

O PECS: instrumento estruturante da reflexão e da cooperação em saúde entre os Estados membros da CPLP

PECS: tool to structure reflections about health and cooperation between Member States of CPLP

Paulo Ferrinho

Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Zulmira Hartz

Vice-Diretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Este suplemento dos Anais é dedicado à reflexão sobre a cooperação sul-sul, sul-norte e sul-norte-sul, que se tem vindo a verificar em torno do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Mais do que um Plano, o PECS veio revelar-se como um instrumento estruturante da reflexão e da cooperação em saúde entre os Estados membros da CPLP e da forma como eles se relacionam com outros parceiros internacionais (Almeida et al, 2010; Buss e Ferreira, 2010 a/b).

Esta reflexão encontra nos Anais um acolhimento natural, alinhado com a sua missão atual de firmar conteúdos mais conjunturais e apelativos (Ferrinho e Hartz, 2015), como ferramenta catalisadora de inovações, reafirmando a língua portuguesa como veículo de transmissão de conhecimento científico (Ferrinho, 2013).

Mais de 40 anos depois do colapso do Estado Novo e das independências dos territórios coloniais, e próximos do bicentenário da independência do Brasil, existem largas décadas de experiências de cooperação em saúde, sumariadas nestes Anais em linha do tempo para as últimas três décadas (Leal, Cruz e Ferrinho, 2016) e refletidas em publicações sobre o tema (Buss e Ferreira, 2010; Ferreira e Fonseca, 2010).

Neste número dos Anais pretendemos aprender através de outras reflexões cruzadas sobre o conjunto de artigos aqui apresentados, na convicção de que a “globalização dos conhecimentos e das reflexões sobre a mudança (pode vir a) ser usada para facilitar a gestão de mudanças” em países membros da CPLP (Contandriopoulos, 2010).

O PECS foi uma inspiração de Paulo Buss que rapidamente encontrou eco nas estruturas governamentais de todos os Estados

membros e no secretariado executivo da CPLP, então liderado pelo Embaixador Luís Fonseca de Cabo Verde, e no seu sucessor, o Eng^o Domingos Simões Pereira, da Guiné-Bissau. Resultou do trabalho de muitos técnicos e levou à mobilização da FIOCRUZ e do IHMT para a assessoria técnica da CPLP. Encontrou em Manuel Lapão a direção executiva que necessitava (Lapão, 2016). Quebrou fronteiras, criando espaços valorativos, afetivos e laborais globais. Nestes espaços os valores orientadores foram explicitados e assumidos, os problemas de uns foram sentidos como de todos e, no respeito pelas estratégias nacionais, esboçaram-se eixos estratégicos para desenvolver uma cooperação, dinâmica e sadia.

Aprendemos, como outros já identificaram antes, que “a cooperação internacional tem grande potencial para apoiar os países tanto do sul como do norte... (admitindo no entanto) que reconhecer que há potencial não é suficiente”, apesar de ser emocionante, e que é “difícil ativar uma verdadeira cooperação internacional que conduza a soluções sustentáveis e passíveis de evoluir... que respeite as diferenças, não seja hierárquica e se baseie na participação democrática na definição de agendas e maneiras de implementá-las” (Contandriopoulos, 2010). Penso que as experiências do PECS nos permitem afirmar que é difícil, mas é possível, como indica a avaliação formativa de 2013 (Craveiro et al. 2016).

Sendo o PECS estruturante da cooperação multilateral, havendo entre os Estados membros uma preferência pelo bilateralismo *vis-à-vis* o multilateralismo, rapidamente foi assumido pelos Estados envolvidos e pelas suas agências de cooperação como estruturante também da cooperação bilateral, procurando alinhá-la de acordo com as prioridades identificadas no PECS de for-

ma a contribuir, não para a solução de problemas pontuais, mas para uma verdadeira estruturação dos sistemas de saúde dos países parceiros através, da construção contínua de instituições estruturantes, assim como a formação de recursos humanos, que assume no PECS uma posição de vulto (Buss, Ferreira, 2010 b). Criaram-se redes de instituições para reforço dos sistemas de saúde como a RINSP - Rede de Institutos de Saúde Pública, a RETS-Rede de Escolas Técnicas de Saúde (Stauffer, 2014) e a RESP-Rede de Escolas de Saúde Pública (Rosenberg et al, 2016). Alguns projetos não encontraram o seu modelo adequado e não evoluíram (como a rede de Centros de Instalação e Manutenção de Equipamentos de Saúde). Outros continuam à procura de um modelo relevante, como a Rede de Educação Médica (Fresta et al, 2016) e as RIDES - Redes de Investigação e Desenvolvimento, sobre malária, tuberculose (Kritsky et al, 2016; Viveiros e Simões, 2016) e SIDA. Iniciativas houve que tiveram atuação brilhante mas efêmera, não se tendo mostrado sustentáveis, como o Centro de Formação Médica Especializada na Cidade da Praia, Cabo Verde, (Ferrinho et al, 2013; Fresta et al, 2016). Pensaram-se novas prioridades, como a da regulação de setores de saúde cada vez mais multissetoriais (Simões e Carneiro, 2012 e 2014; Simões, 2016). As distâncias e as falhas de financiamento dificultaram as comunicações, daí a importância das tecnologias de informação e conhecimento (Messina e Lapão, 2016) que servem para dinamizar outras áreas como a formação em preservação do património histórico da saúde,

reunindo Brasil, Portugal, Moçambique e Cabo Verde. Sente-se no entanto, que sem uma avaliação formal esta aprendizagem não seria consolidada; daí o propor-se a institucionalização da avaliação do PECS (Hartz et al, 2016), reconhecendo que este défice reflete ainda uma falta de comprometimento com a sustentabilidade das ações de cooperação (Russo et al, 2013). Por fim, o PECS reflete uma vontade coletiva de operacionalizar ações conducentes ao reforço de sistemas universais de saúde e a uma maior equidade entre Estados (Barros, 2014; Barros et al, Barros e Lapão, 2016), ultrapassa assim o campo estreito da saúde. Ele assume a relevância da intersectorialidade, em estratégias de políticas externas em que, cada vez mais, a saúde aparece como um instrumento das políticas de negócios estrangeiros (Horton, 2007), almejando a ajudar os países a reduzirem dependências [como por exemplo as evacuações médicas para Portugal (Guerreiro, 2015)] e vulnerabilidades. Elas se refletem nos movimentos migratórios em condições desumanas e na falta de capacidade para produção de tecnologias de saúde, especialmente vacinas, medicamentos e kits diagnósticos), numa convergência entre o altruísmo e o interesse próprio (Yach e Bettcher, 1998) através de processos de cooperação alicerçados em postulados de solidariedade, equidade, justiça – “almejando realinhar os desequilíbrios e poder político, económico, técnico e científico de modo a encurtar, ao invés de alargar as diferenças entre as condições de vida e saúde” entre países membros da CPLP (Santana e Garrafa, 2013).

Bibliografia

- Almeida CM, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE (2010). A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante” em saúde. RECIIS; 4 (1): 25–35.
- Barros FPC (2014). Cobertura universal ou sistemas públicos universais de saúde? Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 13: 87-90.
- Barros FPC e Lapão LV (2016). A efetivação do direito universal à saúde: os casos de Portugal, Brasil e Cabo Verde). Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S89-S100.
- Buss PM, Ferreira J (2010 a). Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. RECIIS; 4 (1): 93-105.
- Buss PM, Ferreira JR (2010 b). 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). RECIIS; 4 (1): 106-118.
- Contandriopoulos A-P (2010). Conclusão. In Contandriopoulos, A-P, Hartz, ZMA, Gerbier, M et Nguyen, A. (org) Saúde e Cidadania. São Paulo Editora Saber: 461-470
- Craveiro I et al. (2016). Meta-avaliação do I Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS I/CPLP, 2009-2012) com visão perspectiva sobre o II Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS II/CPLP 2014-2016). Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S75-S80.
- Ferreira JR, Fonseca LE (2010). Institucionalização da cooperação centrada no cidadão. In Contandriopoulos, A-P, Hartz, ZMA, Gerbier, M et Nguyen, A. (org) Saúde e Cidadania. São Paulo Editora Saber: 399-421.
- Ferrinho P (2013). Mensagem de Abertura do 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 12: 4-5.
- Ferrinho P, Dias S, Hartz S (2012). O Ensino em Saúde Pública no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 1902-2012. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 11; 186-193.
- Ferrinho P, Hartz (2015). Reinventando os Anais do IHMT. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 14: 5-6.
- Fresta MJ et al (2016). Estabelecimento de uma rede da cooperação em educação médica, no âmbito do PECS-CPLP. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S27-S34.
- Guerreiro CS (2015). Evacuação de doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa para Portugal – estudo de avaliabilidade. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 14: 101-108.
- Hartz Z et al (2016). Estratégia interinstitucional (IHMT/Fiocruz) para fortalecimento da capacidade avaliativa nos países da CPLP: foco nos estudos de implementação para avaliação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS). Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S81-S87.
- Horton R (2007). Health as an instrument of foreign policy. The Lancet; 369 (9564): 806-807.
- Kritsky A et al (2016). Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDETB. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S35-S44.
- Lapão LV, Messina LA et al (2016). Roteiro estratégico para a telessaúde na CPLP: diagnóstico e prioridades para o desenvolvimento da telessaúde. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S65-S73.
- Lapão MC (2016). O poder funcional da CPLP no quadro da saúde. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S7-S10.
- Leal T, Cruz D, Ferrinho P (2016). Cooperação em saúde: passado e presente. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S11-S17
- Rosenberg FJ et al (2016). Cooperação estruturante em saúde e o papel das redes na CPLP. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S19-S26.
- Russo G, Cabral L, Ferrinho P (2013). Brazil-Africa technical cooperation in health: what's its relevance to the post-Busan debate on 'aid effectiveness'? Global Health; 9:2. doi: 10.1186/1744-8603-9-2.
- Santana JPD, Garrafa V (2013). Cooperação em saúde na perspectiva bioética. Ciência & Saúde Coletiva; 18 (1): 129-137, 2013.
- Simões J, Carneiro C (2012). Os desafios da regulação. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 11; 162-171.
- Simões J, Carneiro C (2014). Investigação avaliativa na regulação da saúde. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 13: 81-86.
- Simões J (2016). A regulação do Sistema de Saúde. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S57-S63.
- Stauffer ADB, Noronha ABD, Ruela HCG (2014). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz: 10 anos como Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV.
- Viveiros M e Simões MJ (2016). Pequena história da RIDES - Tuberculose no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2016; 15 (Supl. 1): S45-S50.
- Yach, D; Bettcher, D (1998). The globalization of public health, the convergence of self-interest and altruism. American Journal of Public Health; 88-5: 738-741.