

Cooperação estruturante em saúde e o papel das redes na CPLP

Structuring cooperation in health and the role of networks in CPLP

Felix Julio Rosenberg

Mestre em Epidemiologia Veterinária (University of Pennsylvania).
Palácio Itaboraí / Fiocruz
felix@fiocruz.br

Geandro Ferreira Pinheiro

Mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Coordenação de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (CCI/EPJSV/Fiocruz)
geandro@fiocruz.br

Augusto Paulo José da Silva

Mestre em Biologia (Universidade Kichinev).
Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS/Fiocruz)
augustopaulosilva@fiocruz.br

Ana Beatriz de Noronha

Mestre em Comunicação e Cultura (UFRJ). Coordenação de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (CCI/EPJSV/Fiocruz)
anabeatriz@fiocruz.br

Helifrancis Condé Groppo Ruela

Mestre em Educação Profissional em Saúde (EPSJV/Fiocruz). Coordenação de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (CCI/EPJSV/Fiocruz)
helifrancis@fiocruz.br

Ingrid D'avilla Freire Pereira

Doutoranda em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Coordenação de Cooperação. Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (CCI/EPJSV/Fiocruz)
ingrid.davilla@fiocruz.br

Resumo

O artigo apresenta o contexto de emergência da cooperação estruturante em saúde, no âmbito da qual se destaca o papel e atuação das Redes Estruturantes de Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), em substituição à tradicional cooperação norte-sul, focada em programas verticais. Posteriormente, os autores abordam aspectos históricos da formulação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da CPLP, os objetivos das Redes – Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública (RINSP), Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública (RESP) e Rede de Escolas Técnicas em Saúde (RETS) – bem como sua perspectiva de atuação estruturante junto aos sistemas de saúde e ciência e tecnologia em saúde dos países membros. Por fim, apontam os desafios e perspectivas que se apresentam na formulação e programação do próximo ciclo do PECS-CPLP (2017-2020).

Palavras Chave:

Saúde Pública, cooperação internacional, redes de saúde comunitária.

Abstract

The article presents the context of emergence of the structural cooperation in health, within which the role and activities of the Health Structuring Networks of the Community of Portuguese Language Countries / Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) are noteworthy, replacing the traditional North-South cooperation, focused on vertical programs. Subsequently, the authors address historical aspects of the formulation of the Strategic Plan for Cooperation in Health of the CPLP, the objectives of the Networks - Network of National Public Health Institutes / Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública (RINSP), Network of National Schools of Public Health / Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública (RESP) and Network of Technical Schools in Health / Rede de Escolas Técnicas em Saúde (RETS) – as well as their prospect of structural operation together with the health systems and the science and technology in health systems of member countries. Finally, they point out the challenges and prospects that are presented in the development and programming of the next PECS-CPLP cycle (2017-2020).

Key Words:

Public Health, international cooperation, community health networks.

Cooperação estruturante em saúde e o papel das redes na CPLP

No início deste século, a mortalidade materna (causas ligadas à gravidez, parto e puerpério) alcançava a cifra de 1700 mortes maternas por 100 mil nascimentos em Angola e ao redor de 1000 por 100 mil em Guiné Bissau e Moçambique [1]. A expectativa de vida ao nascer, que no Brasil e em Portugal alcançava cerca de 70 anos, não passava de 45 anos em Angola, Guiné Bissau e Moçambique. Em 2007, a mortalidade de crianças menores de cinco anos por mil nascidos vivos, que era de apenas cinco por mil em Portugal, chegava a 198 por mil em Guiné Bissau, 168 por mil em Moçambique e 158 por mil em Angola [2].

Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizar o mínimo de um médico por mil habitantes, em 2004, o Timor Leste, contava apenas com 0,1 médico por mil habitantes, enquanto Moçambique, mal alcançava a taxa de 0,03 médico para cada mil habitantes [3].

Devido à situação de carência generalizada e de reconstrução pós-conflito, vivida por quase todos esses países, seus sistemas de saúde se constituem frágeis e pouco estruturados. Cobertura de serviços deficiente em quantidade e qualidade, trabalhadores mal remunerados e em número insuficiente e dificuldades na governança são apenas algumas das diversas debilidades que tornaram crítica a situação de saúde nos países africanos de língua portuguesa (PALOP) e em Timor Leste.

Ademais, nenhum dos países dispõe dos recursos tecnológicos necessários para atender às crescentes demandas em saúde de suas populações e muitos dependem, de forma substancial, de doações externas para operar seus sistemas de saúde, visto que o gasto em saúde é diminuto, muitas vezes sequer cobrindo ações da atenção primária.

No âmbito da cooperação internacional, por sua vez, a história tem mostrado a proliferação, a desarticulação e a falta de coordenação de projetos e recursos oferecidos por um conjunto de doadores – organizações multilaterais, agências nacionais de cooperação, organizações não governamentais e organizações filantrópicas de cunho religioso, dentre outras – que, normalmente, pré-definem seus objetivos, programas e prioridades segundo seus próprios interesses. Nesses casos, o uso dos recursos e as ações de cooperação não são definidos pelos países que recebem a cooperação, de acordo com suas necessidades, focando-se na maioria das vezes em enfermidades de etiologia definida ou problemas bem específicos e delimitados de saúde, no formato que é conhecido como ‘cooperação vertical’ [4].

Os países beneficiários, em grave crise econômica e com alto grau de dependência da cooperação externa, possuem, muitas vezes, capacidade restrita para organizar e articular suas demandas. Além disso, a articulação entre os Ministérios da Saúde e os Ministérios das Relações Exteriores, bem como entre outros setores do poder público é geralmente pequena ou quase nula. Todas essas condições acabam servindo de justificativa frequente para que muitos dos doadores atuem nos países beneficiários com organizações privadas, especialmente ONGs de origem estrangeira.

Em resumo, esse tipo de cooperação, que segue mais as linhas da assim chamada ‘Assistência Técnica’¹ e que é o modelo predominante das relações Norte-Sul caracteriza-se pela superposição de projetos, tanto no que diz respeito aos assuntos ou patologias tratadas e aos territórios alvo quanto às populações envolvidas, com a omissão ou ausência (‘gap’) de diversos temas prioritários para a saúde da população desses países. A consequência principal desse modelo é a fragmentação e a baixa efetividade dos escassos recursos disponíveis no país.

Diante desse modelo, agravado ainda mais pela constante redução da ajuda externa devido à crise econômica dos países desenvolvidos, o Governo do Brasil, inspirado nas estratégias da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) [4] e na Declaração de Paris [5], posteriormente fortalecida pela Agenda para Ação de Accra [6], cunhou e desenvolveu o modelo de cooperação estruturante em saúde. Dessa forma, a cooperação técnica entre países assume um caráter estratégico na política externa brasileira, ao mesmo tempo em que a saúde é reconhecida como tema predominante na agenda nacional de ‘Cooperação Sul-Sul’, revelando uma aproximação sem precedentes entre os Ministérios das Relações Exteriores e os da Saúde [7].

É nesse contexto que o Brasil assume um papel decisivo na construção do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (PECS-CPLP) [8], resultante de uma delicada costura da ‘diplomacia da saúde’ [9] brasileira. A partir de uma proposta da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada ao Ministério da Saúde brasileiro, a Secretaria Executiva da CPLP deu início ao processo de construção do PECS, no qual logo se inseriu o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT), Portugal. A partir daí, o Plano foi desenvolvido ao longo de reuniões intercaladas do Grupo de Saúde Interpaíses – Lisboa, junho de 2007; Lisboa, junho de 2008; e Recife, março de 2009 – e dos Ministros da Saúde dos países da CPLP – Praia, abril de 2008, e Rio de Janeiro, setembro de 2008. O PECS consagrou-se como um grande pacto celebrado pelos Ministros da Saúde dos então oito países da Comunidade, registrado na Declaração do Estoril [10], em maio de 2009.

A cooperação estratégica em saúde coberta pelo PECS-CPLP inclui sete eixos temáticos² para a definição tanto de projetos prioritários como de metas a serem atingidas. O objetivo fundamental do Plano é o reforço dos sistemas nacionais de saúde, particularmente com a estratégia de fortalecimento ou desenvolvimento das ‘instituições estruturantes do sistema’ e de implementação da atenção primária à saúde.

Atravessando matricialmente os eixos estratégicos, o PECS definiu a criação das ‘redes estruturantes’ dos sistemas nacionais de saúde como instrumento para a operacionalização das ações do plano. Essas redes são constituídas por instituições nacionais capazes de implementar os principais compromissos que devem assumir os Estados membros para assegurar sistemas de saúde soberanos e eficazes.

Foram inicialmente considerados como estruturantes para os sistemas nacionais de saúde os elementos vinculados à ciência

e a tecnologia em saúde, alicerçados nos Institutos Nacionais de Saúde Pública; a formação de recursos humanos estruturada mediante as Escolas Técnicas de Saúde e as Escolas de Saúde Pública; e a apropriação da capacidade de instalar e manter os equipamentos de saúde.

A Rede de Institutos Nacionais de Saúde da CPLP

“Um Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) é uma organização ou rede de organizações científicas que fornece liderança nacional especializada com a finalidade de encontrar melhorias substantivas, de longo prazo, em saúde pública. Os INSP são organizações com propósitos múltiplos, incluindo pessoal com amplo espectro de habilidades e experiências que executam funções críticas em saúde pública tais como a vigilância e a investigação. Dado seu caráter científico, os INSP são fontes confiáveis de assessoramento para níveis políticos e de decisão. Na maioria dos casos, os INSP são parte integrante dos Governos (quase sempre subordinados aos Ministérios da Saúde). Em geral, relacionam-se com outras agências ou órgãos governamentais com responsabilidades em saúde pública e com níveis subnacionais (provinciais, municipais, etc.) do Governo” [11].

Com base nessa definição, os INSP assumem um caráter de organismos de Estado, mais do que de Governo, com uma missão de longo prazo vinculada ao alcance de decisões autónomas e soberanas, baseadas nas realidades próprias dos respectivos países e regiões.

Conscientes do papel determinante da ciência e da tecnologia para a estruturação de sistemas nacionais de saúde autónomos e soberanos e considerando a longa história de cooperação em saúde no âmbito da CPLP, uma das primeiras ações da então recém-criada Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde³ (IANPHI) foi patrocinar uma visita de prospecção conjunta da Fiocruz e do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)⁴ americano ao Instituto Nacional de Saúde e outras instituições de saúde de Moçambique, no mês de maio de 2006. Em outubro do mesmo ano, dando sequência à missão, uma nova visita de prospecção foi realizada pela Fiocruz a Angola, Guiné Bissau e Moçambique. Com a finalidade de analisar os resultados das missões e propor ações de cooperação conjunta, foi realizada, na sede do IHMT, em Lisboa, de 2 a 4 de novembro de 2006, a primeira ‘Reunião dos Institutos Nacionais de Saúde da CPLP sobre Cooperação Técnica’, uma iniciativa da Fiocruz em articulação com IHMT e apoio técnico e financeiro da IANPHI.

Nessa oportunidade, já existiam, no âmbito da CPLP, Institutos Nacionais de Saúde, obedecendo em boa medida ao Marco de Referência da IANPHI: em Angola, o Instituto Nacional de Saúde Pública; no Brasil, a Fiocruz; em Moçambique, o Instituto Nacional de Saúde; em Portugal, o Instituto Nacional de Saúde (INSA) e o IHMT. Na Guiné Bissau, já existia um projeto de criação do Instituto Nacional de Saúde (INASA) que incluiria o Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP), o Projeto de Saúde Bandim

(PSB) e o Centro de Medicina Tropical (CMT), dentre outras instituições então vinculadas ao Ministério da Saúde.

Destacamos como as conclusões mais significativas dessa reunião, a necessidade de apoiar e fortalecer a capacidade de formulação de políticas e estratégias dos dirigentes dos INSP no campo das funções essenciais dos institutos, nos contextos dos respectivos sistemas nacionais de saúde e de ciência e tecnologia, mediante: (a) cooperação para a elaboração de Planos Estratégicos Plurianuais para os INSP; (b) a capacitação dos dirigentes em planeamento estratégico; e (c) promoção e financiamento de atividades de *benchmarking*⁵ junto a diversos institutos de saúde pública. A principal conclusão do evento foi que a constituição de uma rede dos INSP, no âmbito da CPLP, poderia fortalecer as soluções estratégicas e racionalizar recursos e procedimentos. Na oportunidade também foram debatidas demandas, necessidades e propostas nas áreas de: pesquisa e desenvolvimento tecnológico; serviços de referência; gestão do trabalho, ensino e formação de recursos humanos; e informação e comunicação.

Em 21 de março de 2011, em consonância com o PECS e seguindo as conclusões e recomendações da reunião técnica acima relatada, bem como os resultados de ações bilaterais de cooperação com Guiné Bissau e Moçambique, foi realizada a ‘Reunião Fundadora da Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP (RINSP-CPLP)’, na cidade de Bissau, Guiné Bissau, na sede do INASA, cuja recomendação foi: “Os participantes definiram, por consenso, como primeira prioridade do futuro trabalho em rede, a advocacia e apoio para criar INSP nos países onde estes ainda não existem, notadamente, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, considerando que os Sistemas Nacionais de Saúde de cada Estado membro, independentemente da sua dimensão, tamanho da sua população ou localização geográfica, devem constituir instituições que assegurem a geração e disseminação de evidências técnicas e científicas necessárias ao processo de tomada das decisões políticas e estratégicas setoriais autónomas e soberanas” [12].

Imediatamente depois foi realizada uma Reunião Extraordinária da Rede que elegeu o Secretário da RINSP-CPLP; resolveu incorporar à rede o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP); e identificou potenciais áreas prioritárias de cooperação.

A 2ª Reunião Ordinária da RINSP-CPLP foi realizada na sede do IHMT, em Lisboa, em 19 de abril de 2013. De alguma forma, antecipando as tendências sobre a nova realidade sanitária, a RINSP assumiu como compromissos prioritários: (1) a realização de um seminário sobre aspectos políticos, estratégicos e operacionais dos INSP, efetivamente levado a cabo na sede do Instituto Aggeu

1 - Se utiliza o termo Norte-Sul como uma referência à relação entre países de elevado desenvolvimento económico, a maioria no hemisfério Norte e os países pobres, em geral no hemisfério Sul.

2 - Os Eixos estratégicos do PECS original são: 1) Formação e desenvolvimento da força de trabalho; 2) Informação e comunicação em saúde; 3) Investigação em saúde; 4) Complexo produtivo da saúde; 5) Vigilância em saúde; 6) Emergências e desastres; e 7) Promoção e proteção da saúde.

3 - International Association of National Public Health Institutes.

4 - Centers for Disease Control and Prevention.

5 - Estudos comparativos.

Magalhães da Fiocruz, na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil nos dias 7 e 8 de novembro de 2013, com a presença de diretores e representantes de todos os INSP e instituições equivalentes da RINSP-CPLP; e (2) a realização de um seminário sobre Vigilância de Iniquidades em Saúde e Papel dos Institutos na Agenda Pós-2015. Com tal finalidade foi realizado, de 7 a 9 de maio de 2014, na sede do Palácio Itaboraí da Fiocruz, na cidade de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil, o seminário – oficina conjunta RINS-Unasur/RINSP-CPLP: ‘O papel dos Institutos Nacionais de Saúde na investigação e monitoramento da determinação social da saúde’.

Devido à emergência da epidemia de doença pelo vírus Ébola, foi realizado na cidade de Maputo, Moçambique, no período de 28 a 30 de janeiro de 2014, um seminário específico sobre o tema, com a participação de profissionais das áreas de infectologia clínica, epidemiologia e laboratório de Brasil, Cabo Verde, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe.

Em junho de 2014, os avanços altamente significativos ocorridos em Cabo Verde acabaram resultando na criação formal e designação das autoridades do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), para o qual estão sendo previstas atividades de planejamento estratégico de longo prazo, a serem realizadas com apoio da IANPHI, do IHMT e da Fiocruz, cuja finalidade é dar subsídio ao projeto arquitetônico das suas novas instalações.

De um modo geral, a institucionalização da RINSP-CPLP foi um marco importante e decisivo para a cooperação e colaboração solidárias em saúde pública entre os institutos centenários do Brasil e de Portugal com os seus congêneres mais novos dos Estados membros de África, nomeadamente Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e, mais recentemente, Cabo Verde.

Graças à sua participação ativa nos trabalhos colaborativos da Rede, os jovens Institutos Nacionais de Saúde de Moçambique (INS) e da Guiné-Bissau (INASA), em graus diferentes evidentemente, alcançaram níveis de realização sem precedentes, melhorando e alargando as suas capacidades de atuação e de afirmação nos respectivos sistemas de saúde, com aumento quantitativo e qualitativo do INASA na adoção do enfoque de ‘saúde em todas as políticas’ com foco territorial e a sua contribuição com o Banco Mundial para atender o modelo global de desenvolvimento nacional.

Esses exemplos constituem excelentes referências para a demonstração e consolidação dessas instituições como estruturas sólidas de apoio às iniciativas dos Governos nacionais em defesa da justiça e da democracia.

Nesse sentido, manifestou-se a plenária da 3ª Reunião Ordinária da RINSP-CPLP, ocorrida na sede da CPLP, na cidade de Lisboa, em 29 de fevereiro de 2016, que priorizou para a nova etapa do PECS, os seguintes pontos: (a) continuar advogando pela criação de INSP nos países da Comunidade nos quais ainda não existem: São Tomé e Príncipe, Timor Leste e Guiné Equatorial; (b) definir e fortalecer o papel dos INSP no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - 2030; (c) promover a articulação estratégica e operacional com as redes de formação de recursos humanos em saúde: RESP-CPLP e RETS-CPLP⁶; (d)

promover a articulação estratégica e operacional com as Redes Temáticas de Investigação e Desenvolvimento; e) promover a sustentabilidade financeira; (f) fortalecer as comunicações intra e extra-rede; e (g) alinhar as agendas bilaterais com a agenda multilateral do PECS.

Como desafio da RINSP-CPLP nessa etapa, é possível destacar o desenvolvimento dos Observatórios Nacionais de Saúde, seguindo as recomendações do Seminário de Recife e do Seminário Conjunto, notadamente as propostas para o fortalecimento do monitoramento e investigação sobre a determinação social e as iniquidades em saúde nos institutos. Esse desafio está intensamente relacionado com o objetivo de envolver os INSP no cumprimento dos ODS. Para tanto, como é natural, será de importância extrema a vinculação estreita dos INSP com os respectivos Institutos Nacionais de Estatísticas (INE) ou equivalentes nos países. É estratégico o envolvimento do secretariado da rede dos INE da CPLP, para viabilizar o desenvolvimento de estatísticas vitais e da saúde e outros indicadores intersetoriais, elementos imprescindíveis nessa nova etapa de articulação estratégica dos institutos.

As redes estruturantes do eixo ‘formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde’ do PECS

A força de trabalho é elemento estratégico ao desempenho dos sistemas nacionais de saúde. Atingir a universalidade e a qualidade dos cuidados de saúde só é possível com trabalhadores com boa formação e em quantidade adequada. A realidade, no entanto, mostra uma escassez mundial de trabalhadores no setor saúde, onde o déficit mais agudo é verificado em África. Em 2006, dos 57 países com um déficit crítico na sua força de trabalho em saúde, 36 estavam em África, incluindo três pertencentes à CPLP (Angola, Guiné-Bissau e Moçambique) [3].

É comum encontrar um cenário repleto de problemas estruturais de inadequação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos na saúde entre os países da CPLP – ainda que com ampla assimetria entre eles. Dentre outras coisas, é possível identificar:

- Profundos desequilíbrios na disponibilidade, composição e distribuição da força de trabalho; baixo número de profissionais de saúde por habitante, com escassez de pessoal de categorias profissionais específicas, em especial dos trabalhadores técnicos; distribuição geográfica do pessoal de saúde altamente desigual nos países, com grandes disparidades regionais;
- Precarização do trabalho, com débeis sistemas de incentivo, resultando na necessidade de os trabalhadores, especialmente os do setor público, buscarem um segundo emprego; baixa produtividade no trabalho e altas taxas de absentismo; significativo número de migrações de trabalhadores de África para países centrais;
- Baixo grau de desenvolvimento nas áreas de gestão e administração de pessoal, geralmente centralizadas, pouca disponibilidade de dados e de sistemas de informação sobre trabalhadores da saúde;

- Problemas relativos à elaboração de políticas e de planos estratégicos para a força de trabalho da saúde, desenvolvimento do ensino e da formação desde o nível técnico à pós-graduação. São baixos os investimentos na formação básica e na qualificação permanente dos trabalhadores da saúde.

Esse contexto foi fundamental para definir ‘formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde’ como um dos eixos estratégicos do PECS-CPLP [8], considerando-os prioritários para o enfrentamento de graves problemas dos sistemas nacionais de saúde dos países da Comunidade.

Para operacionalização da estratégia, foi definida a conformação e institucionalização de redes estruturantes de instituições formadoras: a Rede de Escolas Técnicas em Saúde (RETS-CPLP) e a Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública (RESP-CPLP). Na formulação proposta, as estruturas que comporiam essas redes constituiriam os locais de implementação da maioria das ações de cooperação no campo da formação e desenvolvimento da força de trabalho. Junto a isso, os organismos estatais responsáveis pela cooperação internacional, seja no âmbito dos Ministérios da Saúde e Educação ou na Chancelaria, teriam um importante papel de coordenação e apoio a essas instituições e suas nascentes redes de articulação, constituindo assim uma visão matricial de abordagem dos problemas identificados.

A partir do marco instituinte do PECS-CPLP até o momento atual, foram desenvolvidas diversas ações para prover as condições necessárias de criação e consolidação das Redes, com êxitos e resultados variados.

As redes de instituições formadoras foram concebidas para atuarem e desenvolverem atividades de cooperação internacional, cujo objetivo fosse fortalecer as instituições estruturantes do sistema de saúde e seu desenvolvimento organizacional, a fim de cultivar as capacidades e os recursos endógenos potenciais de cada país. Nesse sentido, são objetos relevantes das ações de cooperação: a ampliação da capacidade de elaboração de projetos; a regulamentação dos cursos; a elaboração de currículos, cursos, metodologias e tecnologias educacionais voltados para a formação de profissionais para os serviços, programas e sistemas de saúde; e, ainda, a produção e divulgação de conhecimentos nas áreas de trabalho, educação, saúde e ciência, tecnologia e inovação (C&TICT&I).

Essas redes representam, portanto, uma estratégia de organização de capacidades formativas em saúde/saúde pública, com definição de instâncias executivas e reitoras, do plano de ações e metas, dos instrumentos para a execução do plano e seu monitoramento. Seu processo de pactuação envolve as instâncias responsáveis pela formação e educação permanente de profissionais e outros trabalhadores da saúde, tais como as direções nacionais de recursos humanos dos Ministérios de Saúde, os Institutos Nacionais de Saúde, as Escolas Nacionais de Saúde Pública, as Escolas Técnicas de Saúde e demais instituições formadoras de profissionais da saúde.

Cumpre caracterizar de forma específica cada uma das duas Redes, que tiveram evolução e performances bastante distintas.

A Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública (RESP-CPLP)

A proposta de constituição de uma Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública no âmbito da CPLP parte do reconhecimento de que essas instituições se configuram como um espaço estratégico para a formação de quadros para os sistemas de Saúde e para o fortalecimento da governança em saúde. Exemplos positivos são registrados desde as escolas pioneiras nos Estados Unidos e em França, assim como em diversos países da América Latina, nomeadamente, no Brasil.

A ideia, que permeou a formulação original do PECS, era a organização de uma rede de instituições/instâncias de governo dos países membros da CPLP que tivessem a atribuição de formar e qualificar recursos humanos em saúde, de modo a contribuir significativamente para o aperfeiçoamento das capacidades formativas regionais e internacionais, criando condições para a construção de planos de ação nacionais e multilaterais, favorecendo o intercâmbio de experiências e conhecimentos e o aprimoramento das instituições formadoras envolvidas.

Entretanto, o estabelecimento de uma RESP-CPLP, voltada inicialmente para a “qualificação de dirigentes e gestores dos sistemas nacionais de saúde”, teve escasso avanço, ainda que muitas ações tenham sido desenvolvidas desde o marco de instalação do PECS para prover as condições necessárias para sua criação. A Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP/Fiocruz), responsabilizada como secretariado executivo da RESP, realizou missões técnicas junto a Angola e Moçambique em 2013 e um conjunto de reuniões técnicas entre os secretariados executivos das outras duas redes estruturantes (RINSP e RETS), buscando sinergia de ações.

Nesse período, algumas importantes iniciativas foram concretizadas, a partir de processos de cooperação da ENSP/Fiocruz com instituições de países da CPLP, tais como o pioneiro mestrado em Saúde Pública em Angola e o mestrado em sistemas de saúde junto ao INS de Moçambique. Porém, a visão inicial de estruturação de uma rede de instituições formadoras ainda não se conformou como realidade.

Nos processos avaliativos e de repactuação do PECS tem sido reiterada a importância estratégica de conformação da RESP. Na reunião técnica PECS-CPLP, ocorrida em Lisboa entre 29 de fevereiro a 4 de março de 2016 [13], foram reformuladas as estratégias para o avanço na estruturação da RESP-CPLP, utilizando como modelo a Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública da Unasur (RESP-Unasur). Estão previstas, até o final de 2016, diversas iniciativas comunitárias e estratégica e operacionalmente articuladas com as demais redes estruturantes do PECS (RETS-CPLP e RINSP-CPLP) que culminariam na definição de um plano de trabalho, cujos eixos estratégicos se baseiem nos seguintes pontos: (1) fortalecimento da formação em saúde; (2) fortalecimento da pesquisa; (3) comunicação e informação; e (4) gestão e governança.

6 - Rede de Escolas de Saúde Pública e Rede de Escolas Técnicas da CPLP.

A Rede de Escolas Técnicas em Saúde (RETS-CPLP)

Durante as reformas liberalizantes das últimas décadas, os Estados nacionais, e as políticas de educação e de saúde particularmente, foram reconfiguradas em todo o mundo, provocando tensões entre as heranças históricas de desigualdades políticas, sociais e culturais dos países e as receitas homogeneizantes para fazer frente aos desafios da globalização [14].

Na CPLP isso pode ser especialmente observado no campo da educação de técnicos em saúde, incluindo elementos de regulação das relações de trabalho e das políticas de educação, os quais estão estritamente vinculados aos princípios e características das políticas nacionais e regionais de saúde [15].

Os trabalhadores e profissionais técnicos em saúde representam a porção mais significativa do pessoal vinculado aos serviços de saúde. Porém, apesar do papel fundamental que os técnicos em saúde exercem, a pouca visibilidade da categoria e a falta de reconhecimento profissional são uma constante. [16].

Apesar de existirem Escolas Técnicas de Saúde (ETS) e instituições similares vinculadas direta ou indiretamente à formação de técnicos em saúde em todos os países da CPLP, ainda há, no âmbito da Comunidade, muita assimetria e desigualdade na oferta de formações desses trabalhadores. As escolas do Brasil e de Portugal, já na época de elaboração do PECS, formavam profissionais em diversas especialidades. Cabo Verde, Angola e Moçambique também ofereciam diversos cursos de formação técnica, muitas vezes em cooperação com Portugal. Já Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe e Timor Leste possuíam um escopo mais restrito de formação, focado principalmente nas áreas de enfermagem e de laboratórios.

O facto de a formação dos trabalhadores técnicos em saúde estar sendo, cada vez mais, determinada por imperativos de mercado traz outros desafios importantes, tais como o aprofundamento das desigualdades nacionais e regionais e a ampliação do grau de instrumentalização, fragmentação e especialização da formação oferecida. Este cenário torna-se incompatível com uma atuação profissional orientada para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e da construção dos sistemas universais de saúde que estes países necessitam.

A falta de professores qualificados para a formação dos trabalhadores técnicos em áreas especializadas afeta a qualidade e a quantidade dos quadros formados. Ademais, as fragilidades na qualificação pedagógica dos professores existentes resultam na dificuldade para a elaboração dos projetos político-pedagógicos das instituições dedicadas à formação de técnicos, além da inadequação dos currículos face às necessidades de formação dos sistemas nacionais de saúde. Somam-se a essas questões dificuldades relacionadas à infraestrutura das escolas, principalmente no que diz respeito às bibliotecas, às redes de informática, ao acesso a internet e a disponibilidade de laboratórios para realização de atividades práticas.

Além dos problemas apontados acima, apesar de inúmeros esforços para mudança desta realidade, a formação técnica não

se apresentava como sistema coordenado. Ao longo dos anos colocaram-se em andamento cursos conforme demandas pontuais, fortemente determinadas pela disponibilidade de recursos de cooperação internacional. Outro ponto que compromete o desenvolvimento qualitativo da formação técnica em saúde é a ausência de normalização e padronização em questões de base, cujo resultado é a manutenção de obstáculos reais que se estendem aos mais variados aspectos formativos.

A RETS-CPLP foi criada em novembro de 2009, durante a 2ª Reunião Geral da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), tendo se configurado como uma de suas sub-redes. Naquela ocasião, foi realizada a 1ª Reunião Ordinária da RETS-CPLP e aprovado seu primeiro plano de trabalho (2010-2012). Na reunião também ficou estabelecido que a coordenação da Rede ficaria a cargo da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), função reiterada nas reuniões de avaliação e repactuações seguintes, ocorridas em 2013, 2014 e 2016. Atualmente, a RETS-CPLP, reúne quase 40 instituições de formação da CPLP, bem como representantes de órgãos governamentais responsáveis pela ordenação dessa formação nos respectivos países.

Segundo seu regimento, aprovado na 2ª Reunião Ordinária (novembro de 2013 – Recife, Pernambuco, Brasil), a RETS-CPLP tem por objetivo “fortalecer a área de formação de trabalhadores técnicos em saúde nos Estados membros da Comunidade, por meio da troca de experiências e desenvolvimento de conhecimento, que permitam ampliar e melhorar as atividades de ensino, investigação e desenvolvimento tecnológico, conduzindo à melhoria dos sistemas nacionais de saúde e a sua imprescindível adequação às necessidades de suas populações, e à integração regional”. Suas funções e atividades incluem, de forma resumida: (1) a promoção da cooperação técnico-científica e pedagógica entre as instituições membros para a elaboração de propostas educacionais, projetos de currículo, planos de cursos, material didático, metodologias e formação docente em áreas consideradas prioritárias; (2) o monitoramento, sistematização e compartilhamento permanentemente de informações e experiências relacionadas com a área de formação dos trabalhadores técnicos da saúde e sua interface com a organização do trabalho em saúde; (3) o fomento e o desenvolvimento de estudos na interface das áreas de saúde, educação e trabalho, que resultem em novos conhecimentos sobre a educação dos trabalhadores técnicos em saúde, sua inserção no mercado de trabalho e sua mobilidade em âmbito nacional, regional e global; e (4) o fortalecimento da infraestrutura física e de equipamentos das ETS.

Entre as diversas atividades realizadas [17] nos sete anos de existência da RETS-CPLP, sempre orientadas pelo princípio da cooperação estruturante [2], vale destacar a realização de um curso itinerante de Especialização em Educação Profissional em Saúde (Ceeps) para os PALOP, realizado pela equipa de pós graduação da EPSJV/Fiocruz e construído coletivamente com membros dos países participantes, considerando a realidade concreta da educação e do trabalho em saúde de cada território. No curso, realizado de março de 2001 a dezembro de 2012, formaram-se

27 alunos, de uma turma composta por professores e dirigentes de instituições públicas de formação de técnicos em saúde, de Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

A área de comunicação, disseminação de conhecimento e partilha de experiências entre os membros da Rede, bem como entre a Rede e o público em geral, também se tem mostrado de grande importância, com a publicação de conteúdos relevantes tanto na 'Revista RETS' quanto no *website* da RETS⁷ e nas redes sociais. Mais recentemente, também foram lançados os Seminários Virtuais da RETS⁸, com transmissão on-line de palestras sobre temas relacionados com a formação e o trabalho dos técnicos em saúde, cujos vídeos permanecem disponíveis no canal YouTube da Rede. No que se refere ao fortalecimento da infraestrutura das ETS, houve envio de kits multimídia e um conjunto de livros para ampliação do acervo das bibliotecas.

Na 'Reunião Técnica para Avaliação do PECS', realizada em 2013 [18], a RETS-CPLP teve reconhecido "grau apreciável de execução". Esse reconhecimento da Rede como um importante e estratégico instrumento de governança para a cooperação na área de formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde para os países, bem como do seu apoio à estruturação das suas instituições formadoras que a constituem, também tem sido verbalizado pelos membros da RETS-CPLP nas suas reuniões.

Na plenária da 3ª Reunião Ordinária da RETS-CPLP, realizada na sede da CPLP, na cidade de Lisboa, em 1 de março de 2016, e articulada com as reuniões das demais redes estruturantes e iniciativas do PECS, ficou claro que, apesar dos bons resultados alcançados, há um conjunto de limites, cuja superação é fundamental para que a Rede possa ampliar e aprimorar sua atuação. Essa reunião, que ocorreu no contexto da reformulação do PECS para o exercício de 2017-2020, destacou, como principais limites e desafios a serem superados: a precariedade de acesso às tecnologias de informação e comunicação (TICs) em alguns dos países membros, o que dificulta a comunicação e articulação entre membros, bem como a realização de ações formativas; as tensões entre o trabalho horizontal da rede e a articulação vertical gestora dentro da rede interna de instituições de alguns países; a necessidade de melhor caracterização das responsabilidades dos pontos focais da rede para a continuidade do trabalho realizado; e, sobretudo, a sustentabilidade e financiamento do PECS e das suas Redes.

O Plano de Trabalho da Rede foi revisto para atender a nova etapa do PECS, articulando as ações e compromisso ao cumprimento das ODS e da Agenda do Desenvolvimento 2030 das Nações Unidas. Reafirmou-se a necessidade de ampliação da capacidade instalada das escolas no que se refere às bibliotecas, laboratórios, e TICs; pactuou-se a realização de um amplo levantamento dos aspetos legais e operacionais no mundo do trabalho, e da oferta qualitativa e quantitativa da formação e de trabalhadores técnicos em saúde. Além disso, foi proposta a ampliação da Rede, com uma aproximação efetiva com Timor Leste e a Guiné Equatorial, assim como uma articulação estratégica e operacional com as demais redes estruturantes (RINSP e RESP) e outras iniciativas do PECS, como a Rede de Centros Técnicos de Instalação e Ma-

nutenção de Equipamentos (CTIME). Também foi expressa preocupação de fortalecer a comunicação e interatividade no âmbito da Rede, com incorporação e uso de tecnologias educacionais e das TICs. Ademais, considerou-se a necessidade de se iniciar um processo de fortalecimento da regulação dos aspetos relativos à mobilidade e circulação de profissionais de saúde, estudantes e professores, bem como de alinhar as agendas bilaterais com a agenda multilateral do PECS. A promoção de um debate aprofundado sobre o modelo de governança da RETS-CPLP, com apoio a criação de redes nacionais de instituições formadoras e estudos comparados de organizações em rede, foi definida como um dos temas centrais da próxima reunião da RETS.

Outro importante desafio, que exigirá reflexões ampliadas para a próxima etapa do PECS e poderá reorientar as estratégias de cooperação internacional no âmbito da CPLP, está relacionado com a pertinência ou não de se criar uma única rede, em lugar da RETS e da RESP, que englobe em seu escopo todas as instituições nacionais de formação de quadros para a saúde pública, independentemente do seu nível de formação acadêmica e que possa apoiar a organização das capacidades formativas já existentes e a serem desenvolvidas nos países.

Considerações finais e perspectivas para as Redes Estruturantes para o próximo ciclo do PECS-CPLP (2017-2020)

O PECS-CPLP iniciado em 2009 teve sua vigência prorrogada pelos ministros da Comunidade até 2016. Sendo assim, a organização, reformulação e execução do novo PECS para o período de 2017-2020 apresenta-se como desafio e oportunidade para o fortalecimento das Redes Estruturantes, principais instrumentos de operacionalização do Plano.

As reuniões técnicas convocadas pelo Secretariado Executivo da CPLP, visando à construção de aportes para a formulação do novo Plano, propiciaram a construção de uma metodologia de trabalho capaz de garantir maior integração estratégica e operacional entre a RINSP, RETS e RESP. A reunião conjunta das três Redes ajudou a identificar desafios e atividades comuns, expressos num Plano de Ação conjunto das Redes e em propostas de ação para compor o novo PECS [13]. Os Planos específicos de cada Rede, por outro lado, mantiveram as funções indelegáveis e imprescindíveis outorgadas a cada uma das suas instituições componentes pelas suas respectivas máximas autoridades nacionais e comunitárias, também harmonizadas com todos os componentes do novo PECS.

Como os programas e as respectivas atividades de ensino, pesquisa e apoio técnico-científico das Redes aos sistemas de saúde são condicionados pela realidade sócio-sanitária e institucional

7 - <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>.

8 - No 1º Seminário Virtual da RETS, realizado no dia 20 de maio de 2015, a professora Ana Lúcia Pontes apresentou o tema 'Perspectiva intercultural na formação de Técnicos em Saúde'. No 2º Seminário, ocorrido no dia 9 de julho do mesmo ano, a professora Grácia Gondim falou sobre 'Vigilância em saúde e Atenção Primária: o território e as práticas locais'.

dos respectivos países, bem como pelo contexto político, social e epidemiológico global, é importante destacar duas importantes condicionantes que serviram de base para as formulações para o novo PECS: a saúde na Agenda do Desenvolvimento 2030 das Nações Unidas e dos Estados membros e a crise sanitária global, caracterizada pela sucessão de eventos emergentes e re-emergentes, com os episódios de gripe aviária e suína, síndrome respiratória aguda grave (SARS), Ébola e, recentemente, das arboviroses, incluindo Dengue, Zika vírus e Chikungunya; pelo impacto crescente das doenças não transmissíveis e fenômenos como a violência; e pelos entraves críticos na garantia de acesso aos serviços de saúde. Foram, portanto, essas demandas, resultantes da Agenda de Desenvolvimento e da crise sanitária, que serviram de base para as definições programáticas do Plano conjunto das Redes para o período 2017-2020.

Nesse sentido, foram definidos quatro eixos estratégicos de caráter operativo: (1) fortalecimento e articulação estratégica, operacional e institucional das Redes Estruturantes, no qual estão previstas, entre outras atividades, missões conjuntas das Redes a Timor Leste, São Tomé e Príncipe e Guiné Equatorial para apoiar a criação, instalação e desenvolvimento das escolas e institutos; (2) fortalecimento do papel das Redes no cumprimento dos ODS, com a realização de oficinas de trabalho para elaboração de projetos conjuntos com esse marco; (3) comunicação, informação e visibilidade, no qual se pactuou a criação de um comitê editorial responsável por fomentar e orientar as publicações pedagógicas e científicas, e a ligação à Rede Universitária de Telemedicina do Brasil, criando condições de acesso à banda larga aos membros

das Redes; e (4) governança, no qual foram propostas articulações para constituição de redes nacionais e a definição de mecanismos de monitorização e avaliação das atividades das Redes. No último eixo, pactuou-se um conjunto de iniciativas para enfrentar a questão da sustentabilidade financeira do PECS e de suas Redes, ficando definido que a captação de novas contribuições para o Fundo Setorial da Saúde será orientada pela identificação de oportunidades pelo gabinete de projetos do IHMT, por candidaturas conjuntas a financiamentos internacionais, e pelo reforço da dotação orçamental por parte dos Estados membros. Também foram previstas outras iniciativas que se relacionam diretamente com as Redes: o reforço para instalação da Rede de Centros Técnicos de Instalação e Manutenção de Equipamentos (CTIME), a necessidade de desenvolvimento das redes nacionais de apoio ao desenvolvimento do ensino médico (Rede de Escolas Médicas), a implementação da estratégia de tele saúde para a CPLP, e a articulação entre as redes de investigação e desenvolvimento (RIDES) com as redes estruturantes, em especial com a RINSP.

Com todos esses desafios e pactuações, as Redes Estruturantes reposicionam-se dentro do novo ciclo do PECS-CPLP para fortalecer ainda mais a sua missão de estruturação de instituições e modos de produção em saúde que contribuam para o fortalecimento de sistemas de saúde de qualidade nos países da Comunidade e para a garantia do acesso universal a sistemas de saúde integrais e equitativos, atributos imprescindíveis a compromissos democráticos dos governos dos países da CPLP com suas populações.

Bibliografia

1. WHO AFRO (2006). *The health of the people – The African regional health report*. Consultado em: 30 de março de 2016. In: http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1395
1. Buss PM, Ferreira JR. (2010). Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (RECIIS) Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.106-118, mar., 2010*. Consultado em 30 de março de 2016. In: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/712>
2. Organização Mundial da Saúde. *Trabalhando juntos pela saúde / Organização Mundial da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Consultado em 15 de março de 2016. In: http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pt.pdf?ua=1
3. Revised Guidelines for the Review of Policies and Procedures Concerning Technical Cooperation Among Developing Countries. High Level Committee on the Review of Technical Cooperation among Developing Countries Thirteenth session New York, 27-30 May 2003, Consultado em 15 de março de 2016. In: <http://ssc.undp.org/content/dam/ssc/documents/Key%20Policy%20Documents/Revised%20Guidelines%20TCDC13%203.pdf>
4. OECD. Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonisation, Alignment, Results and Mutual Accountability. High Level Forum on Joint Progress Toward Enhanced Aid Effectiveness: Harmonization, Alignment and Results. 2nd High level Forum on Aid Effectiveness. Paris, France, February 28-March 2, 2005. Consultado em 13 de março de 2016. In: <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>
5. ACCRA AGENDA FOR ACTION, 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness. Accra, Ghana, September 2-4. Consultado em 13 de março de 2016. In: <http://www.undp.org/mdtf/docs/Accra-Agenda-for-Action.pdf>
6. Almeida C et al. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010.
7. CPLP. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS-CPLP). Consultado em 15 de março de 2016. In: <http://www.cplp.org/Saude.aspx?ID=353>
8. Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss PM (2007). Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull WHO* 85 (3): 230-232.

9. CPLP. Declaração do Estoril. II Reunião de Ministros da Saúde da CPLP Estoril, Portugal, 15 de maio de 2009. Consultado em 15 de março de 2016. In: http://www.cplp.org/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2FFiles%2FFiler%2Ffclp%2Fdes%2Fsaude%2FIIReuniaoEstoril%2FDeclarEstorilFINAL_15Maio.pdf
10. IANPHI. Marco de referencia para la creación y el desarrollo de institutos nacionales de salud pública. Abril de 2009. Consultado em 17 de março de 2016. In: <http://www.ianphi.org/documents/pdfs/IANPHI%20Folio%20Spanish%20espanol%202008%20web.pdf>
11. RINSP-CPLP. Ata da Reunião Fundadora e I Reunião dos Institutos de Saúde Pública e Instituições Equivalentes da CPLP. Bissau, Guiné Bissau, 23 de março de 2011. Consultada em 17 de março de 2016. In: http://www.cplp.org/Files/Billeder/cSaude/Ata-1-RO-RINSP_CPLP.pdf
12. CPLP. Reunião Técnica PECS-CPLP 2009 – 2016. Ata e Principais Conclusões das Reuniões Técnicas. Secretariado Executivo da CPLP Lisboa, 29 de fevereiro a 4 de março de 2016. Consultado em 25 de março de 2016. In: <http://www.cplp.org/Default.aspx?AreaID=18>
13. Pereira JMM, Pronko, MA (org.) A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. Consultado em 23 de março de 2016. In: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/demolicao-de-direitos-um-exame-das-politicas-do-banco-mundial-para-educacao-e-saude>
14. RETS. Documento de Recife sobre a formação de trabalhadores e profissionais técnicos em saúde. 2013. Consultado em 25 de março de 2016. In: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/2013_documento-de-recife_pt_final.pdf
15. Pronko MA, D'Andrea Corbo A (org.). A Silhueta do Invisível: a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Consultado em 20 de março de 2016. In: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1142.pdf>
16. Stauffer, A, Noronha, AB; Ruela, HCG (Org.). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: 10 Anos como Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014. Consultado em 23 de março de 2016. In: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/escola-politecnica-de-saude-joaquim-venancio-10-anos-como-centro-colaborador-da-oms>
17. CPLP. Reunião Técnica de Avaliação do PECS – 2009-2012” Secretariado Executivo da CPLP Lisboa, 17 e 18 de Abril de 2013 Relato Resumido da Reunião. Consultado em 25 de março de 2016. In: http://www.cplp.org/Files/Billeder/cSaude/Relatorio-Aval-PECS-2009-2012_FINAL.pdf