizados por meio de fotocópias que, desta forma, passam a funcionar como uma espécie de mídia, ao mesmo tempo em que restringe-se a própria portabilidade do fascículo e se vêem empobrecidas as possibilidades de leituras relacionais dos artigos entre si no interior de um mesmo fascículo. Mais do que isso, o acesso à literatura tende a tornar-se - também para o usuário local - crescente e decisivamente mediado pelo processamento bibliográfico como instância técnica expressa em métodos, instrumentos tecnológicos e regras.

Uma modificação desta ordem não deixaria de ser contestada. Pelo menos parte do corpo docente da EPM protestou contra a medida, habituado que estava ao livre trânsito pelos corredores de estantes com as publicações à disposição de olhos e dedos. Antonio de Mattos Paiva, embora membro do Comitê, foi um dos que mais protestou. E ainda que alguns privilégios de acesso tenham sido conferidos, a medida foi efetivamente colocada em vigor (Paiva, 2002).

Orientações de ainda maiores conseqüências diziam respeito às linhas a serem adotadas na constituição das coleções. No tocante aos periódicos, o ritmo de crescimento das coleções foi considerado excessivamente lento. Recomendou-se que uma lista de 1.100

⁹⁸ O Comitê recomendou a criação dos cargos de Coordenador de Atendimento Interno, de Coordenador de Serviços Técnicos e de Coordenador de Serviços Regionais. Segundo o Comitê, um destes postos deveria ser ocupado por um brasileiro, de modo a facilitar a realização de trabalhos cooperativos junto às outras bibliotecas (Bireme, 1968, p. 4-5).

⁹⁹ A adoção de uma política de acesso mais liberal às estantes já era regra nos centros mais avançados, inclusive com fundamentação de tipo pedagógico. Aos olhos de pelo menos um contemporâneo, a medida tinha como base um certo preconceito cultural do bibliotecário norte-americano sobre o comportamento ético e o cuidado do leitor brasileiro (Paiva, 2002). Neghme, o primeiro Diretor da Bireme, vai adotar e recomendar o acesso direto às estantes (Neghme, 1972, p. 244).

títulos preparada por Newburn deveria servir de base para uma política agressiva de subscrições e de aquisição de números atrasados, neste caso via *US Book Exchange*. Esta lista era formada de 450 revistas já subscritas pela EPM e de 650 novos títulos selecionados de obras de referência, entre as quais *Index Medicus*. Definiu-se que janeiro de 1964 deveria ser a data considerada para o início de todos os catálogos (“*all back files*”) “com exceção de certos periódicos para os quais existe forte demanda” (Bireme, 1968: 4). Para a coleção de monografias prescreveu-se que esta deveria ser uma espécie de “modelo”, atualizada, básica e, portanto, não exaustiva. Assim, recomendou-se a temerária medida de “desbastar vigorosamente” (“*vigorously weeded out*”) a coleção da EPM, à época com algo como 10.000 volumes, fazendo restar apenas cerca de 1.000 volumes de “verdadeiro valor histórico” (Bireme, 1968, p. 5).

Algumas implicações destes preceitos merecem comentários. Nenhum tipo de atenção foi especialmente conferida aos periódicos latino-americanos ou mesmo brasileiros. A combinação de catálogos de periódicos apenas para números publicados a partir de janeiro de 1964 e a ausência de acesso direto às estantes empurrariam as coleções mais antigas para o fundo do depósito e as sombras do tempo. Desprovidas de valor, corriam risco de desaparecimento. Um ano mais tarde, em outubro de 1969, a Bireme teria uma coleção de monografias de pouco mais de 3.800 obras, sendo que 850 foram adquiridas por doação da NLM; 500 volumes foram considerados de valor histórico (Opas, 1969: 3). Algo como pelo menos 7.000 volumes monográficos foram descartados. Estes são com certeza eventos reveladores de como, no modelo prescrito pela NLM, o foco da atenção estaria concentrado na informação médica e biomédica atualizada e originária dos principais centros produtores de conhecimento biomédico.

Diga-se de passagem, porém, que esta concepção do histórico como raridade não corresponde sequer à tradição da NLM como instituição. Sua atenção e sensibilidade com relação à completude e preservação de coleções remontam ao último quarto do século XIX e à figura de John Shaw Billings, quase lendário como um chefe da *Army Medical Library* obcecado pela caça de revistas e fascículos mundo afora (Miles, 1982, p. 41- 65). Sob o signo do Desenvolvimento, entretanto, sob o império do novo que deve necessariamente substituir o arcaico nas regiões periféricas, de uma lógica unidirecional da assistência e da transferência de conhecimentos e tecnologias, pouca atenção haveria de restar para a produção local de conhecimentos e práticas, assim como para a sua historicidade.

Mas também esta diretiva foi objeto de resistência. Dinah Población - chefe da biblioteca nos tempos da sua vinculação à EPM e que preferia a preservação da identidade institucional da Biblioteca da Escola Paulista de Medicina - protestou firmemente contra o que considerava a destruição da memória da instituição, da medicina e da saúde brasileiras. Seus pleitos não obtiveram uma resposta favorável: era uma orientação da Bireme (Población, 2002)¹⁰⁰.

Embora ainda fossem muitas as fragilidades da coleção de periódicos o Comitê sugeriu que o atendimento às demais instituições brasileiras fosse iniciado tão logo quanto possível. Da mesma forma a prestação de serviços aos demais países. Outra recomendação dizia respeito à necessidade de brevidade na definição de um Diretor Científico permanente (Bireme, 1968, p. 5).

Estas últimas recomendações foram atendidas com razoável prontidão. Em janeiro de 1969, a Biblioteca Regional de Medicina já tinha o seu primeiro Diretor, Amador Neghme. No mês de fevereiro iniciou-se o atendimento às faculdades de medicina brasileiras. No mesmo mês começou, ainda que muito timidamente, o atendimento internacional (Opas, 1969, p. 4).

II.5 - Sobre a criação da Bireme e os regimes de informação: as primeiras 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, a Fepafem, a NLM. É importante lembrar que considerar a Fepafem deve ser também considerar a *American Medical Colleges Association*, como um ente associado. Desta maneira, este nicho original assumiu o formato de um quadrado. Estes atores reconheceram um problema e compartilharam o desenho da solução. Uma demanda crescente por publicações periódicas atualizadas, cujo número e custos de manutenção eram também e criticamente crescentes, poderia ser atendida por um sistema de bibliotecas, segundo um determinado formato. Tanto o problema como a solução eram pretensamente considerados

¹⁰⁰ Dinah Población, em seu depoimento de 2002, menciona o descarte “como lixo” de “tudo que era publicação brasileira”, revistas inclusive. Población manteve várias discordâncias e atritos com Newburn. Diante de constrangimentos de sensível gravidade impostos pelo bibliotecário norte-americano, afastou-se das funções diretivas da biblioteca. Foi convidada a retornar às antigas responsabilidades por Neghme. No entanto, somente retornou à funções de assessoramento da diretoria na segunda metade da década de setenta, na gestão de Abraham Sonis (Población, 2002).

universais. Um sistema cujo desenho foi concebido no contexto da biblioteconomia médica norte-americana seria prescrito para todas as Américas, como poderia ser para todo o mundo.

Este sistema dependia de determinadas aquisições da tecnologia. Afora aquelas tecnologias já generalizadas e integradas aos modos de vida vigentes, como o telefone e o avião, algumas outras, de introdução recente, lhe eram estruturantes. Tal sistema seria inconcebível sem máquinas copiadoras tal como as conhecemos hoje. Ele tendia, também, à dependência de sistemas informatizados para estoque e recuperação de informação de referência. Pode-se dizer que sua conceituação ajudava a constituir e generalizar, em determinado sentido e no seu âmbito específico, um mercado institucional de tecnologias de informação e comunicação.

As lideranças do ensino médico e da pesquisa latino-americanas, tal como expressas na Fepafem e, em sua especificidade, na própria Opas, concordavam que um sistema que propiciasse acesso à literatura biomédica corrente seria um componente modernizador importante. E isto era, em princípio, universalmente válido: apoiaria a atividade de pesquisa como parte de uma capacitação docente tal como preconizada pelos enunciados flexnerianos, facilitaria o acesso à literatura internacional aos grupos nacionais em processos de especialização; resultaria em melhores condições e estímulo para a prática da educação continuada ou permanente e constituiria elemento de racionalidade nos gastos com a instalação e manutenção de bibliotecas em um ensino médico em expansão. Constituiria também uma adição importante aos recursos mobilizáveis para uma melhoria da formação e capacitação do pessoal médico requerido por uma pretendida ampliação das ações e serviços de saúde como parte das políticas sociais do desenvolvimento.

O consenso sobre os benefícios de um projeto deste teor gerou competição e dissenso entre as instituições. As brasileiras, as paulistas e a Escola Paulista de Medicina, em particular, foram mais hábeis e eficazes ao mobilizarem seus capitais políticos e os recursos orçamentários de seu governo. Ao mesmo tempo, São Paulo parecia ser - ou foi capaz de demonstrar ser - a localidade mais aparelhada para receber a nova biblioteca aos olhos da NLM, uma protagonista central na tomada de decisão.

São Paulo tinha uma das melhores infra-estruturas urbanas, era um centro universitário médico e de pesquisa acadêmica em biomedicina, possuía um conjunto de bibliotecas razoavelmente modernas e supridas, uma militante biblioteconomia médica e

uma Universidade Paulista de Medicina renovada, recentemente federalizada, burocraticamente simples, e que colocava à disposição do empreendimento um prédio praticamente novo. São Paulo significava manter também uma razoável distância - mais institucional do que física - do IBBD, considerado um pólo de interesses concorrentes no domínio específico da informação científica.

A NLM propôs a solução da criação de uma biblioteca regional latino-americana ao mesmo tempo em que detalhava e fazia gestões junto ao legislativo e ao governo norte-americano pela criação, sob a sua liderança, do sistema de bibliotecas médicas dos EUA. A solução latino-americana teve mesmo uma certa precedência. Não fora o tempo relativamente longo, entre a proposição (1964) e o acordo final de implantação (1967), e a Bireme teria sido a primeira biblioteca daquele que viria a ser o sistema da NLM. Simultaneamente a biblioteca norte-americana empreendia negociações similares na Inglaterra e na França.

A Bireme foi parte deste movimento da NLM, que transbordava o contexto norte-americano em direção às Américas e à Europa. Concebida para resolver os problemas da informação bibliográfica na América Latina a Bireme era também parte da solução para os problemas, digamos, de uma macro-gestão desta mesma informação sob a lógica da NLM. Não à toa a NLM mobilizou para o projeto da Bireme os melhores dos seus quadros.

A engenharia do sistema proposto, baseada em um arranjo hierarquizado e distribuído territorialmente de bibliotecas intermediárias, era também, para a NLM, uma forma de distribuir custos: (1) no primeiro momento no processamento de consultas, geração de cópias e correio e, (2) no segundo momento, no próprio tratamento da informação, em operações de catalogação e indexação¹⁰¹. A economia gerada por esta nova racionalidade, em termos sistêmicos, ajudava a financiar o próprio esforço de desenvolvimento de tecnologias informatizadas de recuperação da informação, um componente fundamental da sua própria estrutura. O aparato se financiava a si mesmo. Ao mesmo tempo, o mesmo sistema ampliava a visibilidade social e a legitimidade destes

¹⁰¹ Para um terceiro momento, e naquela altura ainda distante, a concepção do sistema previa também uma economia, a ser mais compartilhada pelo conjunto de bibliotecas. Diz respeito à aquisição planejada e distribuída das próprias coleções. Esta, no entanto, era uma questão de menos interesse para a NLM porque não afetava diretamente os seus custos de operação.

mesmos esforços de aquisição de tecnologias de informação e no desenvolvimento de soluções, ainda extremamente custosos. O sistema justificava Medlars¹⁰².

A NLM negociou o projeto da Bireme de uma indiscutível posição de força. Força política, mas principalmente de uma fala privilegiada no domínio da sua competência conceitual e técnica. Possuía, como vimos, o acervo, e havia desenvolvido as metodologias e as tecnologias. Nesta condição, os componentes fundamentais do modelo de biblioteca regional que teve iniciada a implantação em 1968 correspondia aos preceitos por ela definidos. Muito provavelmente o próprio convênio foi redigido por um quadro especializado em biblioteconomia médica, segundo se pode inferir do perfil estabelecido para o preenchimento do cargo de Diretor¹⁰³.

O sistema concebido apoiava-se exclusivamente no funcionamento das bibliotecas das escolas de medicina e dos institutos de pesquisa considerados como uma espécie de campo unificado. Estas eram os seus pontos de acesso e sua presença física mais visível. Seu conteúdo era o conhecimento registrado sob a forma de artigos da literatura periódica biomédica recente.

Presidia a concepção um imperativo de atualidade. As monografias, pelos suas próprias características, tendiam a ser vistas como vocacionadas para a transferência do conhecimento consolidado. Tendiam, portanto, a uma certa permanência. Em face mesma desta propensão à permanência, as monografias foram consideradas uma espécie de não-objeto da atenção do sistema, inclinado à velocidade e à transitoriedade. Na mesma direção, os fascículos mais antigos: fora dos catálogos, eram revestidos de um atributo de obsolescência, tendiam a ser deliberadamente retirados dos fluxos da informação. Em outras palavras, o conceito de sistema de biblioteca regional - e como vimos sua prática concreta no início da fase de instalação - promovia no interior do regime de informação um componente de não-historicidade.

O conceito de biblioteca regional e de sistema não comportava nenhuma preocupação sensível, nenhuma estratégia particular dirigida à produção bibliográfica periódica da América Latina. A preocupação com catálogos coletivos dos acervos de periódicos existentes nas bibliotecas da região é marcadamente dirigida à necessidade de

¹⁰² Apenas na fase de desenvolvimento da versão I, entre 1961 e 1964 foram despendidos US\$ 4.000.000 (US\$ 26.000.000 em valores de 2005) (Corning, 1980).

¹⁰³ Este aspecto do convênio foi comentado na Introdução

ser conhecida a disponibilidade local das revistas internacionais. Um maior ou menor controle da produção periódica latino-americana era uma questão meramente circunstancial. Ela não afetava a racionalidade da NLM no que concerne à sua economia operacional global. O tema da produção local não era pertinente ao contexto de concepção original do sistema de bibliotecas regionais e caberia aos latino-americanos introduzi-lo.

Neste sentido, a clientela do sistema, concebida como sendo o professor, o pesquisador e o aluno de medicina, era uma clientela percebida como estritamente consumidora de informação e conhecimentos, mesmo quando inclinada a tentar a publicação em periódicos estrangeiros. Deste modo, sua produção, ou não entrava, ou entrava periféricamente nos fluxos de informação de referência e de cópias de artigos, consideradas como mídias. Assim o sistema comportava uma direcionalidade indiscutível, dos centros produtores de conhecimento biomédico para uma periferia consumidora. Surdo à produção da periferia, era intrinsecamente um sistema de transferência unidirecional de informações e promovia esta unidirecionalidade no interior do regime de informação.

A nova biblioteca regional de medicina pode ser também vista como parte de um processo de introdução, ou talvez de forma mais correta de consolidação da biblioteca especializada como instância técnica de mediação entre produtores e consumidores de literatura científica biomédica. Neste processo - que a Bireme não inaugura, mas para o qual contribui - há um regime de informação sendo substituído. Não se trata do desaparecimento das trocas de referências e de fascículos entre professores, entre o professor e o aluno. Esta, todavia, recebia então a concorrência de um novo tipo de biblioteca, menos paroquial e mais percebida como estação de acesso a um sistema de informações com um alcance vastamente ampliado. O próprio professor-pesquisador tende a ser cada vez menos um assinante individual de uns poucos periódicos de sua preferência, para ser o usuário de uma instituição assinante e a depender fundamentalmente do funcionamento da mediação técnica e - podemos dizer - sistêmica da biblioteca especializada.

Na mesma direção, as vastas coleções de separatas, que como uma certa tradição povoavam as paredes de departamentos e laboratórios, tenderão ao desaparecimento como um lugar de estoque de informação registrada não mais pertinente ao novo regime. Conceitualmente, o acesso à literatura internacional e o recurso ao periódico tendiam a se

tornar regra e não uma condição de exceção. Neste sentido promovia-se, pelo menos como tendência, a universalização de um certo conhecimento.

Esta nova posição da biblioteca, olhada como parte deste sistema regional, era em parte expressão de um novo aparato método-tecnológico e da quantidade mesma de informação passível de ser mobilizada a partir dele. Na concepção que regia a criação da Bireme, a tecnologia de recuperação da informação era um aparato como “equipamento”, a ser transferido e instalado. Aos usuários latino-americanos, aos bibliotecários médicos dos países da região, inclusive da própria Bireme, cabia a condição de operadores. A disponibilidade do “equipamento”, sua capacidade, a habilidade do especialista em saber operá-lo, adicionava poder à instância técnica, à biblioteca. Mas, era também um poder subordinado, inscrito em uma lógica de dependência aos primeiros detentores do conhecimento biblioteconômico avançado representado pela NLM.

Capítulo III

Duas gestões: a vigência e a crítica do modelo

Este capítulo analisa a trajetória da Bireme entre 1969 e 1982, um período que corresponde às gestões dos seus dois primeiros diretores efetivos: Amador Neghme e Abraham Sonis. Mais do que a demarcação de fases de uma história político-administrativa, este intervalo registra tanto a vigência, quanto a crítica do modelo adotado na fundação da biblioteca regional. Ao seu término, se encontra configurado um novo modelo de instituição para a Bireme, cujos contornos começaram a se delinear já a partir da metade da década de 1970. Examino os êxitos e as vicissitudes do que seria um primeiro ciclo do percurso institucional da Bireme, mas é principalmente a história desta transição entre modelos que pretendo descortinar.

III.1 Por uma biblioteca para bibliotecas: a gestão Neghme

Chileno, Neghme possuía uma respeitável carreira como parasitologista e como educador médico. Havia sido Presidente da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina - Fepafem, desde a criação desta em 1962, até 1968, às

vésperas de assumir a direção da nova biblioteca¹⁰⁴. Seu afastamento da Fepafem correspondeu à sua renúncia ao posto de Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, por discordar dos rumos tomados pela reforma universitária daquele país (Bireme, [1974] , p. anexos; Horwitz, 1988, p. 125-126). Assumido o novo posto em janeiro de 1969, Neghme nele permanecerá até fevereiro de 1976¹⁰⁵.

Considerado uma liderança do pensamento médico chileno e latino-americano no período, Neghme notabilizou-se pela militância em favor de uma medicina e um ensino médico integrais; por um ensino formativo que articulasse a prevenção e as práticas curativas, as ciências básicas e a clínica. Era especialmente atento aos componentes pedagógicos do ensino e à possibilidade de introduzir hábitos pró-ativos nos estudantes (Horwitz, 1988,p. 122-123). Este modo de conceber o ensino médico era então uma das componentes presentes no pensamento educacional médico latino-americano, marcado pela combinação de escolas e tendências, como já observei nos Capítulo I. Neghme tinha curso franco nas reuniões da Fepafem e das associações nacionais de ensino medico, um movimento associativo diretamente apoiado e oficialmente reconhecido pela Opas. Neghme mantinha relações próximas com a Opas, tendo sido membro do seu Conselho Diretivo naquele ano de 1968. Era uma figura de indiscutível projeção na política interamericana em saúde, tendo sido relator geral da I e II Conferências de Ministros da Saúde das Américas (1963 e 1968) (*Parasitol. al Dia*, 1988: 108;). Sua designação como primeiro Diretor da Bireme reforça, no momento da fundação, as conexões desta iniciativa com o movimento de educação médica latino-americana e, por outro lado, conferem também ao posto uma considerável envergadura político-institucional (Silva *et al.*, 2004).

Uma vez empossado, Neghme, em conjunto com Robert Newburn, elaborou um plano de ação para o biênio 1969/1970¹⁰⁶. Assumidamente orientado pelas recomendações da reunião do Comitê Científico Assessor de 1968, este plano assinala as seis principais linhas de ação a serem desenvolvidas para além do fortalecimento de suas coleções bibliográficas. Estas incluíam: (1) promover o desenvolvimento das bibliotecas das escolas

¹⁰⁴ Neghme mantinha relações próximas com a Opas em função de sua ativa militância na educação médica latino-americana. Foi ainda relator da I e II Conferências de Ministros da Saúde das Américas (1963 e 1968) e membro dos *Comitês de Expertos* de Inseticidas (1950 – 1955) e Infecções Parasitárias (1956 - 1968)..

¹⁰⁵ Após o fim de suas atividades na Bireme, Neghme retornou ao Chile onde passou a ocupar os postos de Presidente da Academia de Medicina (1977-1987) e do Instituto de Chile (1977-1980).

¹⁰⁶ Newburn deixou a Bireme em 28 de fevereiro de 1970 (*Bol. Inform.*, 1970, 2(1): 4). O posto de Bibliotecário Chefe passou a ser ocupado por Washington Moura. Professor de biblioteconomia da Universidade de Brasília, Moura já desempenhava na Bireme as funções de Coordenador de Serviços Técnicos (*Bol. Inform.*, 1970, 2(1): 4) e Silva *et alli*, 2004, p. 23).

médicas e das outras escolas de profissões da saúde; (2) ampliar o acesso de “educadores, pesquisadores e profissionais de saúde” à informação biomédica mediante, a utilização de “modernos métodos de comunicação”; (3) estabelecer cursos de formação e especialização profissional em biblioteconomia médica para profissionais responsáveis pela condução de bibliotecas; (4) realizar atividades de difusão das novas possibilidades de busca e recuperação da informação entre professores, pesquisadores e pessoal em pós-graduação; e (5) contribuir para a definição de padrões ou requisitos mínimos para a instalação de bibliotecas biomédicas. A sexta linha de ação constituía uma novidade frente aos enunciados anteriores: realizar atividades destinadas à promoção do uso didático de materiais audiovisuais (Bireme, [1969] p. 8-9).

Em linhas gerais, estes objetivos estratégicos foram perseguidos pela Bireme durante a gestão de Neghme e em sua maior parte correspondiam à concepção estabelecida sob a orientação da National Library of Medicine . Todavia, Neghme era, como indiquei, uma liderança experimentada nos temas de orientação político-programática em saúde no contexto latino-americano. Neste sentido, foi capaz de gradativamente introduzir novos elementos no modelo da NLM, tornando-o paulatinamente mais sensível aos temas de interesse especificamente regionais.

III.1.1 - As novas tecnologias

O tema das tecnologias educacionais já havia sido enunciado pelas lideranças da Fepafem, como vimos, como parte das iniciativas desejadas de modernização da infraestrutura docente nas escolas médicas. Ao mesmo tempo constituía-se como uma das tendências da introdução das novas tecnologias da comunicação nos processos educativos. Mais uma vez, a experiência da NLM seria uma das referências acionadas pela Opas e pela Bireme quando estas desejaram introduzi-las como parte do processo de modernização do ensino de medicina e das demais profissões da saúde na América Latina (Opas, 1972b).

Entre a manifestação de desejo contemplar determinado tema e efetivamente alcançar esta intenção havia, entretanto, um longo caminho a percorrer. A questão foi levada todos os anos ao debate do Comitê Científico Assessor. Todavia, somente no início de 1972, Malcolm Ferguson, um especialista da NLM viajou a São Paulo para estabelecer um plano básico para um conjunto de instalações e serviços que pretendiam tornar a Bireme um centro de demonstração e, eventualmente, desenvolvimentos em tecnologias

educacionais, com aplicações no treinamento de técnicos e na formação de bibliotecários médicos; mas, sobretudo, um “laboratório pedagógico para professores latino-americanos de ciências da saúde” (Opas, 1972b, p. 2-3). Segundo este projeto, os conteúdos, as peças instrutivas em seus vários suportes, seriam fornecidas pela NLM, a partir de um processo de análise do seu acervo, de avaliação quanto à sua adequação e da pertinência com relação aos públicos e temas regionais. Em 1974, fundos extra-orçamentários permitiram à Bireme dar início ao processo de aquisição dos equipamentos necessários a uma unidade de audiovisuais (Neghme, 1975, p. 177). As maiores ambições e perspectivas da Opas nesta área, no entanto, ficariam reservadas para o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde, o Clates, criado ainda em 1972, e que a habilidade e os recursos políticos de Carlos Chagas Filho foram capazes de levar para a órbita da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do seu Centro de Ciências da Saúde, então sob sua direção ¹⁰⁷.

Mas se foram persistentes as dificuldades na incorporação de recursos tecnológicos para o desenvolvimento desta linha de atuação, em certo sentido acessória ao núcleo da concepção original da Bireme, o mesmo pode ser dito sobre a instalação da tecnologia necessária para operar diretamente a versão *on line* de Medlars, ou Medline. ¹⁰⁸. A perspectiva de utilização em São Paulo das fitas magnéticas geradas pela NLM estava colocada desde a assinatura do convênio de criação da biblioteca regional de medicina. Todavia, foi apenas em novembro de 1972 que um acordo tripartite foi assinado entre a Opas, a NLM e o Instituto de Energia Atômica - IEA, da Universidade de São Paulo, prevendo a utilização da capacidade ociosa do centro de computação do instituto - e do seu IBM 370/155 -, para a operação de transferência da base de dados Medline para o Brasil ¹⁰⁹ (Neghme, 1975, p. 177).

¹⁰⁷ Os recursos orçamentários foram obtidos junto ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, que será comentado mais adiante neste mesmo capítulo. Em carta a Abraham Horwitz, em 12 de setembro 1972, Chagas Filho explicita todo o seu empenho para que o “projetado novo centro da Opas em tecnologias educacionais” fosse instalado na UFRJ. O Clates teve uma duração bastante efêmera como centro internacional da Opas. Foi “nacionalizado” e incorporado à UFRJ como Nutes – Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde em 31 de dezembro de 1983 (Opas, 1983). Não resisto a um comentário: se Chagas Filho de alguma forma perdera a Bireme para São Paulo e para a EPM em 1965, muito provavelmente empenhou-se bastante para não perder uma segunda vez no caso do Clates sete anos depois.

¹⁰⁸ Medline é uma sigla para “Medlars *on line*”. Trata-se de uma base de dados desenhada especificamente para consultas a distância em terminais conectados ou “em linha”. Foi o modo de “exportação” de Medlars para as bibliotecas regionais e os parceiros internacionais adotado pela NLM a partir de 1972. A partir desta data a bases de dados e a tecnologia associada passaram a ser comumente referidas por esta designação. Todavia, persistiram usos mais ou menos conflituosos entre as duas designações. Ver p. ex. EUA-OTA, 1982, p.4).

¹⁰⁹ Devemos ter em mente que o período 1965-1975 é por alguns definido como sendo a era de ouro dos “mainframes” ou computadores de grande porte. A International Business Machine, ou simplesmente IBM,

David Kenton, engenheiro de sistemas da NLM, foi enviado ao Brasil, tornando-se responsável pela prestação de assistência técnica. Em novembro de 1973, uma cerimônia com a presença de Horwitz, Diretor da Opas, inaugurou o serviço no IEA, mediante operação direta no computador central do instituto. Em agosto, novos recursos técnicos permitiram o uso de dois terminais dentro do próprio prédio do IEA. Eram os testes necessários para a instalação de serviços em linha. As duas situações exigiam que bibliotecárias da Bireme se deslocassem até o instituto para o processamento de lotes de solicitações de pesquisas bibliográficas, o que era feito regularmente. Em 25 agosto de 1975, pouco mais de oito anos depois do convênio de fundação da Bireme, seria finalmente possível realizar a consulta de Medline a partir da sua sede, mediante recursos de teleprocessamento e um terminal conectado ao IEA ¹¹⁰ (Bireme, 1975, p. 4-5; *Bol. Inform.* 7 (4): 14).

Era uma transformação considerável! Até então, a elaboração de listas bibliográficas exaustivas dependia da sua remessa via Telex para a NLM, em Bethesda, nas cercanias de Washington. E, naturalmente, dias de espera por um retorno via correio aéreo. Com a chegada de Medline em São Paulo, uma vez diante de um terminal - mesmo que no “distante” *campus* da USP e disponível apenas algumas horas e dias por semana - vinte minutos seriam tempo suficiente para o processamento da mais complexa expressão de busca. Com a presença técnica aparatosa do terminal de computação nas bibliotecas médicas seria inaugurado, ainda que de uma forma bastante incipiente e descontínua, o ciclo da introdução e uso crescentemente intensivo das tecnologias de processamento eletrônico de dados nas ações de referência bibliográfica. Um processo que os computadores pessoais tornariam ubíquo e que, vinte anos mais tarde, implicaria em uma nova transição: o posto de trabalho e as residências se tornariam, eles mesmos, lugares de realização de operações de referência, não só como parte da atividade cotidiana do trabalhador intelectual, como também do comportamento rotineiro de parcelas crescentes de consumidores.

Em 29 de setembro daquele mesmo ano de 1965, a mesma facilidade era instalada em Recife, na Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de

dominava o mercado destes equipamentos. A série 370 é de 1970 e o modelo 155 foi lançado em janeiro de 1971. Ver: Information Technology Industry TimeLine, em:

http://febcm.club.fr/english/information_technology/information_technology_3.htm

¹¹⁰ O equipamento do IEA continuava sendo o IBM 370/155. O terminal na Bireme era um Texas Instrument 733 KSR (Bireme, 1975: 4).

Pernambuco. No Rio de Janeiro, operações on-line foram possíveis a partir de 3 de outubro, sendo o ponto de acesso a Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Três dias depois, em 6 de outubro de 1975, era a vez da capital federal, a partir da Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Até finais daquele ano 324 bibliografias foram compiladas a partir dos quatro pontos de acesso disponíveis. A programação para 1976 previa a instalação de terminais em Belo Horizonte (MG), Salvador (BA), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (Bireme, 1975, p. 4).

Neghme, entretanto, não teria a oportunidade de liderar esta expansão. Em março de 1976 retornaria ao Chile, deixando implantado um serviço - e suas primeiras conexões - cuja instalação havia perseguido durante toda a gestão. E levaria consigo parte de um otimismo que se mostraria algo despropositado. A consistência e o ritmo da instalação de terminais on-line em outras cidades iriam sofrer vários e persistentes reveses. Até mesmo retrocessos. Dificuldades com a infra-estrutura de computação e de comunicações, equívocos de projeto, limitações orçamentárias e os custos envolvidos na transferência de tecnologia, assim como a ausência de uma maior *expertise* tecnológica, constituíam problemas cuja solução ainda levariam algum tempo¹¹¹.

III.1.2 A formação das redes no Brasil e na América Latina

De qualquer forma, a instalação de terminais para o acesso de Medline em outras cidades brasileiras era a face tecnológica de resultados obtidos na constituição de relações cooperativas com bibliotecas e centros de documentação. Neghme deu início a esta empreitada tão logo tomou posse, recorrendo regularmente à Fepafem e às associações nacionais de escolas médicas como recursos de mobilização dos dirigentes das instituições de ensino. As frentes de atuação eram duas e a rigor simultâneas: a brasileira e a latino-americana, ainda que a primeira fosse explicitada como sendo o lugar de realização de experiências piloto, para o aperfeiçoamento de formas de operação e sua aplicação futura na sua contraparte latino-americana.

No *front* brasileiro, a Bireme utilizou-se de duas estratégias. A primeira delas consistiu em estabelecer uma rede de cooperação com bibliotecas de institutos especializados que já possuíam acervos de coleções de periódicos capazes de

¹¹¹ Ver a crítica elaborada por Abraham Sonis ao processo de implantação de Medline mais adiante na seção III.2 deste capítulo.

complementar de modo expressivo a capacidade de cobertura temática alcançada pelas coleções da Bireme. A primeira unidade a se integrar ao empreendimento colaborativo liderado pela Bireme, tornando-se o núcleo do que passaria a ser designado como um subsistema especializado, foi a Seção de Documentação Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - USP, conveniada em junho de 1971. A segunda parceira foi a Seção de Documentação da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia. Quando em 1974, a Bireme apresentou ao Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o FNDCT/Finep, um projeto para o fortalecimento da capacidade operacional de sua rede de unidades colaboradoras, esta já incluía também as bibliotecas do Conjunto de Química e da Escola de Enfermagem, ambas da USP; o Instituto de Estudos e Pesquisas de Gastroenterologia, de São Paulo; e duas unidades da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro: a Biblioteca do Instituto Oswaldo Cruz e a Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública, na época denominada Instituto Presidente Castelo Branco ¹¹². (Bireme, 1974, p. 3-4 e Anexos).

A outra estratégia adotada foi a de constituição de uma rede de “subcentros regionais” que pretendia a cobertura do território brasileiro mediante a sua divisão em regiões e a aplicação do que seria o princípio da “descentralização coordenada”. Com este intuito, Neghme organizou na sede da Bireme, em setembro de 1970, um amplo seminário que contou com a participação dos reitores das universidades de Brasília e da Paraíba, este na condição de Presidente do Conselho Nacional de Reitores; dos diretores das faculdades de medicina do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco e Bahia; de representantes das diretorias de ensino superior das universidades federais do Ceará, da Bahia e do Rio Grande do Sul; do Superintendente de Planejamento, Avaliação e Programas Especiais (Pappe) do Ministério da Saúde; do Presidente do Conselho Federal de Biblioteconomia; assim como dos chefes das bibliotecas das instituições de ensino mencionadas. Juntaram-se a estes o chefe da Zona V da Opas, responsável pelas atividades no Brasil, o Presidente e a Diretora Executiva da Abem e a equipe de profissionais da Bireme. (*Bol. Inform.* 2 (5): 1).

Neghme, portanto, mobilizou muito do capital político ao seu alcance para imprimir à iniciativa a maior legitimidade institucional possível. Ao final da reunião definiu-se uma lista de subcentros regionais, baseada nas bibliotecas melhor supridas de acervos, recursos humanos e instalações em cada região, e na possibilidade de serem estabelecidos

¹¹² Só foi possível implementar o projeto FNDCT/Finep a partir de novembro de 1976, de modo que ele veio a impactar sobretudo a gestão de Abraham Sonis (Ver Bireme, 1978, p. 1-2).

compromissos preliminares com as autoridades acadêmicas presentes (*Bol. Inform.* 2 (5): 1).

Com o mesmo objetivo, de conferir a maior legitimidade institucional possível à iniciativa de montagem da rede de subcentros, a Bireme realizou gestões junto ao governo brasileiro e à Opas para que uma emenda fosse aditada ao seu convênio de criação, tornando-a autorizada a operar como coordenadora da rede especializada de bibliotecas biomédicas brasileiras junto ao Sistema Nacional de Informação Científica e Tecnológica - Snict, instituído em 1972¹¹³ (*Bol. Inform.*, 5(4): 24)

Modelado com o auxílio da Unesco, o Snict era uma forma de expressão nacional das diretrizes previstas na constituição do Unisist, um arranjo em escala global de sistemas nacionais ou de sistemas internacionais especializados, todos da área de informação científica e tecnológica, associados de forma voluntária e com alto grau de autonomia. (Unesco, 1971; Miranda, 1977). A preservação dos sistemas especializados e das suas áreas de competência, como já vimos, teria permitido à NLM aproximar-se um pouco mais da Unesco em assuntos programáticos. Em escala nacional, o Snict concedia os espaços necessários para a movimentação institucional da Bireme e, eventualmente, poderia ser mais um recurso para o seu fortalecimento.

Ao final da gestão de Neghme, em 1975, os subcentros para dez regiões brasileiras e para as duas principais áreas metropolitanas estavam todos definidos e conveniados¹¹⁴. O sistema geral - com a integração de subcentros regionais e de subsistemas por especialidades à Bireme - foi conceituado como sendo um sistema ordenado pela

¹¹³ O Snict era parte do Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que por sua vez integrava o I Plano Nacional de Desenvolvimento, também de 1972. Gerenciado pelo CNPq admitia a existência de centros autônomos funcionando como coordenadores de sistemas por especialidades. Ver o Capítulo II, segmento b. Sobre o Snict ver também Marcondes, 1998; Miranda, 1977 e Pinheiro, 1997.

¹¹⁴ Os subcentros e áreas regionais então definidos eram: Biblioteca Central da Universidade de Brasília, o primeiro a conveniar-se, em 22 de agosto de 1972, para DF e GO; Biblioteca Central da Universidade Federal da Bahia, para BA e SE; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (CE, PI e MA); Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (MG); Núcleo de Documentação da Universidade Federal Fluminense (RJ e ES); Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará (PA e AP); Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná (Hospital das Clínicas) (PR e SC); Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (PE, AL, PB, RN); Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS); Biblioteca Central da Universidade Federal do Amazonas (AM); Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para a Região Metropolitana da capital do estado; e a Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, também para a Região metropolitana da capital. (Bireme, 1974, p. 3-4 e Anexos)

combinação dos princípios “escalar geográfico” e por especialidade¹¹⁵. Sua arquitetura, hierarquizada, estabelecia que cada subcentro ou subsistema coordenasse um conjunto de bibliotecas ou centros de documentação locais, estes sim as portas de entrada do usuário. Desta maneira, o funcionamento ideal, por exemplo, da organização escalar geográfica, previa que as possibilidades de atendimento de uma dada consulta fossem esgotadas, pela ordem: (1) na unidade de recepção da solicitação; (2) nas unidades de uma área vizinha mais ou menos imaginada, mediante consulta realizada pela unidade receptora¹¹⁶; (3) no subcentro regional, único autorizado a demandar a Bireme; (4) na Bireme; (5) nos demais subcentros, em uma operação mediada pela Bireme; (6) na National Library of Medicine, através exclusivamente da Bireme; e (7) em outras unidades internacionais, também via Bireme (Cordeiro, 1973, p. 7-9). Uma vez obtida a resposta, esta era enviada diretamente à unidade receptora. Em cada uma das passagens a demanda poderia ser transferida para um subsistema especializado, dependendo do seu teor.

No âmbito latino-americano a estratégia inicial de Neghme foi procurar apoio nos conselhos nacionais de ciência & tecnologia. Defendeu sistematicamente, nas páginas do *Boletim Informativo* da Bireme, em artigos e palestras, a criação e/ou fortalecimento de centros e sistemas nacionais de informação científica e tecnológica no âmbito dos conselhos ou sob sua chancela (*Bol. Infor.*, 1 (4): 1; e 2 (1): 3).

Neghme imaginava poder reproduzir no continente a estratégia adotada na constituição da rede brasileira. Neste sentido, pretendia promover a criação de centros nacionais especializados em biomedicina, apoiados pelos conselhos de C&T e integrados programaticamente aos centros nacionais de informação científica e tecnológica, à semelhança do papel que a Bireme acumulava no Brasil, frente ao Sistema Nacional de Informação Científica e Tecnológica - Snict, paralelamente às suas responsabilidades internacionais. Nesta matéria, portanto, a aliança pretendida por Neghme novamente correspondia às expectativas da Unesco quanto aos formatos institucionais adequados de sistemas nacionais de informação científica e tecnológica, aproximando-os das burocracias nacionais de gestão de ciência & tecnologia, que foram criadas mundo afora por indução

¹¹⁵ A conceituação foi feita por Mário Chaves, Diretor adjunto da Fepafem e membro do Comitê Científico Assessor da Bireme. Ele elaborou um quadro esquemático que foi fartamente utilizado em publicações oficiais, projetos e artigos assinados pelo Diretor e alguns de seus técnicos. Ver e. g. *Bol. Inform.* 7 (1): 7; 4 (2) : 1; Cordeiro, 1973, anexo; .

¹¹⁶ Outras descrições do funcionamento do sistema não contemplam esta segunda fase.

persistente da própria Unesco¹¹⁷. Ao mesmo tempo, Neghme reservava para a Bireme o papel de coordenadora de um sistema internacional latino-americano no campo específico da informação em medicina e ciências biomédicas (*Bol. Inform.* 3 (2): 1).

Com esta orientação, Neghme visitou, no primeiro semestre de 1970, os presidentes dos conselhos da Argentina, do Chile, da Venezuela e do Peru. No segundo semestre patrocinou a realização de seminários conjuntos de bibliotecários e docentes de medicina em Montevideu e Cali. No mesmo ritmo, reuniões idênticas foram realizadas no ano seguinte na Argentina, no Chile, e na Venezuela, um movimento que se repetiu nos anos imediatamente posteriores, com a realização de segundos e terceiros encontros nestes países. Em junho de 1974 a série de seminários alcançou o México (Neghme, 1975, p. 176 e *Bol. Inform.* 2 (1): 4; e 3 (2): 2).

Em 1971, mais uma vez recorrendo ao movimento associativo de escolas médicas como via de mobilização de docentes e instituições, a Bireme promoveu a realização de um estudo que pretendia dar início ao estabelecimento de um diagnóstico sobre as condições existentes nas principais bibliotecas médicas do continente, repetindo um procedimento que já havia sido feito no Brasil no último trimestre de 1970, com o auxílio da Associação Brasileira de Escolas Médicas. Os resultados alcançados na pesquisa revelaram uma já esperada coleção de debilidades: acervos monográficos desatualizados, número de assinaturas de periódicos e de obras de referência inadequado, coleções incompletas, instalações antigas e mal equipadas, pessoal reduzido, sem formação profissional ou treinamento¹¹⁸.

No mesmo ano, a Opas e a Bireme apresentaram ao Pnud, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, um ambicioso projeto destinado a produzir o respaldo financeiro para um movimento de reforço institucional e operacional dos centros nacionais de informação biomédica. O apoio à Bireme, no entanto, só foi aprovado pelo Pnud no início de 1974, em valores muito aquém do inicialmente projetado e com um plano de investimentos concentrado no Brasil. Os termos do plano de 1971 evidenciam, no entanto, de que maneira a rede latino-americana pretendia repetir em cada país o modelo “escalar geográfico” adotado no Brasil. A diferença era que neste caso a Bireme desempenharia

¹¹⁷ Este tema foi tratado em mais detalhes no Capítulo I, segmento 3, aprofundando no terreno da Informação em C&T a análise realizada por Marta Finnemore (1992).

¹¹⁸ Não foi encontrado o relatório completo destes levantamentos. Sínteses parciais estão disponíveis em Bireme 1971, Tabelas 1, 2, 3).

apenas o papel de coordenador latino-americano, sem as funções nacionais que exercia no Brasil (Bireme, 1971, p. 21-29) ¹¹⁹.

Em 1975, em sua última edição na gestão de Neghme, o *Boletín Informativo* da Bireme (7(4): 3-4) apresentou um panorama sobre a construção da rede latino-americana. A estratégia de aproximação com conselhos nacionais de pesquisa havia resultado na assinatura de um acordo formal entre a Opas e os governos nacionais do Chile, da Venezuela, do Uruguai e do Peru, definindo-se como centros nacionais, respectivamente, as bibliotecas da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile (sede norte), do Instituto de Medicina Experimental da Universidade Central da Venezuela, da Faculdade de Medicina da Universidade da República do Uruguai e o Centro Nacional de Informação Biomédica do Colégio Médico do Peru. Noticiou-se que se encontravam em fase final de redação e assinatura os convênios com os governos da Colômbia, do Equador, da Argentina, da Bolívia e do Paraguai. Na Argentina o papel de coordenação caberia à Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires; na Bolívia ao Centro Nacional de Documentação Científica e Tecnológica e no Paraguai à Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas. No Equador e Colômbia permanecia uma indefinição.

III.1.3 - Acervos e serviços

A montagem e funcionamento dos sistemas brasileiro e latino-americano dependiam da capacidade de a Bireme realizar um decisivo incremento tanto das suas próprias coleções de periódicos e obras de referência quanto daquelas disponíveis nos subcentros no Brasil e nos centros nacionais dos demais países. Os maiores investimentos do período, sem dúvida, foram dirigidos ao fortalecimento das coleções da sede. Neste âmbito, as metas inicialmente definidas previam a aquisição de uma lista de aproximadamente 1.100 títulos, partindo-se de uma base de 350 originalmente assinados pela EPM (Bireme, 1968, p. 3). Depois de um início vacilante em 1968, no final deste ano as assinaturas já atingiam 788 títulos. Em 1969, as assinaturas foram 1.134 chegando a biblioteca a atingir um total de 1.968 títulos correntes, com 1.232 presentes no *Index*

¹¹⁹ O Plano foi elaborado para praticamente constituir 11 centros nacionais e 48 subcentros, além de uma Divisão Internacional na Bireme. Foi elaborado prevendo-se três versões decrescentes de orçamento, para 5 anos de duração: US\$ 6.000.000, US\$ 4.700.000 ou US\$ 3.400.000, apenas para compromissos do PNUD. Em valores de 2005 seriam, respectivamente US\$ 29.000.000; US\$ 23.000.000; e US\$ 16.700.000. Quando aprovado em 1974 o desembolso previsto foi de US\$ 250.000 para dois anos e meio, ou US\$ 1.000.000 em 2005. (Bireme, 1971; Bireme, 1974).

Medicus (Neghme, 1969, p. 198). Embora atingida a meta inicial, o ritmo se manteria nos anos seguintes. Em 1974, eram 2.865 títulos correntes, sendo 1.710 adquiridos por assinaturas, 890 por doações e 285 mediante permuta por publicações da Opas, da OMS e de alguns títulos cedidos por editores científicos de São Paulo ¹²⁰ (Neghme, 1975, p. 174). A data retrospectiva adotada para a realização de esforços para a formação do núcleo da coleção terminou sendo 1º de janeiro de 1961. Números anteriores dependeriam de coleções mais antigas disponíveis nas outras instituições e, no limite, da NLM. Da mesma forma, recorrer aos periódicos de áreas específicas dependeria dos acervos disponíveis nos subsistemas por especialidades.

A mesma política agressiva quanto às assinaturas permitiu à Bireme constituir uma nova coleção de obras de referência. Dentre elas *Index Medicus* era a principal, complementada pelas bibliografias especializadas publicadas pela NLM, por um conjunto de sessões temáticas de *Excerpta Medica* e de uma bateria de *annual reviews, years books e advances*¹²¹.

Em sua quase totalidade as assinaturas eram custeadas com recursos diretos da Opas e as despesas nesta rubrica assumiram um peso importante na composição do orçamento da Bireme. Entre 1968 e 1974, os gastos com assinaturas mais que dobraram: evoluíram de US\$ 38.000 (US\$ 217.000 em 2005) para US\$ 120.000 (ou US\$ 483.000), mantendo nas duas situações uma representação de algo como 1/3 do orçamento regular da biblioteca (*Bol. Inform.*, 4 (1), p. 4). No final da década, como veremos mais adiante, este quadro se agravaria com a emergência de uma situação de virtual insustentabilidade.

O reforço dos acervos das bibliotecas da rede, principalmente dos subcentros brasileiros e dos centros nacionais latino-americanos, foi feito mediante a remessa de duplicatas de monografias e, sobretudo, de fascículos ou volumes de periódicos. Foi neste âmbito particular, aliás, que o *US Book Exchange* parece ter jogado seu papel mais importante. O que importa, porém, é que os números alcançados neste item foram bastante expressivos. Entre 1969 e 1975, uma média de 41.000 unidades de publicação foi remetida anualmente para cerca de 750 bibliotecas, cifras indicadoras de um grau importante de capilaridade do sistema. No ano de 1974 verificou-se o pico deste tipo de prestação de

¹²⁰ Neste ano, o número total de títulos, incluindo os descontinuados, chegou a 4.877 (Neghme, 1975, p. 174).

¹²¹ Uma lista bastante completa das obras de referência disponíveis nos primeiros anos está em *Bol. Inform.*, 3 (1) 2).

serviço: foram remetidas 121.000 unidades para 1.468 bibliotecas (*Bol. Inform.* 7 (4) 13 e Neghme, 1975, p. 175)¹²².

Ao aproximar-se a metade da década de 1970, a Bireme, seus subcentros e subsistemas eram capazes de atender algo como 92% do total de solicitações que chegavam por meio de rotinas de atendimento interbibliotecas. No ano de 1973, por exemplo, período em que o serviço permaneceu quase que exclusivamente concentrado no Brasil, de um total aproximado de 47.000 solicitações, 30.500 foram atendidas pela Bireme, 12.500 pelas outras bibliotecas da rede e 3.400 pela NLM¹²³. Para uma visão da escala deste número, o atendimento no balcão - diretamente aos consulentes e, portanto, demandado por professores e alunos da Escola Paulista de Medicina e de outras escolas da cidade de São Paulo - atingiu no mesmo período um número comparável: 46.000 cópias (Neghme, 1975, p. 175-177).

Outra referência para uma percepção da escala deste volume de serviços pode ser tomada comparando-se a produção de cópias da Bireme e a realizada nos primeiros anos de funcionamento do sistema regional da Nova Inglaterra (Nermls), sediado em Boston, o primeiro em operação nos EUA. A partir de dados disponíveis acerca dos nove meses iniciais de atividade deste sistema regional é possível projetar uma produção anual de no máximo 30.100 cópias de artigos, também para solicitações interbibliotecárias¹²⁴. Deve-se considerar ainda nesta comparação que a Francis A. Countway Library, sua biblioteca líder, mantinha então 5.400 periódicos correntes em catálogo, uma capacidade instalada bastante superior. Outra vantagem provinha do fato de que tanto ela quanto suas constituintes - as bibliotecas médicas de Boston e Harvard - sempre desempenharam uma intensa atividade extramuros¹²⁵. (Bloomquist & Colby, 1967, p. 329-330 e 337).

Os números da Bireme são também expressivos quando postos lado a lado com a produção média do sistema regional de bibliotecas médicas norte-americanas no início da sua implantação. No mesmo ano de 1973, as 11 bibliotecas regionais norte-americanas e

¹²² Para a evolução ao longo do tempo do número de duplicatas distribuídas para o Brasil e a América Latina ver Anexos, Gráfico IV

¹²³ 230 solicitações não foram atendidas e outras 300 foram consideradas fora de escopo (Neghme, 1975, p. 177).

¹²⁴ Os nove meses para os quais os dados são disponíveis correspondem ao período de outubro de 1967 a junho de 1968. Neste intervalo foram atendidas 23.104 solicitações de artigos. Somando-se a média mensal para os meses restantes chegamos à estimativa de 30.100. Mas como estes meses correspondem às férias de verão no hemisfério norte este número está muito provavelmente superestimado.

¹²⁵ No mesmo período o Nermls não conseguiu atender a 2.500 pedidos (Bloomquist & Colby, 1967, p. 330).

seus respectivos subsistemas atenderam um total estimado de 451.000 pedidos de cópias de artigos, alcançando uma produção média por subsistema de 41.000 cópias ¹²⁶, um número 13 % inferior ao resultado alcançado pela Bireme.

Assim, no atendimento de solicitações de cópias de artigos, a Bireme e sua rede alcançavam na metade da década um volume quantitativo de serviços suficiente para classificá-la como uma biblioteca regional média no interior do macro sistema liderado pela NLM. Sua capacidade de resposta efetiva, que superava 92% das solicitações, encontrava-se acima dos mais rigorosos critérios de aferição adotados pela biblioteca norte-americana ¹²⁷. Estes resultados eram alcançados em um momento em que apenas se iniciavam os atendimentos dirigidos aos demais países (Neghme, 1975, p. 177; Silva *et alli*, 2004.). Portanto, eles nos permitem principalmente dimensionar o tamanho da demanda pela informação médica e biomédica no Brasil e, sobretudo, nos grandes centros do sudeste. De qualquer modo, a partir de 1º de março de 1975 a NLM deixou de atender aos pedidos de cópias da América do Sul que não fossem remetidos através da Bireme e que não tivessem esgotado as suas possibilidades de atendimento pelas bibliotecas desta parte do continente.

Por outro lado, a montagem das redes de bibliografia médica dependia da existência de recursos humanos habilitados para a tarefa e, ao mesmo tempo, era preciso formar no Brasil e na América Latina uma comunidade de especialistas e técnicos que compartilhasse orientações estratégicas, terminologias e outros elementos de uma cultura especializada comum. Além disso, o aumento do número de escolas médicas, no Brasil em especial, parecia formar um mercado promissor. Assim, desde muito cedo a Bireme começou a fornecer cursos de treinamento para pessoal não profissional e de capacitação para bibliotecários formados. Realizava também, em menor escala, um esforço no sentido da qualificação de seus próprios quadros, enviando-os para treinamento e estágio na NLM. Paralelamente e com regularidade, profissionais de outros estados e países acorriam à Bireme para a realização de estágios técnicos (*Bol. Inform*, 1970, 1 (4): 4 e 2 (1): 2).

¹²⁶ O número estimado que pode utilizar é o de “empréstimos” (*loans*), incluindo a feitura de cópias e o empréstimo propriamente dito de volumes originais de livros. Cheguei ao número apresentado aplicando um valor também fornecido pela literatura: o percentual de cópias de artigos de periódicos frente ao total de “empréstimos” verificado no sistema regional do Meio-Oeste, liderado pela John Crerar Library, da Universidade de Chicago. (Bunting, 1987, p. 7 e 16).

¹²⁷ Nos primeiros regulamentos, uma biblioteca regional norte-americana deveria responder positivamente a pelo menos 90% das solicitações, um número que foi reduzido em regulamentos posteriores (Bunting, 1987, p. 7).

Um primeiro curso de “Informações Básicas em Bibliotecas Médicas”, com um mês de duração, em atendimento a uma demanda da Associação Brasileira de Escolas Médicas, a Abem, realizou-se na Bireme entre março e abril de 1970, sem cobrança de taxas e cabendo aos interessados ou às suas instituições os custos de passagens e estadia. Destinava-se a bibliotecários e a “pessoal de colaboração” e os oito alunos selecionados provinham de faculdades “recentemente criadas”, indicando que a expansão do ensino superior médico implicava uma demanda mais do que hipotética ¹²⁸. Dois novos cursos foram oferecidos ainda no mesmo ano e nas mesmas bases, sempre com a parceria da Abem que inclusive auxiliava na seleção dos candidatos (*Bol. Inform.*, 1970, 2 (1): 2 e 2 (2): 3).

No segundo semestre de 1971, a programação educacional passou a incluir cursos de aperfeiçoamento de pós-graduação dirigidos exclusivamente a bibliotecários médicos. Com dois meses de duração, destinavam-se à capacitação de profissionais que teriam responsabilidades de direção na condução das atividades da rede de bibliotecas em formação. Dentre os alunos da primeira turma figuravam bibliotecárias-chefes e diretores de centros de documentação. Na segunda turma, de outubro de 1971, pela primeira vez o curso era oferecido a profissionais originários de outros países da América do Sul. Atuaram como docentes, entre outros, Agenor Briquet de Lemos, Professor de Biblioteconomia da Universidade de Brasília; Rosemarie Appy, do Catálogo Coletivo de Periódicos de São Paulo; Terezine Ferraz, da Biblioteca de Odontologia da USP; Fernanda Piocchi, da Biblioteca de Farmácia do Conjunto de Químicas da USP; Alfredo Hamar, da Escola de Comunicação da USP; Edson Nery da Fonseca, do Departamento de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade de Brasília; Horácio Hernandez, da Universidade de Buenos Aires; e John Deré, um especialista norte-americano em automação de bibliotecas (*Bol. Inform.*, 1971, 3(3): 4; 3(4): 2 e 4 (2): 5).

Em 1972, as atividades de formação e treinamento receberiam um novo impulso. A Fundação Kellogg, mediante um convênio com a Opas, passou a apoiar financeiramente o programa educativo da biblioteca regional, sobretudo mediante a concessão de bolsas de estudo que, adicionalmente, tiveram apoio também da Fapesp, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Harold Bloomquist auxiliou a preparação de uma

¹²⁸ Os alunos eram provenientes de Teresina (PI), Teresópolis (RJ), Juiz de Fora e Pouso Alegre (MG), Vitória (ES) e Marília (SP), o que muito provavelmente indica uma origem de escolas tanto públicas, quanto privadas (*Bol. Inform.*, 1970, 2 (1): 2).

programação que passaria a incluir: (1) cursos para técnicos de bibliotecas médicas; (2) cursos de especialização para bibliotecários médicos; (3) cursos de especialização para bibliotecários nas demais ciências da saúde; e (4) seminários e estágios técnicos para gestores de bibliotecas e centros de documentação e usuários; e (5) treinamento de bibliotecários em hospitais, “o que incluiu a elaboração de um plano piloto para um sistema regional de informação” em um Município de São Paulo ([Bloomquist ?],1972, p.1-8)¹²⁹. Ao final da primeira metade da década de 1970 a Bireme já havia capacitado ou treinado 291 pessoas entre profissionais e técnicos (*Bol. Inform.*, 1975, 7 (4): 13). Para este resultado, contribuiu de modo importante o papel desempenhado por Mario Chaves, que vinha acompanhando de perto as atividades da Bireme como Diretor Adjunto da Abem e membro do Comitê Científico Assessor. Assim, na condição de Diretor de Programas para a América Latina da Fundação Kellogg, Chaves colaborou fortemente para a transformação da Kellogg em um dos importantes parceiros privados da Bireme nos anos 70 (*Bol. Inform.*, 4 (1): 1; e 5 (4): 22) .

Em um certo sentido as atividades educativas eram complementadas pelo programa editorial iniciado com a publicação do *Boletín Informativo*, já em 1969. Este noticioso oficial, publicado em português e espanhol, manteve uma certa regularidade de quatro números anuais durante toda a gestão de Neghme e destinava-se à divulgação das atividades da biblioteca, à formação de públicos e também de uma comunidade técnica especializada¹³⁰. Novamente tendo a Abem como instância de explicitação de demandas, a Bireme inicia com *Requisitos Mínimos para a Organização e Funcionamento da Biblioteca de uma Escola de Medicina*, em junho de 1970, e do seu suplemento, de julho de 1970, a publicação de uma série de instrumentos destinados à orientação e à prescrição de procedimentos técnicos (Bireme, 1969, p. 11, 1970a e 1970b). A divulgação do acervo sob a forma de catálogos e índices complementava a sua política editorial¹³¹.

¹²⁹ Ainda são muito poucas as informações identificadas sobre este plano piloto. Trata-se de uma resposta a uma demanda da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, que faz com que a Bireme desenvolva atividades especificamente voltadas para o atendimento das necessidades de profissionais de saúde dedicados às atividades de atenção. Sabe-se que Sérgio Arouca e Miguel Tobar, além de Carlos Gamboa, da Bireme, atuaram como consultores. ([Bloomquist], 1972).

¹³⁰ O *Boletín...* foi descontinuado em dezembro de 1975, exatamente no final da gestão de Neghme. Em 1982, a Bireme deu início a uma publicação similar: o *Bireme Informa*, trimestral (Cehfi-Unifesp, 2002, p. 29).

¹³¹ Além das obras já mencionadas, a Bireme publicou entre 1970 e 1975: Periódicos Brasileiros Correntes de Medicina e Ciências Afins Existentes na Biblioteca Regional (1970); Catálogo de Recentes Aquisições (1971); Periódicos Latino Americanos de Medicina e Ciências Afins (1972); Catálogos de Periódicos Correntes do Acervo Bibliográfico da Bireme (1972); Requisitos Mínimos para la Organización de la Biblioteca de una Escuela de Medicina, nº 2 (1972); uma edição em português desta obra (1973); Índice de

A elaboração e publicação de catálogos, índices e listas bibliográficas refletia uma das preocupações centrais: o controle bibliográfico de acervos. O estímulo à elaboração de catálogos coletivos de publicações e, em especial, de periódicos marcou as preocupações da biblioteca regional tão logo foi instituída. Este tipo de instrumento era visto como fundamental para o compartilhamento de recursos entre as várias bibliotecas, um dos componentes estruturais da proposta de rede continental pretendida. Neste empreendimento, a Bireme planejou, respeitadas as especificidades do seu campo de atuação, contribuir para a elaboração, por exemplo, dos catálogos nacionais de publicações seriadas (Neghme, 1969, p. 201) ¹³².

Muito menor - e a rigor eu poderia classificá-la de incipiente - era a preocupação com o controle bibliográfico da produção brasileira e latino-americana. Existem de fato iniciativas um tanto laterais, talvez mais propriamente percebidas como parte do controle dos acervos das bibliotecas. A reduzidíssima representação da literatura latino-americana no *Index Medicus* é mencionada como um problema e, desde 1972, pretende-se empreender gestões para que ela pudesse ser ampliada (*Bol. Inform.* 1972, 5 (3): 15-16). Mas não se trata, ainda, de incluir o controle bibliográfico da produção científica latino-americana em biomedicina e saúde como parte das preocupações constitutivas da própria missão e razão de existir da Bireme. Nestes primeiros anos, a Bireme se percebia - e concentrava sua atenção - na sua condição originária do que eu poderia classificar como um aparato de transferência de conhecimento publicado em sentido norte-sul. Ainda que incipiente, porém, a emergência deste tema sugere deste então que ele se tornaria parte da reconfiguração do modelo originalmente prescrito em seu processo de recepção no contexto latino-americano.

Outra importante linha de atuação implementada durante a gestão de Neghme foi o desenvolvimento de um programa de disseminação seletiva da informação, que se constitui, regra geral, na elaboração e envio regular e sistemático de listas de referências bibliográficas, segundo determinado critério temático preestabelecido pelo interessado

Obras de Referência Correntes Existentes na Bireme (1973); Requisitos Mínimos para uma Biblioteca de Odontologia (1973); Requisitos Mínimos para Organização e Funcionamento da Biblioteca de Enfermagem (1973); Normas para Bibliotecas de Hospitais da América Latina (1974?); e Normas para Bibliotecas de Hospitais de América Latina, 1975 (Cehfi-Unifesp, 2002, p. 29-31 e Bireme, 1975).

¹³² À época, no caso brasileiro, um catálogo coletivo de periódicos das bibliotecas de São Paulo estava em fase final de elaboração, sob a liderança da Biblioteca Central da USP e “apoio de um grupo de bibliotecários-médicos”. Iniciativa similar estava em andamento em Belo Horizonte e o IBBD empreendia a compilação de um catálogo nacional. (Neghme, 1969, p. 201)

individualmente ou por determinado grupo de interesse. Uma modalidade de serviço de documentação que não fora diretamente prevista no convênio de criação e nos planos de ação e relatórios de 1968 e 1969, começou a ser desenvolvida na primeira metade de 1970, por encomenda da Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais, o Pape, do Ministério da Saúde do Brasil. Seu objetivo era o provimento de referências e artigos para os departamentos de medicina preventiva de dez escolas de medicina brasileiras¹³³ (*Bol. Inform.* 2 (2): 2). Uma vez iniciado, este tipo de serviço propiciou o estabelecimento de novas zonas de contato entre a Bireme, como prestadora de serviços de documentação, e um público usuário ampliado em seus limites, porque nem sempre localizado naquele nicho inicial representado pela pesquisa e a docência universitárias.

No segundo semestre de 1970, por solicitação da Opas a Bireme deu início à disseminação seletiva em Medicina Nuclear e, no final de 1971, o serviço atendia também áreas de Administração Hospitalar, de Administração da Assistência Médica, Educação Médica, Perinatologia e Doenças Parasitárias. Em 1972, um convênio com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo estabelecia o compromisso da Bireme de gerar bibliografias periódicas e proporcionar cópias de artigos nas áreas de Saneamento Geral e Rural, Epidemiologia e Profilaxia de Doenças Transmissíveis, Controle de Endemias, Saúde Materno-Infantil, Nutrição, Saúde Mental e Educação Sanitária (*Bol. Inform.* 4 (3): 4). Em 1973 e 1974 dois novos temas foram incluídos: Febre Aftosa e Câncer, em resposta a programas da própria Opas e do Ministério da Saúde (*Bol. Inform.*, 5(4): 2 e 7).

Ao mesmo tempo, a Bireme começava a divulgar a possibilidade de que qualquer profissional de saúde pudesse ser atendido pelo programa, bastando para tanto o envio de uma solicitação pelo correio. De um ponto de vista programático postulava-se que esta modalidade seria um dos meios pelos quais seria possível atender às unidades de assistência e ao profissional médico disperso pelo território (*Bol. Inform.* 6 (3): 21) . Em 1975, o programa passa a ser também realizado de modo descentralizado por alguns dos subcentros brasileiros ¹³⁴. Neste mesmo ano, em contrapartida, o serviço passa a ser

¹³³ Os departamentos contemplados foram aqueles da Escola Paulista de Medicina, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e das faculdades de medicina da Universidade Federal da Bahia, da Universidade de Brasília, da Universidade Federal do Ceará, da Universidade Federal do Espírito Santo, da Universidade Federal de Goiás, da Universidade Federal de Pernambuco, de Ribeirão Preto e de São José do Rio Preto, ambas da USP (*Bol. Informat.* 2 (2): 2).

¹³⁴ Os Subcentros de Belo Horizonte (MG), Porto Alegre (RS) e Niterói (RJ) passaram a fornecer bibliografias e cópias de artigos de modo dirigido às suas respectivas clientelas regionais (*Bol. Inform.*, 7 (3): 9)

oferecido de forma paga, numa tentativa de tornar o programa autofinanciável. Mediante um determinado valor por tema, o usuário recebia mensalmente um alerta bibliográfico e teria o direito a solicitar até dez artigos de seu interesse.

A modalidade por meio de pagamento era a rigor uma forma de enfrentar os custos crescentes decorrentes da ampla aceitação da disseminação seletiva. Em 1974, a Bireme chegou a distribuir mais de 57.000 artigos e bibliografias através deste serviço para 1.183 pessoas e instituições, um número superior ao número de cópias de artigos fornecidas pelos empréstimos interbibliotecários. Em 1975, já na vigência da modalidade paga, ocorreu uma retração da demanda que recuou para a casa dos 39.000 itens, para 797 usuários individuais e institucionais (*Bol. Inform.*, 1975, 7 (4): 13).

Curiosamente, esta política foi introduzida ao mesmo tempo em que se sustentava a gratuidade das cópias entregues pelo serviço interbibliotecário. Ausente do modelo original definido quase uma década antes pelos bibliotecários norte-americanos, a disseminação seletiva foi sacrificada na ocorrência de dificuldades orçamentárias.

III.1.4 - Tempo de mudança

Esta restrição ao funcionamento da disseminação seletiva foi adotada mesmo quando parecia uma forma de atuação afinada com as diretrizes emanadas da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em outubro de 1972, em Santiago do Chile. Nesta reunião e no Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971-1980) aprovado em seu término, recomendava-se como meta fundamental aos países a extensão de forma regionalizada e integrada da cobertura de serviços de saúde para toda a população, desde a assistência simplificada no atendimento aos pequenos povoados de menos de 2.000 habitantes até a atenção primária e especializada para o restante da população. Isso envolvia o aumento dos aparatos de prestação de serviços, do número e da qualidade dos profissionais de saúde e de uma nova distribuição de serviços e profissionais no espaço, assim como uma maior demanda por meios propiciadores da educação continuada dos recursos humanos (*Bol. de la Oficina*, 1973, maio: 441-445). Talvez fosse de se esperar que esta orientação suscitasse a introdução e fortalecimento, no sistema de bibliotecas, de novos meios e métodos para alcançar novos públicos leitores, de reduzir as distâncias entre os lugares de produção de conhecimento e os domínios da aplicação prática em serviço. A disseminação seletiva de informação poderia ser um destes meios,

mas o foi apenas parcialmente nos primeiros anos da Bireme. Quando o fim do apoio financeiro do Pnud à implantação de Medline no Brasil deixou esta frente de trabalho sem cobertura orçamentária as restrições terminaram por afetar a disseminação seletiva.

Isto não significa dizer que Neghme e outros responsáveis pela direção da Bireme desconhecêssem ou fossem de algum modo alheios às diretivas político-institucionais da Opas. Pelo contrário, para a Reunião de Ministros de Santiago, a Opas e a Bireme, provavelmente com o concurso próximo de Neghme, prepararam e incluíram no Documento Básico de Referência um segmento especialmente dedicado aos temas das bibliotecas e da informação científica e técnica na saúde (*Bol. Inform.*, 1973, 5 (3): 15-16)¹³⁵. Seu objetivo principal de “mudança estrutural” - composto de dois itens - era alcançar a constituição de sistemas nacionais “pelo menos em 11 países” e a “formação e treinamento” dos recursos humanos necessários para a operação destes serviços. Estes objetivos estratégicos foram integralmente inseridos nas resoluções da reunião, passando a integrar o Plano Decenal de Saúde para as Américas – 1971/1980, o que pode ser caracterizado como uma importante vitória de Neghme e dos condutores do projeto da Bireme, pelo grau de explicitação e visibilidade programática que significava para a biblioteconomia médica, a documentação e a informação.

O Documento Básico de Referência sugeria vinte e uma estratégias para que fossem alcançados os objetivos estabelecidos. Elas atualizavam, mediante a utilização de enunciados de caráter mais geral, os objetivos definidores da missão da Bireme e o rol de suas atividades preferenciais estabelecidos desde o convênio de sua criação. Também adicionaram algumas outras ações típicas dos centros de documentação, entre elas a elaboração de diretórios de instituições produtoras e distribuidoras de informação; sugeriam o fortalecimento institucional de bibliotecas locais, dos centros nacionais e da Bireme, bem como dos mecanismos e processos para uma interação colaborativa; recomendavam a ampliação da capacidade nacional e internacional para a formação e capacitação de recursos humanos adequados para as necessidades de serviços projetados em uma nova escala; e concebiam como objeto de pesquisa os temas da informação e da documentação e das suas relações com a prestação de serviços e a formação de recursos humanos em saúde (*Bol. Inform.*, 1973 5 (3): 15-16).

¹³⁵ O segmento específico do documento diretrizes foi publicado uma outra vez, parcialmente, no *Boletín Informativo* da Bireme (4 (4): 2). O “Documento Básico de Referencia” existe na biblioteca da Opas em Washington. Entretanto, não me foi possível examiná-lo uma vez que não se encontrava disponível na Web pelo menos até 23-10-2005.

Havia ainda indicações para modificações mais profundas no projeto da Bireme. Todas as metas e estratégias preconizadas para a Bireme e a rede latino-americana de bibliotecas médicas eram emolduradas pelas mesmas idéias que orientaram a reunião de Santiago e seus documentos: acelerar a ampliação da cobertura da atenção médica no atendimento a populações desprotegidas e a busca de melhores indicadores de saúde com redução da incidência de doenças e de agravos prioritários. Isto significou também recomendar que os papéis a serem desempenhados pelas bibliotecas e centros de documentação no âmbito da saúde deveriam ser repensados à luz destes compromissos (*Bol. Inform.*, 1973 5 (3): 15-16).

Neghme, a Bireme e suas instâncias eram sensíveis a estas variações de orientação. Eventualmente introduziram atividades originalmente não previstas na concepção original de biblioteca médica regional, institucionalmente apoiada nas faculdades de medicina e na docência e pesquisa acadêmica, tornando-a mais programaticamente integrada à agenda da saúde internacional nas Américas e dos governos nacionais. Neste sentido, a Bireme, introduziu o tema da disseminação seletiva como um serviço dirigido a gestores públicos e profissionais da atenção à saúde; nesta direção produziu guias técnicos para constituição de bibliotecas em hospitais e foi capaz de – ainda que timidamente - iniciar uma área de documentação político-técnica também dirigida aos profissionais dedicados à formulação de políticas e gestão da saúde. (*Bol. Inform.*, 1969 1 (2): 3). Eram, entretanto, apenas ligeiras alterações na configuração original.

Para Neghme, a Bireme ainda era, e deveria ser, sobretudo uma “biblioteca para bibliotecas”, dirigida à integração e reforço mútuo das bibliotecas das faculdades de medicina e das demais profissões de saúde (*Bol. Inform.* 2 (3): 1, Neghme, 1975: 174)¹³⁶. Em um outro seu enunciado, a biblioteca da escola deveria ser também pensada, além de uma fonte de literatura atualizada, como uma biblioteca laboratório: como recurso para uma docência ativa, como espaço para a realização de experimentos, como infra-estrutura didática no processo de formação dos novos hábitos e comportamentos de um profissional médico concebido como agente de mudança.

¹³⁶ Abel Paker, em comunicação apresentada à IV Reunião de Coordenação da Biblioteca Virtual de Saúde (set. 2005) utiliza a mesma expressão cunhada por Neghme para caracterizar os primeiros anos da Bireme até 1982. A meu juízo ela se aplica melhor ao período de Neghme. Paker, A. *A BVS em perspectiva*. Salvador, 2005. Documento eletrônico disponível em: <http://bvs4.icml9.org/program/public/documents/la-BVS-en-Perspectiva-Salvador-7c-20050918-05h57-140511.pdf>

A agenda interamericana, expressa no Plano Decenal de Saúde das Américas, de outubro de 1972, seria retomada e atualizada no percurso que culminaria na adesão aos princípios norteadores da meta de Saúde para Todos e da Declaração de Alma-Ata; à afirmação da atenção primária como estratégia central da expansão da cobertura, da intersectorialidade como modo preferencial da promoção da saúde da necessidade de uma apropriação crítica de conhecimentos e tecnologias frente aos contextos de sua aplicação; e da cooperação técnica como modo de interação entre países (Cueto, 2004a). Uma rede latino-americana de bibliotecas médicas teria de passar por trânsitos mais profundos para uma adequação a esta nova situação.

Em dezembro de 1975, o discurso de abertura da VIII Reunião do Conselho Científico Assessor da Bireme coube a Héctor Acuña, que desde janeiro do mesmo ano dirigia a Organização Pan-Americana da Saúde. Neste pronunciamento, mais tarde publicado sob o título *Nuevo Enfoque en los Sistemas de Salud en las Américas*, como editorial do *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Acuña explicitou sua orientação no sentido de articular os programas da Bireme com a nova agenda da saúde internacional. Comentando sobre a informação biomédica, Acuña afirmava naquela ocasião que “os recursos educativos e tecnológicos são meios eficazes para o alcance de uma meta que ocupa um lugar de prioridade entre nossos planos para o decênio; esta meta consiste em estender a cobertura dos serviços de saúde à população insuficientemente assistida” (Acuña, 1976, p. 2). Quando da publicação do discurso, introduziu-se uma alteração na designação da biblioteca regional da Opas: Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde. (Acuña, 1976, p. 1).

Não seria a única mudança. A memória familiar dos Neghme registrou a saída de Amador da Direção da Bireme, em 1º de março de 1976, como resultado de divergências com Acuña. O diretor da Organização teria feito ventilar a sua vontade de mudança e Neghme prontamente manifestou seu desejo de deixar o cargo. (Neghme, L, 2002). Aparentemente, o parasitologista com interesses em doença de chagas e malária, o paladino da medicina integral, tinha um perfil não tão adequado aos tempos que viriam, de uma maior radicalização da agenda de reformas, rumo à saúde para todos pela via da atenção primária. Demissionário, Neghme recebeu manifestações do Conselho Científico Assessor para que permanecesse no cargo até que um novo diretor fosse escolhido. Não aceitou (Bireme, 1975, p. 6).

III.2 Abraham Sonis e a saúde como vocação

“[Quanto às necessidades de informação], em essência não se trata de outra coisa senão do mesmo problema da atenção em saúde: quem demanda atenção são aqueles que têm maiores possibilidades de obtê-la; os que mais necessitam são os que menos demandam”¹³⁷

“[Quanto ao ensino médico], as características tradicionais da formação universitária têm sido descritas minuciosa e profusamente: ensino teórico baseado em transmissão de conhecimentos; preparação de profissionais geralmente divorciados da realidade sanitária; conhecimentos compartimentados em disciplinas; falta de uma visão integral do fenômeno saúde-doença e também do homem dentro do âmbito em que vive; superespecializações; ênfases na enfermidade e não na saúde, etc.”¹³⁸ (Sonis, 1976, p. 234).

A substituição de Neghme por Abraham Sonis foi um processo relativamente longo. Ela foi precedida pela interinidade de John Wilkes, o engenheiro de comunicações na época responsável pelos trabalhos de instalação de Medline no Brasil. O próprio Sonis foi primeiramente nomeado como interino, mesmo após a realização de um concurso presidido por Martin Cummings, diretor da NLM. Em São Paulo desde 1976, Sonis assumiu formalmente o posto a partir de 1º de janeiro de 1977 (Sonis, 2002).

Argentino de nascimento e médico de formação, Abraham Sonis doutorara-se em Saúde Pública na *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Foi Diretor da Escola

¹³⁷ No original: “*En esencia no se trata sino del mismo problema que em la atención de la salud: quienes demandan atención son quienes tienen mayores posibilidad de obtenerla; los que má necessotam son quienes menos demandan*” (Bireme, 1976, p. 4)

¹³⁸ No original: “*Las características tradicionales de la formación universitaria han descritas minuciosa y profusamente: enseñanza teórica basada em la transmisión de conocimientos; preparación de profesionales, generalmente divorciados da realidade sanitaria; conocimientos tabicados em disciplinas; falta de uma visión integral del fenómeno salud-enfermidad y aún del hombre dentro del ámbito en que vive; super-especializaciones; énfases em la enfermidade y no em la salud, etc.*” (Sonis, 1976, p. 234)

de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Buenos Aires e na primeira metade da década de 70 dirigira o Centro Latino-Americano de Administração Médica, o Clam, instituído pela Opas, em 1967, na capital argentina. Permaneceu neste posto até a extinção do centro em 1976, e nesta condição aproximara-se de Neghme e da Bireme para em cooperação estabelecer um centro de informação em atenção médica em Buenos Aires (Sonis, 2002).

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

III.2.1 A crítica e a alternativa

Talvez por isso mesmo, a avaliação de Sonis sobre os rumos do projeto institucional que teria a responsabilidade de conduzir acompanhou o tom militante da sua crítica sobre o ensino médico. Em agosto de 1976, foi elaborado um diagnóstico, dirigido ao Diretor da Opas, contendo uma primeira aproximação crítica sobre a Bireme, seus programas e atividades (Bireme, 1976). Muito provavelmente Sonis foi o autor solitário desta avaliação¹³⁹. Os comentários e recomendações nela incluídos - e em certo sentido o próprio estilo - seriam incorporados aos documentos de cunho programático do início de sua gestão (Bireme 1977, 1977a). Apresentados e discutidos na IX Reunião do Comitê Científico Assessor da Bireme, de maio de 1977, e na XVI Reunião do Comitê Assessor sobre Investigações Médicas da Opas, em junho, estes documentos me permitem examinar em uma larga extensão 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

¹³⁹ Trechos deste documento de 1976 foram reproduzidos literalmente em documentos explicitamente elaborados por Abraham Sonis. O tom adotado no documento corresponde ao de um avaliador interno, mas com forte intenção prescritiva. Foi elaborado entre julho e agosto de 1976, ano em que Sonis esteve em São Paulo na condição de Diretor Interino. Segundo seu próprio pronunciamento, sua primeira medida foi elaborar um “estudo de situação”. Ver e.g. Bireme 1976: 4; Bireme 1977b: 7; e Sonis; 2002.

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 (Bireme, 1976, p. 5). Esta disfunção era percebida como parte do que seria uma hipertrofia do papel da Bireme como biblioteca da Escola Paulista de Medicina ¹⁴⁰. A mera reprodução em escala ampliada dos serviços prestados em âmbito local, de modo a torná-la uma “biblioteca das bibliotecas” para atendimento regional, foi considerada insuficiente e inadequada, na medida em que mantinha a mesma concepção de atendimento dirigido a indivíduos e suas demandas individualmente consideradas. 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 coletiva (Bireme, 1976, p.2).

Na mesma direção, a quase absoluta concentração de usuários no mundo universitário médico, com sua contraparte na ausência de consultas provenientes da esfera da prestação de serviços, foi criticada como idêntica à ausência de equidade na provisão de serviços de saúde. Assim, a paralisação das atividades de disseminação seletiva dirigida aos profissionais da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em função de dificuldades orçamentárias, foi lamentada como um erro estratégico (Bireme, 1976, p. 4). Da mesma forma, a prestação de serviços pagos de disseminação seletiva para o atendimento de demandas individuais, iniciado em 1975, parecia condenada ao fracasso pelos custos altos e dificuldades operacionais (Bireme, 1981, p. 13).

A realização de pesquisas bibliográficas utilizando-se prioritariamente *Index Medicus* e Medline foi considerada - pela baixa representação da produção latino-americana nestes instrumentos de referência - um meio que 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

¹⁴⁰ O dado quantitativo fornecido por Sonis é o de que à época o atendimento à EPM e às demais escolas de São Paulo representavam 50% das atividades, sendo os 50% restantes divididos igualmente entre as outras partes do Brasil e a América Latina. (Bireme, 1976, p. 2).

reproduzi-los indefinidamente, terminando por restringir as possibilidades de um centro como a Bireme (Bireme, 1976, p. 6).

O estoque de informação baseado principalmente em periódicos é também criticado a partir de outras duas perspectivas. A primeira delas dizia respeito ao intervalo de tempo, cada vez maior, despendido entre a elaboração e a publicação do artigo, tornando-o em algumas áreas de pesquisa avançada um instrumento mais de registro do que de comunicação. A segunda referia a existência, à margem do sistema de informação, de 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 saúde. Na mesma direção, reclamava-se de uma melhor cobertura de temas de especial interesse para a gestão dos sistemas de atenção, em particular no que se refere à sociologia, à economia e à administração entre outros campos de conhecimento não médico (Bireme, 1977a, p. 8-9)

Por fim, também é colocada sob interrogação a pertinência e o alcance da instalação de Medline no Brasil. A este respeito, Sonis propôs que a análise desta iniciativa se realizasse segundo os enquadramentos adotados para outras avaliações tecnológicas: dada a sua complexidade e alto custo, o que fazer para que Medline - “o mais poderoso sistema de informação biomédica de que dispomos” - se tornasse verdadeiramente útil ao provimento de informação acerca de problemas críticos da saúde nos países latino-americanos? (Bireme, 1977a, p. 11). Neste sentido Sonis sugere que Medline seja avaliado quanto à sua condição de “tecnologia apropriada” para o contexto latino-americano de aplicação, tanto no que concerne aos custos envolvidos na sua transferência, quanto no que se refere às condições da sua absorção e à sua possibilidade real de influir positivamente na qualidade de serviços de saúde e de pesquisas orientadas à esta dimensão¹⁴¹.

Identificados estes aspectos críticos, Sonis tratou de explicitar a sua proposta alternativa. Seu ponto de partida foi procurar estabelecer um conjunto de enunciados de natureza conceitual e em seguida propor uma série de linhas programáticas em torno das quais um novo projeto para a Bireme deveria tomar forma. Definiu a informação científica em saúde de um modo assumidamente operacional, a partir da sua função ou daquilo que é

¹⁴¹ Uma “tecnologia apropriada”, no contexto da cooperação técnica entre países, é aquela em acordo com as condições de aquisição, manutenção, pleno uso e apropriação de seus componentes do conhecimento, e que não deve competir com a possibilidade de desenvolvimento autóctone de soluções pelo país ou comunidade que recebe a tecnologia. É um conceito crítico às situações de mera transferência de tecnologia pautadas por relações de dependência. Ver por ex. Ferreira, 1976.

capaz de produzir ao ser acionada. Assim, para Sonis, a informação científica em saúde era “aquela que contribui para promover a geração, transformação, aplicação e aprendizagem de conhecimentos que implicam melhoramentos da saúde” (Bireme, 1977a, p. 1).

Em decorrência do lugar de onde emitia o seu enunciado, Sonis pressupôs que a informação deveria servir aos objetivos dos sistemas de saúde fosse como produto, mas principalmente como insumo, como parte de um processo. A Bireme, como um centro internacional especializado da Opas, deveria nortear-se pela política e os programas da Organização e servir aos governos do Brasil e dos outros países da região, sobretudo como recurso de apoio aos programas de cooperação técnica estabelecidos com o Brasil e demais países em desenvolvimento na América Latina e Caribe (Bireme, 1976, p. 6).

Na medida em que procura considerar o setor saúde como um todo, Sonis assume que a informação deveria estar igualmente disponível para todo 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 por informação, segundo os seus requisitos específicos (Bireme, 1977a, p. 2-3).

Da mesma forma, nas esferas da aplicação do conhecimento - esta última quase um sinônimo de 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. No mesmo sentido, um moderno sistema de informação integral 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 América.

Sonis desta forma atualizou a relação da informação com os temas da medicina integral, que tanto mobilizavam Neghme, do mesmo modo que retomou aspectos da educação médica continuada, segundo foi tratada por Horwitz quinze anos antes e algumas páginas atrás. Para Sonis, no entanto, a conexão entre os serviços de um centro 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, era

absoluta, completa. Assim: “A ampliação da cobertura a todos os programas e âmbitos do setor saúde transforma a elaboração e difusão de informação em um verdadeiro programa de educação continuada para todos os trabalhadores da saúde” (Bireme, 1977a, p. 14).

A 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. Esta ampliação da informação disponível expandiria também as possibilidades de transformação das práticas educacionais e de atenção, uma vez que, para Sonis, “grande parte da mudança que desde a década de 1950 se tentava com a educação no campo da saúde dependia da informação que se fornecesse ao estudante”. Novas informações gerariam novas atitudes, principalmente se o mundo do trabalho em saúde propiciasse espaços para novas práticas de informação (Bireme, 1977a, p. 5). Para tanto, estas deveriam estar disponíveis e adequadamente calibradas em todos os programas de integração entre a docência e a atenção. Assim:

“(…) a informação biomédica que aparentemente é um produto do sistema se transforma em um poderoso determinante do mesmo, uma variável não trivial que fixa em grande parte as regras do jogo”.

“Surge da mesma forma claramente a impossibilidade de separar a formação de recursos humanos da atenção à saúde e da pesquisa e, nesta visão conjunta do sistema de saúde, a informação constitui o fluxo que circulando entre os distintos subsistemas e vinculando-os pode converter-se em um dos motores da mudança ou em fator de rigidez que impossibilita as mesmas”¹⁴² (Bireme, 1977a, p. 6) .

Sonis atribuía à informação consideráveis parcelas de poder estruturante e, sem bem conduzido, transformador. Mas, estas doses generosas de otimismo informacional deveriam expressar-se por meio de ações ajustadas a condições bastante objetivas.

¹⁴² No original: Así la información biomédica que aparentemente es un producto del sistema se transforma em um poderoso determinante del mismo, em una variable no trivial que fija em gran parte las reglas de juego. (...) Surge asimismo claramente la imposibilidad de separar la formación de recursos humanos de la atención de la

Respeitando os resultados alcançados até então e, segundo acreditava, sem prejuízo das ações já consolidadas, Sonis iria propor uma vigorosa reconfiguração do escopo da informação processada, acreditando que a estratégia adequada seria transformar a Bireme de uma grande biblioteca em um centro de informação e documentação. Pretendia privilegiar o atendimento de necessidades coletivas de informação, superando o tratamento apenas individual das demandas. Neste sentido, deveriam ser fortalecidos os programas de disseminação seletiva da informação, que mediante a distribuição de bibliografias em temas definidos segundo as prioridades do setor, se destinariam a propiciar informação a segmentos de público predefinidos. Principalmente em programas deste tipo os agentes estatais envolvidos no planejamento e operação de sistemas e serviços deveriam ser guindados a uma condição, senão de usuários preferenciais, 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 similares, além de promover, pela oferta dirigida de informações, a pesquisa em áreas consideradas críticas e prioritárias (Bireme, 1976, p. 2-5).

Equipamentos de impressão de tipo *offset* deveriam ser adquiridos para a produção de bibliografias e outros materiais em escala ampliada, reduzindo custos e confiando a tecnologia Xerox para o atendimento apenas de solicitações individuais. A demanda por este último tipo de atendimento deveria ser resolvida com uma maior descentralização da capacidade de atendimento. Com o fortalecimento das bibliotecas locais, que deveriam dispor de uma lista básica de 300 títulos de periódicos correntes, seriam reduzidos em muito o tráfego e o dispêndio de recursos com solicitações e cópias (Bireme, 1976, p. 7).

Sonis sustentou que uma especial atenção deveria ser conferida à recopilação 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 (Bireme, 1976, p. 6 e 15; 1977, p. 10). 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, tais como as previstas no Plano de Decenal de Saúde para as Américas. E avançando nesta direção sugeriu que tanto o processamento

deste tipo de material quanto de listas seletivas de publicações se fizessem acompanhar de comentários, resumos críticos e outras formas criativas de agregar valor e significados a cada informação (Bireme, 1976, p. 15).

Tal esforço analítico demandaria a mobilização de “*grupos de expertos*” em várias áreas de conhecimento para a preparação deste material e daquilo que chamou de documentos de atualização de tópicos e aspectos críticos para a atenção à saúde. Este tipo de reunião *ad hoc* de especialistas, correspondia ao procedimento metodológico adotado pela Opas, por exemplo, no desenvolvimento de programa de tradução e publicação subsidiada de livros-texto de Medicina, um programa que os especialistas norte-americanos consideraram em desacordo com as funções de uma biblioteca regional, no já então distante dossiê de Adams, Kronick e Taube, de 1965 ¹⁴³.

Continuando nesta linha de argumentação, Sonis concebeu uma Bireme também operando como centro logístico para os programas estratégicos da Opas; como suporte direto aos trabalhos dos consultores e representantes da Organização; e, ainda, para a reunião e difusão de documentos e informações sobre iniciativas de sucesso nos países da região em assuntos como, por exemplo, a extensão da cobertura da atenção. Deste modo, procurava tornar a Bireme mais visível e operacionalmente importante para o núcleo político-decisório da Organização, e que, ao mesmo tempo, explicitava seu papel como instância de apoio à cooperação técnica entre países em desenvolvimento.

Quanto ao papel educativo da Bireme e quanto à sua responsabilidade normativa no que concerne a processos, métodos e técnicas bibliográficas, Sonis renova as orientações já em vigor. Quanto a um ponto, porém, introduziu um outro enunciado de implicações inovadoras, uma função da sua concepção de atenção à saúde: se era o caso – como ainda é – de promover uma ativa participação da comunidade nas decisões quanto aos rumos da atenção, na promoção da saúde e na prevenção de doenças, também deveria se reconhecer a necessidade de “proporcionar-lhe a informação necessária” para que pudesse cumprir com esta nova responsabilidade (Bireme, 1977a, p. 6-7). Sem dúvida era algo passiva a posição imaginada para a comunidade, como consumidora de uma informação proporcionada por terceiros. Mas de qualquer forma era um consumo para a participação, o que potencialmente envolvia a possibilidade da sua transformação em produtora. De qualquer modo, mais um novo ator era trazido à cena informacional imaginada por Sonis.

¹⁴³ Este dossiê foi discutido no Capítulo II.

Como vimos, Sonis, retomou e reelaborou componentes do projeto da Bireme como fora concebido e até então conduzido. Elementos antes tratados como acessórios - como a disseminação seletiva de informação para instâncias públicas dos sistemas de saúde - foram trazidos para o primeiro plano. Outros, como a informação para a comunidade, foram introduzidos pela primeira vez.

Neste movimento, as proposições de Sonis - em uma dimensão programática - tendiam a tencionar os elementos estruturais do que era um sistema de informação em ciências da saúde em implantação. Portanto, tinha implicações quanto aos componentes e funcionamento do regime de informação que o modelo até então em implantação tendia a promover. Era sem dúvida um projeto de implicações consideráveis: propunha modificações no escopo da informação, pelo tipo de informação tratada e pela sua origem; incluía uma vasta e nova clientela; além de novos campos de conhecimento e domínios de praticas. Elevava a informação à condição de estratégia privilegiada de mudança, tanto no que tange ao ensino médico, quanto às condições de prática profissional.

III.2.2 - A tecnologia como crise

Também no terreno das tecnologias de informação, o diagnóstico e as ações pretendidas e levadas a termo na gestão de Sonis teriam implicações estruturais. Seu primeiro contato com a questão, ainda como interino, não produziu as melhores impressões. As mínimas informações gerenciais, tais como custos e resultados alcançados, pareciam indisponíveis, da mesma forma que as bases propriamente técnicas para a uma avaliação institucional. Isto resultou em considerações bastante críticas sobre a forma pela qual havia se dado a condução administrativa do projeto. Mais tarde, um gerente administrativo foi designado para realizar um acompanhamento exclusivo (Bireme, 1976, p. 17-18).

No que concerne à utilidade em si do sistema, Sonis mais uma vez constatou que sua utilização se restringia a uma elite médica dedicada à pesquisa acadêmica voltada para temas ultraspecializados. Àquela altura, para Sonis, o desafio era fazer com que a tecnologia avançada se tornasse de utilidade na consecução de objetivos como a extensão da atenção, o controle de doenças transmissíveis, a gestão de serviços, entre outros da agenda estratégica da Opas (Bireme, 1976, p. 19).

O número de solicitações de bibliografias revelava uma tendência decrescente e o funcionamento de terminais na Bireme e nas outras instituições era bastante irregular, assim como a conexão telefônica com o Instituto de Energia Atômica. O número de terminais em operação havia se reduzido a dois: um na Bireme, outro na Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Uma peça fundamental do projeto da Bireme como contribuição para uma modernização da infra-estrutura docente; o sonho da recuperação da informação assistida por computador, que havia maravilhado os assistentes da película cinematográfica promocional de Lazerow, na distante Poços de Caldas de 1964, estava se transformando em pesadelo.

Para além das dificuldades de ordem técnica, havia outras de caráter orçamentário. Financiado pelo Pnud até finais de 1975, o projeto Medline passou a ser após este ano integralmente coberto pelos recursos regulares da Bireme, ainda que uma política de cobrança de taxas fosse praticada. Deste modo, para Sonis, se a instalação de Medline significava a modernização dos procedimentos de referência, envolvia também riscos importantes e comuns aos processos de automação: “custos crescentes e baixa eficiência para cuja solução se exigem maiores investimentos que vão aumentando o comprometimento financeiro de maneira tal que, pelos investimentos realizados, se torna cada vez mais difícil tomar decisões racionais: é a manutenção do próprio sistema o que dirige o processo” (Bireme 1976, p. 21).

O encaminhamento do problema envolveu a realização de entendimentos com o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia - Ibict, desde 1974 a nova denominação do IBBD¹⁴⁴. Em princípio, a possibilidade estudada foi a da completa assimilação do projeto Medline pelo Ibict como parte da arquitetura do Sistema Nacional de Informação Científica e Tecnológica - Snict, permanecendo a Bireme como usuária. Situações intermediárias foram conjeturadas, com a Bireme aparecendo como uma espécie de parceira preferencial. Mas a perda do controle do projeto por parte da Bireme, inclusive com suas implicações simbólicas, foi considerada um aspecto crítico (Bireme, 1976, p. 22). A decisão sobre o futuro de Medline no Brasil, portanto, possuía um forte componente político.

Para avançar no exame do projeto, foi instituída uma comissão tripartite de alto nível, formada pelos diretores da Bireme, do Ibict e pelo Diretor Associado para Sistemas

¹⁴⁴ Na segunda metade da década o Diretor do Ibict era José Adolfo Vencovsky. (Bireme, 1977c, p. 3)

de Computação e Comunicações da NLM, Davis B McCarn. Seu propósito era estabelecer um diagnóstico abrangente e descortinar os melhores cenários à frente. Ao final dos trabalhos, realizados entre 6 e 17 de dezembro de 1976, a comissão diagnosticou sérios problemas de gerência e planejamento - inclusive de projeto. Estabeleceu-se uma agenda de requisitos a serem observados, caso houvesse uma decisão pela continuidade do projeto, que incluía a montagem na Bireme de uma unidade dedicada à sua operação e administração. Esta nova unidade ficaria responsável pelas atividades de gestão, treinamento e suporte técnico ao usuário, assim como a articulação com as atividades de processamento propriamente documental ou bibliográfico.. A esta área caberia também a responsabilidade de produzir um novo padrão de relacionamento entre as instâncias técnicas das instituições parceiras na iniciativa. Em especial, seria preciso tornar a relação com as áreas de desenvolvimento de tecnologias da informação da NLM, mais regular e dinâmica. Por fim, seria preciso estabelecer um programa de desenvolvimento da por etapas que pudesse servir de roteiro para uma gestão estratégica neste domínio tecnológico (Bireme, 1977c, p. 81-82).

A capacidade de computação do IEA e a qualidade dos terminais foram consideradas satisfatórias. As maiores dificuldades localizavam-se, segundo a comissão pôde estabelecer, na qualidade e custos da infra-estrutura de comunicações e, quanto a este aspecto, o projeto original se mostrou incorretamente dimensionado. Recomendou-se o abandono de parte da rede projetada em 1974 porque não se adequava às condições técnicas existentes e porque o baixo volume de tráfego não justificava os custos envolvidos. E esta crítica à arquitetura original trouxe à baila a existência de pareceres contrários aos termos técnicos do projeto desde a época do seu encaminhamento para análise do Pnud, em 1972 (Bireme, 1977c, p. 9-12 e 72-100).

Ao que parece, Neghme passou ao largo das recomendações técnicas, na iminência de um aceite do projeto por parte do Pnud. Ao contrário do que imaginou Sonis, certamente não foi o volume de recursos já investidos. Talvez a possibilidade de financiamento, a chance de poder tornar uma realidade o componente tecnológico do projeto da biblioteca regional de medicina para as Américas, o componente onde residia boa parte da sua mística modernizadora, tenha retirado do então diretor - como diria Sonis - a capacidade de agir racionalmente.

Quando o tema foi levado à análise do Conselho Científico Assessor, na reunião de maio de 1977, este se pronunciou pela continuidade do projeto, uma vez realizadas as modificações recomendadas. Ao fim e ao cabo, resultou na criação de um embrião de área técnica especializada em computação na Bireme, cujos desenvolvimentos posteriores resultariam, alguns poucos anos mais tarde, em novas e importantes transformações no projeto institucional da Bireme.

No final de 1977, a Bireme adquiriu e instalou um computador Digital PDP-11/34, contratou um engenheiro de sistemas e deu início ao desenvolvimento local de soluções nas áreas de registro, controle e estatística das atividades de disseminação seletiva da informação, elaboração do catálogo local de periódicos, administração de projetos e gestão orçamentária, entre outras soluções (Bireme, 1978, p. 2).

Quando a elaboração do *Index Medicus Latino-Americano* entrou em fase de desenvolvimento, em 1979, a conjugação das experiências em computação de dados e em processamento documental, somadas à própria prática no uso de metodologias subjacentes a Medline, permitiu à Bireme desenvolver componentes método-tecnológicos próprios. Esta aquisição representou uma base de competências para que, na década seguinte, a instituição se estabelecesse como uma referência em soluções de baixo custo para a automação das bibliotecas de medicina e saúde, uma competência extremamente atrativa no contexto de países em desenvolvimento¹⁴⁵. *Pari passu* estabelecia a massa crítica para um novo ciclo de cooperação técnica rumo ao estabelecimento de Lilacs, a base de dados para a Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde. Mas não adiantemos tanto os nossos passos.

III.2.3 - O Index Medicus Latino-Americano

O convênio entre a National Library of Medicine – NLM e a Opas para a operação de Medline em São Paulo, celebrado em 1977, em substituição ao instrumento de 1972, previa que caberia à Bireme realizar uma certa quantidade de serviços de indexação, como forma de contrapartida pela cessão de extratos da base de dados e a utilização de *softwares*

¹⁴⁵ Esta “evolução” entre a criação deste embrião de área técnica e a consolidação de competência tecnológica não foi linear. Para isto foi preciso desenvolver na segunda metade da década de 1980 projetos com fortes componentes de infra-estrutura, linguagens documentárias e desenvolvimento tecnológico, entre estes um com o International Development Research Centre - IDRC, do Canadá. Ver: Alonso, [1984] e Bireme, 1984.

associados¹⁴⁶. Esta era uma forma padrão de fornecimento por parte da NLM - pelo menos para as bibliotecas e sistemas de fora dos Estados Unidos da América -, que assim reduzia suas despesas sempre crescentes com as tarefas de processamento biblioteconômico de artigos (Bireme, 1978, p. Anexo).

A partir de janeiro de 1978, para fazer frente a este compromisso, a Bireme passou a responsabilizar-se pela indexação de todos os periódicos latino-americanos - à exceção dos mexicanos - incluídos em *Index Medicus*, a principal obra de referência em medicina e ciências biomédicas, compilada pela NLM e suas antecessoras desde 1879. Em 1978, ainda em período experimental, coube à Bireme processar 531 artigos correspondendo a 42 fascículos de 15 títulos, de um total de 44 títulos latino-americanos. Em 1979, já com a Bireme assumindo a totalidade das tarefas, foram 1.192 artigos de trinta revistas. Simultaneamente, ainda em 1978, com base na experiência adquirida com a cooperação em torno do *Index Medicus*, deu-se início ao desenvolvimento de um projeto piloto do *Index Medicus Latino-Americano*.

A partir do rol de títulos já compilados por outros índices, entre os quais o próprio *Index Medicus*, *Excerpta Medica*, *Biological Abstracts* e *Current Contents*, e de uma avaliação técnica de outros títulos já existentes no acervo da biblioteca, compôs-se uma lista provisória que foi enviada para uma análise crítica por especialistas de vários países da região. Com o retorno das consultas foi formada uma relação de aproximadamente 200 títulos que constituíram o universo inicial de cobertura, uma ordem de grandeza considerada ideal (Bireme, 1980a: 250; Piegas & Nowinski, 1981). Paralelamente, foi redigido um programa a ser inserido no Digital PDP - 11/34, o computador recentemente adquirido pela Bireme, para a elaboração automatizada da publicação. Uma base inicial com 300 artigos permitiu uma avaliação do programa a partir da emissão de relatórios e a realização dos necessários ajustes. Para os cabeçalhos de assuntos adotados na indexação foi utilizada uma tradução para o português, feita pela Bireme, de *Medical Subject Headings - Mesh*, um instrumento desenvolvido pela NLM.

O primeiro número de *Index Medicus Latino-Americano* veio a público em agosto de 1979, indexando cerca de 1.500 artigos publicados de janeiro a julho do ano anterior. A periodicidade estabelecida foi a semestral e desde este primeiro número seus editores

¹⁴⁶ O convênio previa a realização de serviços equivalentes a US\$ 25.000. O software em questão era o ELHILL II (Bireme, 1978: Anexo 1).

sinalizaram a expectativa de constituir uma base de dados acessível remotamente, como forma de permitir a mais ampla difusão do índice, suas possibilidades e uso como meio de divulgação e recuperação da produção latino-americana em medicina, biomedicina e saúde.

Na apresentação do número inaugural, mais tarde republicada em *Educación Medica y Salud*, Hector Acuña, Diretor da Opas, classificou a elaboração de *Index Medicus Latino-Americano* como uma demonstração exemplar das possibilidades abertas pela cooperação técnica entre países em desenvolvimento, pelo tanto que representava “de transferência, incorporação e adaptação de tecnologias, (...) coordenação de esforços inter-regionais e mobilização de recursos nacionais”. Quando os participantes do *The Long-Range Group* examinaram o tema, terminaram por redigir uma recomendação reiterando a pertinência e importância de a Bireme assumir a responsabilidade pela indexação da literatura latino-americana em saúde, o que significava afirmar, como parte da sua missão, produzir as condições de controle bibliográfico sobre a produção científica e técnica do continente¹⁴⁷.

O lançamento do *Index Medicus Latino-Americano*, incorporou de forma definitiva o tema do controle da bibliografia periódica latino-americana às atribuições e responsabilidades da Bireme. Um elemento que a partir de então se tornaria crucial ao projeto institucional da Bireme havia sido integralmente forjado no processo de recepção, de implantação efetiva do modelo concebido pela National Library of Medicine. Sua elaboração havia permitido à instituição iniciar um processo de crescente capacitação em tecnologias da informação de importância crucial.

Este índice foi também um esforço no sentido de aprofundar a incorporação das metodologias presentes em Medline. A tradução e adaptação do *Medical Subject Headings - Mesh*, o principal instrumento de controle do vocabulário de indexação desenvolvido pela NLM, por exemplo, possibilitou a formação de uma competência que se revelaria fundamental quando, em 1980, decidiu-se pela necessidade de desenvolver, na Bireme, um vocabulário dedicado ao campo temático da saúde pública, como parte da sua agenda estratégica¹⁴⁸ (Bireme, 1980; Ferreira, 1981).

¹⁴⁷ Ver mais adiante a discussão sobre o *Long-range Working Group for the Latin American Information Network*

¹⁴⁸ Esta orientação integrava recomendações do *Long-range Working Group for the Latin American Information Network* que será comentado mais adiante.

Para responder a este novo mandato, portanto, nos anos que se seguiriam foi preciso avançar novos passos rumo a uma maior *expertise* quanto a métodos e tecnologias, seja no que concerne ao uso de linguagens documentárias, seja no que tange à incorporação e desenvolvimento autônomo de soluções baseadas em tecnologias da informação. Neste movimento a Bireme reencontra as suas origens. Nesta esfera das metodologias e tecnologias, a Bireme, tal qual uma espécie de “aprendiz de feiticeira”, procuraria reeditar, com tons regionais latino-americanos, boa parte das estratégias adotadas pela National Library of Medicine, para se constituir em instituição hegemônica de um regime de informação em medicina e biomedicina no contexto norte-americano, quais sejam: acervos suficientemente completos face ao escopo pretendido; metodologias amadurecidas e normalizadas; e tecnologias da informação aplicadas com sucesso e passíveis de distribuição como condição para empreendimentos colaborativos.

O *Index Medicus Latino-Americano* foi sem dúvida uma conquista. Seu formato e características metodológicas passariam a ser recomendados como solução para o controle bibliográfico em países em desenvolvimento (Piegas & Nowinski, 1981). Além deste admirável resultado, a Bireme, na gestão de Sonis, registraria outros êxitos. Não seriam poucas, porém, as dificuldades a enfrentar.

III.2.4 - A “des-internacionalização” como risco: os recursos e as redes

Sonis iniciou a sua gestão oficial em janeiro de 1977, sob condições orçamentárias relativamente favoráveis. A partir de outubro de 1976, entrou em execução um projeto financiado pela Financiadora de Estudos e Projetos – Finep, destinado ao fortalecimento da rede brasileira de bibliotecas médicas, cuja apresentação à agência de fomento brasileira remontava a 1974. Ao mesmo tempo novos acordos foram firmados ou renovados com o Departamento Nacional do Câncer- DNC, com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Inam e com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, passando a compor um conjunto diversificado de fontes brasileiras de financiamento.

O ano de 1976, na verdade, marca uma vigorosa inversão no padrão de financiamento da Bireme. Como pode ser observado no gráfico II, a partir de 1976 o governo brasileiro passa a ser o principal financiador da Bireme, principalmente pela entrada em cena dos recursos da Finep, que neste ano chegaram ao montante de US\$

566.000 ou um incremento da ordem de 75% do orçamento global ¹⁴⁹. Isto significou uma nacionalização do orçamento da Bireme, que até então, com os financiamentos do Pnud, da Kellogg e os recursos regulares da Opas, tinha uma carteira de recursos predominantemente internacional.

Um exame do orçamento de 1975 - quando se encerraram os recursos dos projetos com aquelas agências de financiamento - nos permite compreender a inteira implicação destes novos recursos da Finep e de outras agências nacionais. Neste ano, para um orçamento regular global de US\$ 542.000 a Bireme despendia US\$ 332.000 (61%) com pagamento de pessoal. Estimativas indicavam gastos da ordem de, no mínimo, US\$ 120.000 com a subscrição de periódicos. Menos de cem mil dólares restavam para os demais gastos correntes. Os novos recursos para projetos específicos que aportaram a partir de 1976 significaram multiplicar por quatro ou cinco estes recursos em cada ano entre 1976 e 1979. (Bireme, 1971, Anexo; Bireme, [1984], p. 5 e 6; Bireme [1982], Anexo II). Isto, todavia, implicava que, embora houvesse recursos para novos desenvolvimentos, muitas das atividades permanentes, como assinatura regular de periódicos, enfrentassem problemas com recursos reduzidos (Bireme, 1979, p. 3).

Esta mudança no perfil do financiamento teve, naturalmente, implicações políticas e na programação das atividades da biblioteca. Sistemáticamente a Bireme passou a reafirmar sua condição também de centro nacional brasileiro no desenho do sistema de informação biomédica latino-americano. Mais do que isso, quando da renovação do convênio de sustentação com o governo do Brasil, em 1978, foi instituído um Comitê Assessor Nacional, como instância assessora do Diretor da Bireme, uma medida adotada por Sonis desde 1977. Neste comitê tinham assento os representantes do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, da Escola Paulista de Medicina, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, da Finep na vigência de projetos, entre outras possibilidades de representação. O objetivo era exatamente instituir mecanismos para aproximar a Bireme das instituições locais e nacionais que adquiriam crescente importância como clientes e mantenedoras da instituição (Bireme, 1977b, p. 25).

Foi com esta composição orçamentária que os princípios e as diretrizes formuladas por Sonis passaram a orientar o desenvolvimento das atividades da Bireme. O programa

¹⁴⁹ Durante três anos, entre 1976 e 1978, a Finep apoiou a Bireme com valores da ordem de US\$ 1.600.000. Ao que parece, em 1979 adicionou outros US\$ 300.000. Ver: Bireme, [1984], p. 5 e 6; Bireme [1982], p. Anexo II.

editorial teve um novo impulso com a publicação de uma série de bibliografias temáticas obtidas mediante o uso de Medline. Foram quatro números em 1978, impressos a baixo custo, em um novo equipamento gráfico *offset*, dedicados à Saúde Materno-Infantil, Saúde Rural, Nutrição e Medicina Tradicional, atingindo tiragens em torno de um milhar para cada título. Era a forma inicialmente imaginada para conseguir uma maior generalização dos benefícios proporcionados pela cara tecnologia Medline e assim substituir a disseminação seletiva baseada em solicitações individuais.

As atividades de informação na área de Oncologia, também em acordo com esta orientação, ganharam nova estatura pela celebração de um convênio entre a Opas, o *National Cancer Institute* dos EUA e a Divisão Nacional de Câncer do Ministério da Saúde do Brasil, que envolvia o desenvolvimento do *Latin American Cancer Research Information Program*, ou *Lacrip*. Esta linha chegou a registrar em 1978 a produção de uma base dados com cerca de 800 registros de artigos sobre câncer publicados em revistas da América Latina; de uma segunda base para registro de patologias tumorais; e, no que concerne à disseminação seletiva, atingiu cerca de 5.000 profissionais de todo o continente, resultando na cópia e distribuição de 35.000 artigos (Bireme 1978, p. 3-4). De menor abrangência, mas igualmente importante para o novo desenho de serviços, foi a disseminação de listas bibliográficas e o provimento de artigos para a Secretaria de Saúde de São Paulo e o Inam ¹⁵⁰.

O período registrou uma significativa expansão da rede de brasileira de bibliotecas, facilitada pelo apoio da Finep a um projeto especialmente voltado para prover esta mesma rede de novas assinaturas, de pessoal operacional em número mais adequado e equipamentos. Entre 1976 e 1981, foram estabelecidos nove novos subcentros que passaram a totalizar 21 ¹⁵¹. A terminologia para a classificação das bibliotecas se alterou.

¹⁵⁰ Em 1981, o DSI sobre Câncer associado ao projeto Lacrip, sofreu uma revisão de sua lista de usuários, que passou a ser dirigida a instituições de alcance nacional. Neste ano, atendeu 1.593 inscritos de 21 países e remeteu 26.991 artigos solicitados. O DSI para o Inam atingiu 289 especialistas com 12.364 artigos solicitados. Por sua vez, na Secretaria de Saúde de São Paulo, a Bireme atendeu 1.190 pessoas, com o envio de 2.416 artigos (Bireme, 1982, p. 28-29).

¹⁵¹ Os subcentros e respectivas áreas de atuação eram: Biblioteca Central da Universidade Federal de Alagoas, para AL; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, para AM, AC, RO, RR; Biblioteca Central da Universidade Federal da Bahia, para BA e SE; Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, para CE; Biblioteca Central da Universidade de Brasília, para DF e GO; Biblioteca da Universidade Federal do Espírito Santo, para ES; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para MG; Biblioteca do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Mato Grosso, para MT; Biblioteca da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, para MS; Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará, PA, MA e AP; Biblioteca da Universidade Federal da Paraíba, para PB; Biblioteca da Universidade Federal

Os “subsistemas por especialidades”, de 1975, passaram a ser designados como “bibliotecas complementares”, num total de três, todas elas da Universidade de São Paulo¹⁵². Passou a ser usada a expressão “biblioteca colaboradora” para designar cada uma das unidades componentes de um vasto conjunto de bibliotecas e centros de documentação integrados aos serviços, que, desta forma, passaram a ser identificadas e registradas. Em 1981, eram 279 unidades colaboradoras. Um exame das listas completas de bibliotecas nesta classe, sistematicamente incluídas nos relatórios anuais da Bireme a partir de 1980, revela que gradativamente a rede começava a contemplar unidades da esfera da prestação de serviços de saúde, ou não pertencentes ao que Sonis considerava o mundo restrito das faculdades e dos institutos de pesquisa¹⁵³.

O projeto apresentado à Finep permitiu a assinatura coordenada e a distribuição de periódicos entre os subcentros brasileiros. O objetivo era garantir que cada subcentro conseguisse suprir pelo menos 70% das requisições da área de atuação a partir de uma coleção básica de 300 títulos. Como estrutura auxiliar, foi montada uma central no subcentro de Minas Gerais para uma coordenação centralizada da gestão de duplicatas da coleção básica. O projeto também permitiu a realização de cursos nos subcentros para treinamento dos recursos humanos locais, a contratação de pessoal operacional e a aquisição de equipamentos, inclusive audiovisual, principalmente para alocação nos subcentros, como níveis intermediários de operação do sistema. Para a articulação das ações foram realizados seminários regionais e nacionais com a presença das coordenações dos subcentros, o que contribuía e muito para a geração de uma cultura comum no domínio de atuação da Bireme e da Rede.

do Paraná, para PR; Biblioteca do Centro do Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para PE; Biblioteca da Universidade Federal do Piauí, para PI; Biblioteca da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para RN; Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para RS; Núcleo de Documentação da Universidade Federal Fluminense, para RJ; Biblioteca da Fundação Oswaldo Cruz, para atuar junto aos órgãos da Secretaria de Saúde do RJ; Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para o Município do Rio de Janeiro; Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina, para SC; além da própria Bireme que assumia esta função para o estado e a capital de São Paulo. A Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, antes o subcentro para a região metropolitana da capital paulista deixou de figurar nesta posição (Bireme, 1982, p. 33-37).

¹⁵² A Biblioteca Central da Fiocruz, em 1975 um subsistema, passou a ser um subcentro. O Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas de Gastroenterologia tornou-se uma biblioteca colaboradora. As bibliotecas da USP eram subsistemas em 1975.

¹⁵³ Uma análise preliminar permitiu identificar 37 instituições não direta ou imediatamente referidas às faculdades de medicina e aos institutos de pesquisa, entre elas hospitais da Rede Inamps, dos Servidores do Estado e das Forças Armadas; secretarias de Saúde; e laboratórios industriais privados entre outros (Bireme 1982, p. 33-44).

Foram os recursos da Finep que permitiram, por fim, que Medline fosse implantado em Brasília e Belo Horizonte e que a incipiente área de processamento de dados da Bireme fosse fortalecida e pudesse começar a desenvolver soluções locais, voltadas para o controle bibliográfico da produção latino-americana, inclusive com a recuperação de materiais não publicados. Temas, como comentado anteriormente, com profundas implicações programáticas, segundo as idéias defendidas por Abraham Sonis (Bireme, 1977; 1978, p. 15-16).

Se estes elementos compunham o cenário da expansão da rede brasileira de informação em ciências da saúde, para o conjunto da América Espanhola o panorama era o seu oposto: uma virtual estagnação. A estratégia de firmar convênios com os governos nacionais e, por esta via, estabelecer centros coordenadores nacionais oficialmente chancelados e financiados, simplesmente não funcionou como esperado. Não se conseguia avançar muito além do já conseguido pela desenvoltura de Neghme para mobilizar a militância das associações nacionais de educação médica.

Por outro lado, a forte presença das agências brasileiras, combinando as figuras de demandantes e financiadoras da Bireme, parece ter resultado em uma virtual nacionalização da própria produção da Bireme. É o que transparece da análise combinada dos quadros e gráficos referentes à composição do orçamento da Bireme e da evolução da sua produção, segundo os países a que se destina. À transição de um orçamento composto por fontes externas para uma estrutura de receitas praticamente nacionalizada, correspondeu uma redução ou uma estagnação da produção dirigida à América Latina. Os momentos de redução dos recursos externos, mesmo quando impactaram os recursos globais, influenciaram proporcionalmente mais estes mesmos serviços regionais, enquanto a produção para o Brasil demonstrava tendências positivas (Ver Anexo: Tabelas I, Gráficos I a IV).

Os anos de relativo conforto orçamentário da gestão Sonis terminaram quando os recursos brasileiros reduziram-se ao final do projeto Finep e as curvas representando o orçamento de origem nacional, de um lado, e os recursos da Opas e das agências internacionais, de outro, tenderam a se encontrar nos baixos níveis de 1980, inferiores aos de 1972. E, tão importante quanto, esta redução da disponibilidade de recursos encontraria uma Bireme com baixo grau de visibilidade regional, exatamente pela redução da prestação de serviços aos demais países do continente.

Por outro lado, vale lembrar que esta conjuntura do final da década de 1970 assinalava exatamente os anos imediatamente posteriores à Assembléia Mundial de Saúde de 1977 e à Declaração de Alma-Ata, de 1978. Estes eventos resultaram em uma atualização dos enunciados programáticos que, desde o início dos anos 60, se desenvolveram no sentido da afirmação da saúde como condição e objetivo do desenvolvimento, como direito a ser universalizado, mediante a estratégia da atenção primária à saúde.

III.3.5 O *Long-Range Working Group*: por um novo regime de informação

É neste contexto – e para enfrentá-lo! - que a Opas e a Bireme convocaram o *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*, a partir de uma recomendação da reunião de maio de 1979 do Conselho Científico Assessor¹⁵⁴. Tratou-se, na verdade, de um longo processo de exatos doze meses. Este envolveu, como fases preparatórias: a elaboração por consultores contratados de diagnósticos sobre a situação das bibliotecas e serviços de informação científica em saúde existentes no países, entre os quais a Argentina, Colômbia, Costa Rica e Peru; uma avaliação sobre o funcionamento e as atividades de instituições análogas como o Centro Nacional de Informação e Documentação, do México; e uma análise dos acervos e às solicitações de cópias dirigidas à Bireme e à National Library of Medicine . Sua fase final compreendeu a realização de um ciclo de três encontros, comportando quatro grupos de trabalho, realizados sucessivamente em Brasília, Washington e Cidade do México, entre novembro de 1979 e abril de 1980 (Bireme, 1980a, p. 1-2; Ferreira, 1981).

A concepção, da mesma forma que o financiamento deste longo e naturalmente custoso processo, contou com o auxílio direto de Kerr White, Diretor Adjunto de Ciências da Saúde da Fundação Rockefeller, e, à época, Presidente do Conselho Científico Assessor da Bireme (Ferreira, 2005, fita 4). White era uma personalidade de vasto reconhecimento no campo da pesquisa em serviços de saúde e atenção médica. Médico, pós-graduado pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Havia sido chefe fundador do Departamento de Organização da Atenção Médica (*Health Care Organization*) na Johns Hopkins University. Sua produção científica, então já considerada uma das mais proffcuas,

¹⁵⁴ Na cultura da Bireme às referências a este evento são feitas a partir da sua designação em inglês: “o Long-Range”. Preferi manter o uso da língua inglesa.

contemplava temas como serviços de saúde, estatísticas de saúde, epidemiologia, saúde pública e educação médica¹⁵⁵. A sua presença como Presidente do Conselho Técnico Científico da Bireme, e seu papel como organizador e relator do *Long-Range Group*, evidenciam por si só a ênfase conferida pela Opas e a Bireme, nos anos da gestão Sonis, aos temas da atenção médica e dos serviços de saúde na determinação dos rumos estratégicos da biblioteca regional.

Muito provavelmente pelas mãos de White - que apresentou ao debate um trabalho sugestivamente intitulado *Información para la Atención de Salud: una perspectiva epidemiológica* (White, 1981) -, a realização do *Long-Range Group* suscitou que pela primeira vez que os temas da informação estatística em saúde fossem tratados de modo associado às questões da informação científica em ciências da saúde¹⁵⁶.

O objetivo de todo o processo do *Long-Range Group*, era proceder à uma análise do projeto da Bireme no que concerne: (1) à capacidade operacional da Bireme e seu potencial para uma maior utilização compartilhada das coleções; (2) ao papel da informação bibliográfica para os serviços de saúde e o seu desenvolvimento; (3) às alternativas tecnológicas disponíveis; (4) às necessidades de informação biomédica na América Latina; e (5) às estratégias para consolidar a rede de informação na América Latina (Bireme, 1980a: 6) . Segundo um dos seus principais organizadores, o médico brasileiro e Chefe do Departamento de Recursos Humanos e Pesquisa da Opas, José Roberto Ferreira, pretendia-se empreender uma avaliação em profundidade do projeto institucional e estabelecer a melhor projeção para o seu desenvolvimento posterior, considerando-se os resultados alcançados até então, as transformações vivenciadas nos últimos anos pelo setor saúde na América Latina e a agenda global Saúde para Todos no Ano 2000 (Bireme, 1980, p. 2-3, Ferreira, 1979, p.2).

É possível identificar uma extensa semelhança entre o que foi proposto por Ferreira como um “marco de referência” para a discussão e aquele diagnóstico formulado por Sonis em 1976. Na abertura do evento de Brasília, significativamente organizado em torno do título “Informação para a atenção à Saúde na América Latina”, Ferreira apresentou uma

¹⁵⁵ Algumas fontes sugerem que White teria sido um dos introdutores da expressão “Atenção à Saúde” (Primary Health Care). Ver University of Virginia. Historical Collections Highlights. (página na web) Disponível em 29.11.2005: <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/library/historical/collect.cfm>.

¹⁵⁶ Para White a Informação Estatística em Saúde e a Informação Científica constituíam domínios distintos (White, 1980, p. 378) Todavia, uma vez que a biblioteca superasse a condição de “depósito estático” de registros” e passasse a se orientar por princípios como de seletividade, oportunidade, validade científica e presteza, os objetivos das duas áreas poderiam ser compartilhados (Bireme, 1980a, 3-4).

introdução ao tema que seria repetida, em suas linhas gerais, para as audiências parcialmente renovadas das reuniões nos EUA e no México (Ferreira, 1979). Também com o propósito de balizar os debates, Abraham Sonis apresentou na mesma reunião a sua avaliação do projeto que recentemente havia completado uma década de desenvolvimento (Sonis, 1979).

Ferreira e Sonis supunham enfrentar problemas de várias ordens. Identificavam uma explosão da demanda por informação derivada do crescimento da população da região e de uma expansão ainda que deficiente da rede prestadora de serviços médicos. Da mesma forma, registravam um aumento igualmente vertiginoso do número de faculdades de medicina e das demais profissões da saúde, com a expansão de uma clientela potencial composta por professores, estudantes e egressos. Neste aspecto, contribuía para a formação de uma demanda não atendida o fato de os novos estabelecimentos de ensino funcionarem com bibliotecas ainda mais inadequadas do que aquelas disponíveis na metade da década anterior. Por outro lado, os custos crescentes com a assinatura de periódicos reclamavam novos termos para o funcionamento colaborativo entre as principais bibliotecas no que se refere às políticas de aquisição. Custos crescentes para gastos em moeda forte significavam naquela conjuntura uma importante fonte de desequilíbrio nas contas da Bireme. A solução proposta envolvia a idéia de estabelecer uma maior seletividade na aquisição de títulos, definida a partir das prioridades, assim como uma política de aquisições coordenadas, para uso compartilhado (Ferreira, 1979, p. 2-6; Sonis, 1979, p. 5-15).

Problemas de outra natureza, entretanto – com implicações mais profundas –, eram identificados àquela altura pelos gestores institucionais do projeto da Bireme. Segundo a sua percepção, a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e sua estratégia central, a expansão da atenção primária, acarretariam a formação de um novo e mais complexo universo de usuários demandantes por informação biomédica e de saúde¹⁵⁷. Para Ferreira,

¹⁵⁷ Em linhas gerais a estratégia da Atenção Primária pressupunha: (1) uma crítica às tecnologias orientadas para as doenças, normalmente de alto custo e em desacordo com o contexto social de sua aplicação; (2) uma profunda alteração nos processos formativos e na composição da força de trabalho em saúde, que a partir da crítica à superespecialização médica passavam a valorizar tanto a capacitação de agentes de saúde sem habilitação formal, quanto a contribuição de saberes tradicionais em saúde; e (3) uma atualização da relação entre saúde e desenvolvimento, reafirmando o papel da primeira como componente e promotora do segundo. No terreno prático significava a ênfase no planejamento com foco na atenção primária e voltado para a identificação de prioridades, a coordenação de ações intersetoriais entre a saúde e, por exemplo, segmentos como os de obras públicas e educação. Contemplava também a articulação entre as esferas pública e privada. Ver Cueto, 2004, p. 125-126.

a nova agenda significava a constituição e coordenação de equipes multidisciplinares com o concurso de “profissionais de saúde, economistas, sociólogos, educadores, engenheiros de sistema e vários outros”. Equipes assim constituídas se tornariam demandantes de informações qualificadas para a incorporação de novos conhecimentos e a geração de tecnologias. Isto envolveria uma nova relação entre pesquisa, tecnologia e decisão político-administrativa, que iria requerer maior flexibilidade no desenho de serviços de informação especializada. Seria necessário “superar a lacuna entre o processo de pesquisa e o processo de decisão, criando ou melhorando os canais de comunicação entre os pesquisadores, os administradores e os políticos” e, ao mesmo tempo, atender à uma demanda intensificada por uma informação científica produzida em campos disciplinares, como “a psicologia, a economia, a sociologia, a administração, para citar algumas das mais comuns”, o que obrigava o estabelecimento de ligações cooperativas com bibliotecas especializadas nestes campos do conhecimento (Ferreira, 1979, p. 4-5).

Sonis, por seu turno, reafirmou a relevância neste contexto do conjunto de informações não publicadas e não disponíveis nos periódicos médicos e biomédicos, até então a pedra fundamental sobre a qual se assentavam os serviços de informação existentes, inclusive os fornecidos pela Bireme e a NLM. Para responder a esta necessidade, reiterou que implicava estabelecer relações cooperativas de novo tipo com instâncias como, no caso do Brasil, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais (Sonis, 1979, p. 22-24).

Nas contribuições de Ferreira e Sonis é possível identificar a preocupação com a ausência de penetração dos serviços da Bireme além das fronteiras brasileiras. Sonis propõe a introdução de alterações na estratégia adotada até então na constituição da rede latino-americana, apoiada em centros intermediários nacionais (Bireme, 1980). Com um desenvolvimento considerado satisfatório no Brasil, a Bireme enfrentava dificuldades para angariar o mesmo apoio institucional e suporte financeiro nos demais países. A solução parecia indicar àquela altura uma opção pela inclusão individualizada das bibliotecas no sistema, assim como a articulação pela própria Bireme de redes complementares no interior de cada um dos países.

José Roberto Ferreira no editorial do número de *Educación Médica y Salud*, dedicado à publicação de parte dos trabalhos apresentados no ciclo de reuniões, assinalou que os encontros optaram por recomendar, “como primeira prioridade”, que deveria ser

operada uma reorientação das coleções bibliográficas para que fossem cobertos os “aspectos mais importantes no campo da saúde”. Tal diretiva implicava, inclusive, expandir o escopo da base de dados Medline fornecida pela NLM e disponibilizada pela Bireme, “agregando-se os dados relativos à atenção primária em saúde, planejamento e administração de saúde”. Como “segunda prioridade”, reconhecia-se a necessidade de estabelecimento de “vínculos formais” com os sistemas de serviços de saúde e principalmente com os “centros de documentação” dos ministérios da saúde. Na seqüência, prescreveram a realização de um estudo com vistas ao estabelecimento de um fundo rotatório para o financiamento da subscrição de periódicos. Os governos da região foram também instados a ampliar o seu apoio aos centros e redes nacionais (Ferreira, 1981, p. 366-367).

Neste mesmo artigo, Ferreira sinalizou que, dada a magnitude e complexidade do problema, qualquer solução a ser imaginada só obteria êxito a partir da colaboração entre países e governos, nos marcos de uma cooperação técnica entre iguais. Explicitamente recusou as soluções baseadas na unidirecionalidade de prioridades determinadas no âmbito internacional, sem maiores considerações com relação às necessidades de cada país (Ferreira, 1981, p. 365). O desenho da solução para a dificuldade de expansão da rede latino-americana de informação em ciências da saúde dependeria, portanto, da aplicação, segundo a necessidade e disponibilidade de cada país, de conceitos flexíveis de centros ou bibliotecas nacionais colaboradoras.

O relatório final de White, apresentado à XIX Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas, realizado em São José, Costa Rica, acompanhou, regra geral, o diagnóstico e as soluções mencionadas por Ferreira e Sonis. O relatório de White, todavia, formulava de modo mais acabado um desenho de sistema de informação em ciências da saúde e uma estratégia para a sua implantação.

Segundo White, três princípios deveriam governar a concepção do sistema: (1) seletividade, (2) compartilhamento e (3) adaptabilidade.

No primeiro caso tratava-se de orientar a formação compartilhada, programada e hierarquizada das coleções de periódicos, a partir das noções de utilidade e relevância para determinado público ou área territorial. Assim, seriam coleções essenciais em um nível mais imediato, local, e sucessivamente mais abrangentes no nível nacional e regional. Esta orientação era de alguma maneira semelhante àquela adotada pela NLM e em parte

ajustada por Sonis. No conceito de White, porém, existiam diferenças importantes: explicitamente as coleções, desde o nível essencial, são consideradas como compostas em parte por literatura internacional, em parte nacional e por uma terceira fração produzida localmente. Em outro enunciado, as coleções poderiam ser também estruturadas de modo a atender os níveis de complexidade da atenção médica: coleções dirigidas à atenção primária, à secundária, no plano do hospital comunitário, e à terciária, associadas aos hospitais de referência, às universidades e centros de pesquisa (Bireme, 1980a, p. 6).

O compartilhamento, um conceito já presente na concepção original, foi naquela oportunidade atualizado pela percepção de que cada biblioteca ou centro de documentação integrante do sistema tinha também um papel de produtor ou alimentador, na construção de uma coleção integralmente compartilhada. Neste sentido os catálogos coletivos deveriam ser mantidos em todos os níveis do sistema. Subjacente a esta concepção estava a idéia de que uma nova geração de computadores, de tipo “mini”, e novas facilidades de telecomunicação tornariam esta meta mais facilmente factível (Bireme, 1980a, p. 7).

O conceito de sistema de informação que resulta das discussões do *Long-Range Group* deveria ser maleável às circunstâncias e transformações de seu ambiente de operação. Neste sentido deveria ser apto a adaptar coleções, incorporar tecnologias e ser suficientemente abrangente para atender às necessidades de um público composto por pesquisadores, professores, estudantes, pessoal profissional técnico, planejadores, ministros da saúde e legisladores (Bireme, 1980a, p. 7).

O processo de implantação deste sistema, tendo por base a experiência progressiva da Bireme, foi imaginado como composto de três frentes: (1) aperfeiçoamento dos serviços de informação existentes, primeiramente na universidade; (2) desenvolvimento de novos centros de documentação no âmbito dos serviços de atenção; e (3) consolidação dos sistemas de apoio a partir da Bireme e de centros sub regionais. No conjunto de frentes um total de quarenta e cinco bibliotecas ou centros deveriam ser selecionados em toda a América Latina, correspondendo a cinco subregiões territoriais e comportando unidades já com alto grau de desenvolvimento, aquelas intermediárias, e alguns centros a serem tratados como unidades emergentes, em situação de projetos piloto. Uma vez selecionadas, estas unidades deveriam ser apoiadas para um adequado desenvolvimento de coleções, na aquisição de tecnologias e no treinamento de pessoal. Seu desenvolvimento real, em cada

subregião definiria os possíveis arranjos sistêmicos e hierarquias, adaptados a cada circunstância.

É possível destacar da descrição acima, alguns dos focos de atenção que orientaram a elaboração da proposta no âmbito do *Long-Range Group*. Em primeiro lugar, uma aguda preocupação com os custos envolvidos na aquisição da informação sob a forma de assinaturas de periódicos. Uma correta equação destes custos, em um contexto de restrições orçamentárias, foi tratada como um aspecto central no que tange à própria sustentabilidade do projeto da Bireme. Um segundo ponto, e igualmente central para as pretensões institucionais, referiu-se à necessidade de conseguir incluir a América Espanhola no escopo regional de fato contemplado pela rede de bibliotecas e pelo sistema de informação. Uma hipertrofia da dimensão nacional brasileira podia no limite ameaçar a permanência da Bireme como projeto internacional da Opas. Um terceiro ponto dizia respeito à forma de inscrever a informação científica em saúde na agenda da saúde internacional e suas estratégias. Um quarto ponto, ainda, procurava definir os termos pelos quais os investimentos em tecnologias de informação poderiam ajustar-se às necessidades e disponibilidades dos países.

White, sem dúvida ressaltou a inscrição do problema no contexto da agenda da saúde internacional e da cooperação técnica. Rememorou os termos estabelecidos na Declaração de Alma-Ata, que explicitamente mencionava a estratégia de promover “um ambiente de opinião favorável e facilitar o intercâmbio de expertise, tecnologia e informação”. E mais do que isso: a própria arquitetura do sistema imaginado foi enunciada a partir desta inscrição. A proposta foi explicitamente calcada nos conceitos de descentralização e de níveis de complexidade que presidiam a atenção primária à saúde como estratégia. O *Long-Range Group* habilmente produziu uma atualização do “princípio escalar geográfico” - frequentemente mencionado durante a gestão Neghme - pela introdução de elementos de flexibilidade e enunciação de um princípio que talvez eu pudesse chamar de “informação primária em saúde”.

Em larga medida, o ciclo de reuniões parece ter sido muito mais uma instância de legitimação de uma agenda, cujos temas fundamentais já haviam sido definidos desde o início da gestão Sonis. Ao que parece, mais importante do que estabelecer orientações radicalmente novas era atualizar as diretrizes já enunciadas, explicitá-las para as audiências latino-americanas e reinscrevê-las na agenda regional da Opas. Pelo menos parte das

recomendações, mais do que enunciada, já se encontrava em processo de implantação no Brasil, como é o caso da assinatura coordenada de periódicos, um item contemplado pelo projeto desenvolvido com o apoio da Finep. A este respeito, já no início de 1979, a Bireme e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo desenvolviam estudos com vistas à aquisição programada e compartilhada de periódicos na região da grande São Paulo (Braga, et alli, 1980).

Concluído o *Long-Range Group* porém, o tema da expansão da rede na América Latina passou a receber uma maior atenção. Em 1981, novamente com o apoio da Fundação Rockefeller, foi realizado um amplo levantamento sobre o que seriam as reais condições de funcionamento das principais bibliotecas e centros de documentação na região. Tendo por ponto de partida a realização de um seminário regional em São Paulo e a aplicação de questionários em cada uma das unidades, o levantamento alcançou 78 bibliotecas de 17 países. Seus resultados repetiram as carências já identificadas em inquéritos anteriores - apenas 14 bibliotecas com mais de 400 títulos de revistas correntes - e respaldaram a elaboração, também com o apoio da Fundação Rockefeller, de um novo projeto a ser apresentado ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Em 1981, Abraham Sonis publicou, com base nas suas contribuições ao Long-Range Group, um balanço das atividades e resultados da Bireme com ênfase nos anos sob a sua direção (Sonis, 1981). Mais do que isso, buscou também definir aquelas que seriam as orientações serem adotadas no seu desenvolvimento futuro. Desta maneira produziu, em certo sentido, o seu próprio relatório pessoal.. Foi talvez o último documento de política institucional por ele elaborado na condição de Diretor da Bireme.

Neste artigo, Sonis reitera a sua análise crítica de 1976 e os caminhos por ele adotados na formulação de uma agenda institucional alternativa. Estes já são nossos conhecidos. Podem ser reduzidos a alguns poucos enunciados, ainda que estes certamente empobrecem o texto incisivo de Sonis: (1) ampliar o escopo e a ação da Bireme em direção às necessidades de informação derivadas das políticas prioritárias de saúde e, em especial, da prestação de serviços de atenção à saúde; (2) desenvolver de forma inovadora uma ação inclusiva no que concerne às áreas de planejamento, gestão e operação de serviços de saúde, assim como aos seus trabalhadores, consideradas como produtoras e consumidoras de informação em ciências da saúde da mesma forma que as áreas de pesquisa e docência; (3) ajustar a transferência de tecnologias à capacidade local de uma efetiva absorção e usos

plenos, inclusive projetando-se o desenvolvimento autóctone de soluções com alto grau de ajustamento às condições locais; e (3) estabelecer formas flexíveis para a arquitetura de redes locais e nacionais de informação em saúde, de modo a romper um relativo isolamento da Bireme em terras brasileiras.

Os resultados em cada uma das frentes de atividades desenvolvidas a partir destas diretrizes foram, naturalmente, desiguais. A própria necessidade de realizar o *Long-Range Group*, na extensão e profundidade com que foi empreendido, indica a persistência das dificuldades no caminho. No seu balanço, Sonis conferiu um razoável destaque a uma das suas principais realizações: o lançamento do *Index Medicus Latino-Americano*. Sonis considerou esta iniciativa um exemplo dos mais virtuosos das novas formas de colaboração no terreno técnico-científico, exatamente porque rompia o ciclo da assistência técnica tradicional. Nas suas palavras:

“Se acreditamos realmente na cooperação técnica, se acreditamos que é possível o que se tem chamado na Nações Unidas de ‘conversação norte-sul’, se não é muito tarde para o diálogo entre os países muito desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento, devemos assinalar que as realizações importantes são aquelas que se concretizam seguindo a orientação que nos levou a publicar o IMLA , o que significa dizer, a cooperação técnica e não a tradicional assistência, em cujo término tudo permanece praticamente o mesmo”¹⁵⁸. (Sonis, 1980, p. 488).

Na relação de cooperação que suscitou este comentário, ocupando a posição de pólo detentor da *expertise* técnica a ser compartilhada estava a National Library of Medicine, parceira antiga. Havia possibilitado o treinamento e supervisionava as operações técnicas de indexação. Os termos da relação, entretanto, haviam se alterado¹⁵⁹.

¹⁵⁸ Si creemos realmente en la cooperación técnica, si creemos que es posible lo que se ha dado en llamar en las Naciones Unidas "conversación norte-sur", si no es tarde para el diálogo entre los países muy desarrollados y aquellos en desarrollo, debemos señalar que los logros importantes son aquellos que se concretan siguiendo la orientación que nos llevó a publicar el IMLA, es decir, la cooperación técnica y no la tradicional asistencia, a cuyo término todo queda prácticamente igual (Sonis, 1980, p. 488).

¹⁵⁹ Sonis se refere assim à colaboração com a NLM em novos termos: “(...) que la más importante colaboración de la NLM con BIREME es la que posibilitó la publicación del IMLA, y no porque las otras no hayan sido importantes; por el contrario, las creemos de extraordinario valor. Pero si en la nueva tónica de la cooperación técnica quisieramos buscar un ejemplo de colaboración generosa, amistosa, promotora sin ser paternalista, inteligente sin pretender imponer directivas, no cabe duda que el IMLA sería el caso más típico, más patente”.

Em seu artigo Sonis atualiza as orientações que norteavam a sua gestão e as projeta em direção ao futuro. Todas elas, de uma maneira ou de outra, foram perseguidas nos desenvolvimentos posteriores da Bireme. Em finais de 1981, Sonis deixou a Direção da Biblioteca Regional de Medicina.

No começo de 1982, por recomendação da XIV Reunião do seu Comitê Científico Assessor, 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 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 desenvolvimento de soluções em tecnologias da informação de baixo custo, que logo estariam passíveis de serem compartilhadas com as demais bibliotecas e centros da região. As diretrizes de Abraham Sonis e do Long-Range Group produziram os efeitos desejados, ainda que por caminhos não integralmente previstos.

Considerações Finais

Como assinalei ao final do Capítulo II, a gênese da Bireme resulta na instalação na América Latina de uma biblioteca regional médica segundo os exatos moldes preconizados pela National Library of Medicine. Isto feito, o que se seguiu foi a história de uma recepção. Uma remodelagem em dois tempos do conceito ou do desenho original, segundo as aspirações e convicções daqueles que tiveram a oportunidade e a responsabilidade conduzir o projeto institucional da Bireme. Estas aspirações e convicções se constituíram e manifestaram segundo as circunstâncias e de seu tempo e as possibilidades de cada personagem.

As circunstâncias do tempo, como vimos, tiveram a ver com a afirmação e o declínio da confiança no poder libertador do desenvolvimento, como um processo cumulativo, irremediável e distribuído; capaz de proporcionar condições crescentemente melhores de vida à população do planeta, no rastro da transferência de capitais, conhecimentos e técnicas, da generalização da industrialização e da urbanização.

Conhecimento e tecnologia - no caso da saúde - experimentaram sua forma particular de declínio. Por um lado tornaram-se visíveis as quimeras em torno do poder preventivo dos artefatos biomédicos e da pretensão de domar o mundo da natureza pela erradicação generalizada de doenças; de outro, quando os artefatos curativos se mostraram particularmente eficazes, o fizeram de forma socialmente iníqua. Numa terceira face, se tornou patente que a simples transferência de equipamentos e processos de base tecnológica, de cunho modernizador, se mostrou insuficiente para modificar estruturas reprodutoras de desigualdades.

Na saúde, um outro componente contribuiu para um certo sentimento de frustração ao final do período coberto por este trabalho, em oposição ao otimismo desenvolvimentista de caracterizara o seu início: o Estado, de quem se esperava um protagonismo definitivo na melhoria das condições de vida das populações, viu esgotadas as suas fontes de

financiamento. A crise do endividamento e o ajuste fiscal empurrariam a Saúde para Todos no ano 2000 em direção aos constrangimentos de uma razão de mercado.

Tal como a saúde e a ciência & tecnologia em saúde, também a informação em ciências da saúde percorreu a seu modo esta curva de transição do movimento mais geral do desenvolvimento. Da mesma forma a Bireme na condição composta de aparato e arena.

Como aparato a Bireme foi instrumento e manifestação de uma vontade, de uma autoridade e uma competência em vastíssima medida originárias “do centro”. Não apenas porque residia na NLM os estoques e os recursos de conhecimento, métodos e tecnologias necessários. Como assinalei, era o próprio fluxo do sistema de informação que possuía uma natureza centrífuga, da mesma forma que os valores e significados subjacentes ao regime de informação realimentavam o centro como lugar de poder.

Como aparato, a Bireme foi também “um centro”, na medida em que a partir dela ações e missões de indução - de “teaching” como sugere Marta Finnemore - foram empreendidas no sentido de produzir a sua capilaridade nas regiões brasileiras e nos países da América Latina. Como aparato a Bireme emitia uma norma: todas as bibliotecas médicas ou de saúde deveriam participar do sistema de informação, integrar o arranjo em forma de rede e tornarem-se capazes de proporcionar aos seus usuários uma informação útil porque atualizada e proveniente dos mais avançados centros produtores de conhecimento. Este mandato - de fazer “vingar” a norma -, como vimos, esteve presente em todo o período narrado. E presente como estratégia central e crise, uma crise que em última instância poderia comprometer a permanência do projeto enquanto tal.

Como arena - mas sem perder a condição de aparato - a Bireme foi lugar de expressão de ideologias, poderes, concepções, anseios, interesses, cujas manifestações culminaram por produzir na concepção do projeto tanto ajustes, quanto reconfigurações de sensível radicalidade. As fontes primárias destes componentes (ideologia, interesses, etc.) foram localizadas nas instituições, no movimento mais geral da saúde, na sua expressão no âmbito das posições presentes no movimento da educação médica e nas concepções sobre assistência, cooperação técnica e adequação de tecnologias.

A história da recepção, da remodelagem, sobre as quais falei na abertura destas considerações finais, foi em boa medida uma história da captura, por esta 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 no plano

discursivo fez-se acompanhar, no terreno prático, de uma efetiva modificação da agenda programática e técnica da Bireme. Ela resultou, ainda, em alterações importantes na composição do núcleo de referências políticas na condução institucional do projeto. Neste caso implicou, por um lado, em um nítido deslocamento da NLM para uma posição de menor protagonismo e, de outro, no virtual afastamento da Fepafem de qualquer posição de influência.

Esta captura, estes deslocamentos, todavia, não se fizeram de modo uniforme no tempo. Minha narrativa sugere que no período de Amador Neghme, seus vínculos com a Fepafem, sua adesão à corrente da Medicina Integral em seus matizes mais estritamente liberais, sua percepção da biblioteca (da Bireme e da biblioteca no interior da faculdade de medicina) como infra-estrutura docente, produziu um ambiente de recepção conservadora do modelo da NLM. No mesmo sentido, sua visão sempre positiva acerca das aquisições da ciência e tecnologia no campo biomédico, transferida para a esfera das tecnologias da informação, o fizeram perseguir a implantação de Medline como a uma espécie de cálice mítico.

Isto não significa, como procurei assinalar, que Neghme não tenha empreendido iniciativas que tencionaram as limitadas fronteiras do modelo concebido em Washington. Estas iniciativas apenas não foram capazes de produzir modificações especialmente relevantes na concepção original, a ponto de alterar um possível impacto da Bireme frente ao funcionamento do regime de informação em ciências da saúde. Este continuaria sendo, grosso modo, aquele já descrito ao final do Capítulo II.

Por outro lado, Neghme pode ser designado aqui, sem favor algum, um tenaz combatente pela montagem das redes nacional e internacional de bibliotecas colaboradoras. Ao final da sua gestão, o progresso no Brasil era visível. Na América Latina, militância não faltou e a Fepafem foi sistematicamente acionada como instância catalisadora de apoios vários. No âmbito regional, o seu poder de indução, de promoção da norma, de “teaching” se mostrou relativamente eficaz pelo número de acordos formais assinados e em negociação. Era a mesmíssima situação, porém, algo como seis anos depois, ao final da gestão de Abraham Sonis. Pouco se avançara além do ponto alcançado por Neghme.

Muito provavelmente, a incapacidade de expandir a implantação de Medline para os outros países - além das dificuldades no Brasil - reduziu o poder de convencimento em

torno de um sistema de informação conceitualmente dependente deste tipo de tecnologia. Era a tecnologia como drama. Anos mais tarde, na segunda metade da década de 80, quando a Bireme já desenvolvia suas próprias metodologias e tecnologias e dava início à sua transferência aos países da região, o componente tecnológico voltaria a ser uma solução.

Na gestão de Abraham Sonis - e nos resultados produzidos pelo Long-Range Group, sobretudo a partir das contribuições de José Roberto Ferreira e Kerr White -, a recepção ao modelo da NLM assumiu indiscutivelmente cores mais radicais.

A proximidade de Sonis ao tema da integração entre a docência e atenção à saúde; a sua concepção crítica acerca do papel da tecnologia; sua compreensão sobre as relações de assistência/cooperação técnica internacional; a sua reiterada afirmação da atenção em saúde e da capacidade de transformação das condições de saúde da população como sentido último das estratégias que concebeu; seu desejo de integrar - de fato e radicalmente - a informação em ciências da saúde relativa à pesquisa, à docência, à atenção e à gestão de serviços; e a sua compreensão universal dos públicos produtores e consumidores de informação a serem incluídos no sistema (algo claro principalmente em relação aos trabalhadores e gestores da saúde, mas que não deixou de mencionar - pelo menos uma vez - os usuários), são os elementos que proporcionaram a formulação de enunciados e diretrizes que introduziam alterações radicais na concepção do sistema de informação a ser desenvolvido sob a liderança da Bireme.

A radicalidade da proposição produziria, quando implementada, uma profunda alteração no regime de informação em ciências da saúde e indiquei estas transformações potenciais ao longo do Capítulo III. Nesta conclusão, vale reiterar que as principais alterações - de conteúdo, dos públicos, de lugares e sujeitos, de processos e da própria base tecnológica - eram elas mesmas percebidas como parte de uma estratégia maior dirigida à transformação do setor saúde em seu conjunto.

A formulação de Kerr White tornou mais acabada a analogia entre os níveis de complexidade na atenção à saúde e as necessidades de informação em saúde. E esta analogia é, em si mesma, uma poderosa indicação de como era um imperativo produzir um enquadramento da informação em ciências da saúde nos termos da meta de Saúde para Todos no ano 2.000 e da estratégia da atenção primária à saúde. De como esta orientação governava as percepções e os anseios.

Documentos de arquivo e outras fontes não publicadas

Os documentos citados ao longo do trabalho estão arrolados por autores, em ordem alfabética. Ao final da referência indica-se entre colchetes uma das seguintes siglas referentes à localização física do documento:

[Bireme] - Arquivo da Bireme (São Paulo);

[Cehfi] - Centro de História e Filosofia das Ciências - Unifesp (São Paulo);

[Dad-Coc] - Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz (Rio de Janeiro);

[IM-Opas] - *Institutional Memory Project*, da Organização Pan-Americana da Saúde (Washington).

[Unesco] - *Unesco Documents and Publications*, da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Paris)

BIREME. *Report to the Director*. Documento RES 7/23. Primeira Reunião do Comitê Científico Assessor da Biblioteca Regional de Medicina da Opas (2-4 set.). São Paulo, (1968). Disponível (22.10.2004) em http://hist.library.paho.org/English/ACHR/RES7_23.pdf. [IM-Opas]

BIREME. *Project of Program for the Regional Library of Medicine for 1969-1970*. São Paulo, (1969). [Bireme]

BIREME. *Plan para el Establecimiento de una Red Interamericana de Informaciones Científicas Biomédicas em América Latina*. São Paulo, (1971). [Bireme]

BIREME. **Projeto para Fortalecimento da Rede de Bibliotecas Biomédicas do Brasil**. (com anexos). São Paulo, 1974. [Bireme]

BIREME. *Report to the Director*. Documento RD 14/10. 8ª Reunião do Comitê Científico Assessor da Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde. São Paulo, 1975. [Bireme]

BIREME. *Informe al Director: Biblioteca Regional de Medicina*. [São Paulo?], 1976. [Bireme]

BIREME. **Funções Atividades e Perspectivas da Biblioteca Regional de Medicina – Organização Pan-Americana da Saúde**. Opas/RLM, IX Reunião do Comitê Científico Assessor da Bireme. São Paulo, 1977. [Bireme]

BIREME. *Información Científica em Ciencias de la Salud*. OPS/CAIM 16/16. XVI Reunião do Comitê Assessor sobre Investigações Médicas. Washington, 1977a. [Bireme]

BIREME. **Relatório ao Diretor: Comissão Assessora Científica.** 9ª Reunião (5-7 mai.). São Paulo, 1977b. [Bireme]

BIREME. **Relatório da Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde.** 10ª Reunião do Comitê Científico Assessor da Biblioteca Regional de Medicina. São Paulo, 1978. [Bireme]

BIREME. **Relatório da Bireme para a XI Reunião do seu Comitê Científico Assessor.** (abr.) São Paulo, 1979. [Bireme]

BIREME. **Estratégia para o Desenvolvimento de uma Rede de Informação em Saúde para a América Latina e Caribe.** (Fragmento. Com a indicação “Anexo 4” e, apenso, um “Anexo 5”: “Metodologia utilizada na elaboração do Index Medicus Latino-Americano”). São Paulo, [1979a]. [Bireme]

BIREME. **Estratégia para o Desenvolvimento de uma Rede de Informação em Saúde para a América Latina.** Documento apresentado à terceira reunião do *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*. Cidade do México 1980. [Bireme]

BIREME. **Relatório de Atividades 1980.** São Paulo, 1980a. [Bireme]

BIREME. ***A Health Information and Documentation Network for Latin America and Caribbean.*** Relatório final do *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*. Apresentado à XIX Reunião do Comitê Assessor sobre Pesquisas Médicas da Opas, (PAHO/ACMR 19/15). San Jose, 1980.

BIREME. **Relatório de Atividades 1981.** São Paulo, 1982. [Bireme]

BIREME. **Bireme – Biblioteca Regional de Medicina e Ciências da Saúde.** [São Paulo], 1982a. [Bireme]

BIREME. **Evolución Histórica de Bireme.** (com indicações de pertencimento, como anexo, a um outro documento não identificado). S.l., [1984] [Bireme]

BIREME. **Seminário Regional de Información y Documentación em Ciências de la Salud.** (28-29 out.). São Paulo, 1987. [Bireme]

[BLOOMQUIST, H.?] [*The educational Program and the Strengthening of the Holdings of those Libraries Acting as Subsystem of Paho*]. São Paulo, 1980. [Bireme]

BRAGA, M. E. R. **Avaliação da Circulação de Periódicos: análise do atendimento aos usuários locais.** [São Paulo], 1980. [Bireme]

CASTRO, R. C. F. & SEPÚLVEDA, O. ***La Red Latinoamericana de Información em Ciencias de la Salud: 20 anos de existência. Presentado ao Congresso de***

Información Científica e Técnica y VI Congreso Regional de la FID/CLA, out. 1988. São Paulo, 1988. [Bireme]

CHAGAS FILHO, C. [**Carta a Abraham Horwitz, Diretor da Opas**], como Diretor o Instituto de Biofísica da UFRJ. Rio de Janeiro, 14 de maio de 1972. [Dad-Coc]

CORDEIRO, P. P. **O Núcleo de Documentação da UFF como Subcentro Regional da Bireme**. Niterói, 1973. [Bireme]

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Mestrado Profissional em Saúde Pública. Curso de Gestão da Informação e Comunicação em Saúde** (Documento de referência). Rio de Janeiro, 2003. [Dad-Coc]

FERREIRA, J. R. **A Consolidação de um Sistema de Informação Biomédica**. Documento apresentado à primeira reunião do *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*. Brasília, 1979. [Bireme]

FERREIRA, J. R. **Entrevista ao Projeto História da Educação Médica no Brasil**. Depes-Coc/Abem, 2003.

FERREIRA, J. R. **Entrevista ao Projeto História da Cooperação Técnica Opas/MS-Brasil na Formação de Recursos Humanos em Saúde**. Observatório História e Saúde - COC / ROREHS. 14 e 15 mar., Rio de Janeiro, 2005. (Nas referências no corpo do texto está indicado o nº das fitas que registram a informação em questão) [Dad-Coc].

JOHNSON, L. B. *State of the Union Address (January 8)*. Washington, 1964. Disponível em 23.11.2005:
http://millercenter.virginia.edu/scripps/diglibrary/prezspeeches/johnson/lbj_1964_0108.html

KASISKE, F. *Some Aspects of Unesco's Role with Respect to Bibliographic Control 1945-1965*. UNESCO. Paris, 1967. Disponível em:
<http://www.unesco.org/general/eng/infoserv/library/index.shtml>. [Unesco]

KENNEDY, J. F. *Address at a White House Reception for Members of Congress and for the Diplomatic Corps of the Latin American Republics (March 13)*. Washington, 1961. Disponível em
http://www.jfklibrary.org/jfk_alliance_for_progress.html.

MACAHADO, U. D. **Desenvolvimento de uma coleção mediante a cooperação de diferentes bibliotecas**. Trabalho apresentado ao à primeira reunião do *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*. Brasília, 1979. [Bireme]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Executive Board: resolutions of the second session*. [EB2.R42] 25 out/ 11 nov. Genebra, 1948.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **“Hechos sobre Problemas de Salud: la salud en relación com el progreso social y el desarrollo economico las Américas”** documento de referência elaborado pela Opas para a Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial. Punta del Este, 1961. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/MPUB/MPUB63A.pdf>. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Needs in Research Training and Medical Education in Latin America.** Documento Res. 1/4, Primeira Reunião do *Advisory Committee on Medical Research*, (18-22, junho). Washington, 1962. Disponível (18.06.2005) em: http://hist.library.paho.org/English/ACHR/RES1_4.pdf [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **(Report to the Director.** Primeira reunião do *Advisory Committee on Medical Research*, (18-22 junho). Washington, 1962a. Disponível a 17.6.2005, em: http://hist.library.paho.org/English/ACHR/res1_18.pdf. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Communications and Resources in Biomedical Research.** Documento 2/31, Segunda Reunião do *Advisory Committee on Medical Research*, (17-21, junho, 1963). Washington, 1963a. Disponível a 22.06.2005, em: http://hist.library.paho.org/English/ACHR/RES2_31.pdf. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Report to the Director.** Documento 2/33, Segunda Reunião do *Advisory Committee on Medical Research*, (17-21, junho, 1963). Washington, 1963b. Disponível em 23.06.2005: http://hist.library.paho.org/English/ACHR/RES2_33.pdf. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Survey of Selected Primary Biomedical Periodical Publications in Latin America.** Documento 3/4, Terceira Reunião do *Advisory Committee on Medical Research*, (15-19, junho, 1964). Washington, 1964a. Disponível em 10.06.2005: http://hist.library.paho.org/English/ACHR/RES3_4.pdf. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Report to the Director.** Documento 3/8, Terceira Reunião do *Advisory Committee on Medical Research*, (15-19, junho, 1964). Washington, 1964 b. Disponível em 23.11.2005: http://hist.library.paho.org/English/ACHR/RES3_8.pdf. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Proposed Regional Medical Library Center.** Documento 4/12, Quarta Reunião do *Advisory Committee on Medical Research* (14 – 18, junho, 1965). Washington, 1965. Disponível em 23.11.2005: http://hist.library.paho.org/English/ACHR/RES4_12.pdf . [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **La Política y el Programa de Investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud.** 16ª Reunião do Conselho Diretor da Opas (27 de setembro a oito de outubro). Washington, 1965a. Disponível em:

<http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/48818.pdf>. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Actas de las Sesiones Plenarias*. 16ª Reunião do Conselho Diretor da Opas (27 de setembro a 8 de outubro). Washington, 1965b. Disponível em <http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/48838.pdf>. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Lista de Participantes*. 16ª Reunião do Conselho Diretor da Opas (27 de setembro a 8 de outubro). Washington, 1965c. <http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/48828.pdf>. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Programa de Libros de Texto para Estudantes de Medicina*. Documento CE54/14, Washington, 1965d. Disponível em http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CSP/CSP17_27.pdf. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Report to the Director*. Documento 4/13, Quarta Reunião do *Advisory Committee on Medical Research* (14 – 18, junho). Washington, 1965e. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Convênio para o Estabelecimento de uma Biblioteca Regional de Medicina em São Paulo, Brasil**. Documento nº HP-A, Brasil – 6221, Brasília e Washington, 1967. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Regional Library of Medicine*. Documento RES 6/10, Sexta Reunião do *Advisory Committee on Medical Research*. (12-16, junho). Washington, 1967a. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Biblioteca Regional de Medicina*. Documento CD 19/8. 19ª Reunião do Conselho Diretor da Opas (set.-out.). Washington, 1969. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Pan American Center for Health Planning*. Documento CE68/10, 68ª Reunião do Comitê Executivo. Washington, 1972. Disponível em: http://hist.library.paho.org/English/GOV/CE/68_10.pdf. [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Development of a multimedia learning resource in the Paho Regional Library of Medicine*. Documento PAHO/ACMR 11/7. 11ª Reunião do Comitê Assessor de Pesquisas Médicas. Washington, 1972b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **[Resolução 25]**. 29ª Reunião do Conselho Diretor. (26 set./03 out.). Washington, (1983) [IM-Opas]

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE () *Los Centros Panamericanos*. Documento. SPP36/11 (Esp.). 36ª Sessão do Subcomitê de Planificação e Programação do Comitê Executivo. Washington, 2002, [IM-Opas].

PAIVA, A. M. P. [**Depoimento ao Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – EPM**]. São Paulo, 2002. [Cehfi]

POBLACIÓN, D. [**Entrevista ao Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – EPM**]. São Paulo, 2002. [Cehfi]

ROOSEVELT, F. D. [**Carta a V. Bush**], em 17 de nov. de 1944. Disponível em <http://www1.umn.edu/scitech/VBush1945.html>. Washington, 1944.

SILVA, M. M. [**Carta a Carlos Chagas Filho**], em 12 de set. Washington, 1973. Fundo Família Chagas (Caixa 181). [Dad-Coc]

SONIS, A. **A Experiência da Rede Brasileira de Informação Biomédica**. Documento apresentado à primeira reunião do *Long-Range Working Group for the Latin American Information Network*. Brasília, 1979. [Bireme]

SONIS, A. [**Depoimento, sob a forma de questionário, ao Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde - EPM**]. Buenos Aires, [2002?]. [Cehfi]

UNESCO. *Report on the Provisional International Committee on Bibliography and Documentation*. (Unesco/cua/44) Paris, 1952. Disponível em; http://unesdoc.unesco.org/ulis/search_form.html [Unesco]

UNESCO. *Unisit: study report on feasibility of a World Science Information System*. Unesco, Paris, 1971). Disponível em http://unesdoc.unesco.org/ulis/search_form.html [Unesco]

UNESCO. *Strengthening of Mechanisms for Information and Dissemination of Scientific Knowledge*. Paris, 1972a. Disponível em; http://unesdoc.unesco.org/ulis/search_form.html [Unesco]

UNESCO. *Ad Hoc Working Group on Information Requirements of Developing Countries in the Framework of the UNISIST Programme. - First Session*. Paris, 1972b. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/ulis/search_form.html [Unesco]

UNESCO. *Actas de la Conferencia General - 17ª reunión: Volume 1, Resoluciones e Recomendaciones*. Paris, 1972c. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/ulis/search_form.html [Unesco]

Referências Bibliográficas

ALLEYNE, G. A.O. Hacia una taxonomía de la cooperación técnica en salud: informe especial. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 112(1): 1-11, ene. 1992,

ALMEIDA, M. J. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: alguns antecedentes históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 25 (2): 42-52, maio/ago. 2001.

ANDRADE, J. *Marco Conceptual de la Educación Médica em la América Latina*. Washington. Opas, 1979.

ARAÚJO, V. M. H. Sistemas de informação: nova abordagem teórico-conceitual. **Ciência da Informação**. **24 (1) 1995**. (Sem indicação de página na versão para www) Disponível em 30.10.2005: <http://dici.ibict.br/archive/00000141/01/Ci%5B1%5D.Inf-2004-577.pdf>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS. **Anais da II Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas**. Rio de Janeiro: Abem, 1964.

BIREME. **Requisitos Mínimos para a Organização e Funcionamento da Biblioteca de uma Escola de Medicina**. São Paulo: Bireme, 1970a.

BIREME. **Sugestões para Organização dos Serviços da Biblioteca de uma Escola de Medicina**. Suplemento aos Requisitos Mínimos para a Organização e Funcionamento da Biblioteca de uma Escola de Medicina. São Paulo, Bireme, 1970b.

BLOOMQUIST, H & COLBY C. *NERMLS: the first year*. *Bulletin of the Medical Library Association*, 57(4): 327-339, 1967

BOWDEN, M., HAHN, T. & WILLIAMS R. (Eds.). *Proceedings of the 1998 Conference on the History and Heritage of Science Information Systems*. Medford, NJ: ASIS & Chemical Heritage Foundation, 1999.

BRANCO, M. A. F. **Política Nacional de Informação em Saúde no Brasil: um olhar alternativo**. Tese (Doutorado em Medicina Social) - IMS-UERJ, Rio de Janeiro, 2001

BUSH, V. *As We May Think*. *The Atlantic Monthly*, 176(1): 101-108, jul. 1945. Disponível em 23.11.1945: [http://www.theatlantic.com/doc/194507/bush 1945a](http://www.theatlantic.com/doc/194507/bush%201945a)

BUSH, V. *Science The Endless Frontier*. Washington: United States Government Printing Office, 1945b. Disponível em 14.06.2005:
<http://www1.umn.edu/scitech/assign/vb/VBush1945.html>

CENTRO DE HISTÓRIA E FILOSOFIA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE – CEHFI.
Uma História: Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Bireme. Relatório de Pesquisa. [São Paulo] (2002) (mimeo.)

CONGRESS OF THE UNITED STATES - OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. *Medlars and Health Information Policy*. Washington: U.S Government Printing Office, 1982.

CORNING, M. E. National Library of Medicine : *international cooperation for biomedical communications*. *Bulletin of the Medical Library Association*, 63(1): 14–22, jan., 1975.

CUETO M. *El Valor de la Salud: história de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington: OPS. 2004

CUETO M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. Washington: 94 (11): 1864-74, nov. 2004a

ELSINGA, A. A Unesco e a Política de Cooperação Internacional no Campo da Ciência. In MAIO, M C (Org). **Ciência, Política e Relações Internacionais: ensaios sobre Paulo Carneiro**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz - Unesco, 2004

ESCOBAR, A. *The Encountering Development: the making and unmaking of the third world*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

FERREIRA, J. R. *Estrategias internacionales en educación médica: asistencia técnica y cooperación técnica*. *Educación Médica y Salud*, 10 (4): 335-344, 1976.

FERREIRA, J. R. *Información biomédica y de salud en América Latina*. *Educación Médica y Salud*, 15(4): 363-8. (1981).

FERREIRA, L. F., et al. Entrevista com Ernani Braga. In LIMA, N. T.; FONSECA, C. & SANTOS, P. R. E. (Orgs.). **Uma Escola para a Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

FINNEMORE, M. *National Interests in International Society*. Ithaca: Cornell University Press, 1996.

FROHMANN, B. *Taking Information Policy Beyond Information Science: applying the actor network theory*. Disponível em 27.07.2003:
<http://www.ualberta.ca/dept/slis/cais/frohmann.htm>.

GALLARDO A. R. Armando Sandoval, un recuerdo personal. **Liber**, 4 (1-2): 1-2, jan./jun.. versão em cache de <http://www.ambac.org.mx/publicaciones/V4notas2.html>, obtida por Google em 15 jul. 2005 14:01:03 GMT

GARFIELD, E. *Current Comments: introducing Samuel Lazerow, ISI's Vice President for Administration*. In ----- *Essays of an Information Scientist*. Vol. 1, Philadelphia: ISI Press pp. 374-375, 1972.

GÓES, P. de. Normas para o funcionamento de centros de formação e aperfeiçoamento científico e docente para professores e pesquisadores: Centros de Pesquisa e Treinamento Avançado. In ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS. **Anais da II Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas**. Rio de Janeiro: Abem, 1964. pp. 89-108.

GREMAUD, A. P., VASCONCELLOS, M. A. & TONETO JR., R. **Economia Brasileira Contemporânea**. São Paulo, Atlas, 2002.

HERMAN, E. (1995). *Interview with Paul Wasserman Regarding the Early History of College of Library and Information Systems* (transcrição). Disponível em <http://www.clis.umd.edu/faculty/wasserman/pwinterview.html>.

HERZ, M. & HOFFMANN, A. R. (2004). **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro, Elsevier.

HORWITZ, A. *Planificación del Desarrollo Económico y Social em América Latina*. **Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana**, Noviembre 1961: 379-386, 1961a.

HORWITZ, A. *El Desarrollo Económico y el Bienestar Social*. **Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana**, Noviembre 1961: 387-389, 1961b.

HORWITZ, A. *Evolucion de la Educacion Medica em la América Latina*. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. (52)4, 281-289, 1962.

HORWITZ, A. *Visión general del período 1958-1961 y sus proyecciones*. **Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana**, 53 (6): 475-496, 1962a.

HORWITZ, A. *Editorial: Nuevo Enfoque en los Sistemas de Salud de las Americas (Discurso pronunciado en la Octava Reunión del Comité Científico Asesor de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, el 11 de diciembre de 1975)*. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Mar: 258-261, 1976.

HORWITZ, A. (1988). *Amador Neghme: um homenagem postumo*. **Parasitologia al Dia**, 12: 121-127.

KEMP, A. & EDLER, F. A Reforma Médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. 11(3): 569-85, set-dez. 2004.

GARCÍA, J. C. . *La Educación Médica en la América Latina*. s. l.: Opas - OMS, 1972.

GOMEZ, M. N. G. As Relações entre Ciência, Estado e Sociedade: um domínio de visibilidade para as questões de informação. **Ciência da Informação**, 32 (1): 60-76, jan/abr., 2003.

GOMEZ, M. N. G. & CANONGIA, C. (Orgs.). Contribuição para políticas de ICT. Brasília: Ibict, 2001.

JOSEPH, G. M. et al. (ed.) *Close Encounters of Empire: writing the cultural history of U.S.-Latin America relations*. Durham, Duke University Press, 1998.

LAMPERT, J. B. **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec-Abem, , 2002.

LAZEROW, S. A Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos. In **Anais da II Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas**. Rio de Janeiro: Abem, pp. 81-85, 1965.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002.

LIMA, A. L. G. S. de, et al. Ciência, política e paixão: o arquivo de Carlos Chagas Filho. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 12 (1): 85-98, jan./abr., 2005.

MARCONDES, C. H. **Informação e Desenvolvimento: políticas, pragmáticas de informação governamentais e contexto social**. Tese (Doutorado em Comunicação) Escola de Comunicação ECO-IBICT/UFRJ. Rio de Janeiro, 1998.

MAIO, M. C. Demandas globais, respostas locais: a experiência da Unesco na periferia no pós-guerra. In _____ (Org). **Ciência, Política e Relações Internacionais: ensaios sobre Paulo Carneiro**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz - Unesco, 2004

MARÍN, S. L. (2002). *Doctor Armando Manuel Sandoval Caldera (1916 – 2001): entre la investigación biomédica y las ciencias de la información*. **Liber**. México, DF, Vol. 4, nº 1-2, jan./jun.. (sem indicação de página)

MILES, W. D. *A History of the National Library of Medicine : the nation`s treasury of medical knowledge*. Washington D.C., USDHHS, 1982

MIRANDA, A. L. C. de. **Planejamento Bibliotecário no Brasil: a informação para o desenvolvimento**. Brasília, Editora da Universidade de Brasília, 1977.

MORAES, I. H. S. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo, Hicitec-Abrasco, 1998.

MORAES, I. H. S. **Política, Tecnologia e Informações em Saúde: a utopia da emancipação**. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2002.

MOREIRA M. M. **Marcílio Marques Moreira - entrevista ao CPDOC/Fundação Getúlio Vargas**. (Dora Rocha e Alexandra de Mello e Silva, orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001

NEGHME, A. Um Plano para o Desenvolvimento de uma Rede de Comunicações Científicas na América do Sul: a Biblioteca Regional de Medicina da Organização Pan-Americana da Saúde. In **Anais da VII Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas**. Rio de Janeiro, Abem, pp. 191-205, 1969

NEGHME, A. *La funcion de la Biblioteca em la Enseñanza superior, la investigacion científica y la Pratica Profesional*. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Washington, Opas. 1972.

NEGHME, A. *Operations of the Biblioteca Regional de Medicina*. **Bulletin of the Medical Library Association**. Washington: 63 (2): 173-179, abr., 1975

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Declaración a los Pueblos de América. Carta de Punta del Este, Plano Decenal de Educación (anexo I) e Plano Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (anexo II)*. (Documentos finais da Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial. Punta del Este, agosto de 1961). **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**.: Nov.: 475-493, 1961.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Editorial*. **Boletín de la Organización Panamericana de la Salud**. Nov. 1961.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Pro Salute Novi Mundi: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washigton, D.C.: Opas. 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: cien años de historia - 1902/2002*. Bogotá: OPS/OMS, 2002.

PIEGAS, M. H. A. & NOWINSKY, A. Index Medicus Latino-Americano: exemplo de cooperação técnica entre países em desenvolvimento. **Revista de Biblioteconomia**, 9 (2): 89-93, jul. 1981.

PINHEIRO, L. V. R. **A Ciência da Informação entre a Sombra e a Luz: domínio epistemológico e campo interdisciplinar**. Tese (Doutorado em Comunicação) - Escola de Comunicação/UFRJ. Rio de Janeiro, 1997.

RAYWARD, W. B. The International Federation for Information and Documentation (FID). *Encyclopedia of Library History*, editada por Wayne A. Wiegand and Don G. Davis Jr.. New York: Garland Press, pp: 290-294, 1994.

REYNA, O G P. *Las Revistas Médicas Científicas del Peru – 1827/1996*. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1998.

SILVA, L. A. G. *Políticas de Información en América Latina: logros y retos para el futuro*. In *Congreso Internacional de Información*, (Info 1997), Havana: 1997. Disponível em:
www.congreso-info.cu/UserFiles/File/Info/Info97/Ponencias/198.pdf.

SILVA, L A G da **A Institucionalização das Atividades de Informação Científica e Tecnológica no Brasil: o caso do Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação**. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia e Ciência da Informação) - Universidade de Brasília. Brasília, 1987.

SILVA, M. R. B. da. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 8 (3): 543-68, set.-dez. 2001.

SILVA, M. R. B. da (*et al.*) **Uma Biblioteca sem Paredes: história da criação da Bireme**. (mimeo). [São Paulo, Cefhi], 2004.

SMITH E. V. & JANSON F S. *Exporting the American (information) revolution: the international impact of the National Library of Medicine*. *Bulletin Medical Library Association*. 74(4): 339–343. Outubro, 1986.

SCHARAIBER, I. **Educação Médica e Capitalismo**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989

SONIS, A. *Educación en Ciencias de la Salud y Atención Médica: análisis de su interrelación*. *Educación Médica y Salud*. 10 (3): 234-253, 1976.

SONIS, A. *Escuelas de salud pública: Tendencias y perspectivas para la década del 70*. *Educación Médica y Salud*. (Opas) jan.-mar. 1972 6(1): 19-42

STERN, Steve J. *The Descentered Center and the Expansionist Periphery: the paradoxes of foreign – local encounter*. In Gilbert M. Joseph, Ricardo D. Salvatore, Catherine Le Grand *Close Encounter of Empire: writing the cultural history of U.S. – Latin American relations*. Durham: Duke University Press, 1998.

THE COMMONWEALTH FUND (2005). **Foundation History**. Nova York. Disponível em: http://www.cmwf.org/aboutus/aboutus_show.htm?doc_id=224821.

VERAS, R. P. **A Abem e as transformações da prática médica no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, IMS, 1981.

WHITE, K. Información para la atención de salud: una perspectiva epidemiológica. *Educación Médica y Salud*, 15(4): 363-8. (1981).

VILLARREAL, Ramón. **Prólogo**, In GARCÍA, Juan César. *La Educación Médica em la América Latina*. S.l.: Opas. 1972.

WATTERSON, R. M. Harold John Bloomquist, 1928-1985. *Bulletin of the Medical Library Association*.. 73 (4): 415-417, 1985.

ZAHER, C. R. Entrevista: Celia Ribeiro Zaher. **Ciência da Informação**. 24 (1) (sem indicação de página na versão para www), 1995. Disponível em 15.11.2005: <http://dici.ibict.br/archive/00000134/01/Ci%5B1%5D.Inf-2004-571.pdf>

Anexo
Tabela e gráficos

Tabela I: Evolução do Orçamento da Bireme: 1968-1982 em US\$ 1.000*

Ano	Valores Nominais			Valores Corrigidos 2005**		
	Gov. e Proj. Brasil ***	Opas e Ag. xt.***	Total	Gov. e Proj. Brasil e	Opas e Ag. Ext.	Total
1968	70	90	160	400	514	914
1969	85	100	185	461	541	1.002
1970	96	100	196	492	512	1.004
1971	76	223	299	378	1089	1.467
1972	125	413	538	594	1964	2.558
1973	203	346	549	909	1549	2.458
1974	212	358	570	855	1443	2.298
1975	213	265	478	790	976	1.766
1976	967	317	1.284	3379	1107	4.486
1977	1.232	270	1.502	4042	885	4.927
1978	882	346	1.228	2690	1054	3.744
1979	686	419	1.105	1878	1147	3.025
1980	345	486	831	832	1172	2.004
1981	618	343	961	1351	750	2.101
1982	759	301	1.060	1563	620	2.183

* Fonte para valores: Bireme, 1982: Anexo

** Fonte para correção de valores: *United States Department of Labor; Bureau of Labor Statistics; Inflation Calculator*. Ver <http://www.bls.gov/home.htm>

*** Governo e Projetos do Brasil, corresponde aos valores disponibilizados pelo Governo do Brasil em função do convênio básico e por agências brasileiras entre as quais a secretaria de Saúde de São Paulo, a Fienp, entre outras. Opas e Agências do Exterior corresponde às contribuições regulares da Opas e aportes realizados por agências como o Pnud e a Fundação Kellogg.

Gráfico I - Evolução do Orçamento da Bireme: orçamento nominal x preços de 2005

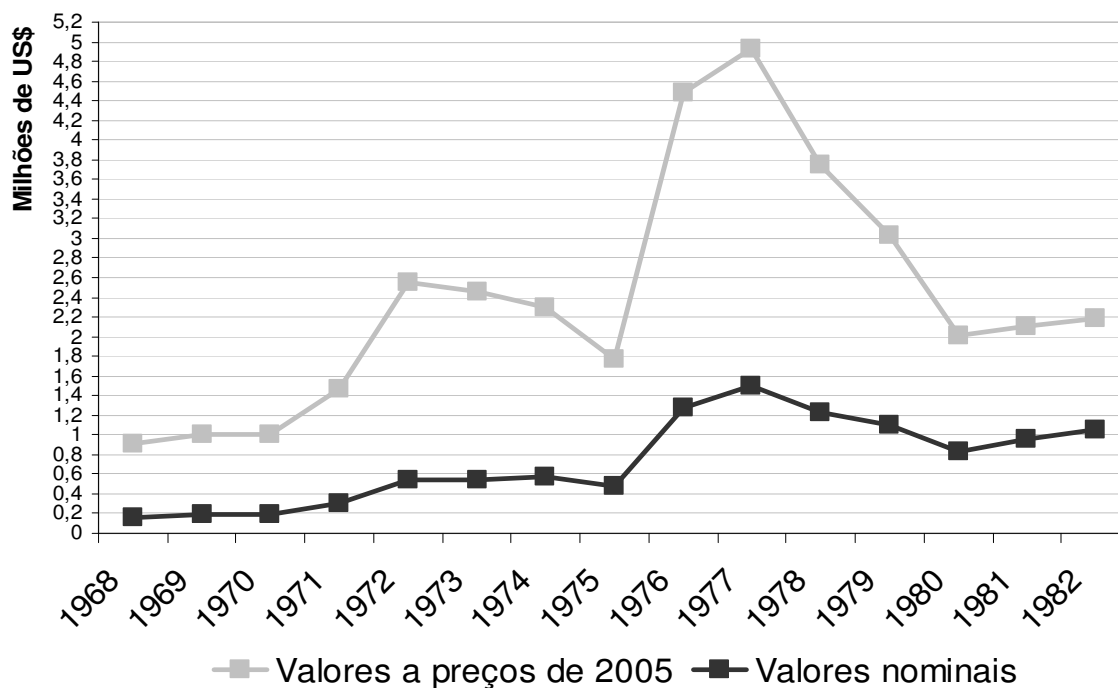


Gráfico II: Evolução do Orçamento da Bireme por origem dos recursos: fontes nacionais x fontes externas, a preços de 2005.

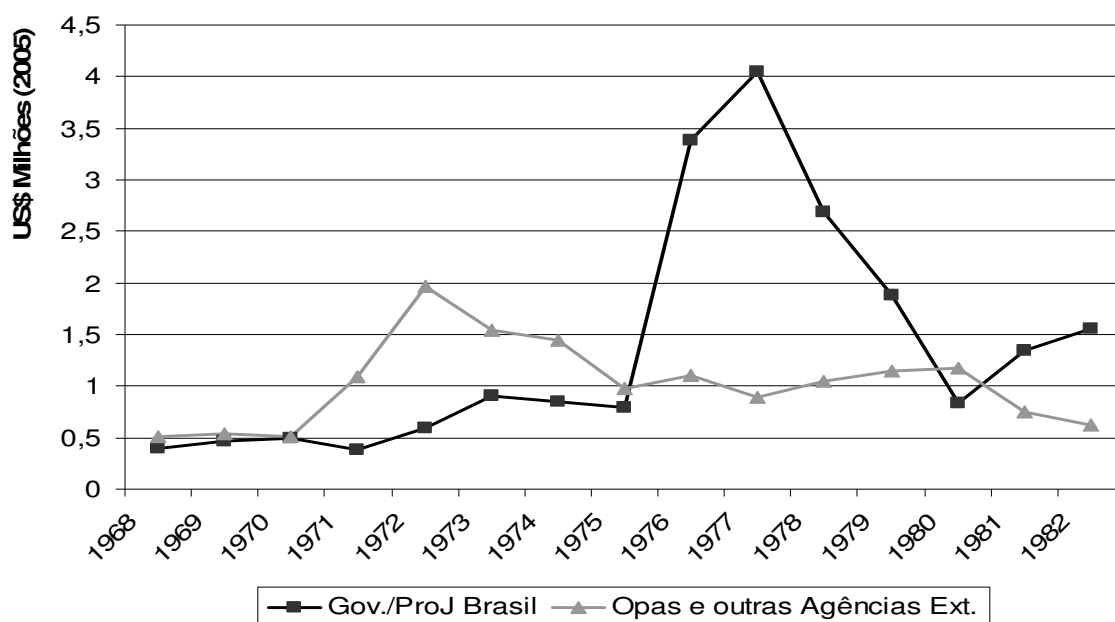


Gráfico III: Número de cópias de artigos realizadas e remetidas: Brasil x América Latina. Os espaços na curva indicam informação não disponível.

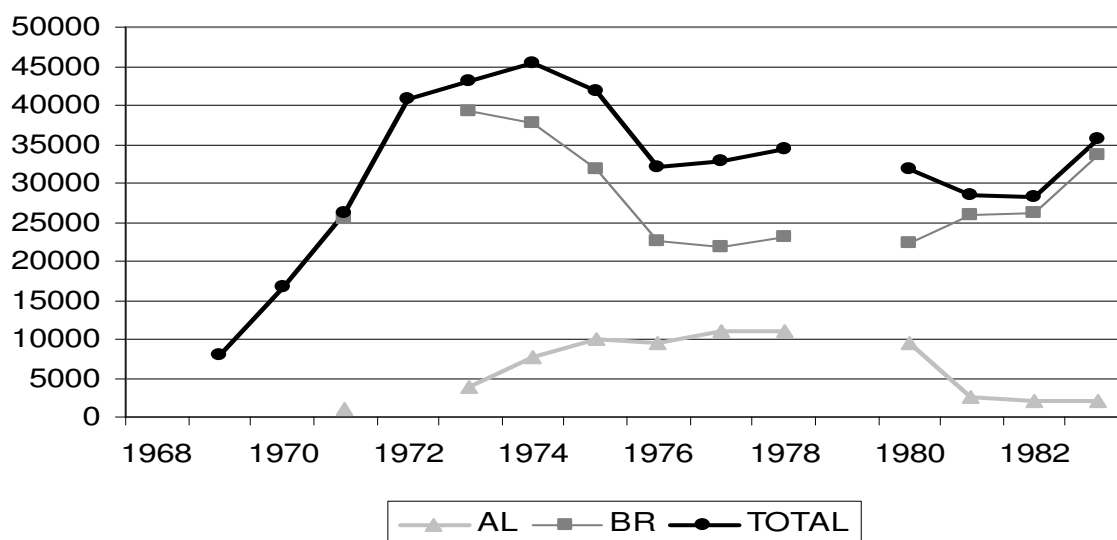


Gráfico IV: Distribuição duplicatas de fascículos ou volumes encadernados de duplicatas de periódicos. Em unidades

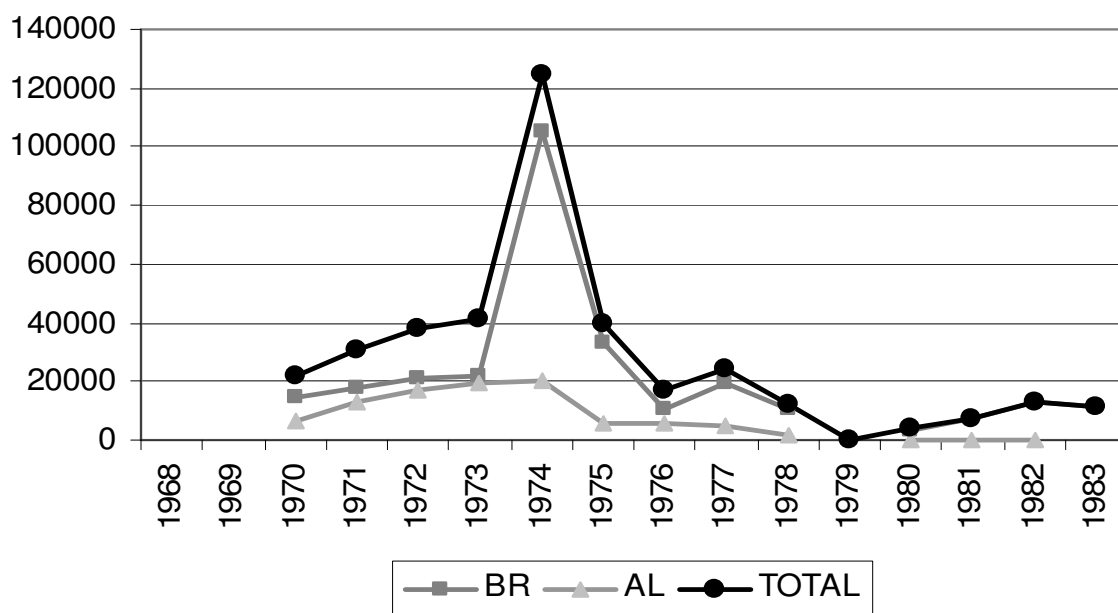
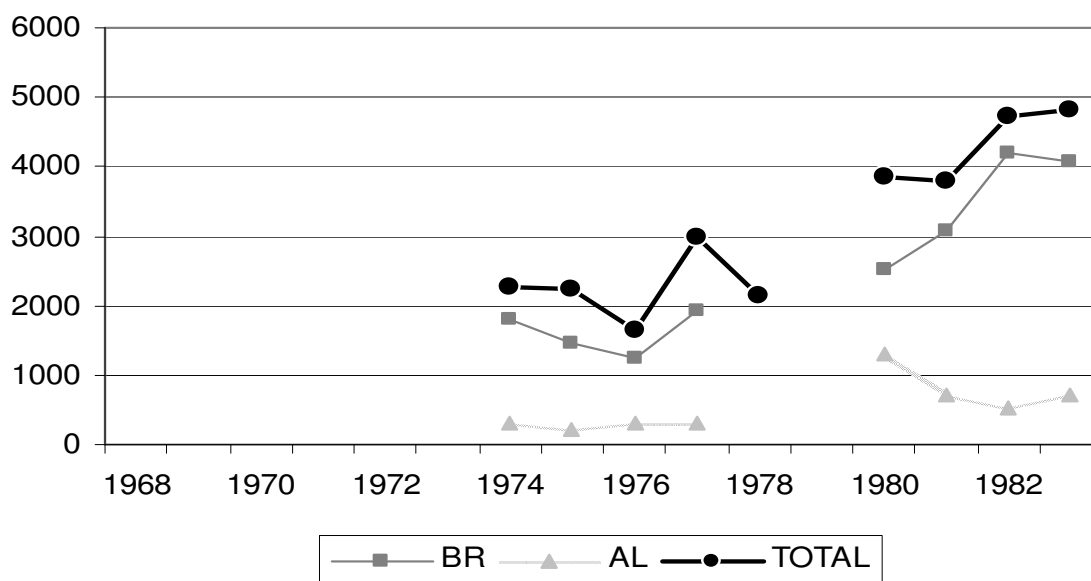


Gráfico V: Elaboração de Bibliografias a partir de Medline.



Fontes para os gráficos demonstrativos da produção alcançada pela Bireme: Bireme 1974; 1975; 1977b; 1978; 1979; 1980a; 1982; 1982a; 1983 Neghme, 1975.