

DESDE 1902

SANITATEM
QUAERENS
IN·TROPICOS



Anais

INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL

**Plano Estratégico de Cooperação
em Saúde na CPLP**





INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL

Plano Estratégico de Cooperação em Saúde na CPLP



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
Vol. 15 (Suplemento 1), 2016, S1-S104; ISSN 0303-7762

**Suplemento n.º 1 dos Anais
do Instituto de Higiene e Medicina Tropical - 2016
Plano Estratégico de Cooperação em Saúde na CPLP**

Coordenação

Biblioteca do Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Gabinete dos Anais

Design Gráfico e paginação

2aocubo.pt

Edição

Tiragem: 200 exemplares
ISSN 0303 - 7762

(C) UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Rua da Junqueira, n.º 100

1349-008 Lisboa - PORTUGAL

+351213 652 600 (geral)

+351 213 632 105

E-mail: informacao@ihmt.unl.pt

Página web: www.ihmt.unl.pt

Impressão Digital:

Gráfica 99, Lda.

grafica99@grafica99.com

Depósito Legal

Distribuição

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Rua Junqueira, n.º 100

1349-008 Lisboa - PORTUGAL

Editorial

- S05 - **O PECS: instrumento estruturante da reflexão e da cooperação em saúde entre os Estados membros da CPLP**
Paulo Ferrinho e Zulmira Hartz

Editorial Convidado

- S07 - **O poder funcional da CPLP no quadro da saúde**
Manuel Clarote Lapão

Cooperação em saúde

- S11 - **Cooperação em saúde: passado e presente**
Teresa Leal, Deolinda Cruz e Paulo Ferrinho

Artigos Originais

- S19 - **Cooperação estruturante em saúde e o papel das redes na CPLP**
Felix Julio Rosenberg, Geandro Ferreira Pinheiro, Augusto Paulo José da Silva, Ana Beatriz de Noronha, Helifrancis Condé Groppo Ruela e Ingrid D'avilla Freire Pereira
- S27 - **Estabelecimento de uma rede da cooperação em educação médica, no âmbito do PECS-CPLP**
Mário Jorge Fresta, Maria Amélia Ferreira, António Pedro Delgado, Maria Rosário Sambo, Jorge Torgal, Mohsin Sidat e Paulo Ferrinho
- S35 - **Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDETB**
Afranio Kritski, Antonio Ruffino-Netto, Anete Trajman, Tereza Cristina Scatena Villa, Jose Roberto Lapa e Silva, David J Haddad, Ethel Leonor Maciel, Eduardo Netto, Clemax Sant'Anna, Betina Mendez Alcantara Gabardo, Andreamaciel de Oliveira Rossoni, Paulo Cesar Basta, Monica Kramer de Noronha Andrade, Celio Lopes Silva, Diogenes Santos, Martha Maria de Oliveira e Pedro Eduardo Almeida Silva
- S45 - **Pequena história da RIDES-Tuberculose no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa**
Miguel Viveiros e Maria João Simões
- S51 - **O direito à saúde e a proposta de cobertura universal**
Fernando Passos Cupertino de Barros, Maria Célia Delduque e Alethele de Oliveira Santos
- S57 - **A regulação do Sistema de Saúde**
Jorge Simões
- S65 - **Roteiro estratégico para a telessaúde na CPLP: diagnóstico e prioridades para o desenvolvimento da telessaúde**
Luís Velez Lapão, Luiz Ary Messina, Regina Ungerer e Francisco Campos
- S75 - **Meta-avaliação do I Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS I/CPLP, 2009-2012) com visão perspetiva sobre o II Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS II/CPLP 2014-2016)**
Isabel Craveiro, Sónia Dias, Augusto Paulo e Zulmira Hartz
- S81 - **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)**
Zulmira Hartz, Marly Cruz, Isabel Craveiro e Sónia Dias

Opinião

- S89 - **A efetivação do direito universal à saúde: os casos de Portugal, Brasil e Cabo Verde**
Fernando Passos Cupertino de Barros e Luís Velez Lapão

Comunicação e os Media

- S101 - **Líderes de saúde africanos: lições de sucesso para o futuro**
Jorge Simões
- S104 - **Informe da Comissão Temática de Assuntos Culturais dos Organismos Consultivos da CPLP (CTAC-OC)**
José Luís Doria



ANO LETIVO 2016/17

MESTRADOS

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

Destinatários: Profissionais que necessitam de competências sólidas nas áreas do diagnóstico molecular, microbiológico, parasitológico, clínico e laboratorial, e com interesse em investigação fundamental e sua aplicação.

Principais Benefícios

- + Permite desenvolver competências na área da prevenção e diagnóstico de doenças globais com o auxílio de novas abordagens biomédicas;
- + Contribui para uma visão integrada da ligação funcional entre o laboratório de diagnóstico microbiológico, a prática clínica e decisão terapêutica. **120 ECTS**

Coordenação: Celso Cunha

MICROBIOLOGIA MÉDICA

Destinatários: Detentores de um 1º ciclo de formação na área das Ciências da Vida e da Saúde com necessidade de desenvolver competências na área da Microbiologia Médica, com vista a um desempenho profissional mais qualificado ou para o prosseguimento da formação académica.

Principais Benefícios

- + Permite adquirir uma formação sólida na área científica da Microbiologia Médica, com base nas múltiplas valências e áreas de especialização das instituições coorganizadoras e respetivas sinergias;
- + Habilita à investigação, desenvolvimento e inovação, com destaque particular na área da microbiologia molecular. **120 ECTS**

Coordenação no IHMT: João Piedade

PROGRAMA CONJUNTO DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Em colaboração com Faculdade de Ciências e Tecnologia,
NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas e
Instituto de Tecnologia Química e Biológica.

PARASITOLOGIA MÉDICA

Destinatários: Estudantes, investigadores e profissionais com atividade ou interesses em questões de saúde das Regiões Tropicais e em doenças emergentes e negligenciadas à escala mundial.

Principais Benefícios

- + Capacita para o desenvolvimento de investigação fundamental e translacional nas áreas da genética, imunologia e coevolução dos agentes etiológicos e vetores das doenças parasitárias e arbovíricas;
- + Oportunidade de integrar redes de investigação nacionais ou internacionais, agências governamentais, ONG e indústria. **120 ECTS**

Coordenação: Carla Sousa

SAÚDE PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO

Destinatários: Todos os profissionais das áreas da saúde e social que necessitem de desenvolver competências sólidas na dinamização de ações e programas de saúde.

Principais Benefícios

- + Capacita para a gestão eficiente de instituições e de projetos em saúde;
- + Habilita à implementação de soluções adequadas que visam medir, vigiar e avaliar o estado de saúde, e seus determinantes, das populações. **93 ECTS**

Coordenação: Inês Fronteira

Mais informações, contactar

Divisão Académica:

+351 213 652 608

@secensino@ihmt.unl.pt

www.ihmt.unl.pt

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 bicentário 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.

O poder funcional da CPLP no quadro da saúde

CPLP functional power in the health sector

Manuel Clarote Lapão

Diretor de Cooperação no Secretariado Executivo da CPLP

Se os países se unem, desde logo, por afinidades linguísticas e culturais, nada de mais natural que os Países de Língua Portuguesa se unissem num projeto comum - para a defesa da língua, desde logo, e, gradualmente, para cooperarem aos mais diversos níveis. Se estranheza pode haver quanto à criação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), decorrerá somente do facto de ter nascido tão tarde. A criação da CPLP foi, portanto, uma inevitabilidade histórica.

No dia 17 de Julho de 1996 nasce então a CPLP e, desde essa data, que de forma coerente e consequente, se vem assistindo ao reforço dos laços entre os Estados membros que constituem, nas palavras do filósofo Agostinho da Silva, uma “placa linguística de povos de língua portuguesa - semelhante às placas que constituem o planeta e que jogam entre si a base da criação de uma comunidade”.

Se bem que a CPLP esteja ainda aquém do sonho de Agostinho da Silva – pois não é ainda uma verdadeira comuni-

dade lusófona – nem por isso deixa de ser um projeto em que os seus Estados membros devam continuar a apostar enquanto desígnio estratégico.

A caminho dos seus 20 anos, que se celebram em 2016, a CPLP deverá continuar a fortalecer-se, numa perspetiva de baixo para cima, ao nível da sociedade civil, promovendo o sentido de uma cidadania lusófona e reforçando os laços culturais, sociais, económicos, políticos e de cooperação que, mais do que juntar, unem, por concertação e cooperação os nossos Estados.

A Declaração constitutiva da CPLP retoma o sonho inicial e partindo de “valores perenes” como a paz, democracia e estado de direito, direitos humanos, desenvolvimento e justiça social”, estabelece uma preocupação com o “futuro coletivo dos seus países”, comprometendo-se a “reforçar os laços de solidariedade e de cooperação que os unem, conjugando iniciativas para a promoção do desenvolvimento económico e social dos seus povos e para a afirma-

ção e divulgação cada vez maiores da língua portuguesa. Mas o que representa hoje esta organização e qual o seu poder funcional no contexto das relações internacionais? A este propósito, considera a teoria que o poder funcional está frequentemente na posse dos pequenos Estados e que se traduz pela detenção de uma situação geográfica estratégica, acesso a fontes de minerais raros e fontes de energia como o petróleo, elementos que são indispensáveis ao funcionamento dos sistemas internacionais e que, portanto, também dão aos seus detentores a capacidade de “disfuncionar” tais sistemas.

E como pode a cooperação em contexto da CPLP contribuir para tal desiderato?

O vigor evidenciado pelo pilar da cooperação que, no último biênio, alargou o leque das suas intervenções e se harmonizou de forma crescente com as prioridades de desenvolvimento dos Estados membros, deu cumprimento à declaração constitutiva da CPLP. Tal dinamismo é evidenciado pela realização de 15 reuniões ministeriais setoriais em diferentes domínios de intervenção.

Efetivamente, os últimos anos de execução do Plano Indicativo de Cooperação da CPLP (PIC) parecem demonstrar uma dinâmica positiva e um reforço da importância estratégica associada ao pilar de cooperação enquanto instrumento operacional e de diálogo político no seio da Comunidade. Esta dinâmica parece ser acompanhada pela crescente visibilidade e reconhecimento do papel da CPLP em domínios de cooperação como a saúde, segurança alimentar e nutricional, trabalho e assuntos sociais (designadamente no domínio do trabalho infantil), direitos humanos e energia. No entanto, nota-se que os progressos registados foram assimétricos quer ao nível das áreas técnicas, quer no que respeita à apropriação e reforço da responsabilidade conjunta dos Estados membros da CPLP quanto à agenda e instrumentos comunitários aprovados.

Apesar do amadurecimento da capacidade de intervenção dos Pontos Focais de Cooperação (PFC), será necessária uma maior estabilização dos mecanismos de coordenação, articulação e harmonização de agendas com os pontos focais das reuniões ministeriais setoriais e, conseqüente, ligação aos respetivos Secretariados Técnicos Permanentes (StP). O esforço de diálogo a promover em sede de reuniões ministeriais setoriais, do Comité de Concertação Permanente, da reunião dos Pontos Focais de Cooperação e do Secretariado Executivo da CPLP deverá ser, simultaneamente, um desafio e um objetivo estratégico.

O último semestre de 2015 foi claramente marcado pela aprovação, em setembro, em Nova Iorque, da “Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável – transformando o nosso mundo”, no âmbito da 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), demonstrando um compromisso político impar para a erradicação da pobreza extrema, em todas as suas formas e dimensões, até 2030. Neste

sentido, o ano de 2015 ficará na história como o ano da definição dos 17 objetivos de desenvolvimento sustentável. Trata-se de uma nova agenda de ação que se baseia nos progressos e lições aprendidas com os 8 objetivos de desenvolvimento do milénio, entre 2000 e 2015.

Como se sabe, esta agenda global é fruto do trabalho conjunto de governos e cidadãos de todo o mundo para criar um novo modelo global para acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar de todos, proteger o ambiente e combater as alterações climáticas. A aprovação do documento “Cooperação na CPLP - Uma visão estratégica no pós 2015”, em julho de 2015, demonstrou o amadurecimento do debate sobre as dinâmicas de cooperação da Comunidade e um importante esforço de coordenação e concertação num cenário que irá exigir a identificação de novas modalidades de atuação e fontes de recursos.

A opção da CPLP em atuar com base em Planos Estratégicos de Cooperação Setorial em domínios altamente relevantes para o processo de desenvolvimento sustentável da Comunidade, de que as áreas da saúde, do ambiente, dos oceanos e da segurança alimentar e nutricional são apenas escassos exemplos, permitiu consolidar a imagem de uma CPLP moderna, credível e procurada de forma crescente para o estabelecimento de parcerias internacionais que se pretendem virtuosas. Daqui têm resultado ganhos, ainda não completamente explorados, que podem ser potenciados para uma afirmação decisiva do potencial geopolítico e geoestratégico da Comunidade.

A título meramente ilustrativo, refira-se o caso da intervenção da CPLP na área da saúde e segurança alimentar e nutricional, setores em que a organização é apresentada por instituições como o Banco Mundial e a FAO como um exemplo de boas práticas e com capacidade progressiva de influência da agenda internacional.

As novas áreas de cooperação para o futuro vão, também, seguramente, conferir à CPLP um reforço do seu dinamismo e capacidade de influência das agendas nacionais e internacionais dos próximos anos. O potencial de cooperação inerente a setores como a energia, os oceanos, a juventude, os direitos humanos, a educação para a cidadania e o desenvolvimento e a segurança alimentar e nutricional, aliados a práticas inovadoras de cooperação triangular, se corretamente enquadrados e observados permitirão conferir à CPLP a dimensão de ator multilateral que todos ambicionamos.

Porém, em todo este quadro, existe um desafio incontornável! A CPLP terá que continuar a apostar, de forma empenhada e comprometida, num esforço de capacitação institucional e valorização do seu potencial humano. Só assim será possível dar substância aos desafios que nos interpelam a olhar para o futuro.

A temática ligada à saúde, enquanto vetor estruturante do processo de desenvolvimento dos nossos Estados

membros, poderá contribuir para esse fim. Desde logo, convirá realçar que se trata de um setor onde a transversalidade é óbvia e onde o interesse e capacidade de intervenção multilateral da CPLP se poderá fazer em paralelo com a preservação dos necessários interesses estratégicos bilaterais e em complemento daquilo que é já realizado por outros atores de cariz multilateral e de que os nossos Estados membros já beneficiam. Aliás, na linha de orientação aprovada pela Visão Estratégica de Cooperação da CPLP pós-Bissau.

O Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS-CPLP), é um instrumento concreto e efetivo para incrementar os níveis de desenvolvimento humano dos nossos Estados membros. Mas a identificação e implementação deste programa no contexto da CPLP requer a participação concertada, ativa e empenhada de todos os detentores de interesse envolvidos no processo para que esta dimensão possa ser devidamente apropriada, numa lógica de sustentabilidade futura e de desenvolvimento da nossa Comunidade. Para tornar estes tema sustentável, a CPLP deverá continuar a promover uma visão de conjunto que possibilite a adoção de ações e políticas integradas e complementares, vinculando a agenda da CPLP à agenda internacional e a temas transversais como a educação, a segurança alimentar e nutricional, o ambiente, a juventude, os direitos humanos, a educação para o desenvolvimento e cidadania, por exemplo. Assim, seria interessante (a) explorar oportunidades que permitam abordar os temas numa dimensão transversal, promovendo a coordenação e a complementaridade da saúde com outras políticas setoriais e outros atores internacionais e (b) fomentar o trabalho em rede, promovendo o diálogo e articulação entre o Grupo Técnico em Saúde da CPLP com outros órgãos coordenadores e superiores da CPLP. São hoje inequívocos os avanços verificados na CPLP na vertente da cooperação em saúde, desde a aprovação, em maio de 2009, do PECS-CPLP. O Plano procura contribuir de forma efetiva para o fortalecimento da cooperação multilateral em saúde, materializando-se em ações concertadas que visam o reforço da capacidade institucional dos sistemas de saúde pública dos Estados membros da CPLP, particularmente no que diz respeito aos recursos humanos.

A Declaração do Estoril enfatizou a necessidade de atuação sobre os determinantes sociais de saúde para que se alcançassem, à época, os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, referencial internacional ao qual se indexou. O Plano apresentou-se, também, como um instrumento complementar das cooperações bilaterais e multilaterais tradicionais no espaço da CPLP, visando promover sinergias e troca de experiências e boas práticas entre todos os Estados membros, respeitando a singularidade social, cultural e política de cada país. O Plano foi assim trabalhado para, no contexto da CPLP, possibilitar a viabilização de

um conjunto de atividades que se harmonizam com Planos Nacionais de Saúde dos nossos Estados membros, privilegiando a capacitação de recursos humanos com vista à melhoria das condições de saúde no espaço da CPLP.

Reconhecendo as óbvias interligações entre saúde e desenvolvimento e reconhecendo que a saúde é um direito fundamental e obrigação do Estado, o propósito principal do Plano é “o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde dos Estados membros da CPLP, de forma a garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade”. As principais estratégias utilizadas são a capacitação de recursos humanos e a implementação de projetos estruturantes que reforcem a capacidade institucional dos sistemas de saúde. São indesmentíveis e comprováveis os admiráveis avanços no desenvolvimento e reforço das chamadas redes estruturantes do PECS-CPLP, nomeadamente ao nível da Rede dos Institutos Nacionais de Saúde Pública e da Rede das Escolas Técnicas de Saúde. Apresentando-se como um processo altamente participativo e de diálogo, acompanhado por um grande empenho e compromisso político dos responsáveis da área da saúde da CPLP, o PECS-CPLP é já um caso de estudo. O PECS-CPLP conseguiu articular duas lógicas de cooperação que, sendo distintas entre si nos meios e filosofias operativas, permitiram introduzir novos indicadores de coerência, pertinência e apropriação das ações que projetou. E tem sido esse um dos vetores fundamentais que tem despertado a atenção de vários parceiros de desenvolvimento.¹

Apesar de tudo, algumas ameaças colocam-se a esta Comunidade, impedindo-a de poder exercer um poder funcional que poderia ser mais ativo e reconhecido no plano das relações internacionais. Curiosamente, iremos considerar na nossa análise ameaças internas à organização e não outras derivadas do meio em que se insere e relaciona. São elas as seguintes:

– A afirmação de uma vontade política mais declarada e afirmativa por parte dos Estados membros no processo de crescimento e consolidação do projeto CPLP. Para que tal possa acontecer, muito contribui, por exemplo, a) o conjunto das diferentes prioridades internacionais, por vezes antagónicas, dos Estados membros que compõem a CPLP, nomeadamente no quadro dos compromissos assumidos noutros contextos; b) O mecanismo da decisão por consenso que, apesar de não significar unanimidade e procurar indicar que todos os Estados membros são iguais entre si, impede avanços mais substanciais em alguns dossiês, c) as pouco significativas contribuições regulares para o funcionamento do órgão executivo da organização e o não cumprimento das mesmas por parte de alguns EM, quando comparadas com entidades de dimensão e potencial equivalente e d) estratégias diferenciadas nos

1 - Saiba mais em www.cplp.org/saude.

processos de desenvolvimento e crescimento bem como imparidades na forma como esses modelos políticos e sociais projetam a sua presença e ambição na Comunidade;

– A não identificação da CPLP e do seu papel pelos seus cidadãos e pelos parceiros internacionais, projetando um *deficit* de conhecimento mútuo das diferentes realidades da CPLP pelos seus cidadãos e até por boa parte dos seus líderes políticos e o olhar desconfiado sobre a CPLP de alguns atores internacionais que lhe apontam a falta de

credibilidade, sustentabilidade e capacidade organizativa;

Pela análise efetuada e, apesar das ameaças acima, pensamos ser justo e adequado concluir que a CPLP dispõe de potencial para poder exercer o seu poder funcional no futuro, posicionando-se como um parceiro de relações internacionais muito válido, de enorme capacidade, competente e a tomar em devida linha de conta nos próximos 20 anos.

Cooperação em saúde: passado e presente

Health cooperation: past and present

Teresa Leal
Deolinda Cruz
Paulo Ferrinho

Gabinete de Cooperação e Relações Internacionais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

Esta linha do tempo, fruto de memórias e consultas limitadas, portanto incompleta, é, mesmo assim, útil para transmitir a diversidade de atores, a variedade de temas e a multitude de investimentos que tem havido na construção de um coletivo sobre saúde na CPLP.

Esse coletivo antecede a CPLP e o PECS, vive além do PECS e leva-nos a refletir, com humildade, sobre qual o papel do PECS nesse contexto dinâmico e heterogéneo.

O conjunto de artigos apresentados neste suplemento dos Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical contribui para essa reflexão que, esperamos, se refletirá nos encontros técnicos, nas reuniões de associações profissionais e sociedades científicas, nas notícias dos órgãos de comunicação social, em conversas informais e, esperamos, nas decisões dos dirigentes de todos os nossos países.

Uma primeira conclusão, que nos arriscamos a explicitar, é que o PECS deve ambicionar a ampliar a sua base social e ser mais mobilizador e estruturante da cooperação entre um conjunto mais alargado de atores.

Espero que estes esforços contribuam para destruir “paredes velhas”, concorrendo para levantar

*“... novos monumentos
paredes novas
que dirão aos nossos filhos
o que nós juntos
vamos edificando.*

...

*E os filhos de nossos filhos
de mãos dadas
orgulhar-se-ão de nós” (Neto, 1998).*

Neto, A (1998). Poesia. INALD, Luanda.

COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA CPLP

Passado & Presente 1990-1999

1990

1991

1992

1993

1994

1995

Maio

45ª Assembleia Mundial da Saúde,
Suíça, Genebra

Institucionalização do
Meeting of Portuguese Speaking Countries

Abril

II Congresso Mundial de Farmacêuticos
de Língua Portuguesa, Brasil, Brasília

Abril

Encontro de Ministros da Saúde dos
Países de Língua Oficial Portuguesa,
Portugal, Lisboa

ANG: Dr. Flávio Fernandes

CV: Dr. Luís Leite

PT: Dr. Paulo Mendo

STP: Dr. João Bonfim



Maio

International Consultation on Human Resources,
**Reunião conjunta com a OMS e representantes dos países
de Língua Portuguesa** - Portugal, Lisboa

Julho

Cimeira de Chefes de Estado e de Governo - Portugal, Lisboa

Assinalou a criação da CPLP.



Novembro

**III Congresso Mundial de Farmacêuticos de Língua
Portuguesa** - Portugal, Lisboa

1996

1997

Junho

**Reunião Preparatória da Cimeira dos Ministros da Saúde da
CPLP** - Portugal, Beja

Cimeira dos Ministros da Saúde da CPLP - Portugal, Lisboa

ANG: Dr. Anastácio Ruben Sicato

CV: Dr. João Medina

GB: Dr. Delfim Silva (MNS), em substituição do (MS) Dr. Justino Fadiá

MZ: Dr. Aurélio Zilhão

PT: Dra. M^o de Belém Roseira

STP: Dr. Eduardo de Matos



1998

1999

Março

IV Congresso Mundial de Farmacêuticos de Língua Portuguesa
Cabo Verde, Praia

Setembro

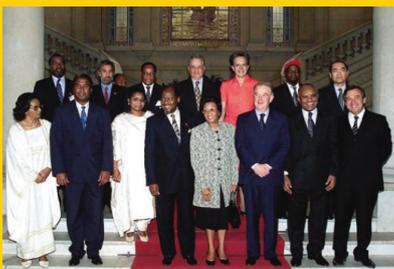
1^{as} Jornadas Luso-Brasileiras de Saúde e Cooperação
Portugal, Espinho

COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA CPLP

Passado & Presente 2000-2009

Julho

**III Conferência da CPLP,
Moçambique, Maputo**
Declaração sobre VIH/SIDA



Outubro

**V Congresso Mundial de Farmacêuticos
de Língua Portuguesa**
Brasil, Rio de Janeiro

Maio

IV Conferência da CPLP, Brasil, Brasília
- Resolução sobre o Combate ao VIH/SIDA;
- Acordo de Cooperação sobre Combate ao
VIH/SIDA.



Novembro

**VI Congresso Mundial de Farmacêuticos
de Língua Portuguesa**
Portugal, Funchal

Março

**I Encontro de Especialistas da CPLP
sobre Malária**
São Tomé e Príncipe, São Tomé

Julho

**V Conferência da CPLP,
São Tomé e Príncipe, São Tomé**
- Resolução sobre a Luta contra o VIH/SIDA;
- Resolução sobre o Combate à Malária/
Paludismo;
- Acordo de Cooperação sobre o Combate
à Malária/Paludismo.



2000

2001

2002

2003

2004

2005

Julho

**III Reunião de Pontos Focais
de Cooperação**
São Tomé e Príncipe, São Tomé

**Programa de Apoio à Luta contra DST/
VIH/SIDA nos Países de Língua Oficial
Portuguesa**

Fevereiro

X Reunião de Pontos Focais de Cooperação
Portugal, Lisboa

**Programa de Apoio à Luta contra VIH/SIDA, Malária e
Tuberculose nos Países de Língua Portuguesa.**

Março

**VII Congresso Mundial de Farmacêuticos de Língua
Portuguesa - Moçambique, Maputo**

Outubro

**Oficina de Trabalho sobre Desenvolvimento
de Políticas e Recursos Humanos para Países
Africanos de Expressão Portuguesa**
África do Sul, Sandton

Março

I Encontro de Medicina Tropical dos Países de Língua Portuguesa
42º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
Brasil, Teresina

Fundada a RIDES MALÁRIA

Junho

VIII Congresso Mundial de Farmacêuticos de Língua Portuguesa
Angola, Luanda

Julho

Seminário de Diretores de Recursos Humanos dos PALOP
Portugal, Lisboa

Semana da Saúde da CPLP, Portugal, Lisboa

Outubro

Seminário de Pediatras da CPLP
Seminário de Rede de Enfermagem da CPLP - Portugal, Lisboa

Novembro

I Reunião dos Institutos Nacionais de Saúde da CPLP
Portugal, Lisboa

Criação da Rede dos Institutos Nacionais de Saúde da CPLP

I Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa
Cabo Verde, Praia

Dezembro

I Congresso da CPLP sobre DST e SIDA - Angola, Luanda

2006

2007

2008

2009

Março

II Encontro de Medicina Tropical de Língua Portuguesa
Brasil, Campos de Jordão

Junho

I Reunião dos Organismos Consultivos - Portugal, Lisboa
II Mostra de Saúde e Prevenção nas Escolas do Brasil
Brasil, Brasília

Debate sobre as futuras atividades de cooperação da Rede Técnica de Cooperação em HIV/ SIDA da CPLP.
-1ª proposta de Estatuto da REDE, bem como os passos a serem dados para o I Encontro da Rede.

Setembro

II Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa - Brasil, Bahia

Novembro

Reunião Técnica Preparatória da I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP - Cabo Verde, Praia

Abril



I Reunião dos Ministros da Saúde - Cabo Verde, Praia

Reunião Técnica da Rede de Enfermagem - Cabo Verde, Praia

IX Congresso Mundial de Farmacêuticos de Língua Portuguesa
Cabo Verde, Praia

II Congresso da CPLP sobre DST e SIDA - Brasil, Rio de Janeiro

Junho

II Reunião dos Organismos Consultivos - Portugal, Lisboa

Julho

1ª Reunião do Grupo Técnico em Saúde da CPLP
Portugal, Lisboa

Setembro

2ª Reunião do Grupo Técnico em Saúde da CPLP

Brasil, Rio de Janeiro

Reunião Extraordinária de Ministros da Saúde da CPLP

Brasil, Rio de Janeiro



Fevereiro

III Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa
Portugal, Lisboa

Março

3ª Reunião do Grupo Técnico em Saúde da CPLP
Brasil, Recife

Maio

4ª Reunião do Grupo Técnico em Saúde da CPLP - Portugal, Estoril
II Reunião de Ministros da Saúde da CPLP - Portugal, Estoril

Aprovado o PECS/CPLP
2009-2012;
Reconhecida a RIDES
MALÁRIA pela CPLP



Reunião Técnica da Rede de Enfermagem - Portugal, Estoril



Junho

III Reunião dos Organismos Consultivos - Cabo Verde, Praia
Aprovação dos Regulamentos

Setembro

1ª Reunião Técnica da RIDES Malária - Angola, Luanda
Mesa Redonda de Parceiros de Desenvolvimento para o PECS-CPLP, Portugal, Lisboa

Novembro

2ª Reunião da RIDES Malária - Portugal, Lisboa

Novembro

I Reunião da RETS-CPLP - Brasil, Rio de Janeiro

COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA CPLP

Passado & Presente 2010-2016

Março

III Congresso da CPLP, sobre Infecção VIH/SIDA e Doenças de Transmissão Sexual - Portugal, Lisboa

Aprovação da Rede de Investigação e Desenvolvimento para Combater a Sida

IV Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa

Mozambique, Maputo

I Reunião da Rede de Educação Médica

Maio

Reunião Técnica da Rede de Enfermagem

Portugal, Lisboa



Junho

IV Reunião dos Organismos Consultivos - Portugal, Lisboa

Setembro

3ª Reunião RIDES Malária - Portugal, Lisboa

Outubro

Criação do Centro de Formação Médica Especializada da CPLP

Cabo Verde, Praia



Janeiro

5ª Reunião da RIDES Malária - Portugal, Lisboa (IHMT)

Março

6ª Reunião da RIDES Malária - Brasil, Rio de Janeiro

Junho

VI Reunião dos Organismos Consultivos

Portugal, Lisboa

Setembro

7ª Reunião da RIDES Malária - Brasil, Rio de Janeiro

2010

2011

2012

Fevereiro

4ª Reunião da RIDES Malária - Angola, Luanda

Março

Reunião fundadora da REDE dos Institutos de Saúde Pública e Instituições Equivalentes (CPLP/PECS) - Guiné Bissau, Bissau

Iª Reunião Extraordinária da RINSP-CPLP - Guiné Bissau, Bissau

Junho

V Reunião dos Organismos Consultivos - Portugal, Lisboa

Iniciado o ForDILAB-TB

(Projeto de Formação Laboratorial de Tuberculose) - Portugal, Lisboa



Setembro

Workshop da RIDES Malária - Brasil, Belém

V Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa

Angola, Luanda

II Reunião da Rede de Educação Médica

Janeiro

VI Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa
Cabo Verde, Praia

Abril

2º Congresso Nacional de Medicina Tropical - Portugal, Lisboa (IHMT)
- **Semana da Saúde da CPLP** - Portugal, Lisboa

Workshop sobre Educação Médica.



IIª Reunião Ordinária da RINSP - CPLP.



1ª Reunião Técnica de Avaliação do PECS-CPLP - Portugal, Lisboa

Maio

Reunião onde foi identificada a necessidade da criação da REDE-TB - Moçambique, Maputo

X Congresso Mundial de Farmacêuticos de Língua Portuguesa Angola, Luanda

Junho

VII Reunião dos Organismos Consultivos - Portugal, Lisboa
Criação das Comissões Temáticas

Outubro

8º Reunião da RIDES Malária - Cabo Verde, Praia

Novembro

2ª Reunião Geral da RINSP-CPLP - Brasil, Recife

2ª Reunião Ordinária da RETS-CPLP

RESP - Missões técnicas a Angola e Moçambique

1ª Reunião plenária do FARMED - Portugal, Lisboa



Dezembro

Lançamento do Livro "Segurança Alimentar e Nutricional na Comunidade dos Países da Língua Portuguesa: Desafios e Perspetivas"
Portugal, Lisboa (IHMT)

2013

2014

2015

2016

Fevereiro

III Reunião de Ministros da Saúde da CPLP
Moçambique, Maputo



Abril

Reunião Extraordinária da RETS - CPLP - Portugal, Lisboa

Maio

Seminário Oficina Conjunta RINS/UNASUR/RINSP - CPLP

Brasil, Petrópolis

1ª Reunião do Comité Consultivo de Alto Nível (FARMED)

Portugal, Lisboa

RESP - Reuniões com os coordenadores, da RINSP e da RETS Reconhecida a RIDES MALÁRIA pela CPLP - Moçambique, Maputo

Conferências do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: Bioética nos Países de Língua Oficial Portuguesa- Justiça e Solidariedade - Portugal, Lisboa

Junho

VIII Reunião dos Organismos Consultivos, - Portugal, Lisboa

Julho

XX Conferência de Chefes de Estado e Governo da CPLP, que assinalou a adesão da Guiné Equatorial na CPLP Timor, Díli



Agosto

2ª Reunião plenária do FARMED - Brasil, Rio de Janeiro

Março

XI Congresso Mundial de Farmacêuticos de Língua Portuguesa, Moçambique, Maputo

3ª Reunião plenária do FARMED - Moçambique, Maputo

Abril

9ª Reunião da RIDES Malária - Portugal, Lisboa (IHMT)

3º Congresso Nacional de Medicina Tropical, e 1º Congresso Lusófono de Doenças Transmitidas por Vetores, Portugal, Lisboa (IHMT)

Encontro Satélite: Seminário Segurança Alimentar e Nutricional na rede tropical: caminhos na CPLP

Maio

IX Reunião dos Organismos Consultivos - Portugal, Lisboa

Novembro

VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa China, Macau

Março

4ª Reunião da RETS-CPLP - Portugal, Lisboa



3ª Reunião da RINSP-CPLP - Portugal, Lisboa



2ª Reunião Técnica de Avaliação do PECS-CPLP
Portugal, Lisboa

2ª Reunião Extraordinária do Grupo Técnico em Saúde da CPLP - Portugal, Lisboa

Reunião de consolidação das Redes RIDES Malária, SIDA e Tuberculose - Portugal, Lisboa

ANO LETIVO 2016/17

DOUTORAMENTOS

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

Destinatários: Graduados na área das ciências da vida com alto potencial e com interesse numa carreira de sucesso ligada à investigação científica em biomedicina tropical, em instituições públicas e privadas de cariz nacional e internacional.

Principais Benefícios

- + Capacita para a formulação, implementação e análise crítica de projetos de investigação a nível internacional;
- + Possibilita a especialização e o desenvolvimento de competências de investigação nas áreas de Parasitologia e Microbiologia. **240 ECTS**

Coordenação: João Pinto

GENÉTICA HUMANA E DOENÇAS INFECIOSAS

Destinatários: Profissionais que necessitam de especialização com alto índice de proficiência técnico-científica na área da interação hospedeiro-agente infeccioso.

Principais Benefícios

- + Permite a consolidação de competências nas componentes de Genética, Biologia Molecular e Celular e Doenças Infecciosas (Parasitologia e Microbiologia);
- + Possibilita desenvolver trabalho ou investigação na área emergente da Medicina Personalizada - já apontada como a grande revolução na área da saúde nos próximos anos. **240 ECTS**

Coordenação no IHMT: Isabel Maurício

PROGRAMA CONJUNTO DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Em colaboração com NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas

DOENÇAS TROPICAIS E SAÚDE GLOBAL

Destinatários: Graduados na área das ciências da vida ou profissionais altamente motivados e com demonstrada capacidade intelectual, com interesse numa carreira de sucesso ligada à investigação científica em medicina tropical e saúde global.

Principais benefícios:

- + Consolida as competências nas diferentes componentes das Doenças Tropicais e Saúde Global, com padrões internacionais de qualidade
- + Multidisciplinaridade e internacionalização do programa, possibilitando a mobilidade e o trabalho em rede. **240 ECTS**

Coordenação: Henrique Silveira

Em colaboração com Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil.

SAÚDE INTERNACIONAL

Destinatários: Profissionais ligados à saúde e ao desenvolvimento que necessitem de uma visão abrangente da saúde pública internacional, com o objetivo de contribuir para a melhoria da saúde e do bem-estar das populações.

Principais Benefícios

- + Oportunidade para desenvolver trabalho em rede com organizações internacionais e de saúde pública, designadamente a nível europeu e da comunidade dos países de língua portuguesa;
- + Forma investigadores e docentes, num ambiente multidisciplinar, fornecendo capacidades de investigação autónoma na área da saúde internacional. **240 ECTS**

Coordenação: Sónia Dias

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'.

Estabelecimento de uma rede estruturante da cooperação em educação médica, no âmbito do PECS-CPLP

Towards a PECS-CPLP network for medical education

Mário Jorge Fresta

Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (CEDUMED) da Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

Maria Amélia Ferreira

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

António Pedro Delgado

Faculdade de Medicina da Universidade de Cabo Verde, Cidade da Praia, Cabo Verde

Maria Rosário Sambo

Reitoria da Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

Jorge Torgal

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Mohsin Sidat

Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique

Paulo Ferrinho

GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Resumo

Perante o forte crescimento de iniciativas de educação médica nos Estados africanos membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa e uma crescente cooperação no ensino médico, justifica-se que, no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da CPLP, se pense esta cooperação numa abordagem triangular, sul-norte-sul, coordenando as iniciativas num quadro de prioridades discutido e definido colegialmente. As redes criadas para coordenar outras atividades de cooperação no âmbito do PECS apontam um possível caminho. Com história prévia de tentativas de criação de redes de intervenção na educação médica, com a experiência já adquirida, defendemos neste artigo que os atores ativamente envolvidos em cooperação para o desenvolvimento do ensino médico se esforcem para estabelecer uma Rede de Cooperação em Ensino Médico (RECOEM) da CPLP em articulação com outras iniciativas implantadas nos Estados de língua oficial portuguesa, como as cooperações norte-americana e cubana.

Palavras Chave:

Educação médica, Faculdades de Medicina, PECS, CPLP.

Abstract

Given the strong growth of medical education initiatives in African Member States of the Community of Portuguese Speaking Countries (CPLP) and considering the increased cooperation in medical education, it is justified under the Strategic Plan for Cooperation in Health (PECS) of the CPLP, to think this cooperation in a triangular, south-north-south approach, coordinating the initiatives in a framework of priorities discussed and defined collectively. The networks created to coordinate other cooperation activities under the PECS point a way forward. With a history of attempts to create intervention networks in medical education, with the experience gained, we argue in this article that actors actively involved in development cooperation of medical education should strive to establish a Cooperation Network on Medical Education of the CPLP in conjunction with other initiatives implemented in the Portuguese-speaking States, such as cooperation initiatives by the USA and Cuba.

Key Words:

Medical education, Medical Faculties, PECS, CPLP.

Introdução

O ensino médico, particularmente em África, tem sido alvo de atenção crescente (Mullan et al, 2011; Greysen et al, 2011; Chen et al, 2012; Monekosso, 2014; Kiguli-Malwadde et al, 2015) a que os Estados membros da CPLP não têm sido alheios, levando à proposta de integrar no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) (Lapão, 2011) a criação e dinamização de uma rede estruturante da cooperação sobre ensino médico. Esta inclusão foi justificada pelo reconhecimento que o principal empregador destes quadros são os Ministérios da Saúde dos Estados membros, onde os médicos são ainda os principais dirigentes a todos os níveis, coordenadores das equipas de prestação de cuidados e docentes de todas as categorias profissionais. Daí que os Ministérios da Saúde não se possam alhear do perfil dos médicos formados e tenham que interagir com o setor educacional na preparação e implementação das suas estratégias de recursos humanos. A necessidade desta interação está bem patente nas diversas acções de formação prática de educação médica que ocorrem nas unidades de saúde, nas quais é indispensável a participação docente de profissionais do Ministério da Saúde. As estratégias e planos de formação de quadros, como a de Angola (Governo de Angola, 2015), devem refletir a realidade nacional do setor da saúde e ter em conta a capacidade instalada no setor para a docência, acolhimento de estágios profissionais e para a realização de investigação (McAlee et al, 2013).

Globalmente, a capacidade para educação médica reflete grandes desigualdades regionais: nas Caraíbas existe 1 escola médica (EM) por cada 0,6 milhões de habitantes, nas Américas e Oceânia por 1,2, na Europa por 1,8, na Ásia por 3,5; e em África por cada 5 milhões de pessoas. Dos 57 países africanos, 16 não têm EM (Boulet al, 2007; Duvivier et al, 2014). Nos Estados africanos membros da CPLP a realidade é variável, mas sempre desafiante. Nestes existem EM em Angola (11), Cabo Verde (1), Guiné-Bissau (2), Guiné Equatorial (1) e Moçambique (6). Angola foi o primeiro país africano a formar médicos durante um curto período no século XVIII (Cambournac 1982; Pinto et al 2005). Duas das EM atuais, uma em Maputo, Moçambique e a outra, em Luanda, Angola, foram estabelecidas em 1963, durante a administração colonial. Uma terceira foi estabelecida com a ajuda de Cuba em Bissau, Guiné-Bissau, em 1987. Todas as outras EM apareceram muito mais tarde (quadro 1).

A formação médica assume um papel estratégico no esforço destes países para corrigir o seu grande défice de médicos - Angola, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial e Moçambique são identificados pelo Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2006) como países com escassez crítica de médicos. A instituição de Redes de Faculdades de Medicina (a nível nacional, na lusofonia e na região africana) poderá vir a contribuir significativamente para o fortalecimento dos sistemas de avaliação e acreditação destas instituições, promovendo a qualidade, pertinência e relevância da educação médica (Fresta, 2014).

Nos Estados africanos membros da CPLP a cooperação sobre educação médica, bilateral e multilateral, tem-se refletido em

múltiplas dimensões: investigação; estabelecimento de redes colaborativas; dinamização de organizações da sociedade civil; regulação do ensino médico; apoio às licenciaturas em medicina; programas estruturantes de qualidade e excelência da educação/formação; estabelecimento de mestrados em educação médica; outras formações pós-graduadas; e planeamento de recursos humanos da saúde (RHS) em articulação com o setor educacional. Cada um destes itens será brevemente abordado.

Investigação

Abordamos aqui as experiências em desenvolver a capacidade de investigação nas EM e reportamos alguma da investigação feita sobre educação médica nos Estados africanos membros da CPLP. A produção bibliográfica científica nestes Estados é baixa, mas crescente (Gedeon et al 2013; Uthman e Uthman, 2007; Nachege et al, 2012). A percentagem de publicações sem autores nacionais vai sendo cada vez menor, mas a proporção de primeiros autores ainda é inaceitável. Em Angola, em 2014, um autor angolano foi primeiro autor só em 19% de 301 publicações incluídas num estudo bibliográfico (Sambo e Ferreira, 2015). Entre 2001 e 2010 os 60 membros da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) e os 140 médicos do seu hospital de ensino, Hospital Central de Maputo (HCM) publicaram 202 artigos em revistas com revisão por pares, sendo primeiros autores de apenas 29% desses artigos (Noormohamed et al 2013). Em parte para corrigir esta situação, em 2008, no âmbito da Iniciativa de Parceria em Educação Médica (MEPI) (Mullan et al, 2012), foi estabelecida uma parceria entre a UEM e a Universidade da Califórnia, San Diego que, com o apoio do Plano de Emergência do Presidente para Combate à SIDA e dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) visa: reforçar a formação dos médicos; aumentar a capacidade local para investigação multidisciplinar; reforçar a infra-estrutura de informática; e recrutar e reter professores médicos qualificados. Esta parceria serviu para alavancar, integrar e fortalecer relações com outras instituições em África, Europa (entre as quais o IHMT-UNL de Portugal) e América do Sul (entre as quais a Universidade Federal da Bahia, Brasil). As iniciativas levadas a cabo incluíram programas de formação especializada, reorganização da gestão da investigação, desenvolvimento de projetos de investigação em colaboração e um investimento substancial em bioinformática. Foi estabelecido um Centro de Apoio à Investigação e um Conselho de Revisão Institucional Independente para a revisão de projetos de investigação que envolvem seres humanos (Noormohamed et al, 2013).

A educação médica tem também recebido a atenção de investigadores que se têm debruçado sobre: a capacidade institucional das EM (Fronteira et al, 2014), a opção pelo curso de medicina (Dias et al, 2010), as condições de admissão (Castello, 2004; Simões, 2004), a formação de docentes (Diaz et al, 2013), as percepções dos estudantes de medicina quanto às competências médicas (Barbosa et al, 2011; Franco, 2015),

Quadro 1 – Escolas de Medicina (EM) nos Estados africanos membros da CPLP

País	Universidade	Cidade	Data do estabelecimento	Propriedade (pública/privada)	Colaborações internacionais estruturantes	Rácio de EM por 1 milhão de habitantes
Angola	Agostinho Neto	Luanda	1963	Pública (Ministério do Ensino Superior)	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa (IHMT-UNL)	0,48
	Jean Piaget*	Luanda	2000	Privada	Universidade Jean Piaget, Portugal	
	Privada	Luanda	???	Privada	Ainda em fase de legalização	
	Instituto Superior Técnico Militar**	Luanda	2008	Pública (Forças Armadas de Angola)	Universidades Nova de Lisboa, do Minho e da Beira Interior em Portugal e cooperação cubana	
	Katyavala Bwila	Benguela	2008	Pública (Ministério do Ensino Superior)	Cooperação cubana/FMUP***	
	11 de Novembro	Cabinda	2008		Cooperação cubana FMUP***	
	Lueji A'Nkonde	Malange	2009		Cooperação cubana FMUP***	
	José Eduardo dos Santos	Huambo	2009		Cooperação cubana	
	Mandume ya Ndemufayo	Lubango	2009		Cooperação cubana FMUP, Portugal****	
	Kimpa Vita	Uíge	2016		?	
Cuito Cuanavale	Menongue	2016	?			
Cabo Verde	Cabo Verde*	Praia	2015		Pública (Ministério do Ensino Superior)	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra FMUP****, Portugal
Guiné Bissau	ISCM-CH Universidad de La Habana – Raul Diaz Arguelles	Bissau	1987	Pública (Ministério da Saúde)	Cooperação cubana	1,11
	Jean Piaget	Bissau	2011	Privada	Universidade Jean Piaget, Portugal	
Guiné-Equatorial	Nacional de Guiné Equatorial	Bata	2000	Public (Ministério do Ensino Superior)	Cooperação cubana	1,25
Moçambique	Zambeze	Cidade da Beira	2009	Pública (Ministério de Ciência e Tecnologia, Ensino Superior e Técnico Profissional)	Cooperação cubana	0,22
	Eduardo Mondlane	Maputo	1963		FMUP, IHMT-UNL, Portugal	
	Lurio	Nampula	2007		Cooperação cubana FMUP, IHMT-UNL, Portugal	
	Católica de Moçambique	Cidade da Beira	2000	Privada (sem fins lucrativos)		
	Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique	Maputo	2001	Privada		
	Universidade Pedagógica	Maxixe	2015	Privada (com dificuldades de acreditação)	IHMT-UNL, Portugal	

*A formação médica tem lugar num Departamento de Ciências da Saúde desta Universidade; ** A formação médica tem lugar num Departamento de Biotecnologia e Ciências da Saúde deste Instituto Universitário; *** Colaborações menos estruturantes mas alicerçadas num plano coerente de desenvolvimento da rede de educação médica; ****Protocolo para a realização do Mestrado em Educação Académica e Clínica (2016).

assim como à formação que recebem, aos apoios que existem e em relação às expectativas dos estudantes de medicina quanto ao seu futuro profissional (Ferrinho et al, 2010 a, 2010 b, 2011; Fronteira et al, 2011 a; Lyon et al 2016; Mendes et al, 2014; Sousa et al, 2007). O Mestrado em Educação Médica

oferecido pela UAN - Universidade Agostinho Neto (Luanda, Angola) proporcionou cerca de quatro dezenas de dissertações dedicadas à educação médica em Angola (Fresta et al, 2011; Fresta et al, 2012; Fresta, 2015).

Como realçado por Sambo e Ferreira (2015), as bases para a

investigação científica têm de estar integradas no curriculum dos cursos de medicina e os estudantes devem iniciar precocemente a atividade científica. Estas indicações estão contidas na revisão de 2015 dos padrões globais para a melhoria da qualidade da educação médica básica da Federação Mundial da Educação Médica¹. A fraca atratividade da carreira de investigação é uma séria limitação que toma maiores proporções nos países em desenvolvimento, pelo que a adesão precoce à prática de investigação deve ser encorajada. Daí que, mais recentemente, a preocupação de introduzir a investigação científica precocemente na educação médica, levou ao desenvolvimento de uma linha de investigação com o objetivo de avaliar as percepções dos estudantes nesta temática, tendo sido feita esta avaliação na Faculdade de Medicina da Universidade Katyavala Bwila (Correia, 2015). Em várias faculdades, como em Katyavala Bwila (Benguela), os estudantes são encorajados a desenvolver a sua própria investigação, que pode ser apresentada em jornadas científicas anuais.

Redes colaborativas

Como outro exemplo de redes colaborativas referimos *A NAME for Health*², que foi co-financiado pelo Programa EDULINK da Comissão Europeia de 2008 a 2012, envolvendo a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Portugal, Faculdade de Medicina da UAN, Angola, a Faculdade de Medicina da UEM, Moçambique, a Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Lúrio (UniLúrio), Moçambique, o Hospital São João, Porto, Portugal e a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), Portugal (Ferreira et al, 2012). Os objetivos incluíram melhorar a saúde das populações através da educação médica pelo desenvolvimento de um programa entre as instituições de ensino superior e melhorar as competências académicas e clínicas em áreas prioritárias (cuidados de saúde materno-infantis e doenças infecciosas). Esta iniciativa permitiu, entre outras, as seguintes atividades: reforço do Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (CEDUMED) que fora criado em Angola em 2003 e o estabelecimento de Centros de Educação Médica na UEM, Maputo, e UniLúrio, Nampula, Moçambique; estabelecimento de três Gabinetes de Apoio ao Estudante; estudo e avaliação dos currículos de medicina, reforma curricular e monitorização do processo de desenvolvimento curricular; e estabelecimento de um programa para a mobilidade clínica de docentes e médicos. No âmbito deste projeto foi apresentada a proposta da criação da Rede de Educação Médica da Comunidade Médica da Língua Portuguesa (CMLP), tendo sido realizadas reuniões no âmbito desta Rede, em Maputo (2010) e em Luanda, Angola (2011) (Lourinho et al, 2011). Angola reconhece que é urgente inscrever as instituições em organizações, redes e projetos de excelência, bem como adotar programas de cooperação dirigidos para objetivos concretos, visando a melhoria da qualidade da educação e do ensino e contribuir decisivamente para o desenvol-

vimento nacional e regional pretendidos (Simões et al, 2016). Nesse sentido, a necessidade de criação de redes nacionais e internacionais de educação médica (associações), integrando todas as partes interessadas, fundamenta-se na inexistência de um fórum alargado que proporcione o debate dos principais problemas com que se defronta esta área formativa e a reflexão sobre eventuais soluções.

Dinamização de organizações da sociedade civil

Criada em Maio de 2013, *Health4MOZ (Health 4 Mozambican Children and Families)* ONG, em parceria com a FMUP e a UniLúrio, é uma associação de direito privado, sem fins lucrativos e que tem como objetivo cooperar no âmbito da formação pré e pós-graduada com Moçambique, em particular com a UniLúrio, em Nampula. Iniciou a sua atividade no terreno em junho de 2014. Desde então apoiou: a formação pré-graduada de alunos de medicina em pediatria, obstetrícia, ginecologia e cirurgia pediátrica; a formação pós-graduada de médicos em cardiologia e ecografia pediátrica e em cuidados básicos e intensivos neonatais; ofereceu em Moçambique uma pós-graduação em radiologia e ecografia; fez formação de formadores; oferece de estágios específicos a médicos portugueses em Moçambique e a médicos moçambicanos em Portugal. Estas atividades, para além da atenção ao médico são muitas vezes estendidas a outros profissionais de saúde, como enfermeiros e nutricionistas.

Regulação do ensino médico

A regulação do ensino médico e a sua consequente tradução na acreditação e avaliação periódica dos cursos constitui um fator de elevada importância para assegurar a qualidade do ensino e do médico formado e lançado no mercado de trabalho, sobretudo pelas novas instituições de formação e pelas privadas.

Esta regulação tem vindo a evoluir de uma responsabilidade exclusivamente ministerial para uma responsabilidade partilhada (dependendo se é a licenciatura, pós-graduação ou especialização) entre os Ministérios do Ensino Superior e da Saúde e as Ordens dos Médicos. Nestas parcerias as Ordens têm um papel variável (mais bem estabelecido em Moçambique e particularmente débil na Guiné-Bissau) dependendo da sua implantação no país, da sua estruturação interna (particularmente o funcionamento dos colégios das especialidades, que parecem mais ativos em Moçambique) e da forma como assumem as questões educacionais, quer a nível pré quer pós-graduado.

Em 2015, foi retomada no XVIII Congresso Nacional de Medicina (no Porto, Portugal, a 26-28 novembro, 2015) a implementação da CMLP, centralizada nas Ordens dos Médicos dos Países de Língua Portuguesa, como elemento centralizador das iniciativas neste âmbito de cooperação.

O IHMT-UNL, com o apoio do Dr. Pedro Serrano, tem colaborado com algumas das Ordens (particularmente na Guiné-Bissau, em Cabo Verde e em Moçambique) no desenvolvimento dos seus documentos estatutários e normativos e em atividades formativas; esse pode ser um importante papel numa rede colaborativa.

Em países da CPLP onde ainda não existem mecanismos de avaliação e acreditação das escolas médicas, a criação de escolas médicas privadas é um importante tema que encontra espaço nas questões de regulação do ensino médico.

Apoio às licenciaturas em medicina

Nesta área damos 2 exemplos: a colaboração da Universidade de Coimbra (UC) com Cabo Verde e da Universidade do Porto com Moçambique e Angola.

O primeiro curso de medicina de Cabo Verde entrou em funcionamento em 2015, em resultado de um projeto que contou com o apoio da UC, através de um protocolo que o governo de Cabo Verde estabeleceu com o governo português. Neste curso, os alunos têm aulas em Cabo Verde nos primeiros três anos e viajam, depois, para Portugal, onde estudarão mais dois anos, o que lhes permitirá ter uma experiência de ensino clínico num grande hospital, em que as abordagens clínicas são feitas de acordo com os processos mais evoluídos. O último ano, de prática clínica, é concluído em Cabo Verde. O trabalho da UC será, acima de tudo, de supervisão, acompanhando todo o processo e envolvendo-se quando necessário. O novo curso de medicina de Cabo Verde conta com 25 vagas: 20 são exclusivas a estudantes caboverdianos e as restantes são disponibilizadas para alunos da CPLP. O projeto contará também com a colaboração de oito docentes portugueses (incluindo do IHMT-UNL). A expectativa da Universidade caboverdiana é que, além do apoio direto na realização dos cursos, essa colaboração venha a ser estruturante e com uma finalidade, desde o início, de promover uma transferência de conhecimentos, nomeadamente contribuir para a constituição pedagógica e técnica dum corpo docente, ajudando a estabelecer como prioridade um programa de formação de formadores.

O curso de Biopatologia (Biopatologia I e II) da FMUP iniciou, no ano de 2005/2006, a disponibilização de conteúdos *online* para os estudantes da Universidade do Porto e, posteriormente, para estudantes de outras universidades de língua portuguesa, nomeadamente para a UEM (Moçambique), num projeto desenvolvido com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian.

Em Angola, a Universidade do Porto, através da Faculdade de Medicina, tem ainda colaborado – ao nível da formação pré-graduada - na ministração de cursos de comunicação clínica (Universidade Onze de Novembro, Cabinda) e com apoio de formação para a instalação e desenvolvimento de Centros de Simulação Biomédica (Universidade Onze de Novembro, Cabinda, e UAN, Luanda).

Programas estruturantes de qualidade e excelência da educação/formação médica

Desde 2005 que, através da articulação entre o Centro de Educação Médica da FMUP e o CEDUMED, que fora criado na UAN em 2003, se vem investindo em mecanismos de desenvolvimento da qualidade e da excelência da formação de médicos na instituição pública que tem sido ao longo dos anos referência de formação/educação médica em Angola: a FMUAN. Esta colaboração teve início com a realização da avaliação institucional e diagnóstico científico-pedagógico da licenciatura em medicina da FMUAN, à qual se seguiu a elaboração dum Plano Estratégico de Desenvolvimento que estabeleceu as linhas da intervenção estruturante setorializada no âmbito da formação/educação médica, a definição do “perfil do médico em Angola” como primeira etapa do processo de reforma curricular do curso de medicina da FMUAN, criação de condições para a capacitação pedagógica, académica e técnico-científica de recursos humanos da área da saúde, com o objetivo de criar um programa de formação de médicos com reconhecida qualidade. Apoiou-se ainda a instalação de um Gabinete de Apoio ao Estudante (Fresta, 2003; Ferreira, 2003; Fresta et al, 2004). Para além desta intensa cooperação com a FMUP, apoiada pelo IPAD e pelo Instituto Camões, o CEDUMED tem acordos com Clínica Multiperfil em Angola (2013) e com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa (2014) que se vêm tornando cada vez mais relevantes (Fresta, 2015).

Outras iniciativas semelhantes de avaliação do curso de medicina e promoção da melhoria dos cursos e dos resultados dos programas pedagógicos foram realizadas em Faculdade de Medicina da Universidade Katyavala Bwila (Sambo et al, 2012) e estão a ser consideradas para outras faculdades, como no Lubango, em Cabinda e em Nampula.

A existência de uma rede de ensino médico funcional poderá ajudar a estabelecer mecanismos de avaliação dos resultados e o impacto da implementação destas acções.

Estabelecimento de mestrados em educação médica

O Mestrado em Educação Médica na UAN em Angola iniciou em 2004 com colaboração, no primeiro ano (letivo) da Faculdade de Medicina de Lisboa e no segundo ano (dissertações) da FMUP a qual veio a prestar colaboração integral (primeiro e segundo ano) na segunda edição desse Mestrado em 2007/2008 (Fresta et al, 2012; (Fresta et al, 2011 e 2012).

Coordenado pela FMUP o Mestrado em Educação Médica vai ainda, a partir de 2016, ser lecionado na Universidade de Cabo Verde para a formação pedagógica dos profissionais na área da saúde, particularmente aos envolvidos nas atividades de leção no curso de medicina.

1 - <http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>

2 - <http://acp-edulink.eu/content/name-health-%E2%80%94-network-approach-medical-education-pursuit-quality-heis-and-health-systems>

Outras formações médicas pós-graduadas

No âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP, o Centro de Formação Médica Especializada (CFME) abriu as portas em outubro de 2010, na Cidade da Praia, em Cabo Verde. O CFME teve como entidade proponente a CMLP, tendo o projeto sido executado pelo Secretariado Executivo da CPLP, o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos de Cabo Verde, e o IHMT-UNL. Funcionou até 2013 e durante este período realçam-se várias atividades de formação pós-graduada desenvolvidas no Centro e dirigidas a médicos (não só de Cabo Verde, mas também de Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe), nomeadamente o Curso Internacional de Especialização em Saúde Pública (com a duração de um ano letivo), o Programa Avançado de Gestão para Diretores Clínicos (de cinco semanas) e a formação em Doenças Infeciosas e Microbiologia Clínica (durante 4 semanas).

O Programa Avançado de Gestão para Diretores Clínicos do IHMT-UNL conheceu ao todo sete edições: três em Angola, duas em Cabo Verde, uma na Guiné-Bissau e outra em Moçambique. Em 2014 o IHMT-UNL ofereceu aos médicos das Forças Armadas Angolanas um curso de Clínica das Doenças Tropicais (com a duração de 4 meses), que será reditado, mais uma vez em Luanda, durante 2016.

De realçar ainda que, cada vez mais, os programas de doutoramento em sanduíche ou o recurso a modelos de ensino à distância (EAD) permitem que recursos escassos, como são os médicos, possam realizar estudos avançados, sem abandonarem o país ou minimizando as ausências. Neste âmbito, realçamos a colaboração do IHMT-UNL com a Ordem dos Médicos de Moçambique para doutorar médicos ou apoiar a sua especialização em saúde pública, permitindo a frequência dos programas curriculares através de modelos vários de EAD. Salientamos também o ProCAPS Angola (Programa de Capacitação de Recursos de Saúde em Angola) de 2006, no âmbito do qual foram doutorados ou serão doutorados cerca de duas dezenas de médicos angolanos, que em 2016 vão integrar o corpo docente do doutoramento em Ciências Biomédica do CEDUMED desenvolvido com o apoio do IHMT-UNL.

Na FMUAN acaba também de ser aprovado o Doutoramento em Saúde Pública com apoio da FCG.

Com financiamento da Fundação Merck Sharp e Dhome, da FCG e do IPAD/Instituto Camões, tem sido possível acolher no IHMT-UNL médicos que concluíram vários estágios profissionais nos hospitais do SNS.

Ainda, com financiamento da FCG (Garcia et al, 2014) e do IPAD/Instituto Camões, tem sido possível acolher no IHMT-UNL, na FMUP e no ISPUP (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto), vários médicos dos Países Africanos de Língua Portuguesa, tendo sido já concluídos vários doutoramentos. Na Faculdade de Medicina da UniLúrio o IHMT-UNL apoia ainda o Mestrado em Saúde Pública e Medicina Tropical, participando na sua comissão científica e assumindo a lecionação de unidades curriculares diversas e orientações de teses.

Participação em órgãos de governação académica e integração do corpo docente de várias instituições académicas

A participação de dirigentes médicos dos Ministérios da Saúde, das Forças Armadas, dos Serviços Nacionais de Saúde, de Faculdades de Medicina, de Ordens Profissionais, de Centros de Investigação e de Educação Médica dos diversos países africanos lusófonos nos órgãos de gestão (Conselho de Instituto), consultivos (Conselho Consultivo) e no corpo docente do IHMT-UNL como professores convidados, tem enriquecido a cultura académica do IHMT-UNL e facilitado a cooperação norte-sul, orientando as deliberações do IHMT-UNL no sentido de reforçar as suas atividades de cooperação com o intuito de apoiar a capacidade académica das EM dos países desses colaboradores.

A participação de docentes portugueses no corpo docente de EM africanas e nas comissões científicas de programas de mestrado e doutoramento dessas EM assim como na Comissão Científica do CEDUMED em Angola, potenciam a cooperação triangular entre Angola, Cabo Verde, Moçambique e Portugal.

Planeamento de RHS

Angola, Cabo Verde, Moçambique e Guiné-Bissau têm, ao longo das décadas, desenvolvido versões sucessivas de planos estratégicos para os recursos humanos do setor da saúde. Estes planos têm reconhecido a sua responsabilidade de diálogo com o setor educacional para garantir, por parte da saúde, as respostas necessárias para corresponder às necessidades de docentes e de campos de estágio para formar profissionais de saúde em geral e médicos em particular, incluindo a sua formação especializada. Nestes esforços tem havido uma cooperação triangular importante envolvendo também Portugal e Brasil nos quatro países (Tyrrel et al, 2010; Sidat et al, 2010 a/b).

Discussão

Este panorama de expansão da capacidade de formação médica nos países africanos lusófonos é, na verdade, muito semelhante ao encontrado em toda a África Subsariana. Após a criação da primeira EM na região africana, em 1918, em Dakar no Senegal, o número de novas EM só aumentou significativamente após a independência colonial, nos anos 60 e 70 e nos últimos vinte anos temos assistido a um grande crescimento nas EM na região (ver por exemplo a situação de Moçambique em República de Moçambique, 2013).

A situação nos países lusófonos africanos pode ser explicada por uma combinação de fatores relacionados, a nível nacional, com o processo de paz depois de guerras civis, um maior compromisso com a saúde e planeamento estratégico da saúde e do ensino superior. A nível internacional o trabalho que levou ao Relatório

Mundial de Saúde de 2006 (WHO, 2006) e outras iniciativas, como a *Joint Learning Initiative* (2004) e as recomendações para ultrapassar a crise, incluindo um maior investimento no ensino médico (Chen, 2004), contribuíram para enfatizar os défices assustadores de médicos em países em que se incluem cerca de metade dos países lusófonos (Fronteira et al, 2014).

O excesso de candidatos em relação ao número de vagas nos cursos médicos representa uma procura insatisfeita, vista também como oportunidades de negócios, levando ao aparecimento de faculdades privadas em três dos países.

A privatização do ensino médico, uma realidade comum a outros países (Scheffer e Dal Poz, 2015; Shehnaz, 2010 e 2011; Sobrinho, 1992; Veras et al, 1983), tem permitido uma maior formação desses profissionais mas levanta questões ainda a responder em termos de qualidade, avaliação e acreditação. Uma dessas questões tem a ver com os campos de formação prática (estágios) que são maioritariamente públicos, criando desafios ainda por melhor compreender no futuro. Questiona-se as capacidades dos novos médicos formados em cursos não acreditados, não avaliados, desprovidos de meios de acompanhamento de Universidades qualificadas. Perante várias situações, o setor privado do ensino médico, como o setor público tem vindo a fazer, deve assumir a importância de uma creditação respeitadora da qualidade, de uma avaliação dos currículos, de uma defesa de patamares de qualidade compatíveis com a importante função social do médico.

A outra face desta realidade tem a ver com Universidades que apoiam cursos médicos de entidades privadas em África, sem qualquer experiência de ensino de medicina no país de sua origem. Como exemplo mencionamos a Universidade Piaget, que não só não tem qualquer experiência em Portugal no ensino da medicina, como viu não aprovadas as suas propostas para abrir um curso em Portugal. Daí que as Universidades que colaboram com as EM dos países africanos venham a definir parcerias a médio prazo com programas de formação/apoio a docentes, de acompanhamento curricular e, quiçá, auditorias da qualidade do ensino ministrado.

O aumento no número de médicos estagiários representa em si um grande desafio para as EM e para o sistema de saúde do país. A formação desses estudantes é feita, quase exclusivamente, em serviços públicos de saúde que são, muitas vezes, insuficientes e com infraestruturas deficientes e concentradas nos grandes centros urbanos. É portanto notável o esforço que em Angola e Moçambique se tem feito para descentralizar a educação médica para centros urbanos mais periféricos.

Por outro lado, o sistema de saúde pública ainda é o grande empregador de jovens médicos pelo que a sua formação deve ser co-orientada pelo Ministério da Saúde e deve ser assegurada a sua imediata contratação após o curso, caso contrário, a maior pro-

dução de médicos locais agravará o subemprego, a concentração em zonas urbanas com maior mercado privado, a migração ou a insatisfação da força de trabalho médica (Kasper e Bajunirwe, 2012; Russo et al, 2014 a/b) conducentes a problemas laborais e protestos como já se tem assistido em Angola e Moçambique. Daí a importância de reforçar o planeamento estratégico da força de trabalho em saúde, com o correspondente e articulado planeamento da força de trabalho académica.

Perante a escassez de médicos, os Ministérios limitam ou atrasam as autorizações para especialização ou estudos académicos no estrangeiro. Face à fraca capacidade formativa no país, estas restrições agravam ainda mais a insatisfação da classe médica. No entanto, as EM estão a tentar dar uma resposta adequada e mais eficaz, promovendo a especialização médica local e desenvolvendo programas de mestrado e doutoramento. O desenvolvimento de uma capacidade de formação de pós-graduação local para os médicos pode ser uma importante estratégia para ajudar a reter médicos no país de origem, para valorizar a força de trabalho docente subqualificada e reduzir a dependência de professores estrangeiros (Fronteira et al, 2014).

Conclusões

As colaborações sul-sul em educação médica têm resultado particularmente de acordos bilaterais com Cuba contemplando não só apoios diretos às EM (Ferreira et al, 2014), mas também acolhendo em Cuba centenas de estudantes de medicina por ano, uma situação semelhante à encontrada para o acordo bilateral entre Cuba e Timor Leste (Cabral et al, 2013; Ferrinho et al, 2015). Vimos também algumas referências a colaborações com universidades brasileiras. Todo o trabalho colaborativo que referimos com Portugal resulta também de iniciativas institucionais pouco coordenadas.

O PECS apresenta um quadro de referência para pensar a cooperação sobre ensino médico numa abordagem triangular, sul-norte-sul, coordenando as iniciativas num quadro de prioridades discutido e definido colegialmente. Os exemplos referidos neste artigo apontam para algumas dessas prioridades. As redes criadas para coordenar outras atividades de cooperação no âmbito do PECS (RINSP, RETS e RESP) apontam um possível caminho. Com história prévia de tentativas de criação de redes de intervenção na educação médica, com a experiência já adquirida, deixamos aqui aos atores ativamente envolvidos em cooperação para o desenvolvimento do ensino médico o desafio para se estabelecer uma Rede de Cooperação em Ensino Médico (RECOEM) da CPLP em articulação com outras iniciativas implantadas nos Estados de Língua Oficial Portuguesa, como as cooperações norte-americana e cubana.

Bibliografia

1. Barbosa J, Severo M, Fresta M, Ismail M, Ferreira MA, Barros H (2011). How students perceive medical competences: a cross-cultural study between the Medical Course in Portugal and African Portuguese Speaking Countries. *BMC Med Educ*; 11: 24. Doi: 10.1186/1472-6920-11-24
2. Boulet J, Bede C, Mckinley D, Norcini J (2007). An overview of the world's medical schools. *MedTeac*; 29(1):20-6.
3. Cabral J, Dussault G, Buchan J, Ferrinho P (2013). Scaling-up the medical workforce in Timor-Leste: Challenges of a great leap forward. *Soc Sci Med*; 96:285-289.
4. Cambournac F (1982). A acção dos portugueses no campo da medicina tropical. *O Médico*; 102:1-50.
5. Castelo M (2004). Exame de acesso à faculdade de medicina da UAN no ano 2004/2005 - relatório final da vice-direcção para os assuntos académicos. *Revista Angolana de Educação Médica*; 2:25-29.
6. Correia GB (2015). Attitudes and perceptions regarding research and clinical practice: a cross-cultural study comparing Portuguese, Brazilian and Angolan first year medical students. Dissertation presented to obtain a Master's degree in Epidemiology at the Institute of Public Health of the University of Porto and Department of Medical Education and Simulation, Faculty of Medicine of the University of Porto.
7. Dias M F, Barbosa J, Loureiro E, Ferreira MA, André A (2010). Opção pelo Curso de Medicina em Angola: o caso da Universidade Agostinho Neto. *RBEM*; 34 (3): 346-54.
8. Duvivier RJ, Boulet JR, Opalek A, van Zanten M, Norcini J (2014). Overview of the world's medical schools: an update. *Med Educ*; 48(9):860-9.
9. Ferreira A (2003). Princípios gerais da reforma curricular na Faculdade de Medicina da UAN; Deliberação do Conselho Científico. *Revista Angolana de Educação Médica*:27-31. (Fre).
10. Ferreira A, Fresta M, Simões C, Sambo MR (2014). Desafios da Educação Médica e da Investigação em Saúde no Contexto de Angola. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 38 (1): 133-141; 2014.
11. Ferreira, MA, Ferreira P, Godinho A, Ferrão J, Ismail M, Fresta M (2012). On The Way To Raise An International Cooperation University Network: The Case Of "Name For Health". *PAPER ICERI NETWORK* 1463.
12. Ferrinho P, Fronteira IF, Sidat M, de Sousa Jr F, Dussault G (2010 a). Profile and professional expectations of medical students in Mozambique: a longitudinal study. *Human Resources for Health*; 8:21..
13. Ferrinho P, Fronteira I, Sidat M, Hipólito F, Mercer H, Dussault G (2010 b). Formação médica em Moçambique: realidade e expectativas. *Revista Médica de Moçambique*, 10, suplemento Outubro: 52-58.
14. Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ, Rodrigues A, Fronteira I, da Silva F, Mercer H, Cabral J and Dussault G (2011). The training and expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. *Human Resources for Health*; 9:9.
15. Ferrinho P, Valdes AC, Cabral J (2015). The experience of medical training and expectations regarding future medical practice of medical students in the Cuban-supported Medical School in Timor-Leste. *Human Resources for Health*, 13.
16. Franco RS, Franco CAGDS, Severo M, Ferreira MA (2015) General competences on medical professionalism: Is it possible? *Medical Teacher*; 37:10, 976-977..
17. Fresta M (2003). Reforma do Ensino Médico Público em Angola — O QUÊ? Para QUÊ e COMO? *Revista Angolana de Educação Médica*; N° 0 — ano 1.
18. Fresta M (2014). Da Avaliação e Reforma Curricular à Rede das Faculdades de Medicina: O Caminho da Qualidade (Angola, 2002-2014). Comunicação à 4ª Conferência FORGES realizada nas Universidades Agostinho Neto e Mandume ya Ndemufayo. Luanda e Lubango — Angola, 19 a 21 de Novembro.
19. Fresta M (2015). Educação Médica em Angola: Contributo do CEDUMED 2013-2015. *Magazine Risco Zero (Revista de Saúde Ocupacional de Angola)*. Julho-Outubro; 3:28-35.
20. Fresta M, Bettencourt M, Tuti C, Freitas A, Ferreira P, Ferreira MA (2012). The Master Course in Medical Education as a Staff Development Program in Angola. *Proceedings of AMEE 2012*, pp 164. Lyon, France.
21. Fresta M, Venturelli J, Ferreira A (2004). Reforma do curso de medicina. Conclusões e recomendações do seminário inicial. *Revista Angolana de Educação Médica*; 2:15-23.
22. Fresta M; Freitas A; Ferreira P; Ferreira Ma; Simões C; Bettencourt M (2011). Estratégia de implementação dum Programa de Mestrado em Educação Médica. Botelho (coord). *Novas Formas de Cooperação: Espaços de Convergência nos Países Lusófonos. XXI Encontro da Associação das Universidades de Língua Portuguesa, Bragança, Portugal.*
23. Fronteira I, Rodrigues A, Pereira C, Silva AP, Mercer H, Dussault G, Ferrinho P (2011). Realidades e expectativas dos alunos da licenciatura de medicina da Guiné-Bissau no ano lectivo 2007. *Acta Med Port*; 24:265-270.
24. Fronteira I, Sidat M, Fresta M, Sambo MDR, Belo C, Kahuli C, Rodrigues MA, Ferrinho P (2014). The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Human Resources for Health*; 12: 63. Doi: 10.1186/1478-4491-12-63.
25. Garcia AC, Leone C, Dias S, Hartz Z (2014). Avaliação de programas de formação médica e de enfermagem pós-graduada: estudo de caso em dois países africanos de língua oficial portuguesa, 2013. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*; 13: 69-80.
26. Gedeon J, Shamlaye C, Myers GJ, Bovet P (2013). Epidemiology and public health research productivity in Africa. *Int J Epidemiol*; 42(3):913.
27. Governo de Angola, Comissão Interministerial do Plano Nacional de Formação de Quadros (2015). Relatório de Monitorização PNFQ 2013-2014. Gabinete de Comunicação e Imagem UTG/PNFQ, Luanda.
28. Greysen SR, Dovlo D, Olapade-Olaopa EO, Jacobs M, Sewankambo N, Mullan F (2011). Medical education in sub-Saharan Africa: a literature review. *Med Educ*; 45:973-986.
29. Joint Learning Initiative (2004). Human resources for health: overcoming the crisis. http://www.who.int/hrh/documents/JLI_hrh_report.pdf.
30. Kasper J, Bajunirwe F (2012). Brain drain in sub-Saharan Africa: contributing factors, potential remedies and the role of academic medical centres. *Arch Dis Child*; 97:973-979.
31. Lapão MC (2011). O exemplo da CPLP no desenvolvimento da cooperação em recursos humanos para a área da saúde pública num contexto de cooperação Norte-Sul. *Revista Hospital do Futuro*; 14: 55-57.
32. Lourinho I; Godinho A; Ferreira P; Ferreira MA (2011). Conclusões sobre a construção de uma Rede de Educação Médica em Língua Portuguesa – II Reunião de Educação Médica em Língua Portuguesa. Luanda, 19 de Agosto.
33. McAleer E, Parker R, Griffiths OR (2013). Medical schools should develop medical educators, not just doctors. *MedTeach*; 35:698.
34. Mendes M, Barbosa J, Loureiro E, Ferreira MA (2014). How medical education can contribute towards the reduction of maternal mortality in Angola: the teaching/learning process of Gynecology and Obstetrics. *African Health Sciences*; 14(1): 228-236 <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v14i1.36>
35. Monekoso GL (2014). A brief history of Medical Education in Sub-Saharan Africa. *Acad. Med*; 89:S11-S15
36. Mullan F, Frehywot S, Omaswa F, Buch E, Chen C, Greysen SR, Wassermann T, Abubakr DE, Awases M, Boelen C, Diomande MJMI, Dovlo D, Ferro J, Haileamlak A, Iputo J, Jacobs M, Koumaré AK, Mipando M, Monekoso GL, Olapade-Olaopa EO, Rugarabamu P, Sewankambo NK H, Ayas H, Chale SB, Cyprien S, Cohen J, Haile-Mariam T, Hamburger E, Jolley L, Kolars JC, et al (2011). Medical schools in sub-Saharan Africa. *Lancet*; 377:1113-1121.
37. Mullan F, Frehywot S, Omaswa F, Sewankambo N, Talib Z, Chen C, Kiarie J, Kiguli-Malwade E (2012). The Medical Education Partnership Initiative: PEPFAR's effort to boost health worker education to strengthen health systems. *Health Aff (Millwood)*; 31:1561-1572.
38. Nachege JB, Uthman OA, HoY-S, Lo M, Anude C, Kayembe P, et al (2012). Current status and future prospects of epidemiology and public health training and research in the WHO African region. *Int J Epidemiol*; 41(6):1829-46.
39. Noormahomed E, Mocumbi AO, Preziosi M, Damasceno A, Bickler S, Smith DM, Funzamo C, Spencer EA, Badaró R, Mabila F, Bila D, Nguenha A, Rosário VD, Benson CA, Schooley RT, Patel S, Ferrão LJ, Carrilho C (2013). Strengthening research capacity through the medical education partnership initiative: the Mozambique experience. *Human Resources for Health*; 11:62.
40. Pinto MS, Cecchini MA, Malaquias IM, Moreira-Nordemann LM, Pita JR (2005). O médico brasileiro José Pinto de Azeredo (1766-1810) e o exame químico da atmosfera do Rio de Janeiro. *Historia, Ciências, Saude-Manguinhos*, 12:617-673.
41. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção de Recursos Humanos (2013). Perfil de Recursos Humanos para Saúde de Moçambique, 2013. Observatório de Recursos Humanos para Saúde de Moçambique, Maputo.
42. Russo G, McPake B, Fronteira I, Ferrinho P (2014 a). Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. *Health Policy Plan*; 29(6):774-83.
43. Russo G, de Sousa B, Sidat M, Ferrinho P, Dussault G (2014 b). Why do some physicians in Portuguese-speaking African countries work exclusively for the private sector? Findings from a mixed-methods study. *Hum Resour Health*; 12 (1):51.
44. Sambo MR, Cano MJ, Aguiar I (2012). Autoavaliação da Faculdade de Medicina da Universidade Katyavala Bwila: experiência piloto, procedimento operacional e resultados preliminares. 2ª Conferência FORGES 2012 – Macau.
45. Sambo R, Ferreira AVL (2015). Current status on health sciences research productivity pertaining to Angola up to 2014. *Health Res Policy Syst*. 2015; 13: 32.
46. Scheffer MC, Dal Poz M (2015). The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Human Resources for Health* (2015) 13:96. DOI 10.1186/s12960-015-0095-2
47. Shehna SI (2010). Privatization of medical education: viewpoints with a global perspective. *SQU Med J*; 10:6-11.
48. Shehna SI (2011). Privatization of medical education in Asia. *South-East Asian Journal of Medical Education*; 5(1):18-25.
49. Sidat M, Conceição C, Amaral M, Ferrinho P, Dal Poz MR (2010 a). Gestão de Recursos Humanos em Saúde: experiência e percepções de um grupo de gestores de nível provincial. *Revista Médica de Moçambique*. *Revista Médica de Moçambique*, 10, suplemento Outubro: 13-20.
50. Sidat M, Fernandes B, Mussa A, Ferrinho P (2010 b). Recursos humanos da saúde em Moçambique: evidências actuais e desafios futuros. *Revista Médica de Moçambique*, 10, suplemento Outubro: 1-2.
51. Simões C (2004). Evolução do "numerus clausus" na faculdade de medicina da universidade Agostinho Neto. *Revista Angolana de Educação Médica*; 2:7-13.
52. Simões C, Sambo MR, Ferreira A, Fresta M (2016). Ensino superior em Angola: desafios e oportunidades ao nível institucional. *Revista FORGES* 3(1):83-106.
53. Sobrinho SLN (1992). A evolução da Escola Médica no Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*; 19: 37-48.
54. Sousa F, Jr., Schwalbach J, Adam Y, Goncalves L, Ferrinho P (2007). The training and expectations of medical students in Mozambique. *Hum Resour Health* 2007; 5:11.
55. Tyrrell A, Russo G, Dussault G, Ferrinho P (2010). Costing the scaling-up of human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea-Bissau. *Hum Resour Health*, 8.
56. Uthman OA, Uthman MB (2007). Geography of Africa biomedical publications: an analysis of 1996-2005 PubMed papers. *Int J Health Geogr*; 6:46.
57. Veras RP, Ribeiro LD, Lima JC (1983). Notas sobre educação médica no Brasil. *Educ Med Salud*; 17(4):398-413.
58. World Health Organization (2006). *The World Health Report: working together for health*. <http://www.who.int/whr/2006/en/>. 2006. World Health Organization.

Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose - REDETB

Brazilian Tuberculosis Research Network-TB Network

Afranio Kritski

Programa Acadêmico de Tuberculose, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Antonio Ruffino-Netto

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Anete Trajman

Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro; Global Health Department, McGill University, Montreal, Canadá.

Tereza Cristina Scatena Villa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Jose Roberto Lapa e Silva

Departamento de Clínica Médica - Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

David J. Hadad

Departamento de Clínica Médica/Centro de Ciências da Saúde e Núcleo de Doenças Infecciosas/Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Ethel Leonor Maciel

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo.

Eduardo Netto

Instituto Brasileiro de Investigação em Tuberculose - Fundação Jose Siveira - Bahia.

Clemax Sant'Anna

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira e Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Betina Mendez Alcantara Gabardo

Programa Estadual de Controle de Tuberculose- Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná.

Andrea Maciel de Oliveira Rossoni

Hospital de Clínicas - universidade Federal Paraná. Faculdade de Medicina - Universidade Estadual de Ponta Grossa Paraná.

Paulo Cesar Basta

Escola Nacional de Saúde Pública- Fiocruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil.

Monica Kramer de Noronha Andrade

Escola Nacional de Saúde Pública- Fiocruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil.

Celio Lopes Silva

Centro de Pesquisa em Tuberculose - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Diogenes Santos

Centro de Pesquisas em Biologia Molecular e Funcional/Pontífice Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Martha Maria de Oliveira

Centro de Desenvolvimento de Tecnologia em Saúde - Fiocruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Pedro Eduardo Almeida Silva

Universidade Federal do Rio Grande - Rio Grande do Sul

Resumo

Apesar do significativo progresso da pesquisa científica relacionada à tuberculose (TB) e outras micobacterioses existentes no Brasil, no início do milênio, o país ainda experimentava uma frágil cooperação entre os diversos atores dessa área: indústria, universidades, institutos de pesquisa, sociedade civil, e serviços de saúde, incluindo o Programa Nacional de Controle da TB (PNCT). Em 2001, a REDE-TB foi criada como um grupo multidisciplinar de pesquisadores e estudantes brasileiros, tendo como parceiros a sociedade civil e representantes dos serviços de saúde que trabalham com TB e HIV/Aids em todo o país. A REDE-TB ajudou a construir as pontes necessárias entre estes diferentes atores para promover a pesquisa e atividades educativas de forma integrada. Recentemente, a REDE-TB elaborou o Plano Nacional de Pesquisa em TB. Identificaram-se lacunas e prioridades para as plataformas de pesquisa e inovação focadas nas demandas nacionais. Estas plataformas terão como base a integração da pesquisa básica/clínica/translacional com o parque industrial com vistas a agilizar a disponibilização de novas tecnologias e novas estratégias de gestão para o sistema de saúde. Estas tecnologias serão avaliadas em pesquisas operacionais no âmbito do sistema de saúde vigente no país para analisar seu impacto do ponto de vista individual e coletivo.

Palavras Chave:

Pesquisa e desenvolvimento, organizações não-governamentais, tuberculose, micobacterioses.

Abstract

Despite the significant progress of tuberculosis (TB) and nontuberculous mycobacteria research in Brazil, at the beginning of the millennium there was still a weak cooperation among the various actors in this area: industry, universities, research institutes, civil society and health services, including the National TB Program (NTP). In 2001, REDE-TB - the Brazilian TB Research Network - was created as a multidisciplinary group of Brazilian researchers, students, civil society and health services representatives working with TB and HIV/AIDS throughout the country. REDE-TB helped build the necessary bridges between these different actors to promote research and educational activities in an integrated manner. Recently, REDE-TB prepared the National Plan for Research in TB. We identified gaps and priorities for research and innovation platforms focused on national demands. These platforms will be based on the integration of basic/clinical/translational research with the industrial park in order to expedite the availability of new technologies and new management strategies for the health system. These technologies will be evaluated with operational research within the current Brazilian healthcare system in order to analyze its impact from the individual and collective perspective.

Key Words:

Research and development, nongovernmental organizations, tuberculosis, nontuberculous mycobacteria.

O contexto brasileiro pré-formação da REDE-TB

Na década de 1970, havia um clima de ânimo no país decorrente de ações inovadoras implementadas pela coordenação do PNCT/MS. Dentre estas, ressalta-se a incorporação pioneira do regime terapêutico encurtado (seis meses de rifampicina/isoniazida/ pirazinamida) e o fechamento da maioria dos sanatórios existentes. Com a introdução principalmente do novo regime, acreditou-se que o controle de TB seria efetivo. Consequentemente, houve uma desmobilização para o enfrentamento da doença em seus diversos segmentos incluindo a academia, as sociedades biomédicas e o enfraquecimento das organizações não-governamentais (ONGs) que promoviam a *advocacy* e divulgação das questões relacionadas à TB. A Sociedade Brasileira de Tisiologia foi então integrada à Sociedade Brasileira de Pneumologia.

Com este pano de fundo, no final da década de 1980, implanta-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como pilares os princípios da equidade, universalidade e integralidade. A partir de então, a organização do SUS estabelece que a porta de entrada do sistema é a Atenção Básica e, portanto, as ações de TB são descentralizadas. Esta recomendação resultou em uma lenta reestruturação do PNCT/MS, com a mudança da lógica vertical para uma lógica horizontal.

Nos anos 1990, após o longo período da ditadura militar, o presidente eleito Fernando Collor adotou como diretriz política a redução do aparato estatal e dos salários públicos. Consequentemente, houve uma queda considerável na performance das ações do PNCT/MS. Ainda assim, neste período, observam-se algumas poucas iniciativas implementadas pelo PNCT tais como a criação da Sociedade de Química Fina de Doenças Tropicais (QTROP) em parceria com docentes da área de química fina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No entanto, houve pouca ressonância desta iniciativa no nível nacional, provavelmente, devido ao escopo restrito à qual se dedicava. Apesar do avanço na pesquisa básica no Brasil, percebeu-se desde então a necessidade de construção de pontes para a redução da distância entre a pesquisa básica e translacional com a finalidade de flexibilização das fronteiras do conhecimento, principal entrave identificado para o desenvolvimento da inovação científica e tecnológica no país.

No final da década de 1990, um novo Plano Nacional de Controle da TB foi elaborado com base na eliminação de convênios do governo federal com os estados, pois não agregavam valor aos serviços, e não promoviam a reestruturação dos serviços de saúde para visando a superação de problemas operacionais. Foi proposto aos serviços de saúde que: a) analisassem seus resultados no cumprimento das metas do controle da TB considerando o que apresentavam de estrutura, processo e resultados; b) que utilizassem uma nova lógica de repasse de recursos financeiros para os

municípios, com base em seus resultados; c) priorizassem a implantação da estratégia DOTS em todo o território nacional. Seguindo a lógica da descentralização, a partir de janeiro do ano 2000 a Área Técnica de Pneumologia Sanitária foi incorporada ao Departamento de Atenção Básica do MS.

A falta de compromisso político para o controle da TB em diferentes governos foi a regra ao longo dos anos subsequentes. As decisões eram tomadas sem embasamento técnico, e participação dos segmentos sociais e acadêmicos no planejamento e execução das ações tanto em nível local como regional.

Neste cenário, dois Seminários de Prospecção de TB foram realizados no *campus* da UFRJ. Evidenciava-se no Brasil capacidade instalada, competência técnica e científica comprovada mas articulação ineficiente entre os atores protagonistas: Governo, Academia e Parque Industrial. Como produto dos Seminários, foi consenso criar uma rede cuja missão seria enfrentar o desafio de reduzir o distanciamento entre estes e outros setores, como empresas e sociedade civil, procurando incluir e articular esforços que pudessem reduzir este flagelo da humanidade.

A criação da REDE-TB, sua organização e atividades iniciais

Na fase inicial, a REDE-TB foi formada por pesquisadores de diferentes regiões do país que realizavam investigações desde a pesquisa básica até a operacional integradas por meio de parcerias.

A inovação consistia na estratégia de:

- a) assumir a REDE-TB como organismo auto-organizador, como concebido por Immanuel Kant na sua Crítica à Faculdade de Julgar: priorizar o pensamento sistêmico (contextualizado) e evitar uma abordagem apenas analítica, impedindo a fragmentação;
- b) identificar líderes em diferentes áreas/disciplinas que se dispusessem a coordenar estes pontos de conexão (Áreas de Coordenação), com a perspectiva de atuar em distintas plataformas onde cada sujeito fosse ator e protagonista de processos, tendo como missão central o controle da TB;
- c) assumir este procedimento como estratégia essencial que possibilitaria identificar lacunas, parcerias e agilizar ações de controle nos níveis nacional, estadual (provincial) e municipal.

Em maio de 2001, o Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq) do Ministério de Ciência, Tecnologia & Inovação (MCTI) lançou um edital para a criação de Redes de Pesquisa, o Instituto Milênio. Sob a coordenação dos Professores Afranio Kritski e Jose Roberto Lapa e Silva da UFRJ, Antonio Ruffino Netto e Célio Silva da Universidade de São Paulo (USP)-Ribeirão Preto e Diógenes Santos da Pontifícia Universidade Católica (PUC)-RS, uma

proposta intitulada “Estratégias Integradas para o Estudo e Controle da Tuberculose no Brasil: Novas Drogas, Novas Vacinas, Testes Diagnósticos e Avaliação Clínico-operacional” foi submetida na Área da TB. Em outubro daquele ano, dentre as 260 propostas encaminhadas ao CNPq, a da REDE-TB estava incluída na listagem das 17 aprovadas. Entre elas, apenas três eram da área biomédica, e nenhuma tinha o escopo abrangente como aquele proposto pela REDE-TB. Este logro foi um marco na história biomédica no País, não somente por ter seu mérito científico reconhecido pelo órgão fomentador, mas principalmente pelo reconhecimento de que a construção do conhecimento e de sua transferência poderia ser feita de uma forma coletiva, integrada, multidisciplinar e descentralizada. O fomento teve indubitavelmente um papel crucial para a viabilização das atividades que integrariam os pesquisadores e demais atores da REDE-TB, obtidos naquele e nos editais seguintes dos Institutos Milênio nos anos 2003 e 2005.

A ideia norteadora do projeto era o sinergismo entre centros de pesquisas que competiam independentemente pelos mesmos recursos, potencializando as pesquisas e diminuindo o prazo de execução, principalmente pela capacidade de recrutamento criada nos centros colaboradores onde havia a inserção dos coordenadores da REDE-TB. Nesta proposta também estavam incluídas atividades de interação e promoção de Pesquisa Operacional nas quais seria crucial a interação com o SUS.

Inicialmente, a REDE-TB era constituída pelas seguintes Áreas de Coordenação: Drogas, Diagnóstico, Vacinas, Pesquisa Básica, Pesquisa Clínica, Epidemiologia e Clínico-Operacional, Recursos Humanos e Interação com Indústria. Posteriormente, estas se ampliaram, e hoje a REDE-TB conta ainda com as áreas TB e HIV, TB multirresistente, TB pediátrica, TB em prisões, TB em indígenas, TB em moradores de rua, Gestão da Qualidade, Mobilização Social, Controle de Infecção da TB, e Micobacterias não tuberculosas.

Os anos seguintes foram marcados pela consolidação da REDE-TB. Foram realizadas oito oficinas nacionais, a partir de 2002, no Rio de Janeiro (Região Sudeste), Manaus (Região Norte), Fortaleza, Recife e Salvador (Região Nordeste), Campo Grande (Região Centro Oeste). São Paulo, Rio de Janeiro e Vitoria (Região Sudeste).

No I Workshop Nacional da REDE-TB, realizado no Rio de Janeiro, em setembro de 2002, com 800 participantes, (<http://www.faperj.br/?id=6.2.4>), foram identificadas consensualmente as seguintes prioridades:

- a) Criar uma Sociedade de caráter legal a partir do conceito da REDE-TB. Esta sociedade passaria a ter personalidade jurídica, contando com estatuto e regimento, e uma diretoria eleita a cada 2 anos, por meio de voto universal em Assembleias Gerais.
- b) A inclusão dos membros da REDE-TB deveria

ocorrer por meio da solicitação do profissional que tivesse interesse em realizar e/ou participar de projetos de pesquisa em TB e outras micobacterioses. Criar diferentes áreas temáticas com um coordenador e vice-coordenador que teriam como missão principal estabelecer as conexões entre os pesquisadores de sua respectiva área, para melhor visualização e gerenciamento da REDE-TB.

- c) Criar novas áreas além dos tradicionais campos temáticos já existentes: Mobilização Social e TB/HIV.
- d) Promover ações que auxiliassem na criação de ONGs de TB nos níveis local, estadual e nacional.
- e) Promover seminários regionais para agilizar localmente o “encontro” entre Governo/Serviço, Academia e a Sociedade Civil.
- f) Promover seminários das áreas de Fármacos e Diagnóstico, focando na Interação entre Indústria, Órgãos Regulatórios (ANVISA, CONEP), Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação (SCTIE) em Saúde, CNPq/Finep do MCTI, Banco de Desenvolvimento Social (BNDES) e REDE-TB.
- g) Manter a realização de Workshops Nacionais da REDE-TB, intercalados com outras atividades como os Encontros Nacionais de TB, que deveriam ser coordenados pela REDE-TB juntamente com os parceiros chave: PNCT, Programas Nacional de DST/AIDS (hoje Departamento de DST/Aids/Hepatites) do Ministério da Saúde (MS), Sociedades Médicas (i.e.: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Brasileira de Medicina Tropical), além de ter representação da *International Union against Tuberculosis and Lung Diseases* (UNION) e da Organização PanAmericana da Saúde. Outra prioridade era identificar ONGs e Organismos de Cooperação Internacional que pudessem participar deste processo.
- h) Criar um “website” da REDE-TB para otimizar os esforços de todos consubstanciando a existência de uma REDE virtual articulada e atualizada. (www.re-detb.org)
- i) Estimular a certificação e/ou acreditação de laboratórios e/ou “sites clínicos” cujos coordenadores fossem integrantes da REDE-TB.

Nos 14 anos seguintes, os coordenadores da REDE-TB evidaram esforços para cumprir estas metas. Destacam-se entre elas a conclusão, em 1º de julho de 2003, do processo de registro da REDE-TB como uma entidade jurídica. Em agosto de 2003, coordenadores da REDE-TB auxiliaram na criação da ONG-TB no Rio de Janeiro, e em novembro de 2004, participaram ativamente da criação da Parceria Brasileira contra a TB, vinculada ao *STOP TB Initiative*, ocupando cargo de representante da Academia, por eleição, na Comissão Executiva, nos anos seguintes.

Em 2004, ocorre o I Encontro Nacional de TB, realizado

em Brasília, sob a coordenação conjunta da REDE-TB, do PNCT e da SBPT. Este encontro congregou esforços da Academia, do Governo e da Sociedade Civil. Desde então, outros 5 Encontros Nacionais de TB foram realizados em São Paulo, Salvador, Rio de Janeiro e Brasília. A partir do IV Encontro, a sociedade civil passou a integrar a Comissão Organizadora do evento, realizando paralelamente aos Encontros o I e o II Fórum da Parceria Brasileira contra TB. A partir de 2007, sob nova gestão do PNCT-MS, aumenta a interação de atividades na área de pesquisa entre REDE-TB e governo. Representantes da REDE-TB passam a participar do Comitê Nacional Técnico Assessor (CTA) do PNCT/MS que, nas reuniões semestrais, discutiam as prioridades e políticas de controle de TB. Na qualidade de consultores, participaram da revisão do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose,¹ publicado ao final de 2010, após 20 anos sem revisão. Entre outras recomendações, o PNCT ali incorporava o regime com quatro fármacos em dose fixa combinada, então utilizado em quase todo o planeta, com a exceção de cinco países, entre eles o Brasil, único com elevada carga da doença.

Ainda em 2007, a REDE-TB passa a integrar a Secretaria Executiva do Projeto Fundo Global Tuberculose, com participação ativa no delineamento dos projetos e seu monitoramento, junto às Assembleias do Mecanismo de Coordenação de País (MCP).

Com o término dos editais Institutos do Milênio, no final de 2008, coordenadores da REDE-TB, Profs Diogenes Santos-PUC-RS e Afrânio Kritski-UFRJ, recebem a aprovação do projeto submetido ao CNPq-MCTI, constituindo a criação do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Tuberculose (INCT-TB), com sede na PUC-RS e UFRJ-RJ. O objetivo era desenvolver medicamentos anti-TB e/ou vacinas no médio e longo prazo e testes diagnósticos, moleculares ou não, no curto prazo para controlar a TB, TB resistente e TB associada ao HIV com a abordagem denominada “da bancada à prateleira” (vide Processo – CNPq / INCT 573548/2008-0 disponível em http://www.medicina.ufrj.br/noticias.php?id_noticia=351).

Em 2009, a REDE-TB é convidada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para participar do *Task Force for Movement Research*. Apesar de a pesquisa ter sido reinserida pela OMS em 2006 como ferramenta recomendada de controle de TB em nível global, não fora observada até então a incorporação da pesquisa nos Programas de Controle de TB, nos países de alta carga. Neste momento, a REDE-TB participou ativamente das discussões em andamento entre representantes da OMS, UNION, Fundação Melinda Gates, FIND, NIH e Universidade Liverpool sobre os indicadores apropriados que devessem ser utilizados para analisar o impacto da incorporação de novas tecnologias na TB. A REDE-TB propôs então ao CTA do PNCT/MS uma plataforma para avaliação de incorporação de novas tecnologias, inseridas na proposta governamental, via Comissão Nacio-

nal de Incorporação de Tecnologias (CONITEC).²⁻⁴ A CONITEC, à semelhança do *National Institute for Health Care and Excellence (NICE)* do Reino Unido, é o órgão do MS que analisa a incorporação ou desincorporação de tecnologias no SUS, com base em avaliações de segurança, efetividade e custo-efetividade. Neste cenário, deveriam ser utilizados outros indicadores de processos para analisar impacto clínico e econômico das inovações, e não apenas os indicadores usuais oriundos da epidemiologia.

Em 2009, a REDE-TB participou na elaboração e coordenação de dois projetos de envergadura nacional, cujos objetivos eram, por meio de ensaios clínicos pragmáticos (em condições de rotina), analisar o uso de novos testes moleculares na abordagem diagnóstica e terapêutica de TB e TB resistente, respectivamente, na atenção primária (Xpert MTB/Rif - financiado pela Gates) e na atenção secundária e terciária (Xpert MTB/Rif e MTBDR plus - financiado pela USAID- UNION) em diferentes cidades no país. Os cursos de Gestão de qualidade promovidos pela REDE-TB foram cruciais para a capacitação dos profissionais envolvidos na condução destes estudos pragmáticos em TB. O Xpert MTB/Rif foi incorporado ao SUS em 2014 após aprovação na CONITEC e é hoje a base do diagnóstico de cerca de 65% dos casos no país.

Em 2011 são identificadas novas necessidades de interlocução na REDE-TB e são criadas as áreas de populações negligenciadas: TB na população indígena, TB em pessoas privadas de liberdade, TB em população vivendo em situação de rua e TB em crianças.

Ainda em 2013, em resposta a solicitação do *Task Force for Movement Research* da OMS, em São Paulo diversas partes interessadas no controle da TB se reuniram para discutir e identificar movimentos que estimulassem a interação entre academia, instituições de pesquisa, Indústria, Agência Reguladora, instituições governamentais, instituições não-governamentais e da sociedade civil tendo como objetivos básicos:

1. identificar as áreas de pesquisas em TB de maior relevância no Brasil;
2. elaborar um plano para desenvolver e priorizar uma agenda nacional de pesquisa em TB para o Brasil;
3. identificar estratégias para viabilizar a Agenda Nacional de Pesquisa em TB, de modo a cobrir o Pilar 3, em discussão pela OMS.

Em 2013, o *National Institute of Allergy and Infectious Diseases / National Institute of Health (NIAID/NIH)* solicitou o auxílio da REDE-TB para a identificação de *sites* clínicos no Brasil para a condução de estudos de coorte de casos e contatos de TB - projeto REPORT. Este projeto, executado em parceria com Índia, África e Indonésia, tinha como objetivo a coleta de dados clínicos e laboratoriais (amostras clínicas) para posterior utilização em estudos relacionados à pesquisa básica e translacional. A inclusão dos sites do Rio de Janeiro,

Manaus e Salvador foi viabilizada por meio de co-financiamento NIAID-NIH e Departamento Ciência Tecnologia da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit--SCTIE-MS).

Em 2014, como resultante das discussões do *Movement Research*, a OMS sinaliza que a REDE-TB pode ser um bom exemplo de integração de esforços na área de pesquisa em TB, visto que no Plano Global de TB 2015, a pesquisa passou a ser incluída como um dos três pilares.

Em 2015, a REDE-TB realiza um inquérito entre representantes de diferentes instituições, seja do governo, da Academia, Instituições de Pesquisa, Sociedade Civil sobre as prioridades de pesquisa em TB que deveriam ser indicadas no Brasil, em resposta às demandas do novo Plano Global de TB, proposto pela OMS e STOPTB *Initiative*. Ao final de 2015, a REDE-TB coordena, com auxílio do PNCT-MS e da Fiocruz a consolidação da Agenda Nacional de Pesquisa em TB, a ser utilizada pelos formuladores de políticas públicas e agências de fomento.⁵

O conjunto das atividades acima descritas demonstra a cooperação estreita entre os pesquisadores, as diferentes esferas do governo e a sociedade civil, e a importância atribuída à REDE-TB pelos órgãos internacionais de fomento e de pesquisa.

Atuais atividades da REDE-TB

Algumas Áreas de Coordenação da REDE-TB estão consolidadas, enquanto outras buscam encontrar o melhor caminho para participar de forma ativa dentro da REDE TB (Quadro 1). Uma das convicções solidificadas e que tornou-se consenso entre pesquisadores das áreas básicas e translacional é a necessidade irremovível da interação com a indústria nacional ou internacional. Este movimento surgiu especialmente a partir da Área Diagnóstica na medida em que se estabeleceu o consenso da necessidade de que os novos métodos diagnósticos desenvolvidos pela Academia Brasileira somente seriam viáveis de serem disponibilizados à sociedade se apresentassem um elevado grau de reprodutibilidade fruto da padronização conseguida por meio de *kits*, desenvolvidos pela indústria

Área de pesquisa básica - translacional

A clareza e solidez dos objetivos, bem como o modelo correto das estratégias metodológicas podem não ser suficientes para comprovar as hipóteses de um projeto de ciência básica. Entretanto, a qualificação e a experiência dos pesquisadores possibilitam atender a assertiva de Louis Pasteur: “*Dans les champs de l’observation, le hasard ne favorise que les esprits préparés*” que diante do inesperado, pode formular novas hipóteses, delinear novos experimentos e seguir na busca do conhecimento. Diante da urgência do controle da TB associada à negligência dos detentores do capital e do poder político para tal, faz-se ne-

cessário, de forma premente, a transferência do conhecimento de uma área básica para uma área mais próxima do paciente e da sociedade. Pode-se dizer que, em poucas áreas do conhecimento científico, o caminho entre a geração do conhecimento e sua aplicação seja tão curto e rápido.

Área de vacinas

A REDE-TB e o Centro de Pesquisas em Tuberculose da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto—USP têm utilizado várias estratégias inovadoras para o desenvolvimento de novas vacinas preventivas e terapêuticas para o controle da TB. Diferentes modelos experimentais de vacinas se destacam: (i) vacinas de DNA; (ii) vacinas de subunidades, usando antígenos secretados e/ou recombinantes; (iii) vacinas vetorizadas por microrganismos vivos como BCG e Salmonella; (iv) vacinas vetorizadas por sistemas de liberação controlada como microesferas, liposomas e sistemas monoleína; (v) vacinas de micobactérias atenuadas, saprófitas e BCG recombinante. Dentre estas estratégias, uma vacina de DNA (DNAhsp65) mostrou capacidade não só preventiva contra infecção por *M. tuberculosis* como também atividade terapêutica contra a doença já estabelecida. Os resultados obtidos em camundongos, cobaias e macacos mostraram que a vacina DNAhsp65 poderia curar os casos crônicos, a doença disseminada, a infecção latente e a TB resistente. Ela impede também a reativação da doença em animais imunossuprimidos, e quando usada em associação com a quimioterapia, pode reduzir o tempo de tratamento para TB.⁶⁻¹³

Para a pesquisa e desenvolvimento de vacinas foi estabelecida, por pesquisadores da REDE-TB, uma empresa *Spin Off* que tem como foco estabelecer um elo de ligação importante entre a pesquisa básica e o setor produtivo na área de biotecnologia no Brasil. Esta empresa, a Farmacore Biotecnologia Ltda, está produzindo lotes piloto de algumas das vacinas em desenvolvimento para dar início aos testes clínicos.

Área de fármacos

A área de Fármacos da REDE-TB tem se dedicado à busca por novos agentes anti-TB em duas frentes distintas: projeção racional de fármacos a partir de alvos moleculares definidos e triagem fenotípica acoplada a novas estratégias para identificar novos compostos de ação anti-TB. Entre os fármacos identificados, citamos o composto IQG-607 (pentaciano (isoniazida) ferrato(II)), análogo à isoniazida (INH) capaz de inibir in vitro tanto a atividade da Mtb InhA selvagem quanto a de formas mutantes associadas à resistência à INH de isolados clínicos. Além disso, este composto mostrou-se mais seguro que o fármaco INH. Por meio de colaboração com o laboratório industrial SSK Biosciences Pvt Ltd - Piloni, Hyderabad Campus, Jawahar Nagar, foi possível realizar o escalonamento da síntese do composto IQG-607 (15kg/ lote). Estudos pré-clínicos em porcos (mini-pigs) estão em andamento e, com resultados bem favoráveis, estudos em seres humanos (fase I) devem ser iniciados em breve.

Novos derivados da classe quinoloxiacetamida foram planejados a partir do composto GSK358607A identificado pelo grupo GlaxoSmithKline (GSK) por triagens em ensaios envolvendo células intactas a partir da sua coleção de moléculas. Este composto apresentou uma potente inibição no crescimento celular de *M. tuberculosis* H37Rv (MIC = 0,70 µM), baixa citotoxicidade frente às células HepG2 (IC₅₀>50µM) e um índice terapêutico aceitável (I.T.=HepG2 IC₅₀/H37RvMIC> 50 vezes). Para explorar a relação entre a estrutura química com a atividade biológica SAR (relação estrutura-atividade), uma série de 22 novos análogos da classe quinoloxiacetamida foi sintetizada, tornando promissora esta nova abordagem.

Área diagnóstica

Entre os novos testes diagnósticos desenvolvidos por pesquisadores da REDE-TB, foi viabilizada a interação com a indústria nacional para testes moleculares (Detect TB, Q3) e fenotípicos (PPD recombinante, Kit Nitratase),¹⁴ desenvolvidos por pesquisadores da FEPPS-RS, Fiocruz-Tecpar-PR, FURG e UFMG, respectivamente. O teste Detect-TB e SIRE kit Nitratase foram aprovados na Anvisa e estão comercializados no país.

O Decit-SCITE financiou a análise do impacto clínico e econômico do Detect TB em diferentes regiões do país, cujos resultados foram similares àqueles obtidos pelo Xpert® MTB/Rif, produzido por uma empresa norte americana. Os outros testes diagnósticos estão em fase de desenvolvimento, validação laboratorial e/ou estudos de eficácia.

Pesquisadores da REDE-TB também analisaram o impacto clínico do uso do MGIT960 em condições de rotina,¹⁵ e de novos testes moleculares já comercializados como MTBDR plus e MTB Rif na abordagem diagnóstica de paciente suspeito de TB resistente, em centros de referência, em 4 estados do país (Projeto PROVE IT, financiado pela USAID).¹⁶ Também foram pesquisadores da REDE-TB que conduziram os estudos de implementação, aceitação e custo-efetividade do Xpert® MTB/Rif em um projeto do PNCT (Projeto InCo-TB, financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates). Estas análises resultaram na incorporação do teste no SUS em 2014.¹⁷⁻²³

Área de pesquisa clínica / ensaios clínicos

Pesquisadores da REDE-TB estão participando de vários ensaios clínicos multicêntricos para testar novos regimes e novos fármacos para tratamento da TB sensível, resistente e latente.^{24,25} Como exemplo, citamos o estudo da Bedaquilina e a comparação do regime 4RIF versus 9INH para TB latente.^{26,27} Estamos também conduzindo um ensaio clínico pragmático em Unidades de Atenção Primária nas cidades de Recife, Manaus e Rio de Janeiro, no intuito de comparar diferentes abordagens operacionais para incrementar a detecção e o diagnóstico de TB latente. Ações em saúde pública baseadas em diagnóstico situacional inicial e soluções propostas pelas próprias unidades de saúde serão implementadas.

Área pesquisa operacional

Até o ano de 2014, as atividades das áreas de Epidemiologia e Pesquisas Operacionais trabalhavam muito em conjunto. As pesquisas epidemiológicas buscavam novos conhecimentos sobre as frequências e distribuição dos quadros nosológicos de TB/HIV, os fatores determinantes e o quadro geoepidemiológico. As pesquisas operacionais por outro lado eram em geral afeitas ao acompanhamento do deslocamento de conhecimentos, transferências de tecnologias, práticas tecnológicas para uso clínico, avaliação do sucesso na implementação de novas intervenções na área de prevenção, instrumentos terapêuticos, intervenções de base populacional, barreiras para aplicação destes conhecimentos e sua implementação, estudos de como generalizar intervenções, efetividade das intervenções. Na intersecção destes dois campos de pesquisa, dezenas de trabalhos foram publicados na imprensa nacional e ou internacional.

No período de 2001 a 2016, ocorreu com apoio da REDE-TB a nucleação de 10 grupos de pesquisa operacional em tuberculose no Brasil: EE-UFRN-Natal; EE-UFPB-João Pessoa; EE-UNIRIO; UNIOeste-PR Foz Iguaçu; FM-UF-TM-MG Uberaba; Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE/Foz do Iguaçu; EE-UFRS Pelotas; EE-FAMERP São José do Rio Preto-SP; EE-UFSCar São Carlos-SP; EE- UFRS Santa Maria-RS em parceria com USP RP. Entre as contribuições da Área de Pesquisa Operacional da REDE-TB na Análise do Impacto da Gestão /Avaliação de Serviços de Saúde, citamos:

- elaboração e validação de um questionário de avaliação da organização e desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose, baseado no *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* utilizado em mais de 30 municípios de diferentes regiões do Brasil,²⁸⁻³² tendo citações Web of Science (25), Scopus (31), Google Scholar (78) e Scielo (92) e
- avaliação de tecnologias em saúde por meio da criação e implantação de um Sistema informatizado para assistência à TB (SISTB) em serviços de saúde com PCT do município de Ribeirão Preto-SP em parceria com coordenação PCT Estado - SP 2014-2016.

Área gestão da qualidade

Desde 2009 foi criada área de Qualidade e Transferência de Tecnologia, foram ministrados em torno de 12 cursos em Boas Práticas Clínicas e Laboratoriais voltadas para profissionais da área de saúde envolvidos com pesquisa clínica e operacional.

A partir de 2016, a Rede TB pretende:

- auxiliar na revisão da Política de Laboratórios de Saúde Pública e Centros Colaboradores (ligados a Universidades e Institutos de Pesquisa) procurando alocação de recursos financeiros e humanos necessários para implementar o Sistema de Gestão da Qualidade, e
- obter acreditação pelo INMETRO (via ISO 15189 ou ISO 15025) ao menos em Laboratórios de Referências e Centros Colaboradores que concordem em participar efetivamente da Agenda Nacional de Pesquisa em TB.

Área de controle de infecção

Coordenadores da Área de Controle de Infecção da TB auxiliaram na realização de Encontros Nacionais de TB em Hospitais realizados a partir de 2007. Participaram do Seminário Interprofissional: “Saúde e Segurança do Trabalhador no Contexto da Tuberculose Resistente à Medicação em Países de Baixa e Média Renda”, coordenado pela *World Medical Association* (WMA). Tais atividades foram cruciais para a inserção de ações de controle de infecção por TB no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose.¹ Recentemente, a REDE-TB juntamente com o PNCT-MS participou ativamente na revisão de indicadores de controle de infecção por TB a serem divulgados em 2016 pela OMS e pela *Working Group* da UNION - *End TB Transmission Initiative* (ETTI).

Área de recursos humanos

Em 2004, a REDE-TB recebe do SCITE-MS, a incumbência de auxiliar na Capacitação em Pesquisa para o controle da TB. O curso de capacitação elaborado pela REDE-TB focou nas áreas de Pesquisa Clínica, Operacional e Sistemas de Saúde. Os resultados preliminares do curso de capacitação para pesquisa foram alvissareiros, o que permitiu a obtenção de financiamento desta abordagem pelo *National Institutes of Health* (NIH) dos Estados Unidos da América (EUA), de 2005 a 2010, em edital denominado “Training and Research Program ICOHRTA AIDS/TB, 5 U2R TW006883-02”, sob a coordenação dos Profs. Jose Roberto Lapa e Silva, Afranio Kritski e Antonio Ruffino-Netto em colaboração com 3 Universidades nos EUA. O programa ICOHRTA era composto por cursos em 4 níveis.

Foram organizados 50 tipos de cursos e eventos diferentes de nível 1, com participação de 1216 indivíduos. Estas atividades consistiam em cursos de leitura crítica de artigos científicos, redação científica, boas práticas clínicas, boas práticas de laboratório, ética em pesquisa, coleta e manejo de dados epidemiológicos, metodologia da pesquisa para profissionais de laboratório, análise de dados e construção de bancos de dados com base em softwares como SPSS e R.

Nos cursos de nível 2, o objetivo era capacitar o profissional de saúde do SUS a desenvolver e discutir projetos de pesquisa operacional e epidemiológica, principalmente em Tuberculose e HIV. No período de 2004 a 2012 foram realizados 21 cursos de Fundamentos de Metodologia da Investigação Científica, 20 em diferentes cidades no Brasil e um em Maputo, Moçambique. No final do curso, os alunos apresentavam seu projeto de pesquisa e os cinco melhores recebiam financiamento. No período de 2004 a 2012 foram elaborados 260 (56%) projetos de um total de 462 alunos que participaram dos cursos.

No nível 3, foram oferecidos a 88 alunos, 20 cursos nas instituições norte-americanas participantes do ICOHRTA: *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health* (JHSPH), *University of California School of Public Health* e *Division of International*

Medicine - Weill Medical College of Cornell University.

No nível 4, participaram 61 alunos: o mestrado foi concluído por 28, o doutorado por 29 e o pós-doutorado por quatro.

As publicações de *trainees* de médio e longo prazo (cursos níveis 3 e 4) vinculados à capacitação em pesquisa somam 227 artigos científicos até o presente momento.

Área de epidemiologia

A partir de 2010, houve uma maior interação dos coordenadores da REDE-TB com o PNCT/MS. Por meio do edital do MS, com a aprovação do projeto “Análise espacial de dados epidemiológicos da tuberculose em regiões metropolitanas do Brasil”, o Laboratório de Epidemiologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) obteve acesso a base nominal de dados do SINAN-TB e com isso várias análises em nível nacional puderam ser realizadas por pesquisadores da REDE-TB. A partir de 2012, pesquisadores da REDE-TB participam juntamente com a OMS e a *London School of Hygiene and Tropical Medicine* nos estudos relacionados aos determinantes sociais da tuberculose.³³⁻³⁹ Ainda no ano de 2012, no V Encontro Nacional de Tuberculose, os determinantes sociais da tuberculose passaram a ser considerados um fator importante para a manutenção dos indicadores da doença. Neste ano, projetos liderados por pesquisadores da REDE-TB foram aprovados nos editais do CNPq cujo foco era estudar os determinantes sociais nas doenças negligenciadas.

Em abril de 2013, em resposta a solicitação da OMS, a REDE-TB participou com o PNCT/MS sobre o Seminário intitulado *Eliminação do Ónus Económico da Tuberculose: Cobertura Universal de Saúde e Oportunidades de Proteção Social*. Neste evento, foi possível: a) reunir pesquisadores e representantes de governos de países de alta carga de tuberculose, agências multilaterais e bilaterais, organizações da sociedade civil, b) estimular o trabalho colaborativo em nível nacional para eliminar o ónus económico relacionado ao tratamento da doença e c) discutir estratégias de proteção social para as pessoas com tuberculose e suas famílias. (http://www.who.int/tb/Brazil_TB_consultation.pdf?ua=1).

Em março de 2016 a área de epidemiologia da REDE-TB foi convidada a participar do Grupo Técnico assessor para investimento de Pesquisa em Tuberculose (*TAG on TB Research investment case*), que estudará no Brasil, na África do Sul e no Vietnã o estabelecimento de modelos para avaliação de impactos de intervenções em grupos específicos com maior risco de TB. No caso do Brasil, utilizaremos Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)-TB para estabelecer parâmetros para os indicadores da estratégia *END TB*.

Área TB em indígenas

A área de TB na população indígena foi criada como resultado do processo de revisão do Manual de Recomen-

dações para o Controle da Tuberculose no Brasil.¹ O manual revisado pelo grupo técnico assessor enfatiza, em seu capítulo 13, a necessidade de se olhar com mais atenção a situação da TB em populações especiais para que possa lograr êxito no controle da doença no país. À semelhança das novas áreas, sua criação foi uma demanda surgida durante o V Encontro Nacional de Tuberculose e II Fórum da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose, em Brasília/DF, em 2012. Desde então a área de TB nas populações indígenas, em parceria com instituições de pesquisa de âmbito nacional e internacional e com a participação de alunos de pós-graduação, vem desenvolvendo estudos e pesquisas, tanto no campo da inovação científica e tecnológica como na área operacional, visando ampliar o conhecimento acerca de aspectos clínicos e epidemio-

lógicos da TB entre diferentes grupos indígenas no país. Destacamos os projetos recentes: a) Práticas tradicionais de cura e plantas medicinais mais prevalentes entre as etnias Guarani-Kaiowá na região Centro-Oeste e Munduruku na Região Norte, aprovado pelo SCTIE/MS; b) Desigualdades Sociais e Tuberculose: Dinâmica de Transmissão, Condições de Vida e Interfaces entre Biomedicina e Medicina Tradicional Indígena, c) Desigualdades Sociais e Tuberculose: Distribuição Espacial, Fatores de Risco e Farmacogenética na Perspectiva da Etnicidade, ambos financiados pela Fiocruz; e d) Condições de vida e de trabalho e risco de tuberculose entre os Guarani-Kaiowá de Amambaí, Mato Grosso do Sul, financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Quadro 1 – Coordenadores de área REDE -TB. Gestão 2014-2016

Coordenadores	Área	CV Lattes
Afrânio Kritski	Diagnóstica (Coord)	http://lattes.cnpq.br/0008770194107817
Ana Paula J. Kipnis	Pesquisa Básica (Vice Coord)	http://lattes.cnpq.br/1252262903952987
Anete Trajman	Recursos Humanos (Vice Coord) Ensaio Clínicos (Coord)	http://lattes.cnpq.br/7932066626042090
Andrea Maciel de O. Rossini	TB Infância- (Coord)	http://lattes.cnpq.br/7950919144014024
Antonio Ruffino Netto	Estudos Epidemiológicos (Coord) Recursos Humanos (Coord)	http://lattes.cnpq.br/2736824113286715
David Jamil Hadad	Micobactérias Não TB (Vice Coord)	http://lattes.cnpq.br/1780085142505190
Diógenes Santiago Santos	Medicamentos (Coord)	http://lattes.cnpq.br/0429581079142101
Eduardo Martins Neto	Conselho Fiscal	http://lattes.cnpq.br/1091943838920616
Ethel Leonor Noia Maciel	Epidemiologia (Vice-Coord)	http://lattes.cnpq.br/3761398932271892
Ezio Tavora dos Santos Filho	Mobilização Social (Vice Coord)	http://lattes.cnpq.br/1272548109483604
José Uereles Braga	Epidemiologia (Coord)	http://lattes.cnpq.br/6027675934625064
José Roberto Lapa e Silva	Recursos Humanos (Coord) Conselho Fiscal	http://lattes.cnpq.br/3174288202051647
Laedi Alves R. dos Santos	Controle de Infecção (Coord)	http://lattes.cnpq.br/0916177001823470
Luis A. Basso	Medicamentos (Vice Coord)	http://lattes.cnpq.br/3431777523511296
Margareth Maria Dalcomi Pretti	TB Multiresistente (Coord)	http://lattes.cnpq.br/6650724547603081
Martha Maria de Oliveira	Gestão de Qualidade e Incorporação Tecnologia (Coord)	http://lattes.cnpq.br/2592177955634335
Moisés Palaci	Imunopatologia Pesquisa Básica (Coord)	http://lattes.cnpq.br/2602694352713051
Monica Kramer de Noronha Andrade	Controle de Infecção (Coord)	http://lattes.cnpq.br/8736776794939379
Nadja Faraone	Mobilização Social (Coord)	
Paulo Cesar Basta	TB Indígena (Coord)	http://lattes.cnpq.br/8095789908940383
Pedro Eduardo Almeida da Silva	Diagnóstica (Vice Coord)	http://lattes.cnpq.br/4577337828511155
Regina Célia B. Zuim	População Vulnerável (Coord)	http://lattes.cnpq.br/4366154226968574
Reynaldo Dietze	Ensaio Clínicos (Coord)	http://lattes.cnpq.br/1727805739693861
Sylvia Luisa Pincherle Cardoso Leão	Micobactérias não TB (Coord)	http://lattes.cnpq.br/0390661714924664
Teresa Cristina Scatena Villa	Pesquisas Operacionais (Coord)	http://lattes.cnpq.br/7463185969200419
Valéria Cavalcanti Rolla	TB HIV (Coord)	http://lattes.cnpq.br/0311400155430166
Vera Maria Neder Galesi	Pesquisas Operacionais (Vice Coord)	http://lattes.cnpq.br/5497155242135960

Área TB pediátrica

A criação da área de Pediatria na REDE-TB também ocorreu em 2012, durante o mesmo encontro. No triênio 2012-2015 a área de pediatria desenvolveu investigações ligadas a cursos de pós-graduação (Mestrado e Doutorado) de duas cidades brasileiras: Rio de Janeiro e Curitiba. Foram conduzidas pesquisas clínicas nos campos de: diagnóstico por ensaios clínicos de liberação do interferon-gama (IGRA, da sigla em inglês) para detecção de infecção latente por TB, controle de contatos e desenvolvimento de escores clínicos para o diagnóstico da TB infantil em pacientes infectados e não infectados pelo HIV. Foram estabelecidas parcerias com pesquisadores de outras instituições visando ao desenvolvimento de estudos multicêntricos: Universidade Federal Fluminense (Niterói, RJ) e *Berkley University* (EUA) para o estudo de biomarcadores do tratamento da TB na infância e com a *Ghent University* (Bélgica) para estudo de método diagnóstico e pesquisa de resistência do *M. tuberculosis* com emprego do *string test*.

Área de micobactérias não tuberculosas

A área de Micobactérias não tuberculosas foi criada em 2008 com os seguintes objetivos:

- 1) Estudar em seres humanos as doenças causadas por esses microrganismos,
- 2) Estabelecer os critérios clínicos, microbiológicos e de imagem para o diagnóstico de doença, colonização transitória ou contaminação de materiais clínicos por esses microrganismos,
- 3) Monitorar o tratamento dos casos da doença por esses microrganismos e
- 4) Criação de banco de cepas de micobactérias não tuberculosas em diferentes Centros de Pesquisa no Brasil.

Bibliografia

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2012 Dec 17]. 186 p. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf
2. Mann G, Squire SB, Bissell K, Elisev P, Du Toit E, Hesseling A, et al. Beyond accuracy: creating a comprehensive evidence base for TB diagnostic tools. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis*. 2010 Dec;14(12):1518–24.
3. Squire SB, Ramsay ARC, van den Hof S, Millington KA, Langley I, Bello G, et al. Making innovations accessible to the poor through implementation research [State of the art series. Operational research. Number 7 in the series]. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011 Jul 1;15(7):862–70.
4. Kritski A, Fujiwara PI, Vieira MA, Netto AR, Oliveira MM, Huf G, et al. Assessing new strategies for TB diagnosis in low- and middle-income countries. *Braz J Infect Dis*. 2013 Mar;17(2):211–7.
5. Kritski A, Barreira D, Junqueira-Kipnis, AP, Moraes MO, Campos MM, Degraive WM, Miranda SS, Krieger MA, Chimara E, Morel C, Dalcolmo MP, Maciel ELN, Evangelista MSN, Villa TS, Sanchez M, Costa FD, Queiroz I, Oliveira MM, Junior RS, Lapa e Silva JR, Ruffino-Netto A. Brazilian Response to “Global End TB Strategy”: National Tuberculosis Research. *Rev Bras Med Trop*. 2016;49(1):135–45.
6. de Paula L, Silva CL, Carlos D, Matias-Peres C, Sorgi CA, Soares EG, et al. Comparison of different delivery systems of DNA vaccination for the induction of protection against tuberculosis in mice and guinea pigs. *Genet Vaccines Ther*. 2007;5:2.

Como estratégia para atingir esses objetivos, iniciou-se uma discussão com os clínicos, biomédicos e radiologistas para a elaboração de um documento para registro das informações sobre a história clínica, exame físico, laudos de imagens (radiografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética) e tratamento medicamentoso para uniformizar a coleta dessas informações nas diferentes regiões do país de casos da Doença por micobactérias não tuberculosas.

A criação de banco de cepas de micobactérias não tuberculosas isoladas de seres humanos, de animais e do ambiente (ar, solo, água) visa a garantir a realização de estudos microbiológicos e moleculares em diferentes centros no país incluindo a elaboração, padronização e avaliação multicêntrica de testes para identificação, tipagem e análise de susceptibilidade aos iocidas e antimicrobianos. Com esta abordagem resultou em várias publicações de interesse nacional e internacional.^{40–43}

Conclusão

A REDE-TB é mais do que uma entidade jurídica dividida em áreas temáticas e coordenadas por um pequeno grupo diretivo. Trata-se de um novo conceito de cooperação, onde a sinergia das complementaridades pavimentam o caminho da transferência do conhecimento à sociedade. Neste conceito, a hierarquia dá espaço à produtividade e resolubilidade, procurando atender a missão de interligar governos, academia, sociedade civil organizada e indústria em prol de uma causa única: o Controle da TB. O modelo de integração e soma articulada de esforços, bem como o processo de criação, fomento, manutenção e objetivos observados na REDE TB podem ser perfeitamente extrapoláveis para outras áreas da saúde.

7. dos Santos SA, Zárate-Bladés CR, de Sá Galetti FC, Brandão IT, Masson AP, Soares EG, et al. A subunit vaccine based on biodegradable microspheres carrying rHsp65 protein and KLK protects BALB/c mice against tuberculosis infection. *Hum Vaccin*. 2010 Dec;6(12):1047–53.
8. Frantz FG, Rosada RS, Peres-Buzalaf C, Perusso FRT, Rodrigues V, Ramos SG, et al. Helminth coinfection does not affect therapeutic effect of a DNA vaccine in mice harboring tuberculosis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2010;4(6):e700.
9. Pelizon AC, Martins DR, Zorzella-Pezavento SFG, Seger J, Justulin LA, da Fonseca DM, et al. Neonatal BCG immunization followed by DNAhsp65 boosters: highly immunogenic but not protective against tuberculosis - a paradoxical effect of the vector? *Scand J Immunol*. 2010 Feb;71(2):63–9.
10. Rosada RS, Silva CL, Santana MHA, Nakaie CR, de la Torre LG. Effectiveness, against tuberculosis, of pseudo-ternary complexes: peptide-DNA-cationic liposome. *J Colloid Interface Sci*. 2012 May 1;373(1):102–9.
11. Souza PRM, Zárate-Bladés CR, Hori JL, Ramos SG, Lima DS, Schneider T, et al. Protective efficacy of different strategies employing Mycobacterium leprae heat-shock protein 65 against tuberculosis. *Expert Opin Biol Ther*. 2008 Sep;8(9):1255–64.
12. Zárate-Bladés CR, Bonato VLD, da Silveira ELV, Oliveira e Paula M, Junta CM, Sandrin-Garcia P, et al. Comprehensive gene expression profiling in lungs of mice infected with Mycobacterium tuberculosis following DNAhsp65 immunotherapy. *J Gene Med*. 2009 Jan;11(1):66–78.
13. Zorzella-Pezavento SFG, Guerino CPF, Chiuso-Minicucci F, França TGD, Ishikawa LLW, Masson AP, et al. BCG and BCG/DNAhsp65 vaccinations promote protective effects without deleterious consequences for experimental autoimmune

- encephalomyelitis. *Clin Dev Immunol.* 2013;2013:721383.
14. Malaghini M, Thomaz-Soccol V, Probst CM, Krieger MA, Preti H, Kritski A, et al. Recombinant antigen production for assays of intradermoreaction for diagnosis and surveillance of tuberculosis. *J Biotechnol.* 2011 Oct;156(1):56–8.
 15. Moreira A da SR, Huf G, Vieira MAM da S, Costa PA da, Aguiar F, Marsico AG, et al. Liquid vs Solid Culture Medium to Evaluate Proportion and Time to Change in Management of Suspects of Tuberculosis—A Pragmatic Randomized Trial in Secondary and Tertiary Health Care Units in Brazil. Doherty TM, editor. *PLOS ONE.* 2015 Jun 5;10(6):e0127588.
 16. Langley I, Squire SB, Dacombe R, Madan J, e Silva JRL, Barreira D, et al. Developments in Impact Assessment of New Diagnostic Algorithms for Tuberculosis Control. *Clin Infect Dis.* 2015 Oct 15;61(suppl 3):S126–34.
 17. Pinto M, Trajman A, Steffen R, Entringer AP, Pinto M, Trajman A, et al. Cost analysis of nucleic acid amplification for diagnosing pulmonary tuberculosis, within the context of the Brazilian Unified Health Care System. *J Bras Pneumol.* 2015 Dec;41(6):536–8.
 18. Durovni B, Saraceni V, van den Hof S, Trajman A, Cordeiro-Santos M, Cavalcante S, et al. Correction: Impact of Replacing Smear Microscopy with Xpert MTB/RIF for Diagnosing Tuberculosis in Brazil: A Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial. *PLoS Med.* 2015 Dec;12(12):e1001928.
 19. Trajman A, Durovni B, Saraceni V, Menezes A, Cordeiro-Santos M, Cobelens F, et al. Impact on Patients' Treatment Outcomes of XpertMTB/RIF Implementation for the Diagnosis of Tuberculosis: Follow-Up of a Stepped-Wedge Randomized Clinical Trial. *PLoS One.* 2015;10(4):e0123252.
 20. de Camargo KR, Guedes CR, Caetano R, Menezes A, Trajman A. The adoption of a new diagnostic technology for tuberculosis in two Brazilian cities from the perspective of patients and healthcare workers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:275.
 21. Trajman A, Durovni B, Saraceni V, Cordeiro-Santos M, Cobelens F, van den Hof S. High positive predictive value of Xpert in a low rifampicin resistance prevalence setting. *Eur Respir J.* 2014 Dec;44(6):1711–3.
 22. Durovni B, Saraceni V, Cordeiro-Santos M, Cavalcante S, Soares E, Lourenço C, et al. Operational lessons drawn from pilot implementation of Xpert MTB/Rif in Brazil. *Bull World Health Organ.* 2014 Aug 1;92(8):613–7.
 23. da Silva Antunes R, Pinto M, Trajman A. Patient costs for the diagnosis of tuberculosis in Brazil: comparison of Xpert MTB/RIF and smear microscopy. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis.* 2014 May;18(5):547–51.
 24. Conde MB, Efron A, Loredo C, De Souza GRM, Graça NP, Cezar MC, et al. Moxifloxacin versus ethambutol in the initial treatment of tuberculosis: a double-blind, randomised, controlled phase II trial. *The Lancet.* 2009 Apr;373(9670):1183–9.
 25. Sterling TR, Scott NA, Miro JM, Calvet G, La Rosa A, Infante R, et al. Three months of weekly rifapentine plus isoniazid for treatment of M. tuberculosis infection in HIV co-infected persons. *AIDS Lond Engl.* 2016 Mar 17;
 26. Menzies D, Long R, Trajman A, Dion M-J, Yang J, Al Jhdali H, et al. Adverse events with 4 months of rifampin therapy or 9 months of isoniazid therapy for latent tuberculosis infection: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2008 Nov 18;149(10):689–97.
 27. Aspler A, Long R, Trajman A, Dion M-J, Khan K, Schwartzman K, et al. Impact of treatment completion, intolerance and adverse events on health system costs in a randomised trial of 4 months rifampin or 9 months isoniazid for latent TB. *Thorax.* 2010 Jul;65(7):582–7.
 28. Scatena LM, Wysocki AD, Beraldo AA, Magnabosco GT, Brunello MEF, Ruffino-Netto A, et al. Validity and reliability of a health care service evaluation instrument for tuberculosis. *Rev Saúde Pública.* 2015;49:7.
 29. Andrade RLP, Scatolin BE, Wysocki AD, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, et al. [Tuberculosis diagnosis: primary health care or emergency medical services?]. *Rev Saúde Pública.* 2013 Dec;47(6):1149–57; discussion 1158.
 30. Arakawa T, Magnabosco GT, Lopes LM, Arnaez MAA, Gavin MAO, Gallardo MDPS, et al. Evaluation of the performance of Tuberculosis Control Programs in Brazil and Spain: an integrative review of the literature. *Cienc Saude Coletiva.* 2015 Dec;20(12):3877–89.
 31. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Performance assessment questionnaire regarding TB control for use in primary health care clinics in Brazil. *J Bras Pneumol Publicação Of Soc Bras Pneumol E Tisiologia.* 2009 Jun;35(6):610–2.
 32. Villa TC, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Andrade RLP, Brunello MEF, Nogueira JA, et al. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):241.
 33. Reis-Santos B, Gomes T, Locatelli R, de Oliveira ER, Sanchez MN, Horta BL, et al. Treatment Outcomes in Tuberculosis Patients with Diabetes: A Polytomous Analysis Using Brazilian Surveillance System. Fernandez-Reyes D, editor. *PLoS ONE.* 2014 Jul 8;9(7):e100082.
 34. do Prado T, Miranda A, de Souza F, dos Santos Dias E, Sousa LK, Arakaki-Sanchez D, et al. Factors associated with tuberculosis by HIV status in the Brazilian national surveillance system: a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2014;14(1):415.
 35. Marlow MA, Maciel ELN, Sales CMM, Gomes T, Snyder RE, Daumas RP, et al. Tuberculosis DALY-Gap: Spatial and Quantitative Comparison of Disease Burden Across Urban Slum and Non-slum Census Tracts. *J Urban Health.* 2015 Aug;92(4):622–34.
 36. Reis-Santos B, Pellacani-Posses I, Macedo LR, Golub JE, Riley LW, Maciel EL. Directly observed therapy of tuberculosis in Brazil: associated determinants and impact on treatment outcome. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015 Oct 1;19(10):1188–93.
 37. dos Santos Dias E, do Prado TN, da Silva Guimarães AL, Ramos MC, Sales CMM, de Fátima Almeida Lima E, et al. Childhood tuberculosis and human immunodeficiency virus status in Brazil: a hierarchical analysis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015 Nov 1;19(11):1305–11.
 38. Maciel EL, Reis-Santos B. Determinants of tuberculosis in Brazil: from conceptual framework to practical application. *Rev Panam Salud Pública Pan Am J Public Health.* 2015 Jul;38(1):28–34.
 39. Torrens AW, Rasella D, Bocchia D, Maciel ELN, Nery JS, Olson ZD, et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2016 Mar;110(3):199–206.
 40. Strabelli TMV, Siciliano RF, Castelli JB, Demarchi LMMF, Leão SC, Viana-Niero C, et al. Mycobacterium chelonae valve endocarditis resulting from contaminated biological prostheses. *J Infect.* 2010 Jun;60(6):467–73.
 41. Matsumoto CK, Chimara E, Ramos JP, Campos CED, Caldas PC de S, Lima KVB, et al. Rapid tests for the detection of the Mycobacterium abscessus subsp. bolletii strain responsible for an epidemic of surgical-site infections in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2012 Dec;107(8):969–77.
 42. Rabello MC da S, Matsumoto CK, de Almeida LGP, Menendez MC, de Oliveira RS, Silva RM, et al. First Description of Natural and Experimental Conjugation between Mycobacteria Mediated by a Linear Plasmid. Johnson EA, editor. *PLoS ONE.* 2012 Jan 3;7(1):e29884.
 43. Leão SC, Viana-Niero C, Matsumoto CK, Lima KVB, Lopes ML, Palaci M, et al. Epidemic of surgical-site infections by a single clone of rapidly growing mycobacteria in Brazil. *Future Microbiol.* 2010 Jun;5(6):971–80.

Pequena história da RIDES-Tuberculose no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

Little history of RIDES-Tuberculosis in the Framework of the Strategic Plan 2009-2012 for cooperation in health of the Community of Portuguese Speaking Countries.

Miguel Viveiros

Unidade de Microbiologia Médica, Global Health and Tropical Medicine, GHMT, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Rua da Junqueira, 100, 1349-008 Lisboa, Portugal
mviveiros@ihmt.unl.pt

Maria João Simões

Departamento de Doenças Infecciosas, Laboratório Nacional de Referência para a Tuberculose, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Avenida Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal.
M.Joao.Simoes@insa.min-saude.pt

Resumo

A tuberculose continua a ser um dos maiores problemas de saúde pública em todo o Mundo. Em 2016 a OMS lança um apelo aos governos, às comunidades, à sociedade civil e ao sector privado para estarem "Unidos para Pôr Fim à Tuberculose", promovendo o diálogo e a colaboração que una as pessoas e as comunidades de modo a implementar novas formas para acabar com a epidemia da tuberculose (TB) e, em particular, da tuberculose resistente aos fármacos que continua a aumentar em algumas regiões do globo. Apelo idêntico foi efetuado pelo Presidente Jorge Sampaio, no âmbito da VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Lisboa, 25 de julho de 2008), intitulado "Apelo à Ação", no sentido dos países da CPLP envidarem todos os esforços para promoverem o debate pela sociedade civil para as questões da saúde dos países de língua portuguesa, em particular nas problemáticas relativas ao VIH/SIDA, malária e tuberculose. Este apelo motivou a criação da Rede de Investigação e Desenvolvimento de Saúde em Tuberculose - RIDES-TB entre os diferentes países da CPLP que encontraram acolhimento favorável no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 (PECS/CPLP). Neste trabalho descreve-se a génese, os primeiros passos avulsos e a consolidação multilateral da RIDES-TB desde 2008 a 2015, demonstrando como inúmeros esforços dos programas nacionais de controlo, dos laboratórios de referência, da academia e dos institutos de investigação dos diversos países lusófonos, permitiram responder a este apelo com enorme sucesso. Estes esforços conjuntos aceleraram os progressos para a consecução geral dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e têm hoje um claro enquadramento no futuro da estratégia para a saúde na CPLP, da Agenda 2030 e do programa END TB aplicado ao espaço lusófono.

Palavras Chave:

RIDES-Tuberculose; CPLP; Objectivos de desenvolvimento do Milénio; Objectivos do Desenvolvimento Sustentável; Programas STOP-TB e END-TB.

Abstract

Tuberculosis remains a major public health problem world-wide. In 2016, the WHO launched an appeal to governments, communities, civil society and the private sector to be "United to End Tuberculosis", promoting the dialogue and collaboration that unites people and communities to implement new ways to end the epidemic of tuberculosis (TB) and in particular of drug-resistant TB that continues to increase in some regions of the world. A similar appeal was launched by President Jorge Sampaio, within the VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Lisbon, July 25, 2008) entitled "Call to Action", challenging the CPLP countries to make every effort to promote the debate by civil society on issues of health in the portuguese speaking countries, particularly in issues related to HIV / AIDS, malaria and tuberculosis. This appeal led to the creation of Health Research and Development Network on Tuberculosis - RIDES-TB among the different countries of the CPLP that were welcomed in the Strategic Plan for Cooperation in Health 2009-2012 (PECS / CPLP). This paper describes the genesis, the first steps and multilateral consolidation of RIDES-TB from 2008 to 2015, demonstrating how numerous efforts of the national TB control programs, the reference laboratories, academy and research institutes in different lusophone countries responded to this appeal with great success. These joint efforts accelerated the progress towards the overall achievement of the Sustainable Development Goals and today RIDES-TB has a clear framework in the future of the CPLP strategy for health, the Agenda 2030 and the END TB program implementation to the portuguese speaking world.

Key Words:

RIDES-Tuberculosis; CPLP; Millennium Development Goals; Sustainable Development Goals; STOP-TB and END-TB programs.

Introdução

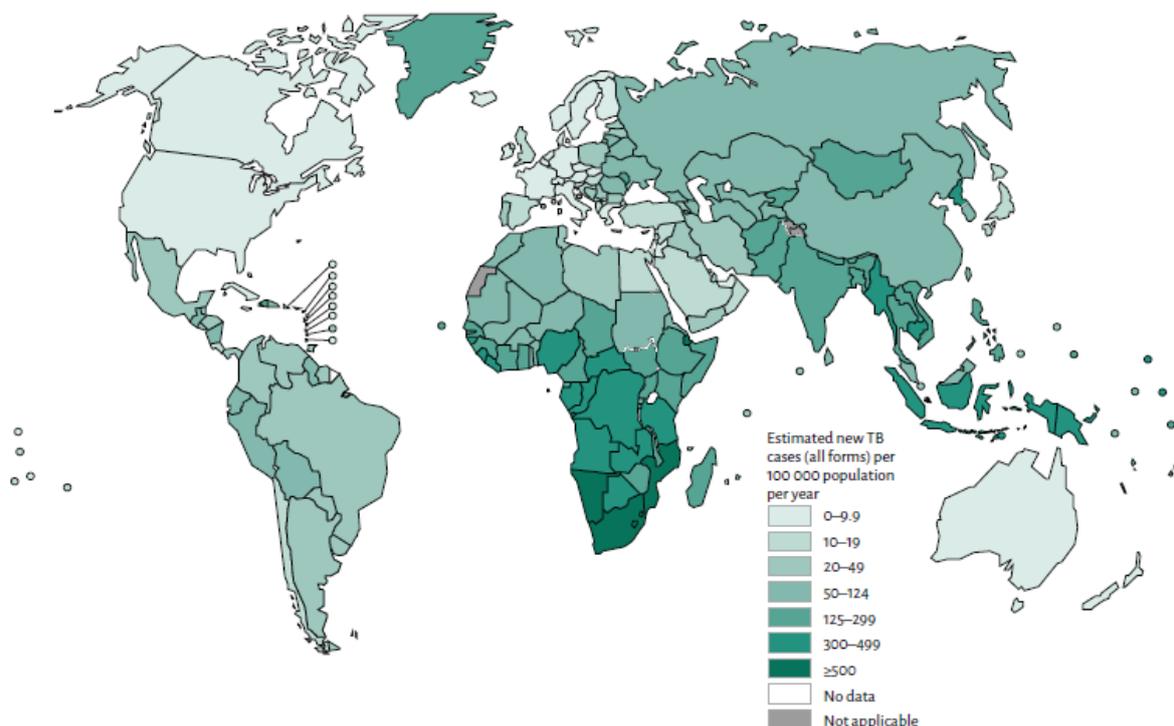
A tuberculose continua a ser um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um terço da população mundial (cerca de 2 bilhões de pessoas) está infetado com *M. tuberculosis*, estimando-se que cerca de 9,6 milhões de pessoas terão desenvolvido tuberculose ativa em 2014: 5,4 milhões de homens, 3,2 milhões de mulheres e 1 milhão de crianças (1). Destes, 12% estavam coinfectados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH). As taxas mais elevadas de tuberculose (acima de 300/100 000 habitantes/ano) ocorrem na África sub-sahariana e Ásia (1) (Figura 1). Estima-se que, até 2020, o *M. tuberculosis* irá infetar aproximadamente 1000 milhões de pessoas, que 150 milhões irão desenvolver a doença e que 36 milhões morrerão de tuberculose (1, 2). Da maior relevância verifica-se que, globalmente, menos de dois terços dos 9,6 milhões de pessoas com tuberculose ativa (TB) em 2014, foram notificados à OMS. Isso significa que, em todo o mundo, apenas 37% dos novos casos foram diagnosticados e dos 480 000 casos de tuberculose multirresistente (TB-MR) que ocorreram em 2014, apenas cerca de 123 000 (1/4) foram detetados e notificados (1).

A epidemia de VIH a partir dos anos 80 do século XX aumentou significativamente o risco de desenvolvimento de tuberculose, sendo esta a causa de morte mais comum entre os pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) a nível mundial, matando um em cada três pacientes infetados por VIH (3, 4). A reemergência global da tuberculose está não só relacionada com o VIH, mas também com o aumento de estirpes resistentes aos antibióticos de primeira linha e em particular com a emergência de estirpes multirresistentes, definidas estas como

estirpes simultaneamente resistentes pelo menos à isoniazida (INH) e rifampicina (RIF) (2). A propagação destas estirpes tem sérias repercussões na epidemiologia e controlo da tuberculose, já que dos quatro antibióticos recomendados, a RIF e INH são os mais eficazes no tratamento da tuberculose. A INH é o agente antibacilar mais utilizado e é considerado o agente bactericida ideal pois é altamente tuberculocida, relativamente pouco tóxico, facilmente administrável e pouco dispendioso. A RIF é um derivado semi-sintético da rifamicina cuja elevada atividade tuberculocida, fez dela igualmente um componente importante da terapia, diminuindo a duração do tratamento de 1 ano para 6 meses (2, 4). Enquanto a tuberculose provocada por estirpes monorresistentes à INH ou à RIF pode ser tratada com outros antibióticos de primeira linha, a TB-MR é mais difícil de tratar (2). A nível mundial, a OMS estima que até 50 milhões de pessoas podem estar infectadas com estirpes de *M. tuberculosis* resistentes a antibióticos e que são diagnosticados em todo o mundo 300 000 novos casos de TBMR por ano sendo que 79% destes são resistentes a três ou mais antibióticos (2, 5).

O aumento da toxicod dependência, a mudança dos perfis populacionais com a intensa migração de indivíduos de países e/ou áreas com elevada prevalência de tuberculose, que se concentram em centros urbanos com deficientes condições de salubridade, a guerra e a fome, bem como os fenómenos de exclusão social e económica, associados a uma ineficiente capacidade de organização da resposta por parte dos sistemas de saúde em particular no acesso dos doentes aos fármacos, são apontados como o conjunto de fatores que potenciam elevadas taxas de incidência de tuberculose e que se agravam por estarem habitualmente associadas a uma elevada percentagem de casos de TB-MR. Em 1995, como parte da primeira fase da iniciativa do

Figura 1 – Taxas de incidência de tuberculose ativa estimadas para 2014. Adaptado de (1)



Programa de Vigilância Global da OMS/IUATLD, realizou-se um inquérito mundial com o objetivo de avaliar a incidência da tuberculose resistente para estabelecimento das bases em que devem assentar as medidas de controlo da TB e da TB-MR quer ao nível da prevenção da transmissão quer da implementação da terapêutica antibacilar, a fim de prevenir a emergência de estirpes de TB-MR (1-3, 6). A OMS recomendou e institucionalizou então o *Programa Direct Observed Treatment*, mais conhecido pelo acrónimo DOT, ou Tratamento Observado Diretamente (TOD), que determina que um profissional de saúde observa e certifica-se que o paciente toma a medicação prescrita e que não abandona o esquema terapêutico. Vários estudos demonstraram que o programa TOD é mais eficaz do que a terapia tradicional não supervisionada (2, 4), sendo esta estratégia a mais eficaz disponível atualmente para o controlo da epidemia. A estratégia integrada do programa TOD só funciona se se cumprirem cinco componentes chave: um compromisso por parte do governo de cada país em manter as atividades de controlo da tuberculose; a necessidade de deteção dos casos de tuberculose em pacientes sintomáticos; um regime de tratamento de 6 a 8 meses para todos os casos de baciloscopias positivas, com TOD durante pelo menos os primeiros 2 meses; um fornecimento regular de todos os fármacos anti-tuberculose essenciais; e ainda um sistema de notificação eficaz, que permita uma avaliação dos resultados do tratamento para cada paciente e do programa de controlo da tuberculose em geral. Este programa de controlo foi expandido pela OMS em 1999 de forma a cobrir especificamente a deteção de casos e o acompanhamento do tratamento em regiões com elevada incidência de TB-MR que, nesta vertente, se designa de programa TOD+ (ou DOT-Plus na designação anglo-saxónica) (1-3).

É neste contexto que no início do século XXI a iniciativa Stop

TB foi estabelecida após a reunião do Comité Ad Hoc sobre a epidemia da tuberculose, realizada em Londres em março de 1998 (3-5). Em março de 2000, a *Stop TB Partnership* emite a Declaração de Amesterdão que define as linhas mestras do plano global para travar a TB (*Amsterdam Declaration to Stop TB*), que solicitava então a ação e o comprometimento dos 20 países com a maior carga de TB na luta contra a tuberculose. Nesse mesmo ano, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o estabelecimento da Parceria Global Stop TB (3-5), e em sequência, a OMS lançava, em 2006, a “New Stop TB Strategy” com o objetivo declarado de atingir os objetivos do milénio e os objetivos para o controlo da TB definidos pela Parceria Global Stop TB (3, 6).

Assim, e dentro do mesmo racional de ações globais de luta contra a reemergência da tuberculose e da tuberculose resistente, e no âmbito da VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) que ocorreu em Lisboa a 25 de julho de 2008, realizou-se então um Fórum para as questões da Saúde da Sociedade Civil dos Países de Língua Portuguesa, por iniciativa do Presidente Jorge Sampaio, Embaixador de Boa Vontade da CPLP para as questões de saúde e Enviado Especial das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose. Deste fórum emergiu um documento intitulado “Apelo à Ação”, apoiado por todos os Chefes de Estado presentes, no sentido de envidar todos os esforços para, no futuro, promover o debate pela sociedade civil para as questões da saúde dos países de língua portuguesa, em particular nas problemáticas relativas ao VIH/SIDA, malária e tuberculose. Este comprometimento sustentou um dos eixos estratégicos do subsequente Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 (PECS/CPLP), visando apoiar o acompanhamento das políticas e a investigação em VIH/SIDA, malária e tuberculose.

Dentro deste Plano Estratégico vários projetos foram apoiados e financiados no sentido de promover a criação de redes de investigação em saúde na CPLP dedicadas a estas patologias que congregassem as vontades e necessidades dos países na melhoria e desenvolvimento dos instrumentos e ações de luta contra estas enfermidades, em particular contra a tuberculose, uma vez que esta era e continua a ser uma emergência de saúde pública em todos os países da CPLP. Na Tabela 1 encontram-se os dados referentes aos indicadores de incidência de tuberculose

Tabela 1 – Taxa de incidência de tuberculose para 2014 por 100 000 habitantes e percentagem de casos de tuberculose multi-resistente nos países da CPLP em 2014.

País da CPLP	Taxa de incidência de tuberculose para 2014 por 100 000 habitantes ¹	Percentagem de casos de tuberculose multi-resistente ¹	
		Casos novos	Retratamentos
Moçambique	551	3.5	11
Timor-Leste	498	2.2	16
Angola	370	1.7	17
Guiné-Bissau	369	1.7	17
Guiné-Equatorial	177	1.7	17
Cabo-Verde	138	1.7	17
São-Tomé e Príncipe	97	1.7	88
Brasil	44	1.4	7.5
Portugal	25	0.98	4.9

¹Organização Mundial de Saúde (2015) *Global tuberculosis report 2015*. World Health Organization (ed.), Genebra e Copenhaga;

Dados globais disponíveis em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

Dados por país disponíveis em: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

(casos/100.000 habitantes) e percentagem de casos de TB com multiresistência (TB-MR) dos países da CPLP para 2014 (1). Estimulados por esta iniciativa e cientes da gravidade da situação da tuberculose na África sub-sahariana e dos compromissos internacionais assumidos quanto ao seu controlo, os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) elaboraram e/ou reformularam os seus Programas Nacionais de Controlo, designadamente: Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra de São Tomé e Príncipe em 2006, Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose de Cabo Verde em 2007, Plano Estratégico Nacional de Controlo da Tuberculose em Moçambique em 2008, Programa Nacional de Controlo da Tuberculose de Angola em 2009 e Plano Estratégico 2009-2013 do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose da República da Guiné-Bissau em 2009, sendo comum aos mesmos a prioridade estratégica atribuída à melhoria da deteção de casos de TB e do controlo da co-infecção TB/VIH e da TB-MR, designadamente através do reforço do diagnóstico laboratorial através do aumento do número de laboratórios e do pessoal capacitado em micobacteriologia. Timor-Leste lançou em 2006 as linhas mestras do seu Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose que havia herdado da antiga ocupação pela Indonésia e que ainda não havia sido reestruturado desde a independência em 2002, sendo hoje um componente importante do Pacote de Serviços Básicos de Saúde do seu Plano Estratégico de Desenvolvimento (7). Neste contexto de iniciativas conjuntas de resposta aos apelos lançados pelo programa e estratégia Stop TB e pelo “Apelo à Ação” da Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP de 2008, surge o Projeto ForDILABTB [<http://fordilab-tb.ihmt.unl.pt/>], que é financiado pelo Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP 2009-2012, em cooperação com a Fundação Calouste Gulbenkian, sendo a primeira pedra do que viria a ser a construção da Rede de Investigação e Desenvolvimento de Saúde em Tuberculose - RIDES-TB. Com coordenação tripartida - Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Fundação Calouste Gulbenkian - apostou na formação, capacitação e melhoria da qualidade técnica dos recursos humanos tendo promovido a transferência e o acesso à informação em saúde na área da tuberculose e co-infecção VIH, integrando-se plenamente em três dos sete eixos estratégicos identificados pelo PECS/CPLP - Vigilância Epidemiológica e Monitorização da Situação de Saúde; Formação e Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde e Investigação em Saúde. Permitiu assim a formação de nível avançado na área da micobacteriologia de 23 biólogos, bioquímicos e outros técnicos de análises clínicas e de saúde nas Unidades de Microbiologia Médica do IHMT/UNL e no Departamento de Doenças Infecciosas do INSA e a formação local de mais de 90 técnicos dos laboratórios dos Hospitais Centrais e Provinciais de Angola, Moçambique, Cabo-Verde, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau e do Laboratório Nacional de Referência de Tuberculose de Moçambique. Permitiu sistematizar um programa de formação em diagnóstico laboratorial da TB que respondeu às necessidades de

treino de carácter prático, onde foram adquiridas competências básicas e boas práticas laboratoriais em bacteriologia e virologia, essenciais na área de diagnóstico da TB e VIH, bem como das necessidades de biossegurança em laboratório.

Em paralelo e em sintonia, o Brasil proporcionou formação a vários profissionais de saúde da CPLP, ligados à rede de laboratórios de diagnóstico de TB e VIH e/ou aos programas de controlo da tuberculose destes países. Na linha da frente destas atividades esteve o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT) do Brasil coordenado pelo Dr. Dráurio Barreira e a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose REDE-TB [<http://www.redetb.org/>] coordenada pelo Dr. Afrânio Kritski, que dinamizaram inúmeras atividades de formação e investigação, quer no Brasil quer no âmbito dos países da CPLP, no sentido de darem resposta aos novos desafios acima enumerados e cuja história e empenho na luta contra a tuberculose no Brasil e no espaço lusófono encontram-se descritos neste mesmo número dos Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Desta profícua atividade de investigação e formação multilateral resultaram várias publicações científicas com impacto real na gestão dos programas de controlo da tuberculose e redes de laboratórios de diagnóstico de TB dos Ministérios da Saúde dos países da CPLP (8, 9, 10).

Culminando este percurso conjunto de iniciativas e projetos levados a cabo por todos os parceiros e países da CPLP realizou-se em Maputo, Moçambique, entre os dias 14 e 16 de maio de 2013, o “Seminário sobre Incorporação de Novas Tecnologias para o Controlo da Tuberculose”, organizado pelos Ministérios da Saúde do Brasil e de Moçambique, com o apoio do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique sob a liderança do Dr. Ilesh Jani, da Fundação Atauilpho de Paiva e do Projeto “Inovações no Controlo da Tuberculose”, apoiado pela Fundação Bill e Melinda Gates e ainda pelo projeto FORDILAB-TB (PECS-CPLP), que neste evento fez-se representar por todos os pontos focais dos países da CPLP. Tendo contado igualmente com a presença dos coordenadores dos programas nacionais para o controlo da tuberculose de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé promoveu o primeiro encontro conjunto de trabalho entre os coordenadores nacionais dos programas de tuberculose e as redes de laboratórios de diagnóstico de TB dos Ministérios da Saúde, bem como com os representantes e pontos focais para Saúde da CPLP - Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge por Portugal e Fundação Oswaldo Cruz pelo Brasil. Foi a ocasião certa e o momento adequado para se estabelecer a primeira reunião formal de criação da RIDES-TB, com intercâmbio ativo referente aos diferentes sistemas de saúde de cada país, troca de experiências no que tange à implementação de novas tecnologias para o diagnóstico e ainda elencaram-se as prioridades de cooperação para a continuação das iniciativas no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP pós-2012 (PECS II - CPLP). Dentre essas prioridades destacaram-se: a) a melhoria das condições de diagnóstico clínico e laboratorial; b) a gestão de casos clínicos; c) a

definição de recomendações e diretrizes conjuntas e em língua portuguesa; d) a gestão dos medicamentos e da toma observada diretamente; e) a otimização dos sistemas laboratoriais e a incorporação das novas tecnologias; f) o aperfeiçoamento dos sistemas de notificação e informação; e g) o apoio ao desenvolvimento de investigação operacional visando o fortalecimento dos sistemas de saúde.

Nesse sentido, os Coordenadores Nacionais dos Programas de Tuberculose e as Instituições nacionais observadoras e pontos focais para a Saúde da CPLP (IHMT, INSA e FIOCRUZ), presentes no referido Seminário, reuniram-se a 16 de maio de 2013 e identificaram a necessidade de se estruturar as ações e mecanismos de cooperação entre os programas de controlo da tuberculose, redes de laboratórios de tuberculose e Ministérios da Saúde dos países de língua oficial portuguesa. Representavam os seguintes países: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e Portugal, faltando apenas Timor-Leste e a Guiné-Equatorial (à data apenas país observador na CPLP). Ficou então acordada a redinamização da RIDES-TB através do seu alargamento a uma rede clinico-laboratorial mais abrangente e concertada entre programas nacionais de controlo, laboratórios de referência para a tuberculose, academia e institutos de investigação de cada país, para promoção da investigação, inovação, formação e capacitação em tuberculose no âmbito da CPLP. Pretendia-se assim dar estrutura formal e continuidade à RIDES-TB que decorria com inúmeras ações avulsas e dispersas pelos países, nova rede a qual seria formalmente apresentada pelo Brasil, em nome dos demais representantes, durante a Assembleia Mundial da Saúde de 2013 (proposta a que não foi dada continuidade). Igualmente decidiu-se a realização, a breve trecho, da primeira reunião dos Programas Nacionais de Controlo de Tuberculose tendo os representantes dos países membros comprometido ainda em harmonizar diretrizes e aspectos legais da luta contra tuberculose em cada país, utilizando o formato da “Estratégia STOP TB pós-2015” (3, 6), que veio a designar-se “Programa END-TB” (11). Comprometeram-se ainda na construção de uma agenda comum para partilha de atividades nacionais buscando recursos e sinergias nos diferentes países, para planeamento e identificação dos desafios em cada país e assim verificar as prioridades, bem como em identificar questões comuns e oportunidades de apoio entre os países.

Como linhas orientadoras de investigação operacional para gerar informação e responder a questões programáticas definiram-se as seguintes prioridades para a ligação dos programas nacionais de controlo com os laboratórios de referência para a tuberculose, a academia e os institutos de investigação: a) monitorização comum da situação epidemiológica; novos sistemas de informação; modelos e experiências para gestão de casos de resistência aos antibióticos mais complexos (multi e extensivamente resistentes - TB-MR/XDR); b) articulação programática entre laboratório de referência e a rede de laboratórios; c) fortalecimento da rede de diagnóstico e partilha experiências quanto à introdução de novos métodos de diagnóstico e harmonização de diretrizes terapêuticas; d) harmonizar as propostas para as

recomendações de novas políticas de advocacia e mobilização social no contexto de cada país e no contexto internacional, fortalecendo conjuntamente a nova estratégia de controlo da tuberculose da OMS a ser apresentada em 2014 – o programa e a estratégia END-TB (11).

Formulada por diversos países no âmbito da OMS e na continuação do Plano Global do *Stop TB Partnership* (2016-2020), a estratégia END-TB está dividida em três pilares e tem metas ambiciosas para a eliminação da tuberculose no mundo até 2035, nomeadamente a redução de mortes por tuberculose em 95% e menos de 10 casos por 100 mil habitantes. O seu Pilar 1 assenta na prevenção e cuidado integrado com o paciente, no diagnóstico precoce, na busca ativa entre populações vulneráveis, no tratamento de todos os casos de TB, na gestão clinico-laboratorial de coinfeção TB-VIH e dos casos de TB-MR/XDR. No Pilar 2 procura políticas incisivas e sistemas de apoio com comprometimento político, com alocação adequada de recursos, com envolvimento comunitário e de organizações da sociedade civil, procurando ainda garantir a cobertura universal em saúde, a proteção social e a redução da pobreza. No Pilar 3 garante-se a intensificação da investigação científica e da inovação na descoberta, desenvolvimento e rápida adoção de novas ferramentas e de atividades de investigação implementacional para o diagnóstico e tratamento da tuberculose (11). Tendo sido anunciada em 2014 é esta a plataforma estratégica que irá nortear a luta contra a tuberculose até 2035 a nível global, integrando-se agora nos novos desafios e objetivos da ONU para o Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Agenda de Desenvolvimento Sustentável Pós-2015, designada Agenda 2030, corresponde ao conjunto de programas, ações e diretrizes que orientarão os trabalhos da Organização das Nações Unidas e de seus países membros rumo ao desenvolvimento sustentável. Concluída em agosto de 2015, as negociações da Agenda 2030 culminaram num documento que propõe 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e 169 metas correspondentes, fruto do consenso obtido pelos delegados dos Estados membros da ONU. Os ODS são o cerne da Agenda 2030 e sua implementação ocorrerá no período 2016-2030 sendo que a agenda das entidades, organizações e programas de controlo em saúde devem estar alinhados com esta agenda (12).

Seguindo o plano anteriormente definido e enquadrado pela Agenda 2030, durante o ano de 2014, sob a coordenação e organização do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose do Brasil e apoiado pela assessoria internacional do Ministério da Saúde do Brasil, realizaram-se várias reuniões de trabalho entre as coordenações dos programas de luta e controlo da tuberculose dos países da CPLP que culminaram na realização em Brasília, de 9 a 13 de novembro de 2015, do Curso Internacional de Gestão da Tuberculose: Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica, para gestores de programas dos países da CPLP. Esta iniciativa, plenamente enquadrada na continuidade das ações da RIDES-TB e nos novos objetivos e metas do programa END-TB, teve como meta formativa a capacitação dos gestores dos programas nos objetivos acima elencados e na

partilha de experiências de gestão de programas de luta contra a tuberculose no espaço lusófono, adaptadas às diferentes realidades de cada país. Estiveram presentes representantes dos programas de controlo de Angola, Guiné-Equatorial, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

Em conclusão, o percurso da Rede de Investigação e Desenvolvimento de Saúde em Tuberculose - RIDES-TB, concretizou o compromisso dos países da CPLP assumido no documento "Apelo à Ação", elaborado no âmbito da VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo, realizado em 25 de julho de 2008 em Lisboa, por iniciativa do Presidente Jorge Sampaio, Embaixador de Boa Vontade da CPLP para as questões de Saúde e Enviado Especial das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose. Assumindo o esforço dos Países da CPLP em envidar todos os esforços para promover o debate pela Sociedade Civil para as questões da Saúde dos Países de Língua Portuguesa, em particular nas questões relativas à tuberculose, ao VIH/SIDA, e à malária, a RIDES-TB soube congregiar os esforços multilaterais dos Programas Nacionais de Controlo, dos Laboratórios de Referência, da Academia e dos Institutos de Investigação dos diversos países lusófonos, sustentando um dos eixos estratégicos do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 (PECS/CPLP) – o apoio e o acompanhamento à investigação científica e à capacitação em tuberculose, VIH/SIDA e malária. Dentro desse plano, vários projetos bem-sucedidos foram apoiados e financiados promovendo a criação de redes de formação e investigação em biomedicina e saúde pública na CPLP, congregando os objetivos e as necessidades dos países para o desenvolvimento e a melhoria dos instrumentos e das ações de luta contra essas enfermidades, em particular contra a tuberculose. O futuro desta iniciativa deverá agora ser acarinhado e reforçado pelos países que a puseram em prática desde 2008 e apadrinhado pela CPLP

nos anos vindouros no âmbito dos objetivos e estratégias a definir para o futuro Novo Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS-II), agora alinhado com os objetivos e metas da Agenda 2030 (12), sendo os compromissos e as ações do passado das RIDES-CPLP a base e a garantia do seu sucesso para o futuro.

Agradecimentos

Os trabalhos e as contribuições para a Luta Contra a Tuberculose na CPLP aqui descritas não teriam sido possíveis sem o apoio e a dedicação de todos os clínicos, enfermeiros, técnicos de laboratório e restante pessoal de saúde dos hospitais, centros de saúde e centros de diagnóstico pneumológico de Portugal e dos Países da CPLP que neles participaram. O apoio e incentivo permanente da Fundação Calouste Gulbenkian foram inestimáveis, bem como o apoio das empresas fornecedoras e representantes de reagentes e equipamentos de diagnóstico laboratorial em Portugal e de biossegurança para a Tuberculose como a Quilaban, a Werfen-Isaza e a Fisher Scientific. Por fim há que salientar o apoio e colaboração do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose da Direcção Geral de Saúde do Ministério da Saúde de Portugal, na pessoa dos seus responsáveis passados e presentes, Dr. Fonseca Antunes e Doutora Raquel Duarte, bem como do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do Brasil coordenado pelo Dr. Dráurio Barreira e a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose REDE-TB, bem como todos os colegas formadores do Instituto de Higiene e Medicina Tropical e do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Um agradecimento especial à Dr^a Maria Hermínia Cabral (FCG) pelo seu apoio incondicional e coordenação conjunta dos projetos de cooperação, capacitação e investigação, sem o qual muitas destas realizações não teriam tido lugar.

Bibliografia

1. Organização Mundial de Saúde (2015) Global tuberculosis report 2015. World Health Organization (ed.), Genebra e Copenhaga; Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. Organização Mundial de Saúde (2008) - Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth global report - 2002-2007. World Health Organization (ed.), Genebra, Suíça. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/2008/drs_report4_26feb08.pdf.
3. Raviglione, MC (2007). The new Stop TB Strategy and the Global Plan to Stop TB, 2006-2015. Bull World Health Organ, v.85, n.5, p.327-7.
4. Onozaki I, Raviglione MC. (2010) Stopping tuberculosis in the 21st century: goals and strategies. Respirology. 15(1):32-43.
5. Glaziou P, Sismanidis C., Floyd K., Raviglione MC. (2014) Global epidemiology of tuberculosis. Cold Spring Harb Perspect Med. 5(2):a017798.
6. Raviglione MC, Uplekar MW. (2006) WHO's new Stop TB Strategy. Lancet; 367: 952-5.
7. Martins N, Heldal E, Sarmento J, Araujo RM, Rolandsen EB, Kelly PM (2006) Tuberculosis control in conflict-affected East Timor, 1996-2004. Int J Tuberc Lung Dis; 10: 975-81.
8. Machado D, Ramos J, Couto I, Cadir N, Narciso I, Coelho E, Viegas S, Viveiros M. (2014) Assessment of the BD MGIT TBc identification test for the detection of Mycobacterium tuberculosis complex in a network of mycobacteriology laboratories. Bio-med Res Int. ;2014:398108.
9. Rabna P, Ramos J, Ponce G, Sanca L, Mané M, Armada A, Machado D, Vieira F, Gomes VF, Martins E, Colombatti R, Riccardi F, Perdígão J, Sotero J, Portugal I, Couto I, Atougua J, Rodrigues A, Viveiros M. (2015) Direct Detection by the Xpert MTB/RIF Assay and Characterization of Multi and Poly Drug-Resistant Tuberculosis in Guinea-Bissau, West Africa. PLoS One. 27;10(5):e0127536.
10. Viveiros M., Couto I., Rossetti ML and da Silva PA (2014) Otimização, validação e controlo de qualidade de testes moleculares de diagnóstico. In: Abordagens Moleculares. Mónica V. Cunha e João Inácio editores, Lidel, Edições Técnicas, Lisboa, Portugal. (ISBN - 978-989-752-034-1).
11. The End TB Strategy: a global rally (2014). Lancet Respir Med. 2(12):943.
12. Lönnroth K, Raviglione M. (2016) The WHO's new End TB Strategy in the post-2015 era of the Sustainable Development Goals. Trans R Soc Trop Med Hyg Mar;110(3):148-50.

O direito à saúde e a proposta de cobertura universal

The right to health and the proposal for universal coverage

Fernando Passos Cupertino de Barros

Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, médico, professor de Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Brasil.
fernandocupertino@gmail.com

Maria Célia Delduque

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, advogada e pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Brasília, Brasil.
delduque@fiocruz.br

Alethele de Oliveira Santos

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, advogada, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, Brasil.
alethele.santos@conass.org.br

Resumo

O artigo aborda o tema da cobertura universal, contrapondo-o à noção já consolidada de sistemas públicos universais numa perspectiva jurídica e sanitária. Apresenta uma síntese histórica sobre o assunto, além de evocar o processo pelo qual as políticas públicas de saúde são concebidas, tanto no seu viés universal e público, quanto na opção dualista. Situa a saúde como direito humano fundamental e aponta para mudança no sentido de consagrar a proposta de "cobertura universal", adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 2012. Finaliza sobre as críticas e os potenciais riscos do abandono dos sistemas públicos universais para a adoção de proposta diversa..

Palavras Chave:

Cobertura universal, saúde pública, saúde.

Abstract

This essay is about the universal coverage, contrasting it to the well-established notion of universal public systems on a legal and health perspective. It offers a historical overview of the subject, and discuss the process by which public health policies are designed, in its both in its universal and public conditions and it's the dualistic option. Situates health as a fundamental human right and points to the recent change to establish the proposed "universal coverage" suggested by the General Assembly of the United Nations in 2012. It closes with a critical view and alerts to the potential risks of the quitclaim the universal public systems to adopt different proposals.

Key Words:

Universal coverage, public health, health.

Introdução

Observada a última década, constata-se o aumento dos debates sobre o conceito de cobertura universal de saúde, proposto inicialmente, em 2005, pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde.

Essa afirmativa decorre dos debates havidos na reunião do G8 em Heiligendamm, Alemanha, em 2007 e do G20 em Cannes, França, em 2011 e acabou por se consolidar em dezembro de 2012, quando o tema foi debatido na Assembleia Geral das Nações Unidas e incorporado como um dos itens da Resolução A/RES/67/81 – Saúde Global e Política Externa (1).

A proposta foi acolhida por mais de 90 países, dentre eles países lusófonos, reunidos na assembleia em 12 de dezembro de 2012 e que passou a definir Cobertura Sanitária Universal (CSU) como o acesso de todos aos serviços de saúde dos quais precisam as populações, sem acarretar à determinada classe de usuários, risco de empobrecimento:

Declara que a cobertura sanitária universal consiste em cuidar para que o conjunto da população tenha acesso, sem discriminação, aos **serviços públicos essenciais**, definidos em nível nacional, para aquilo que é da promoção da saúde, da prevenção, do tratamento e da readaptação e aos **medicamentos de base**, seguros, abordáveis, eficazes e de qualidade, **fazendo com que o custo** não leve os usuários a dificuldades financeiras, particularmente os pobres, as pessoas vulneráveis e as camadas marginalizadas da população (2). (original sem grifo).

Esse debate tem influência na forma pela qual os Estados dão guarida ao direito à saúde. Num primeiro momento, a cobertura universal de saúde era conceito consubstanciado em sistemas públicos de acesso universal, o que é compatível com a universalidade de acesso e a integralidade na atenção à saúde. Essa compreensão desloca-se a partir das discussões apresentadas e o escopo de proteção estatal ao direito à saúde é alterado, na medida em que restringe o caráter universal aos serviços públicos essenciais e medicamentos de base e preocupa-se com os riscos financeiros somente para a população hipossuficiente, vulnerável ou marginalizada.

Em suma, a lógica conceitual é a da preocupação com a proteção dos riscos financeiros e da busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial, em detrimento do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, que são a razão de ser dos sistemas públicos universais de saúde (3).

Países que dispõem de sistemas públicos universais de saúde, tais como Canadá, Espanha, Reino Unido e Portugal, experimentaram mudanças, reformas e ajustes ao longo de suas existências, com maior ou menor grau de garantia efetiva de universalidade, integralidade e de financiamento público, sem, entretanto, alterarem sua concepção de sistemas públicos de

acesso universal (4). Essa característica decorre especialmente da presença marcante do princípio da solidariedade nessas sociedades.

Para melhor compreender o dilema em questão, há que se lançar um olhar sobre a evolução do Estado, do pensamento político majoritário nas últimas décadas, do reconhecimento do direito à saúde como humano e fundamental e por fim, apresenta as críticas e potenciais riscos sobre a adoção do parâmetro da cobertura universal.

1 - Da historicidade

O avanço da democracia liberal, que superou a forma de Estado centrado nas funções de coerção e de guerra, fez com que esse se tornasse mais proeminente na sociedade e mais omnipresente nas estruturas da vida social, na esfera econômica e de mercado. Essa característica, que teve início especialmente nos países de capitalismo avançado, propiciou uma forma de pensamento que colocava o Estado como o gigante capaz de proporcionar o crescimento econômico, altos níveis de emprego e aumento de renda, juntamente com os benefícios da previdência social, saúde, educação, transporte, segurança pública e habitação. A esse Estado regulador e interventor, denominou-se *Welfare State*, ou Estado Social, e foi aceite maciçamente pelos cidadãos e bem visto pelas principais elites capitalistas e burocratas, especialmente, em países que buscavam a reconstrução de suas bases sociais, no pós-guerra.

No entanto, a elevada carga tributária requerida por este tipo de Estado, agregada a fatores políticos e econômicos, fez com que este modelo entrasse em crise, propiciando o crescimento de uma nova forma de pensamento: o neoliberalismo. Diferente do liberalismo clássico que se opunha ao Estado absolutista, as mudanças sugeridas por este novo olhar, baseadas nos interesses do mercado e da livre iniciativa, tinham como alvo o *Welfare State*.

A reforma neoliberal (5) passou a atuar em escala global e teve impacto decisivo nos países em desenvolvimento. Seu repositório de disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, fim das restrições ao investimento estrangeiro com privatizações das estatais, aliado à desregulamentação das leis econômicas e trabalhistas, fez com que os países endividados tivessem reduzida sua autonomia na definição de políticas públicas.

No plano administrativo para a gestão das políticas públicas, o modelo neoliberal propôs uma lógica de racionalidade econômica do setor privado e de aplicação dos princípios da gestão empresarial, de modo a substituir o paradigma da gestão político-administrativa pelo paradigma empresarial de governo. Assim, as teorias administrativas ou organizacionais passaram a orientar as estruturas e funcionamento do Estado, como foco na necessidade de adaptação a um ambiente em crescente complexidade. Tomaram-se de empréstimo das empresas privadas as normas que orientavam objetivos, metas e os meios para atingi-los. Foram desenvolvidos estudos da ação governa-

mental – o chamado planejamento organizacional – especialmente inspirado em técnicas do *management* empresarial. Esta técnica foi associada ao planejamento estratégico, que também leva em consideração, variáveis externas não controláveis pelo tomador de decisões (gerente). Mais adiante, e para além do planejamento estratégico, as ciências administrativas passaram a desenvolver a ideia de gestão estratégica, permitindo reação imediata da organização aos desafios e oportunidades oferecidos pelo ambiente contextual.

As *policies*, que numa tradução literal designariam diretrizes ou orientação política, são o que concerne ao produto da atividade política que tem lugar nas instituições de Estado, são o conteúdo material das decisões políticas e se constroem por meio de fluxos ou processos.

Mesmo que considerados largos, os avanços do neoliberalismo, cabe registrar o que sociólogos brasileiros têm denominado de neodesenvolvimentismo, que se caracteriza em suma, pela resistência do Estado em preservar direitos de cidadania em detrimento dos direitos de consumo (6). Os debates no Brasil referem a existência ou não desse movimento em território nacional (5), (6), (7), contudo, interessa para esse estudo, exclusivamente a terminologia.

Em que pese as diferenças conceituais, organizacionais e de resolatividade havidas entre os Estados, há de forma incontestável a “impressão digital governamental” (5) nas políticas sociais, entre as quais, a de saúde. Mendes (8) indica a existência de dois grandes modelos de organização de sistemas de saúde: o modelo público universal, apresentado no parágrafo anterior e o modelo segmentado, fundamentado numa lógica compatível à do mercado, havendo oferta privada aos que podem pagar e pública às populações sem poder aquisitivo. Nesses dois grandes modelos há presença estatal.

A ação do Estado revela-se, para além das leis, nas políticas públicas que devem submeter-se à concretização dos direitos humanos fundamentais.

2 - Os direitos humanos e as políticas de saúde

Para guardar compatibilidade com o estado de bem-estar social e o movimento pós-guerra de reconstrução dos Estados, este artigo apresenta o entendimento de direitos humanos a partir desse mesmo contexto histórico. Com vista a evitar que a humanidade se visse novamente de frente a tragédias semelhantes ao holocausto nazista, veio de uma de suas comissões da Organização das Nações Unidas e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), cujo centro é a igualdade e a não discriminação entre seres humanos e cuja definição de direitos foi dada em âmbito internacional. Desde então, para a defesa e garantia desses direitos há atuação pública e privada.

Tais direitos passaram a ser símbolo do estágio civilizatório das sociedades plurais contemporâneas (5) e por isso, foram consagrados nas modernas constituições. “Os direi-

tos fundamentais nada mais são que normas objetivas que exprimem valores sociais constitucionalizados a partir de decisões axiológicas integradoras e inspiradoras de toda a ordem constitucional” (9).

No entanto, para que os direitos fundamentais passassem a compor o rol de direitos garantidos numa Constituição foi percorrido um longo caminho, tanto político, como filosófico e teórico. A relação entre direitos humanos e saúde teve estreia na análise de Jonathan Mann - 1º coordenador do programa de AIDS da Organização Mundial da Saúde (OMS) (10). Para Mann, essa associação, poderia vir a ser movimento global para a promoção de justiça social e parâmetros para a saúde dos povos (11).

Ainda que a declaração de Alma-Ata (1978) conceitue a saúde de forma abrangente¹, a linguagem do direito à saúde só foi apresentada, aí sim em caráter internacional, nos Comentários da Convenção Internacional em Direitos Económico, Social e Cultural (2000)² (12). Mesmo que internacionalmente o reconhecimento do direito humano à saúde, enquanto fundamental e social, só se tenha dado no início do século XX, a heterogeneidade dos Estados permite reconhecer diferenças nesse reconhecimento, nos critérios distributivos e de aplicação da justiça.

No Brasil, na política pública para a saúde, a mudança fundamental empreendida pela Constituição de 1988, foi a de alterar o padrão anterior para garantir um sistema único de saúde com acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde. No entanto, na trajetória da política pública de saúde, a implantação do SUS notabiliza-se por um processo de contradições, em que, no mesmo momento em que o sistema se institucionalizou e se transformou em realidade, o fez em condições precárias e de forma incompleta, desvirtuando-se da sua concepção original. Duas lógicas operaram na implementação da política pública de saúde brasileira: uma pública, baseada no Sistema Único de Saúde e outra, baseada nos planos e nos seguros de saúde. A política então se construiu de forma dualista, de um lado um sistema universal e público e de outro, um sistema privado.

Em suma, a intervenção estatal é necessária aos direitos fundamentais sociais, a fim de que produza os efeitos dos direitos sociais, isto porque são, em síntese, verdadeiros instrumentos jurídicos de ordem positiva. Contudo, há que se reconhecer a existência de arenas, que por sua vez agrupam agentes múltiplos e diferentes princípios distributivos, em que se colocam disputas em torno do processo alocativo de recursos e esforços sociais (13).

1 - A saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e de enfermidade, é um direito humano fundamental e sua realização no mais elevado nível possível é o mais importante objetivo universal cuja realização requer ações de outros setores sociais e económicos, além do setor da saúde.

2 - Saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. Todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que leve a viver uma vida digna.

3 - Da relação entre o direito à saúde e a cobertura universal

A palavra “cobertura” para a setorial saúde pode indicar: (i) o alcance de uma medida sanitária e está associada ao cumprimento da prestação positiva de saúde, com seu acesso e uso; ou, (ii) a possibilidade de obter uma prestação positiva, que pode ou não se realizar por abstenção do uso ou pela incapacidade de obtenção (14).

Ou seja, a cobertura que está associada ao cumprimento da prestação positiva de saúde torna-se mais complexa, na medida em que inclui a disponibilidade para o acesso, o uso e não impõe barreiras para que seja efetivado o direito à saúde. Já na outra concepção, em que há oferta de prestação positiva de saúde, mediante o cumprimento de condições (desembolso direto, contratação de seguros ou plano de saúde, contribuição, etc.), o direito à saúde estará à mercê da possibilidade de que barreiras sejam ultrapassadas. A primeira concepção está atrelada aos sistemas universais de saúde e a segunda à oferta condicionada, portanto, mais íntima dos sistemas privados de saúde. A confluência entre o conceito de direito à saúde por meio de acesso a um sistema universal e igualitário e o conceito de cobertura universal da saúde não guardam confluência, nem harmonia.

Ao compreender que os serviços de saúde, no âmbito do conceito de cobertura universal significam métodos para promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abrangendo assistência médica em comunidades, centros de saúde e hospitais (15), implica afirmar que os serviços essenciais de saúde devem ser assegurados de modo a não permitir que ninguém esteja abaixo da linha da miséria. Isso significa dizer que os custos com a saúde devem ser suportados pelo conjunto da população, o que pode ser obtido pela utilização de índices compostos que agregam uma série de indicadores determinados pelos Estados, individualmente, e em conformidade com a lógica econômica e de financiamento de seus sistemas de saúde.

Não se deve esquecer que o processo de globalização, ao tempo em que gera possibilidades de crescimento econômico e avanços nos campos científico e tecnológico, evidencia contrastes econômicos e sociais que se indicam exclusão de muitos países e pessoas, que continuam imersos em situação de subdesenvolvimento. Isto faz com que a pobreza permaneça como uma realidade fática para bilhões de pessoas no globo, o que limita a criação de condições sociais necessárias para a saúde, com a geração de grandes iniquidades entre países e mesmo dentro deles. Assim estão postas as condições para o surgimento ou manutenção de assimetrias de poder na ordem econômica internacional, com conseqüentes limitações para o desenvolvimento econômico e social dos países, o que favorece a transformação das desigualdades em iniquidades (15). Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por documento de sua autoria denominado “O Financiamento dos Sistemas de Saúde – o caminho para a cobertura universal” (2),

estrela o conceito de cobertura universal com base na necessidade de uma reorientação na área da saúde em um momento que se caracteriza pela recessão econômica, custos crescentes para a atenção à saúde, envelhecimento populacional, aumento de enfermidades crônicas e novas tecnologias dispendiosas. O informe induz ainda para a exploração de evidências entre os países membros da OMS no que se refere ao modo de obtenção de mecanismo alternativo de financiamento de seus sistemas de saúde para atingir o que convencionou chamar de cobertura universal.

Contudo, parece frágil a justificativa na qual se baseia o conceito de cobertura universal, na medida em que responsabiliza o indivíduo pelos custos oriundos da proteção à saúde. Tornar majoritária a lógica do mercado e deslocar o Estado às sombras, ao papel coadjuvante, quicá caritativo, é alterar a compreensão posta para direito humano, para direito fundamental e para o direito à saúde.

No caso do Brasil, as experiências negativas acumuladas com o atendimento oferecido por planos e seguros privados de saúde aniquilam os fundamentos de que unicamente o mercado seja capaz de resolver necessidades sociais (16).

Considerações finais

O êxito dos Estados que têm por princípio a solidariedade, a preservação dos direitos humanos e sociais nem sempre se esgota num modelo administrativo e governamental perfeito. Por vezes, revela-se na consideração da realidade social, na equidade, nos padrões de comportamento e nas interações político-sociais.

Mesmo considerando que os direitos de bem-estar - dentre eles a saúde - foram recentemente acrescidos ao campo dos direitos humanos e sociais, e, portanto, não estão suficientemente encampados pelos Estados, isso não os exclui de debates e de conseqüências que inter-relacionam o desempenho econômico e a racionalidade pública.

Ainda que padeçam de críticas de institucionalização (os direitos devem ser institucionalizados, ou não são direitos) e críticas de exequibilidade (apesar dos melhores esforços, talvez não seja possível efetivar o direito universal) é preciso, em prol dos sistemas universais, conhecer a tese das obrigações imperfeitas, que indica que mesmo não havendo alcance total do direito, ele não deixa de ser um direito (17).

A adoção de condições para o acesso de direito humano e social à saúde, que fundamenta o conceito de cobertura universal, confronta a igualdade e a não discriminação entre humanos, assevera as divisões oriundas do poder econômico e rende-se à lógica de mercado.

A crescente demanda por ações e serviços de saúde acessíveis e de qualidade impõe aos Estados a tomada de decisões políticas acertadas e que não esgarcem o já corroído tecido social.

Bibliografia

1. Rodrigues PHA, Kornis GEM. Manifesto do CEBES em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio. Consultado em 31.03.2016. In: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fweb_plenaria%2FXVIII_Plenaria_maior%2FManifesto_CEBES_defesa_direito_universal.ppt&ei=oYjFVOOmL4GXgwTR7IGQAw&usg=AFQjCNEYIpTmgMzZPhuwvXijgJ8FTs6qw&bvm=bv.85970519,d.eXY
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). O Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, 2010. Consultado em 16.3.2016]. In http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf?ua=1
3. Noronha, JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(5): 847-849, 2013.
4. Sousa AMC. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. R. *Katálysis*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. Consultado em 31.03.2016. In: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katálysis/article/download/32679/28074>.
5. Bucci, MPD. O conceito de política pública em Direito. In Maria Paula Dallari Bucci (org.). *Políticas Públicas: Reflexões sobre o Conceito Jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006. p.1-49
6. Boito Jr, A. As bases políticas do neodesenvolvimentismo. Consultado em 31.03.2016. In: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782013000300004
7. Sampaio Jr., PA. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. Consultado em 31.03.2016. In: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n112/04.pdf>.
8. Mendes, E. V. (2004). O dilema do SUS. *Radis: Comunicação em Saúde*, 25
9. Victorino, FR. Evolução da Teoria dos Direitos Fundamentais. *Revista CEJ*, ano XI, n.39, out/dez, 2007, p. 10-21.
10. Mann, J. Saúde Pública e Direitos Humanos. Consultado em 01.04.2016. In: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v6n1-2/07.pdf>
11. Nygren-Krug, H. Saúde e Direitos Humanos na OMS. Consultado em 01.04.2016. In: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf
12. VanderPlaat, M. Direitos Humanos: uma perspectiva para a saúde pública. Consultado em 01.04.2016. In: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf
13. Magalhães, R. Desigualdades sociais e equidade em saúde. Consultado em 01.04.2016. In: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/saude-e-direitos-humanos/pdf/sdh_2004.pdf
14. Noronha, JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. Consultado em 01.04.2016. In: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003
15. Barros, FPC. Cobertura universal ou sistemas públicos universais? *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa*, 87-90, 2014. Consultado em 25.3.2016]. In: http://www.conass.org.br/Anais%202014_Cobertura%20universal%20ou%20sistemas%20pu%CC%81blicos%20universais.pdf
16. Costa AM, Bahia L. Scheffer M. Onde foi parar o sonho do SUS. *Le Monde Diplomatique*, edição de 12 de fevereiro de 2013. Consultado em 15.2.2015. In: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1395>.
17. Sen. A. A ideia de justiça. Tradução de Denise Bottmann e Ricardo Dominelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras. (2011).

A regulação do Sistema de Saúde

Regulation in Health System

Jorge Simões

Professor Catedrático Convidado do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal
Presidente do Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal

Resumo

A regulação da economia traduz-se na formulação, implementação e efetivação de regras dirigidas aos agentes económicos no mercado, destinadas a garantir o seu funcionamento equilibrado, de acordo com determinados objetivos públicos.

O sector da saúde tem especificidades que o tornam diferente de outros mercados de bens e serviços e os objetivos da regulação na saúde pretendem garantir o acesso universal aos cuidados de saúde publicamente financiados, assegurar níveis de qualidade e segurança satisfatórios, garantir concorrência que produza uma relação qualidade/preço satisfatória e capacitar os utentes para a defesa dos seus direitos e interesses.

A regulação da saúde está muito presente na Europa, embora com modelos institucionais díspares, tanto ao nível do âmbito da atividade de regulação, como dos mecanismos de regulação e dos poderes exercidos.

Em Portugal, a missão da Entidade Reguladora da Saúde traduz-se na regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, e as suas atribuições compreendem a supervisão desses estabelecimentos no que respeita ao controlo dos requisitos de funcionamento, à garantia de acesso aos cuidados de saúde, à defesa dos direitos dos utentes, à garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, à regulação económica e à promoção e defesa da concorrência.

Palavras Chave:

Economia, regulação, saúde.

Abstract

Economic regulation is defined by the imposition of rules by government, aimed to ensuring the balanced operation, according to certain public goals.

The health sector has specific characteristics that make it different from other markets and regulatory objectives in health, aimed to ensure universal access to publicly funded health care, ensure quality and satisfactory security levels, ensure competition that produces a satisfactory quality/price ratio and empower users to defend their rights and interests.

Health regulation is present in Europe, although with different institutional models, in terms of scope of regulatory activity, regulatory mechanisms and competences.

In Portugal, the mission of the Health Regulation Authority is reflected in the regulation of the activity of establishments, including control of operating requirements, the guarantee of access to health care, the protection of the rights of users, the quality of health care, the promotion and defense of competition.

Key Words:

Economy, regulation, health.

1- A regulação da economia¹

A regulação da economia tem como pontos centrais a formulação, implementação e efetivação de regras dirigidas aos agentes económicos no mercado, destinadas a garantir o seu funcionamento equilibrado, de acordo com determinados objetivos públicos. Deve entender-se *a regulação como a intervenção estadual na economia por outras formas que não a participação direta na atividade económica, equivalendo, portanto, ao condicionamento, coordenação e disciplina da atividade económica privada*².

São três as operações materiais em que assenta a atividade regulatória da economia: emissão de normas de atuação (*rule making*) - regulação em sentido estrito; aplicação e supervisão de aplicação de normas (*rule implementation e rule supervision*); e aplicação de sanções pelo incumprimento das normas (*rule enforcement*). Os poderes da administração regulatória não se distinguem estruturalmente da administração pública em geral. Todavia, a administração regulatória é caracterizada em geral por dois traços específicos: (i) maiores poderes discricionários das entidades reguladoras, sobretudo as autoridades reguladoras independentes, quer ao nível regulamentar, quer ao nível da fiscalização administrativa, quer, por último, ao nível do poder sancionatório; (ii) concentração dos poderes normativos “executivos” e sancionatórios na mesma autoridade administrativa – a autoridade reguladora – diferentemente do que ocorre na administração em geral, em que tais fases estão desagregadas, cabendo a diferentes organismos administrativos.

São essencialmente quatro as razões de ser da regulação económica:

O primeiro fundamento da regulação está nos limites e “falhas” do mercado, isto é, nas situações em que o mercado, pelas especiais características de certos setores, não pode funcionar normalmente sem intervenção externa. Tal é o caso dos “monopólios naturais”, em que, por razões de racionalidade económica e ambiental, não se pode estabelecer concorrência entre uma pluralidade de operadores, tendo de se aceitar um único operador (indústrias de rede). O mesmo sucede com as “externalidades negativas”. Estas dizem respeito aos custos sociais de certas atividades económicas, associados aos danos ambientais, aos prejuízos para a saúde pública, aos riscos para a segurança coletiva, etc. Entre as falhas de mercado contam-se também as “assimetrias de informação”, decorrentes da desigualdade de informação entre fornecedores e consumidores no que concerne às características e qualidade dos bens e serviços. A segunda razão de ser que tradicionalmente se associa à regulação pública da economia decorre de exigências ambientais e de ordenamento territorial das atividades económicas, do planeamento e ordenamento urbanístico.

A terceira razão da regulação decorre da necessidade de proteger os consumidores na sua relação de “troca desigual” com os produtores e distribuidores. São os valores

de uma informação fiável e adequada sobre os produtos e serviços postos no mercado, da segurança e da saúde individual, de assegurar um direito à reparação de danos, que justificam a intervenção regulatória³.

Finalmente, a quarta razão para a regulação pública da economia deriva da necessidade de assegurar a todos, independentemente de meios económicos e do local de residência, o acesso a certos serviços considerados básicos, como a água, a energia, as telecomunicações e os serviços postais. Trata-se dos chamados “serviços de interesse económico geral”, antigamente fornecidos diretamente pelo poder público e que depois da sua privatização e/ou liberalização ficam sujeitos a “obrigações de serviço público”. Neste aspeto o Estado fornecedor de serviços públicos torna-se garante do seu fornecimento por entidades privadas (“Estado garante”)⁴.

2 - As autoridades reguladoras independentes

As autoridades reguladoras independentes são identificadas pelos seguintes traços: procedimento especial de nomeação dos seus dirigentes, duração do seu mandato mais longa do que a legislatura, irremovibilidade (salvo falta grave), independência funcional (não sujeição a tutela de mérito nem a orientações governamentais), recursos financeiros próprios, prestação direta de contas perante o Parlamento sem passar pelo Governo.

Para além da separação clara entre política e economia, a opção pelo modelo de regulação independente assenta ainda na necessidade de separar o papel de regulador em relação ao aparelho administrativo tradicional e à volatilidade dos governos. Trata-se, pois, de assegurar a estabilidade e segurança do quadro regulatório, tornando-o imune ao ciclo eleitoral, através, desde logo, da inamovibilidade dos mandatos dos reguladores. Tal aspeto assume particular importância, porquanto potencia a confiança dos agentes económicos.

A justificação do modelo de regulação independente decorre ainda da necessidade de favorecer o profissionalismo da atuação regulatória, determinando o recrutamento de pessoal especializado de forma a assegurar um processo de decisão informado e fundado em dados técnicos.

Outra das justificações da adoção do modelo de regulação independente deriva da conceção que lhe está inerente, ou seja, da necessidade de que o desenvolvimento da atividade económica seja controlado por sujeitos imparciais, “colocados numa posição equidistante em relação aos interesses públicos e privados em jogo”⁵. A neutralidade e a independência da decisão regulatória são os instrumentos eleitos com vista ao desiderato final: a garantia da livre e efetiva concorrência entre os operadores económicos, a transparência e a visibilidade do mercado, bem como a remoção

ou atenuação dos limites e falhas de mercado decorrentes do seu funcionamento, a proteção dos consumidores na sua relação de troca desigual com os produtores e distribuidores, sobretudo nos casos de assimetrias de informação e a garantia da manutenção das obrigações de serviço público⁶. A independência das autoridades reguladoras tem sido alvo de fortes críticas, desde a sua origem no contexto norte-americano, e muito potenciadas pelo sistema administrativo de tipo continental europeu, e que se referem à sua legitimidade democrática. Estas objeções prendem-se fundamentalmente com o défice democrático alegadamente inerente à subtração ao controlo político executivo e parlamentar e à sua condição de quarto poder ou poder neutro. Face a estas críticas a doutrina procurou uma nova legitimação das autoridades reguladoras independentes. Em primeiro lugar, a consideração prevalecente na doutrina é a de que a atividade das autoridades reguladoras independentes se insere na função administrativa. Nestes termos, é importante ter presente que a atividade das autoridades reguladoras independentes está vinculada à lei, na mesma medida em que o está a administração tradicional. Por outro lado, tem sido defendido que a legitimação das autoridades reguladoras independentes se aproxima mais da legitimidade democrática procedimental do que da legitimidade democrática política ou parlamentar.

A legitimidade das autoridades reguladoras independentes tem ainda alicerce noutros mecanismos de responsabilidade, tais como uma rigorosa definição dos seus mandatos, a elaboração de relatórios regulares da atividade, o escrutínio da comissão parlamentar competente e os restantes controlos transversais gerais.

Finalmente, há ainda que fazer referência aos seus poderes. Como se referiu acima, a atividade regulatória comporta três tarefas essenciais: a definição e aprovação de regras, a implementação concreta dessas regras e a fiscalização do respetivo cumprimento (que inclui a punição dos infratores). Correspondem a estas tarefas o poder de emitir regulamentos, o poder de emitir os atos administrativos tendentes à execução das funções de supervisão e ainda o poder sancionatório, de aplicação de coimas e outras sanções acessórias em sede de processos contraordenacionais.

3 - A regulação na saúde

O sector da saúde tem especificidades que o tornam diferente de outros mercados de bens e serviços, tanto ao nível do comportamento dos seus agentes como das relações económicas que entre eles se estabelecem. Em outras atividades económicas, o livre funcionamento dos mecanismos de mercado garante, à partida, resultados satisfatórios. Mas esse não é, frequentemente, o caso da prestação de cuidados de saúde, por várias características que genericamente se designam por “falhas de mercado”.

Tais falhas de mercado compreendem as fortes assimetrias de informação entre prestadores e utentes, o facto de a prestação de cuidados de saúde ocorrer, frequentemente, em contexto de grande incerteza, o facto de os mercados apresentarem uma estrutura de concorrência imperfeita, ou a existência de uma relação de agência entre profissional de saúde e utente, na qual se baseia grande parte do consumo.

De todas estas especificidades decorre o risco do surgimento de fenómenos indesejáveis, tais como a seleção adversa de doentes com base em critérios financeiros, a indução artificial da procura e a redução da qualidade e segurança dos serviços prestados como forma de aumentar a rentabilidade da atividade empresarial.

Assim, são objetivos da regulação na saúde garantir o acesso universal aos cuidados de saúde publicamente financiados, assegurar níveis de qualidade e segurança satisfatórios, garantir concorrência que produza uma relação qualidade/preço satisfatória e capacitar os utentes para a defesa dos seus direitos e interesses.

A regulação na saúde surge num contexto lato de um sistema de regulação e supervisão, assente nos princípios da separação das funções do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador e da autonomia do organismo regulador, com competências de regulação e supervisão dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e aos direitos dos utentes, o que abrange também assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes e garantir a concorrência entre os operadores, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes.

A missão da regulação na saúde, em sentido estrito, traduz-se na regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, e as suas atribuições compreendem a supervisão desses estabelecimentos no que respeita a) ao controlo dos requisitos de funcionamento; b) à garantia de acesso aos cuidados de saúde; c) à defesa dos direitos dos utentes; d) à garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade; e) à regulação económica; f) à promoção e defesa da concorrência.

1 - Esta secção segue de perto o texto a publicar “A Entidade Reguladora da Saúde”, da autoria de Jorge Simões e Luís Vale Lima.

2 - Cfr. Vital Moreira, *Auto-regulação Profissional e Administração Pública*, Coimbra, 1997, p. 35.

3 - Cfr. Vital Moreira & Maria Manuel Leitão Marques, *A Mão Visível – Mercado e Regulação*, Coimbra, 2003, p. 14.

4 - Cfr. Vital Moreira/Luís Vale Lima, “A nomeação dos reguladores – entre o radicalismo e a moderação das propostas”, in *Textos de Regulação ERS*, 2012.

5 - Cfr. *Autoridades Reguladoras Independentes*, cit., p. 53.

6 - Cfr. Maria M. Leitão Marques, Vital Moreira, “Economia de mercado e regulação”, in *A Mão Visível*, cit., p. 14.

4 - A regulação da saúde no mundo

A regulação da saúde está muito presente na Europa, embora com modelos institucionais díspares, tanto ao nível do âmbito da atividade de regulação, como dos mecanismos de regulação e dos poderes exercidos.

Uma importante linha de distinção entre os reguladores europeus reside no grau de independência face ao governo, encontrando-se em claro equilíbrio o grupo de países onde o regulador é uma entidade pública independente (casos da França e do Reino Unido) e o dos países onde o regulador está integrado no governo (casos da Dinamarca, Suécia e Holanda), como se pode verificar na tabela seguinte:

País	Instituição	Criação	Âmbito de regulação	Poderes	Estatuto
França	HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	2004	Cuidados de saúde Medicamentos Profissionais	Regulamentação Supervisão Fiscalização	Entidade pública independente
Reino Unido	CARE QUALITY COMMISSION	2009	Cuidados de saúde	Supervisão Sanção Fiscalização	Entidade pública independente
Alemanha	GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS	2004	Cuidados de saúde	Regulamentação	Comité independente
Dinamarca	SUNDHEDSSTYRELSEN	1909	Cuidados de saúde Medicamentos Profissionais	Regulamentação Supervisão Fiscalização	Integrado no MS
Suécia	SOCIALSTYRELSEN	1968	Cuidados de saúde Profissionais	Regulamentação Supervisão Sanção Fiscalização	Integrado no MS
Holanda	INSPECTIE VOOR DE GEZONDEIDSZORG	--	Cuidados de saúde Medicamentos	Supervisão Sanção Fiscalização	Integrado no MS

A regulação da saúde nos Estados Unidos da América é realizada através de múltiplas entidades públicas como o “Centers for Medicare and Medicaid”, que gere os programas Medicare e Medicaid, a “Agency for Healthcare Research and Quality”, que produz investigação sobre qualidade, segurança e custos dos cuidados de saúde, o “Centers for Disease Control and Prevention”, que supervisiona a saúde pública e ambiental, a “Food and Drug Administration”, que controla a segurança de alimentos e de produtos farmacêuticos.

5 - A Entidade Reguladora da Saúde, em Portugal

Em Portugal, a missão da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) traduz-se na regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, e as suas atribuições compreendem a supervisão desses estabelecimentos no que respeita a) ao controlo dos requisitos de funcionamento; b) à garantia de acesso aos cuidados de saúde; c) à defesa dos direitos dos utentes; d) à garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade; e) à regulação económica; f) à promoção e defesa da concorrência.

O seu âmbito de regulação inclui todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, social e cooperativo, independentemente da sua natureza jurídica, excetuando-se os profissionais de saúde no que respeita à sua atividade sujeita à regulação e disciplina das

respetivas associações públicas profissionais e os estabelecimentos sujeitos a regulação específica do Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., nos aspetos respeitantes a essa regulação.

Com a entrada em vigor dos novos estatutos da ERS, em setembro de 2014, o seu âmbito territorial de atuação passou a incluir as regiões autónomas da Madeira e dos Açores.

O primeiro dos seus objetivos de regulação é assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo os respeitantes ao regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei.

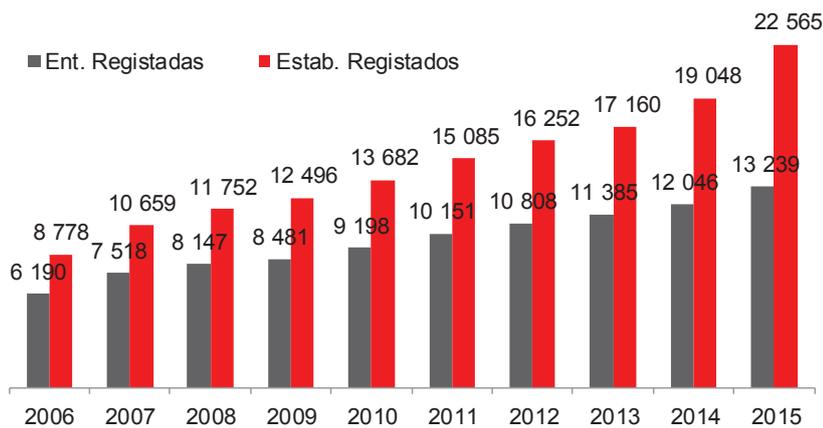
Para esse efeito, incumbe-lhe pronunciar-se e fazer recomendações sobre os requisitos necessários para o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da al. a) do art. 11.º dos seus estatutos.

A título de requisitos de funcionamento, realça-se a obrigatoriedade de registo público dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde junto da ERS (previsto no art. 26.º dos seus estatutos).

A figura seguinte ilustra a evolução deste registo público de prestadores desde 2006 até 2015.

Incumbe também à ERS, nos termos da al. b) do art. 11.º dos seus estatutos, instruir e decidir os pedidos de licenciamento de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei. Com o novo Regime Jurídico do Licenciamento (Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto), a ERS passou a deter a competência exclusiva do licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Evolução do número de entidades e estabelecimentos registados



Finalmente, é incumbência da ERS assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento, nos termos da al. c) do art. 11.º dos seus estatutos.

O segundo objetivo de regulação da ERS consiste em assegurar o cumprimento, por parte das entidades reguladas, dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei (*vide* al. b) do art. 10.º dos estatutos da ERS).

Para concretização desse objetivo, a ERS tem diversas incumbências específicas, nomeadamente a de assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados, definida na al. a) do art. 12.º daqueles estatutos.

Uma outra atribuição da ERS no âmbito da garantia do acesso aos cuidados de saúde consiste na prevenção e punição das práticas de rejeição discriminatória ou infundada de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados (al. b) do art. 12.º dos estatutos).

Um terceiro objetivo de regulação que compete à ERS prosseguir, e que se encontra definido na al. c) do art. 10.º dos seus estatutos, consiste em garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes.

Para esse efeito, incumbe à ERS, nos termos do art. 13.º, al. a), dos mesmos estatutos, apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas.

Também no âmbito do cumprimento deste objetivo de regulação vieram os atuais estatutos da ERS reforçar as competências desta entidade, no que se refere à apreciação e

monitorização das queixas e reclamações dos utentes e do seguimento dado pelos operadores às mesmas.

Sendo certo que a ERS já recebia as reclamações reduzidas a escrito nos Livros de Reclamações de modelo oficial dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor não público, a partir do último trimestre de 2014 tornou-se notório o aumento do volume das reclamações recebidas, motivado pela crescente entrada de exposições visando prestadores do setor público, que no ano de 2015 atingiu o número total de 55848 processos.

Conforme se define na al. b) do art. 13.º dos seus estatutos, incumbe ainda à ERS, a

título de defesa dos direitos dos utentes, verificar o cumprimento da «Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde», designada por «Carta dos Direitos de Acesso», por todos os prestadores de cuidados de saúde.

O quarto objetivo da atividade reguladora da ERS consiste em zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade (*cfr.* al. d) do art. 10.º dos seus estatutos).

Uma importante atribuição da ERS a este nível é aquela que assenta na promoção de um sistema de classificação dos estabelecimentos de saúde quanto à sua qualidade global, conforme se define na al. a) do art. 14.º dos estatutos.

A concretização desta atribuição traduziu-se na criação do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). O SINAS é um sistema assente em um modelo de avaliação da qualidade global dos serviços de saúde, que se aplica a hospitais e a prestadores de saúde oral. Os objetivos do SINAS são promover o acesso, por parte dos utentes, a informação útil e inteligível sobre a qualidade dos serviços de saúde, e promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. O quinto objetivo da ERS, previsto na al. e) do art. 10.º dos seus estatutos determina que a ERS deve zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema.

Para efeitos daquele objetivo, incumbe à ERS, em primeiro lugar, elaborar estudos e emitir recomendações sobre as relações económicas nos vários segmentos da economia da saúde, incluindo no que respeita ao acesso à atividade e às relações entre os estabelecimentos do SNS ou entre sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados, e os prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza, tendo em vista o fomento da transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes (*vide* art. 15.º, al. a) dos estatutos da ERS).

Nos termos do art. 15.º, al. b), incumbe igualmente à ERS, ao nível da regulação económica, pronunciar-se e emitir recomendações sobre os acordos subjacentes ao regime das

convenções, bem como sobre os contratos de concessão e de gestão e outros que envolvam atividades de concessão, construção, financiamento, conservação ou exploração de estabelecimento ou serviços públicos de saúde.

Também no âmbito da regulação económica, compete à ERS pronunciar-se e emitir recomendações sobre os requisitos e as regras relativos aos seguros de saúde e cooperar com a respetiva entidade reguladora na sua supervisão (cfr. art. 15.º, al. d)).

Como incumbência para efeitos do objetivo de regulação económica, a ERS deve ainda, à luz da al. e) do art. 15.º dos seus estatutos, pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados, ou estabelecidos por convenção entre o SNS e entidades externas, e zelar pelo seu cumprimento.

Finalmente, e igualmente com afinidade relativamente ao objetivo de regulação económica, em conformidade com o disposto nos anteriores estatutos da ERS, máxime no artigo 47.º, do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, a pedido ou com o consentimento das partes, a ERS pode intervir na mediação ou conciliação de conflitos entre estabelecimentos do SNS ou entre os mesmos e operadores do sector privado e social.

O sexto objetivo da ERS, de acordo com a al. f) do art. 10.º dos seus estatutos, consiste em promover e defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado, em colaboração com a Autoridade da Concorrência na prossecução das suas atribuições relativas a este sector.

Para esse efeito, incumbe-lhe, nos termos do art. 16.º, al. a), identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas sectoriais, designadamente definir os mercados geográficos, em conformidade com os princípios do direito da concorrência, no âmbito da sua atividade de regulação. Ainda nos termos do art. 20.º, a ERS pode realizar estudos de mercado e inquéritos por áreas de atividade que se revelem necessários para a prossecução da sua missão, designadamente para supervisão e acompanhamento de mercados e verificação de circunstâncias que indiciem distorções ou restrições à concorrência.

Por outro lado, compete à ERS, à luz do disposto no art. 16.º, al. b), do mesmo diploma, zelar pelo respeito da concorrência nas atividades abertas ao mercado sujeitas à sua regulação.

Ao longo dos últimos anos, e de acordo com as competências da ERS foram realizados diversos estudos sobre matérias atinentes com a intervenção da ERS, tais como os requisitos mínimos para o exercício da atividade das unidades privadas de diálise, a qualidade no âmbito do Programa Nacional de Saúde Oral, a qualidade das cirurgias no SNS, a prestação de cuidados de saúde em farmácias e parafarmácias, o acesso e a qualidade nos cuidados de saúde mental, o acesso, a qualidade e a concorrência nos cuidados continuados e paliativos, a gestão da lista de inscritos para cirurgia no SNS, o desempenho das unidades locais de saúde, os seguros de saúde, o

acesso a cuidados de saúde por imigrantes, os preços que os hospitais públicos podem praticar na sua relação com terceiros, os cartões de saúde, os custos de contexto no sector da saúde, as práticas publicitárias dos prestadores de cuidados de saúde.

A ERS dispõe de poderes sancionatórios previstos nos artigos 22.º a 61.º e seguintes dos seus estatutos, bem como em outros diplomas legais que reconhecem a ERS como a entidade competente para a fiscalização, instrução dos processos e aplicação de coimas e sanções acessórias das infrações neles previstas, designadamente as constantes do Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro (Livro de Reclamações), e do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto (licenciamento). Os estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, atribuem-lhe poderes de regulamentação. Assim, nos termos da alínea a) do artigo 17.º, prevê-se que no exercício dos seus poderes de regulamentação, incumbe à ERS emitir os regulamentos previstos nos estatutos, bem como os necessários ao cumprimento das suas atribuições, designadamente os respeitantes às matérias referidas nos artigos 4.º, 12.º, 13.º, 14.º e 30.º. Por seu turno, no artigo 18.º dos estatutos, encontra-se previsto o procedimento de aprovação dos regulamentos com eficácia externa. Neste contexto, após a entrada em vigor dos novos estatutos, a ERS aprovou dois regulamentos internos - o Regulamento Interno de Organização e Admissão, Prestação e Disciplina no Trabalho, e o Regulamento do Conselho Consultivo, nos termos do n.º 5 do artigo 44.º dos estatutos da ERS, bem como dois regulamentos com eficácia externa - o Regulamento de Registo dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e o Regulamento de Tratamento de Reclamações.

No âmbito das suas relações externas, a ERS participa na organização que junta os reguladores europeus da área da saúde, a EPSO – *European Partnership for Supervisory Organizations in Health Services and Social Care* -, realiza anualmente uma conferência de análise de temas da regulação e da saúde - o Fórum ERS - e publica, também anualmente, os “Textos de Regulação da Saúde”.

Embora criada num contexto atípico em comparação com outras entidades reguladoras, a ERS mantém os pontos centrais da atividade regulatória, através da formulação, implementação e efetivação de regras dirigidas aos agentes económicos no mercado, destinadas a garantir o seu funcionamento equilibrado, de acordo com objetivos públicos determinados.

Após dez anos de atividade, a lei-quadro das entidades reguladoras, aprovada pela Lei n.º 67/2013, de 28 de Agosto impulsionou a revisão dos estatutos da ERS, incluindo não só um conjunto de alterações respeitantes à redesignação do órgão máximo – agora conselho de administração -, novo modelo de nomeação dos membros do conselho de administração e respetiva duração de mandato, novas regras de incompatibilidades e impedimentos, um novo modelo de

financiamento (assente em contribuições regulatórias), alterações substantivas no regime orçamental e financeiro, com reforço da autonomia nestas matérias, bem como algumas inovações em questões relacionadas com a proteção dos consumidores, mas também, e fundamentalmente, um alargamento e aprofundamento das atribuições e das competências da ERS, sendo isso mais evidente em matéria de tratamento de reclamações dos utentes dos serviços de saúde, de licenciamento de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, e ainda, de resolução de conflitos.

Este reforço das atribuições e competências da ERS, que tem como pano de fundo um enquadramento da regulação independente mais claro e responsabilizante, é particularmente importante em face das dificuldades que o sistema de saúde enfrenta, na medida em que contribui para uma mais adequada resposta aos direitos e às expectativas dos cidadãos.

Que impacto tem a ERS no sistema de saúde português?

Em primeiro lugar, permite um melhor conhecimento do sector da saúde através do registo de todos os estabelecimentos prestadores de cuidados – o único existente no país – e através da elaboração e publicação de estudos que cobrem praticamente todos os aspetos relevantes do sistema de saúde.

Em segundo lugar, contribui para uma maior capacitação dos cidadãos, por via do acompanhamento e tratamento de todas as reclamações apresentadas no âmbito dos estabelecimentos

de saúde – mais de 50 mil – e das informações prestadas presencialmente, por telefone, por email e através do sítio eletrónico da ERS.

Em terceiro lugar, permite uma melhor defesa dos direitos dos utentes através, nomeadamente, do controlo da legalidade do acesso dos doentes aos serviços de saúde.

Em quarto lugar, fornece mais segurança aos utentes e aos prestadores, através da exigência do licenciamento das unidades de saúde, que se devem conformar aos requisitos estabelecidos para o seu funcionamento, através de fiscalizações que se realizam em todo o território e a toda a tipologia de estabelecimentos e através do sancionamento de práticas irregulares que pode ir da aplicação de coimas à suspensão do funcionamento do próprio estabelecimento.

Em quinto lugar, garante maior legalidade e conhecimento dos mercados através do conjunto de intervenções na área da concorrência, que a ERS exerce isoladamente ou com o concurso da Autoridade da Concorrência.

Em sexto lugar, contribui para que o sistema de saúde tenha mais qualidade ou lhe seja reconhecida essa qualidade, através de um projeto próprio – o SINAS – que envolve a quase totalidade dos hospitais, públicos e privados, do país e através de estudos que desenvolvem o tema da qualidade.

Em sétimo lugar, contribui para a diminuição dos litígios entre financiadores, prestadores e utentes através da figura da mediação, que permite, de forma voluntária, célere e gratuita, a resolução de conflitos.

Roteiro estratégico para a telessaúde na CPLP: diagnóstico e prioridades para o desenvolvimento da telessaúde

Strategic roadmap for telehealth in CPLP: diagnosis and priorities for the development of telehealth

Luís Velez Lapão, PhD, MSc

Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
luis.lapao@ihmt.unl.pt

Luiz Ary Messina, PhD

Rede Universitária de Telemedicina RUTE, Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), Brasília, Brasil

Regina Ungerer, MD, MSc

Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz, Brasil

Francisco Campos, MD, PhD

Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz, Brasil

Resumo

Como resultado da III Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) realizada em Maputo em 2014, em que os Ministros da Saúde afirmaram o compromisso de promover o uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) para o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, a custos sustentáveis, propõe-se um diagnóstico das capacidades existentes nos países, uma análise do uso potencial da telessaúde e um conjunto de recomendações de curto-médio prazo para que os países da CPLP possam desenvolver suas estratégias nacionais no uso das TIC e mais especificamente para o uso da telessaúde.

Os Estados membros da CPLP têm uma larga experiência no uso das TIC para telessaúde especialmente na educação à distância e na prática de vídeo/webconferências. Contudo o seu potencial está longe de ser totalmente aproveitado e identificam-se muitas oportunidades de cooperação como forma de alavancar o seu uso.

Recomendações para potenciar a telessaúde no âmbito da CPLP são:

1. Promover mais a educação à distância, telemedicina e a simulação médica;
2. Aplicar as melhores práticas das TIC na saúde para tornar os serviços de saúde mais acessíveis, sustentáveis e disponíveis;
3. Apoiar o uso da telessaúde na promoção do acesso universal da saúde;
4. Promover a ligação entre as instituições de ensino superior e investigação, e unidades de saúde em redes de alta velocidade;
5. Promover o uso da telessaúde na Saúde Pública, vigilância em saúde, na promoção e prevenção da saúde, emergências sanitárias e pesquisas multicêntricas.

Palavras Chave:

Telessaúde, CPLP, estratégia, teleeducação, acesso universal à saúde.

Abstract

As a result of the III Meeting of Ministers of Health of the Community of Portuguese Speaking Countries (CPLP) in Maputo in 2014, when the Health Ministers expressed their commitment to promote the use of information and communication technologies (ICT) for access universal quality health care at a sustainable cost, it is proposed a diagnosis of existing telehealth capacities, an analysis of potential telehealth use and a set of short-medium term recommendations for CPLP countries to develop their own national strategies in the use of ICT and more specifically to the use of telehealth.

The CPLP members have already an extensive experience in the use of ICT for telehealth especially in distance education and practice video/web-conferencing. But its potential is far from fully tapped and identifies many opportunities for cooperation as a way to leverage its use. Recommendations to enhance telehealth within the CPLP are:

1. To promote more distance education, telemedicine and medical simulations;
2. Apply ICT best practices to make healthcare more affordable, sustainable and available;
3. Support the use of telehealth in promoting Universal Access to Health;
4. Promote the (high-speed networks) link between higher education, research institutions, and healthcare units;
5. Promote the use of telehealth in public health, health surveillance, promotion and health prevention, health emergencies and multicentric trials.

Key Words:

Telehealth, CPLP, strategy, teleeducation, universal access to health.

1. Contexto da saúde na CPLP

A área da saúde foi estabelecida em 2008 com a criação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP), assinado em Maio de 2009 por todos os Ministros da Saúde que destacava sete eixos estratégicos e 21 projetos de desenvolvimento com ênfase na capacitação de recursos humanos e desenvolvimento institucional para fortalecimento dos sistemas de saúde. A primeira fase do PECS/CPLP terminou em 2012, mas de forma consensual, os países membros acordaram em estendê-lo até 2016 dando prioridade para o fortalecimento e a promoção da capacitação de recursos humanos e a implementação de projetos estruturantes que reforcem a capacidade institucional e aperfeiçoem os sistemas nacionais de saúde.

Neste sentido, o desenvolvimento de uma estratégia, ou melhor de um roteiro estratégico para promover o uso das TICs para garantir o acesso universal a cuidados de saúde está de acordo com as prioridades do PECS/CPLP.

2. Metodologia

Este texto tem como objectivo fazer uma reflexão e propor um roteiro estratégico para a telessaúde na CPLP, nomeadamente:

- 1) Inventariar sucintamente os recursos existentes no contexto da telessaúde nos países da CPLP;
- 2) Estabelecer de mecanismos de cooperação com Brasil, Portugal e PALOP;
- 3) Propor recomendações ligadas ao potencial da telessaúde para a CPLP.

As experiências mais maduras de Brasil e de Portugal, e as experiências mais recentes de Angola, Cabo Verde, Moçambique e São Tomé e Príncipe podem servir de base para promover o uso da telessaúde em língua portuguesa, a qual poderá tornar-se num mecanismo de cooperação e de melhoria efetiva dos sistemas de saúde destes países.

Um exemplo é o caso de Cabo Verde, que em 2013 inaugurou a fase I do Programa Integrado de Telemedicina, que hoje já se estende a oito ilhas, e com uma ligação a Portugal. O crescimento deste serviço aumentou o atendimento às populações e às consultas entre profissionais das duas principais ilhas e reduziu as evacuações sanitárias diminuindo enormemente os custos associados. Outro exemplo é o Hospital Central de Maputo em Moçambique, que em 2010 inaugurou um Centro de Telemedicina ligado à Índia onde estudantes Moçambicanos e Indianos discutem casos e trocam informações. Mas onde a língua tem sido um entrave importante.

Todos os países podem beneficiar-se enormemente das experiências já existentes para desenvolverem estratégias nacionais em prol de uma melhor assistência e fortalecimento de seus sistemas de saúde. Importante destacar:

- 1) O potencial uso da língua portuguesa como factor de agregação entre profissionais de saúde;
- 2) A telessaúde como um componente estratégico para a saúde nos países da CPLP^{1, 2};
- 3) Desafios para a organização de serviços de saúde e para a integração entre serviços^{4, 18};
- 4) Os serviços de telessaúde e a colaboração entre os países;
- 5) O potencial de desenvolvimento de serviços de telessaúde global para a CPLP
- 6) A compreensão das barreiras e facilitadores para a telessaúde;
- 7) Boas práticas, ou seja como utilizar as TICs para ajudar a ultrapassar as resistências locais ao uso de novas tecnologias;
- 8) O apoio da inovação, investigação e desenvolvimento;
- 9) A avaliação das intervenções e planeamento médio-longo prazo.

3. Desafios e oportunidades da telessaúde

3.1. Definição de serviços de telessaúde

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a telessaúde envolve a prestação de serviços de saúde onde a distância é um factor crítico. A abordagem da telessaúde utiliza TICs para o intercâmbio de informações, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, pesquisa e avaliação, e para a educação continuada de profissionais de saúde.

São cinco os elementos essenciais que definem a telessaúde:

1. Oferecer apoio clínico, em forma de segunda opinião especializada;
2. Permitir a monitorização à distância, quer de doentes em tratamento, quer no âmbito da vigilância em saúde pública;
3. Superar as barreiras geográficas, conectando os doentes e profissionais de saúde que não se encontram no mesmo espaço físico;
4. Envolver a combinação de uma diversidade de tecnologias TICs;
5. Focar na melhoria do acesso e na melhoria dos cuidados em saúde;

Por exemplo, no Brasil, a Resolução nº 1.643/2002 do CFM Conselho Federal de Medicina Art. 1º, definiu a telessaúde como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde. Acrescenta-se conforme [25] além de educação contínua e permanente, pesquisa colaborativa e assistência, também gestão, monitorização e avaliação remota. Em Portugal, a portaria do Ministério da Saúde (nº 163/2013 de 24 de abril) define um conjunto de serviços possíveis no Serviço Nacional de Saúde associados com a telessaúde:

- Teleconsulta em tempo diferido (*Store and forward*): utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados em consulta médica, recolhidos na presença do doente, sendo estes enviados para uma entidade receptora que os avalia-

rá e opinará em tempo posterior (forma assíncrona);

- Teleconsulta em tempo real: consulta fornecida por um médico distante do utente, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com a presença do doente junto de outro médico numa outra localização e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente. Esta comunicação efetua-se em simultâneo (de forma síncrona);
- Utilização de telessaúde na consulta externa (teleconsulta): utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados em consulta médica, com a presença do doente, a qual utiliza estes meios para obter parecer à distância de, pelo menos, outro médico e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.

Considerando que a telessaúde é a prestação de serviços de saúde à distância, as possibilidades para consultar especialistas, enviar exames histopatológicos, ECG, RX e fotos para obter uma segunda opinião ou simplesmente consultar colegas que estejam em outros centros médicos mais especializados, são enormes. Atualmente, já existem um sólido conjunto de experiências bem-sucedidas com tratamento e até intervenções cirúrgicas feitas à distância.

O uso adequado da telessaúde tem um grande potencial para aumentar o acesso a serviços de saúde, já que atendimentos e diagnósticos que antes só eram possíveis em centros de maior complexidade, podem, com o advento desta tecnologia, ser realizados em nível local e mesmo comunitário. Da mesma forma, especialista em hospitais centrais e centros especializados passam a interagir com colegas que se encontram em outros locais e desta forma criam uma rede de conhecimento que é benéfica para todos.

Em países em desenvolvimento e em regiões com infraestrutura limitada, a telessaúde pode ser utilizada para facilitar a comunicação entre centros de saúde e hospitais de referência ou terciários. No entanto, apesar de sua grande aplicabilidade, estes recursos não estão sendo utilizados em larga escala devido a uma série de barreiras, como a baixa conectividade, fornecimento irregular de electricidade, equipamentos de comunicação que não se adequam ao clima tropical, factores culturais, questões legais e poucos estudos de avaliação de seu custo benefício e efetividade. Adicionalmente, os custos com equipamento, transporte, manutenção e formação de recursos humanos em saúde têm limitado a implementação da telessaúde.

Os obstáculos culturais envolvem principalmente a resistência inicial de alguns profissionais da saúde em adoptar modelos de atendimento que diferem de abordagens tradicionais. Além disso, mesmo que estejam dispostos a utilizar a telessaúde, ainda lhes falta a alfabetização tecnológica e equipamentos necessários para utilizar os recursos de maneira adequada.

Deve-se também levar em consideração as questões legais, como a elaboração de um regulamento médico internacional que dê suporte aos profissionais de saúde que oferecem

serviços de telessaúde em diferentes jurisdições e países; de políticas que regulem a privacidade e confidencialidade do paciente no que diz respeito à transferência e armazenamento de informações; o compartilhamento dos dados entre os profissionais de saúde e jurisdições; e maneiras de se autenticar os profissionais de saúde, principalmente em comunicação por e-mail.

Todos os países enfrentam inúmeras questões éticas em relação ao profissionalismo, confidencialidade, dignidade e privacidade dos dados, que estão ligadas ao uso de TIC. Uma das grandes discussões é o uso da telessaúde por profissionais de saúde de diferentes países. As dúvidas giram em torno da falta de uma regulamentação internacional e responsabilidade pelo serviço oferecido.

Outro desafio a ser superado é a falta de estudos sólidos sobre a avaliação do custo benefício da telessaúde e sua eficácia. Um verdadeiro empecilho quando há a necessidade de se convencer formuladores de políticas e investidores a apoiar sua implementação. A evidência mostra ainda a ausência frequente de planos de negócio que identifiquem com clareza as necessidades de recursos necessários, não só para o arranque mas também o seu desenvolvimento sustentado (Maia, Coreia & Lapão, 2015). Sem esquecer que, apesar de a telessaúde facilitar o diagnóstico, o tratamento ainda depende dos recursos locais, como a disponibilidade de medicamentos, qualidade e quantidade de recursos médicos e presença de profissionais capacitados, etc. Sem o conhecimento do contexto local, é difícil integrar a telessaúde de maneira eficaz. No entanto, mesmo com as inúmeras dificuldades, muitos países têm obtido resultados animadores com a telessaúde.

Um fator de incentivo ao uso da telessaúde tem sido o potencial para diminuir o transporte e encaminhamento de pacientes. Além do seu contributo para fixar os profissionais de saúde em zonas rurais, pois oferece suporte e oportunidades para a continuidade de sua prática diária e sua formação profissional.

Como Zbar e colaboradores atestam: “a telessaúde cria uma universidade sem fronteiras que promove crescimento académico e independência porque cirurgiões locais e outros profissionais têm acesso direto aos especialistas do mundo desenvolvido”. Esta parceria beneficia ambos os lados já que profissionais da saúde de nações desenvolvidas têm a oportunidade de aprender a tratar doenças que eles raramente entram em contacto. Sem desprezar sua aplicabilidade no contexto de desastres naturais ou não, na qual as TIC podem facilitar a comunicação entre os centros especializados em trauma e os profissionais que se encontram no terreno, criando uma verdadeira rede de suporte.

3.2. Teleducação

A área da teleducação é das mais desenvolvidas e por isso também muito promissora num mundo a globalizar-se. A teleducação permite conjugar duas realidades, o aumento de procura por conhecimento específico e o acesso a especialis-

ta que podem contribuir com a evidência.

O Ministério da Saúde de Angola iniciou um projeto em 2013 nesta área, está pois a dar os primeiros passos em colaboração com parceiros internacionais (Universidades da Suíça e de Portugal). Conta já neste momento com um conjunto de cursos disponíveis em português e estão a ser criados novos todas as semanas. O Brasil dispõe neste momento de uma das redes mais avançadas em teleeducação do mundo. A RUTE facilita o acesso e a formação de profissionais da saúde. Portugal também se utiliza a teleeducação, mas mais focada na teleeducação para formação interna (e a crescer nos últimos anos), o que faz dela um instrumento importante de potencial a formação de profissionais de Saúde em Cabo Verde (cardiologia pediátrica, cardiologia, obstetria, etc.) e em São Tomé e Príncipe (cardiologia e obstetria). Cabo Verde desde 2005 que vem potenciando a telessaúde para a área da formação interna, como a cardiologia.

4. Experiência de telessaúde nos Estados membros da CPLP

4.1. Angola

Angola vem apostando na telessaúde sobretudo desde 2013 em associação com o Hospital Universitário de Genebra. Em Angola, este projeto está centrado para apoiar a rede de segunda opinião, sobretudo para os médicos localizados em zonas rurais do país e no contexto da estratégia de municipalização (Ministério da Saúde de Angola) e de melhoria de acesso aos serviços de saúde.

Iniciou-se recentemente uma segunda fase deste projeto com o envolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHM/UNL), para alargar as áreas de atuação e para apoiar a estratégia de municipalização a mais municípios. O projeto RAFT tem sido implementado e consolidado no âmbito do projeto de Reforço dos Serviços Municipais de Saúde encontrando-se já em pleno funcionamento e desenvolvimento em estruturas centrais de Luanda como o Hospital Américo Boavida e o Hospital Pediátrico David Bernardino, mas também nos hospitais gerais das províncias de Bengo, Lunda Sul, Malanje, Cabinda e Bié, de onde será expandida a rede para todo o país.

Nesta fase de expansão da rede em Angola, procura-se angariar mais participantes, tanto colaboradores em teleconsultas ou em teleformação, como alunos e receptores da informação, das teleconsultas. Tal irá estimular a comunicação, o fluxo de informação e o crescendo de utilizadores, promovendo a fidelização dos participantes e motivando para a criação de conteúdos diversificados, adequados e de qualidade. Desta forma optou-se por convidar à colaboração de médicos de língua portuguesa, promovendo a discussão, a educação e a troca de conhecimento em matéria de saúde e de cuidados primários. Além deste programa coexistem os seguintes projetos no terreno, alguns ainda continuam a

funcionar outros tem tido dificuldade em manter-se ativos:

- a) Interactive TeleConsultation Network for Worldwide HealthCare Services (INCAS)², desde 1999, para contribuir para a melhoria dos serviços de saúde em áreas remotas e apoiar os médicos com os diagnósticos e tratamentos de rotina;
- b) Hospital Divina Providencia de Angola Project (HDP)³, desde 2001, centrado em cuidados pediátricos e serviços de radiologia (com os Hospitais Universitários de Coimbra);
- c) TeleECG and TeleEchocardiography¹³, desde 2008, para apoio remoto em diagnósticos e reportar ECG e ecocardiogramas, entre Portugal e Angola.

4.2. Brasil

O Brasil tem investido de forma intensa na telessaúde, transformado hoje em estrutura estratégica, principalmente pela participação integrada do Ministério da Educação, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, e Ministério da Saúde, através de uma rede de especialistas, profissionais da saúde, bioinformática, biomedicina, residentes, agências de pesquisa, regulação, secretarias estaduais e municipais de saúde³⁸⁻⁴¹. A implantação e o avanço das iniciativas em telessaúde no Brasil representam um marco importante na compreensão da importância da inserção definitiva das redes académicas na área da saúde, para a execução e a orientação da evolução das recomendações nas áreas de assistência remota, educação permanente, pesquisa colaborativa, gestão, monitoramento e avaliação dos processos e serviços de telessaúde, “para agregar qualidade às diversas fases da promoção da saúde pública; seja para curar, prevenir ou cuidar” [37], e acrescenta-se: para educar e compartilhar o conhecimento.

Najeeb Al-Shorbaji, ex-Diretor do Departamento de Conhecimento, Ética e pesquisa da OMS, em Genebra, afirma que a iniciativa brasileira¹⁹: “é um excelente exemplo do que um país pode e tem feito, e destaca as lições que devem ser compartilhadas com todo o mundo.”

A Rede Universitária de Telessaúde (Rute) é um programa coordenado pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) e integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS) e promover a teleassistência e a tele-educação junto à Universidade Aberta do Sistema Único da Saúde (UNA-SUS), facilitando o acesso e a formação de profissionais da saúde.

São cerca de 50 grupos de interesse especial em várias especialidades e subespecialidades da saúde, em plena operação, com 600 sessões anuais de vídeo e webconferências gravadas e disponibilizadas no Intercâmbio de Conteúdo Digital – Rute (ICD-Rute). Isso representa uma média diária de 2 a 3 sessões científicas com a participação ativa e colaborativa de mais de 150 instituições, inclusive da América Latina e PALOP, nas áreas de saúde da família, cardiologia, radiologia,

oncologia, enfermagem, oftalmologia, dermatologia, saúde da criança e do adolescente, reabilitação, ortopedia e trauma, doenças tropicais e saúde indígena, entre outros. Com base no modelo de política pública com base na evidência científica, atualmente os números já são significativos:

1. O Programa Nacional de Telessaúde (teleassistência, teleconsulta e telediagnóstico) em colaboração com as secretarias estaduais, municipais e comunitárias de saúde. Atualmente integra 14 dos 27 estados, 4.141 pontos e 2.367 de 5570 municípios.

1. A UNASUS em colaboração com as faculdades, hospitais de ensino e institutos de pesquisa em saúde. Já forneceu capacitação em Serviço para 200 mil profissionais da saúde do SUS.

2. A RUTE integra a infraestrutura tecnológica de comunicação das faculdades, hospitais de ensino e institutos de pesquisa em saúde. Atualmente conecta em alta velocidade 118 hospitais universitários e de ensino em todos os estados. Exemplos de projetos transformados em serviços nos Estados de Minas Gerais e São Paulo.

No Estado de Minas Gerais, o objetivo é apoiar as autoridades municipais e estaduais na organização colaborativa e integrada do atendimento à população, com a participação efetiva das secretarias estaduais de saúde na coordenação da telessaúde no estado. Segundo dados do Tele-Minas Saúde, no atendimento a mais de 700 municípios no estado, cerca de 70% dos pacientes atendidos a distância não necessitam ser transportados para diagnóstico e tratamento em centros urbanos especializados, uma economia de 10% dos recursos da secretaria municipal de saúde. Atualmente são aprox. 1500 teleconsultas/dia para segunda opinião em ECG e mais 1500/mês em outras especialidades, recentemente implantadas.

No Telessaúde São Paulo, foram estabelecidos marcos significativos de que resultaram um conjunto de novos projetos: “ECare: Doutor novo Programa no Brasil”; “Cloud Saúde e Educação Interativo”; “Saúde Fábrica do Conhecimento”; “Telepatologia: Autópsia anatomopatológico discussão” (já com 12 anos de experiência no Brasil); e “Teletraumatologia”, com 10 anos de experiência^{7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17}.

4.3. Cabo Verde

Os primeiros passos da telessaúde em Cabo Verde começaram a partir de 1999, após a assinatura de um protocolo entre o Hospital Dr. Agostinho Neto e os Hospitais da Universidade de Coimbra, no âmbito do curso de ginecologia e obstetrícia. Desde 2000 houve várias intervenções de reforço das linhas de comunicação. Em 2009, com apoio do Serviço de Cardiologia, do Centro Hospitalar de Coimbra, teve início a primeira ligação entre aquele Serviço e o Serviço de Cardiologia do Hospital Dr. Agostinho Neto, na Praia. Seguiu-se a ligação ao segundo Hospital Central, no Mindelo. Esta iniciativa, no domínio da cardiologia pediátrica, perdura até hoje, através de teleconsultas, discussão de casos

e programação de evacuações de Cabo Verde para Portugal. Vários doentes têm vindo a beneficiar desta ligação.

Em 2012, o percurso da telessaúde em Cabo Verde conheceu uma viragem estratégica fundamental, com a implementação do projeto de telemedicina, que permitiu a ligação entre os hospitais centrais, regionais e as delegacias de saúde, em todas as ilhas, sendo os primeiros considerados centros de referência.

ITeHP-CV em Cabo Verde¹⁶ que deu lugar ao Programa Nacional de Telessaúde - PNT¹⁸, com o propósito de permitir a realização de teleconsultas, formação à distância, teleconferência e disponibilização de uma biblioteca virtual. Tem-se desenvolvido investigação sobre o impacto da telessaúde na rede de referência e evacuações, cujos resultados mostram a sua relevância para as populações mais distantes e para a eficiência do sistema de saúde (Lapão & Correia, 2014). Note-se que só recentemente em 2014, Cabo Verde deu início a este programa nacional (Azevedo, 2015), tendo inaugurado o centro de telemedicina a 23 de Julho de 2015.

5.4. Guiné-Bissau

Projeto Telehealth UERJ¹¹, sediado no Centro de Telessaúde UERJ da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, que integra dois programas nacionais (a rede universitária de telessaúde - RUTE - e a rede de telessaúde do Brasil), encontra-se a realizar trabalho com 26 países incluindo a Guiné-Bissau, Angola, Cabo Verde e Moçambique, dedicando-se exclusivamente à reciclagem e re-certificação de competências dos profissionais de saúde através da realização de teleformação e seminários por teleconferência, assim como previamente gravados (Diniz et al., 2012; UERJ, 2015).

Pan African e-Network¹⁰, presente na Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Cabo Verde e Moçambique, entre outros 42 países do continente africano. Projeto pelo qual a Indian Government and African Union procede à capacitação de profissionais de saúde de África e presta serviços de telessaúde por consultas de especialidade (Wamala and Augustine, 2013; Yusif and Jeffrey, 2014). De ressaltar as dificuldades de compreender os conteúdos em inglês para a maioria dos profissionais.

4.5. Moçambique

Moçambique Health Information Network (MHIN) [7] que, desde 2006, juntamente com o IDRC (Canadian International Development Research Centre), integra dados de saúde através de um sistema de comunicação simples e económico de dois sentidos, utilizando uma rede telefónica e Personal Digital Assistants (PDAs). Moçambique está neste momento a desenvolver a sua estratégia de sistemas de informação e de telessaúde.

A RNP do Brasil tem um termo de cooperação com a MoreNet, rede académica, vinculada ao Ministério de C&T, com a preocupação de promover a telessaúde. Existe também Drug Resource Enhancement against AIDS and Malnutrition

Programme (DREAM) [4], da Comunidade de Sant’Egídio, Itália, presente em 10 países africanos incluindo Angola e Moçambique, com a finalidade de concretizar teleconsultas e apoio em saúde, centrando-se essencialmente na especialidade de telecardiologia (Bartolo and Nucita, 2013; Comunità di Sant’Egídio, 2015).

4.6. Portugal

Em Portugal a telessaúde começou de forma mais sustentada em meados dos anos 1990, com o programa europeu que permitiu investir em tecnologia de telessaúde. Foram pioneiros os projetos de telecardiologia no Hospital pediátrico de Coimbra (Dr. Eduardo Castela) e na Região de Saúde do Alentejo (teledermatologia e teleradiologia), com os Drs. Luís Gonçalves e João Pinto (radiologia).

Portugal lançou a sua estratégia nacional para a telessaúde em 2000, e adotou legislação específica que trata da telessaúde. A legislação esclareceu questões de responsabilidade. Em 2012, com o Despacho N° 2445/2012, foi aprovada a “Metodologia de Contratualização para 2013”, contemplando ainda, como medida de aumento da acessibilidade pelo utente é majorado em 10 % o preço da teleconsulta, que deve ser realizada em tempo real. Mais recentemente, Despacho N° 3571/2013, vem promover a massificação do uso dessas tecnologias no SNS bem como a sua introdução na rotina dos cuidados de saúde. Por isso introduz mecanismos e estratégias para operacionalizar medidas concretas com vista à existência de uma Rede de Telessaúde no SNS. Os serviços e estabelecimentos do SNS devem promover e garantir o fornecimento de serviços de telessaúde aos utentes do SNS:

- a) Teleconsultas em tempo real
- b) Teleconsultas em tempo diferido

c) Tele/rastreio dermatológico

Adicionalmente os cuidados primários começaram a estar envolvidos. Os ACES devem, através das respetivas A.R.S.-IP, contratuar com os hospitais o fornecimento das teleconsultas, enquanto os hospitais devem prestar o fornecimento das teleconsultas a utentes de qualquer A.R.S., faturando à respetiva A.R.S. a prestação dos mesmos. Por exemplo, na área da dermatologia define que:

- a) A primeira consulta deve ser, sempre que possível, uma teleconsulta em tempo real;
- b) As teleconsultas subsequentes, sempre que possível, são teleconsultas em tempo real;
- c) Deve recorrer-se de forma preferencial à teledermatoscopia.

Até este momento, cerca de 60% das unidades de saúde já têm acesso a este tipo de serviços, espera-se que chegue a 100% nos próximos 6 meses. Portugal tem beneficiado dos vários projetos europeus em que tem participado, destacando-se os projetos EPSOS e MOMENTUM.

- Estratégia de telessaúde portuguesa e um quadro legislativo inovador [3, 4];

- Serviços de telessaúde para Cabo Verde e São Tomé e Príncipe [5, 6];

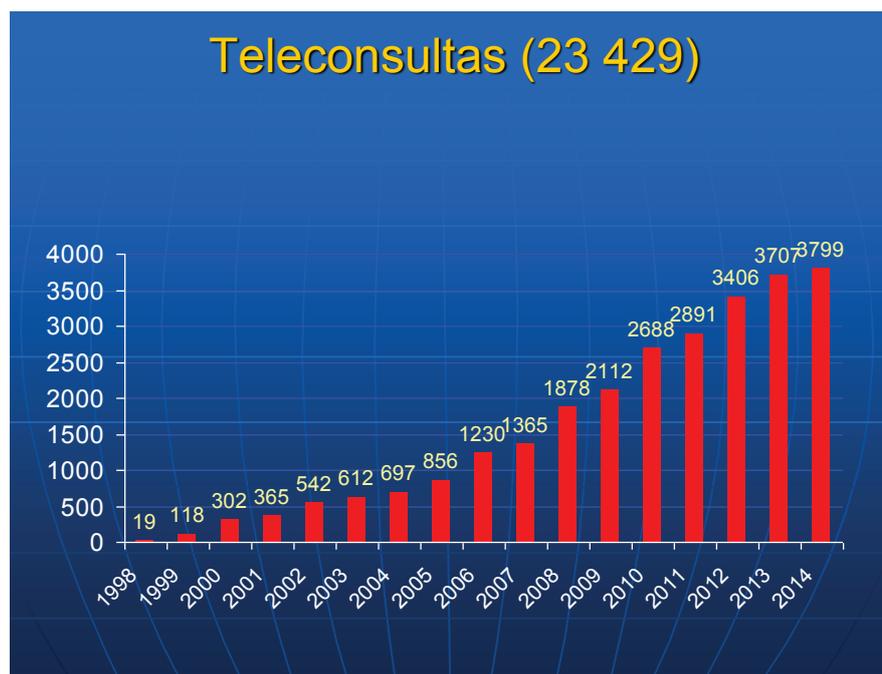
- Telessaúde com Angola e Moçambique;

- 20 anos de telecardiologia pediátrica em Portugal [10];

Relativamente à experiência da telecardiologia pediátrica, desenvolvida pelo Dr. Castela nos Hospitais Universitários de Coimbra temos um verdadeiro exemplo do que é o desafio da telessaúde [5, 42, 43]: tempo (de 1998 até 2014), tecnologia, plano de negócio sustentável, organização e capacitação dos profissionais. Estes resultados mostram como a telessaúde funciona porque esta completamente integrada nos serviços.

Por outro lado, Portugal tem vindo a desenvolver uma Plataforma da Saúde, que visa integrar todos os dados de saúde produzidos nas várias unidades de saúde.

Evolução da realização de teleconsultas de cardiologia pediátrica no CHUC entre 1998 e 2014



4.7. São Tomé e Príncipe

Colaboração entre o Departamento de Pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) e o Instituto Marquês de Valle-Flor (IMVF), Portugal [12], que desde 2008 contribuiu para a comunicação e o intercâmbio de informação e suporte nas evacuações de crianças. São Tomé e Príncipe é um país onde 46% da população são crianças e jovens, e só existem duas médicas pediatras, pelo que a Telessaúde representa um suporte significativo no acesso à saúde. Foi criada uma cooperação bilateral entre o serviço de pediatria deste país e Portugal (Vasconcelos et al., 2015).

Há ainda o programa Saúde para Todos - Projeto de Cuidados Especializados e Telessaúde [19] que desde 2012 reforça a prestação de cuidados especializados de saúde para uma efetiva melhoria dos indicadores de saúde, através da utilização de uma plataforma de telessaúde, de forma a rentabilizar as missões de especialidades como radiologia, psiquiatria, pediatria, anatomia patológica, cirurgia geral, cardiologia, imagiologia e oftalmologia. Este projeto recebe o apoio de Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, I.P. e Fundação Calouste Gulbenkian, com a colaboração direta do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (Freitas, 2013).

4.8. Timor Leste

Em cooperação com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Fundação de Saúde Pública da Índia (PHFI), o país tem desenvolvido testes diagnósticos usando tecnologia Android. O Banco Mundial mantém no país um centro de videoconferência que permite discussões em tempo real. Além disso, o governo tem investido em sistemas de telessaúde.

4.9 Partilhados por vários países

PEDITEL⁸ é um projeto que se baseia na ligação entre o sistema RIS (Rede de Informática da Saúde Portuguesa) e os países Angola, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil. Este sistema assenta na utilização da Plataforma de Teleconsulta Medigraf e dá suporte a especialidades como cardiologia, radiologia, obstetrícia, pediatria, anatomia patológica, dermatologia e genética⁵.

5. Oportunidades futuras

A telessaúde tem o potencial para ajudar o sistema de saúde a cumprir o objetivo de aumentar a qualidade do atendimento, melhorar a saúde da população e reduzir o custo *per capita* do cuidado médico. Com a ajuda das TICs, e com desenvolvimento relativamente de baixo custo, é possível melhorar o acesso à saúde de populações localizadas em zonas rurais ou para pessoas em mobilidade.

É importante recordar que durante a 60.^a sessão do Comité Regional Africano da OMS, o então Diretor Regional da OMS para a África, Dr. Luis Sambo, afirmou: “a ciber saúde pode contribuir de vários modos para o reforço dos sistemas de saúde melhorando a oferta, qualidade e uso de informações e dados fatuais graças: ao reforço dos sistemas de informação sanitária e dos sistemas de vigilância da saúde pública; ao desenvolvimento dos profissionais da saúde e à melhoria do seu desempenho, eliminando barreiras espaciais e temporais através da telessaúde e dando continuidade à formação para a medicina; melhorando o acesso aos conhecimentos e informações sobre a saúde existentes a nível global e local; e estimulando mudanças positivas nos estilos de vida, para prevenção e controlo de doenças comuns.”

Um estudo de 2011, realizado pelo Instituto Nacional de Reforma Sanitária Americana, constatou que re-internamentos, dentro de um mês da alta do paciente, custaram mais de 16 bilhões de dólares por ano. A telessaúde foi apontada como uma das formas de se reduzir as readmissões de pacientes. Mais, pensando numa perspectiva de colaboração entre países, há um conjunto de prioridades a estabelecer:

1. Padrão (regional) de requisitos mínimos para a transmissão de dados e respetiva infraestrutura;
2. Estratégia para a promoção, prevenção e prestação de serviços através da telessaúde;
3. Diretrizes regionais para a gestão e governação da telessaúde;
4. Estratégia para a criação de uma rede de telessaúde e telessaúde nos países de língua portuguesa;
5. Para responder às necessidades de técnicos deve-se desenvolver um modelo de capacitação em especialidades, subespecialidades, e certificação em telessaúde;
6. Processos de inovação com acréscimo de qualidade em telessaúde, com a criação de uma base de conhecimento.

Neste contexto podem definir-se 5 oportunidades mais significativas da telessaúde, que podem ter um papel importante na diminuição das despesas gerais e no aumento do acesso à saúde e da sua qualidade:

a. Utilização e acesso a serviços de exames remotos.

Serviços de análise remota, como telepatologia e telerradiologia, podem contribuir para um menor custo e maior qualidade de cuidados, visto que permitem que profissionais altamente treinados trabalhem de acordo com a procura. A utilização destes serviços remotos permite que hospitais com baixa procura possam ter cobertura 24/7 a um custo acessível, pois, os baixos volumes tornam economicamente inviável manter um patologista ou radiologista à disposição.

b. Monitorização remota.

Tecnologias de monitorização remota permitem que os doentes sejam acompanhados em regime “quase ambulatório” em suas casas (e.g. Ambient Assisted Living), quando anteriormente precisavam de internamento para serem monitorizados, reduzindo substancialmente os custos do sistema de saúde e aumentando a qualidade de vida dos doentes. Bem como na vigilância em saúde pública. As tecnologias mHealth podem ainda ir mais longe ao reduzir os custos de complicações com doenças crónicas. Por exemplo, um aumento no peso corporal (devido à retenção de líquidos) é frequentemente um sinal de que o paciente precisará ser hospitalizado por insuficiência cardíaca. O acesso às informações diárias sobre os pacientes, são capazes de acionar os cuidados antes que ocorra uma crise. Evitando crises, melhora-se a qualidade do atendimento e reduz-se o custo.

c. Teleeducação.

Oportunidade de formar grande número de profissionais de saúde, disponibilizando conteúdos que podem ser continuamente actualizados.

d. Serviços de triagem nas evacuações.

Os serviços de triagem, ou segunda opinião, realizados remotamente, facilitados pelas teleconsultas, com enfermeiros e médicos

de cuidados primários, reduzem o uso de atendimentos de emergência desnecessários e caros.

e. Generalização das teleconsultas. Ao oferecer consultas via telessaúde, os médicos ou enfermeiros podem reduzir o desperdício do seu tempo com deslocamentos e ocupar este tempo liberado com novas consultas.

6. Conclusão e recomendações operacionais

1. O reconhecimento da telessaúde como um instrumento essencial para contribuir para o acesso universal aos serviços de saúde, aproximando as populações aos cuidados de saúde, com potencial a vários níveis, incluindo a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, e a vigilância em saúde pública.

2. Aposta clara na capacitação de técnicos de telessaúde e de desenvolvimento de competências na sua utilização por profissionais de saúde.

3. A possibilidade de investir e aplicar, a curto prazo, os recursos tecnológicos e as competências já existentes no Brasil e em Portugal, no desenvolvimento do setor em outros países da CPLP. Para que seja possível aproveitar este potencial é imperioso que se crie uma rede de telessaúde no espaço lusófono.

Deve ainda sublinhar-se que:

a) A telessaúde aplicada à cardiologia, podendo ser direcionada da teleconsulta mas fundamentalmente no telediagnóstico/teletrocardiografia, com ganhos de tempo no tratamento em urgência cardiológica e no apoio à decisão nos centros de saúde. Ao mesmo tempo a monitorização na doença crónica (insuficiência cardíaca, diabetes mellitus,

DPOC, saúde mental, etc.) e na terceira idade, através dos recursos já disponíveis com a internet;

b) A importância da teleeducação, que pode beneficiar o espaço lusófono com a diversidade de programas já desenvolvidos;

c) O desenvolvimento, e integração, do processo clínico electrónico e a digitalização e arquivo dos exames de diagnóstico PACS, nomeadamente os radiológicos, ferramentas tecnológicas para a webização da informação médica, etc.

d) O potencial que a telessaúde encerra no desenvolvimento integrado dos serviços nacionais de Saúde, consideradas todas as condicionantes envolvidas, incluindo a falta de recursos médicos especializados e de outros profissionais;

e) A necessidade de preparar o sistema de saúde para a nova conceção de acessibilidade aos atos médicos introduzidos pela telessaúde/telessaúde e pela monitorização à distância e arquivo de sinais biológicos.

f) Por fim, deve ser realçado o contributo das universidades na identificação das possibilidades e necessidades de medicina e saúde à distância no contexto lusófono e, deve ser feito o esforço de as fazer coincidir com os interesses dos doentes e necessidades da comunidade médica e das entidades tutelares, promovendo globalmente o acesso universal à saúde.

Agradecimentos

Agradece-se os contributos de todos os colegas que têm vindo a desenvolver atividades na telessaúde e que conosco partilharam as suas experiências e conhecimentos, nomeadamente o Professor Paulo Ferrinho, Diretor of IHMT, e Dr. Augusto Paulo Silva, Dr. Felix Rosenberg, Dr. Luiz Eduardo Fonseca, e Professor Paulo Buss da FioCruz.

Bibliografia

- Perednia DA & Allen A. Telemedicine technology and clinical applications. *JAMA* 1995; 273(6): 483-488.
- Plano de Ação de Maputo do PECS/CPLP. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. February 2014. <http://www.cplp.org/id-2367.aspx>.
- Mitka M. Developing countries find telemedicine forges links to more care and research. *JAMA* 1998; 280(15): 1295-1296.
- Kuhn KA, Giuse D, Lapão LV & Wurst S. Expanding the Scope of Health Information Systems. *Methods of information in medicine*, 1999; 46(4): 500-502.
- Lapão LV & Lopes M. Managing health systems in a globalized world: Telemedicine service improves access to pediatric cardiology in Cape Verde. In *IST-Africa Conference and Exhibition (IST-Africa), 2013* (pp. 1-8). IEEE.
- Latifi R, Dasho E, Merrell RC, Lopes M, Azevedo V, Bektishi F, ... & Leca J. Cabo Verde Telemedicine Program: Initial Results of Nationwide Implementation. *Telemedicine and e-Health*, 2014; 20(11): 1027-1034.
- Chao LW, Enokihara MY, Silveira PSP, Gomes SR, Böhm GM. Telemedicine model for training non-medical persons in the early recognition of melanoma. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2003; 9:S1:4-7.
- Chao LW, Cestari TF, Bakos L, Oliveira MR, Miot HA, Böhm GM. Evaluation of an Internet-based tedermatology system. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2003; 9:S1:9-12.
- Kavamoto CA, Chao LW, Battistella LR, Böhm GM. A Brazilian model of distance education in physical medicine and rehabilitation based on videoconferencing and internet learning. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2005; 11:S1:80-82.

- Lapão LV. HPC Telemedicine's Service Improves Access to Pediatric Cardiology in Central Portugal: Leadership, Organization and training as critical success factors—People Really Matter!— in Lapão LV & Tavares LV. *Complexity and Reform of Public Administration: Findings and Case Studies. INA Papers*, 2006, 31.
- Taleb AC, Böhm GM, Avila M, Chao LW. The efficacy of telemedicine for ophthalmology triage by a general practitioner. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2005; 11:S1:83-85.
- Trindade MAB, Wen Chao L, Festa CN, et al. Accuracy of store-and-forward diagnosis in leprosy. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2008; 14:2-8-10.
- Paixão MP, Miot HA, Souza PE, Haddad AE, Chao LW. A University extension course in leprosy: telemedicine in the Amazon for primary healthcare. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2009; 15:64-67.
- Paixão MP, Miot HA, Wen Chao L. Tele-education on Leprosy: Evaluation of an Educational Strategy. *Telemedicine Journal and e-Health*, 2009; 15(6):552-559.
- Gundim RS, Wen LChao. A Graphical Representation Model for Telemedicine and Telehealth Center Sustainability. *Telemedicine Journal and e-Health*, 2011; 17(3):1-5.
- Andreazzi DB, Rossi F, Chao LW. Interactive Tele-Education Applied to a Distant Clinical Microbiology Specialization University Course *Telemedicine and e-Health*, 2011; 17(7):1-6.
- Camargo LB, Aldrigui JM, Imparato JCP, Mendes FM, Wen CL, Bönecker M, Raggio DP, and Haddad AE. E-Learning Used in a Training Course on Atraumatic Restorative Treatment (ART) for Brazilian Dentists. *J Dent Educ*, 2011; 75:1396-1401.
- Lapão LV, et al. Using Design Science Research to develop Online Enhanced Pharmaceutical Care Services. *Studies in health technology and informatics*, 2014, 205: 266.

19. Messina, L.A. et al, Rute 100 – As 100 primeiras unidades de Telessaúde no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telessaúde (RUTE) <http://rute.rnp.br/> ISBN 978-85-7650-439-9 editora e-papers 2014.
20. ALKMIM, M.B.M. et al, The economic impact of using telehealth on primary care on the municipal budget in the State of Minas Gerais, <http://www.medetel.lu/download/2010/parallel_sessions/presentation/day2/The_Economic_Impact.pdf>.
21. IV and VI EUROPEAN UNION – LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN MINISTERIAL FORUM ON THE INFORMATION SOCIETY – @lis, Rio de Janeiro, Nov. 2004, Lisbon, April 2006.
22. Desarrollo de la telesalud en América Latina: aspectos conceptuales y estado actual, CEPAL octubre 2013 http://www.cepal.org/es/search?as_q=telesalud
23. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud”. OPS 2014, [Spanish] Download the book in .pdf format
24. ICT IN HEALTH 2013, SURVEY ON THE USE OF INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN BRAZILIAN HEALTHCARE FACILITIES, RUTE pgs. 87 and 223, www.cgi.br
25. Messina, L.A., Ribeiro, J.L., Impactos da Rede Universitária de Telessaúde RUTE: Ações de educação contínua, pesquisa colaborativa, assistência, gestão e avaliação remota - Fase I - 2006/2009 <http://rute.rnp.br/web/rute/impactos-da-rede-universitaria-de-telessaude> ISBN 978-85-7650-371-2 editora e-papers 2013.
26. BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO (BID) E FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA (FUNDEP). *Protocolo ATN/OC-11431-RG*. Protocolos Regionais de Política Pública para Telessaúde. LEG/SGO/CSC/IDBDOCS #1893634, 30 de outubro de 2009. Fundep/UFMG, BID.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 35, de 01 de janeiro de 2007. Institui no âmbito do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Telessaúde na Atenção Primária com nove unidades/estados (UFRGS, UFSC, USP, UERJ, UFMG, UFG, UFPE, UFC, UEA) e 900 pontos remotos. Em 2009, o Acre torna-se o décimo estado a implantar o Telessaúde Brasil.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 561, de 16 de março de 2006. Institui no âmbito do Ministério da Saúde a Comissão Permanente de Telessaúde. Subgrupos de Conteúdo, Infraestrutura e projetos, reembolso, padrões.
29. CAMPOS, F. *Programa Telessaúde Brasil: a experiência piloto e os desafios da expansão*, SGTES/MS, IV CBTMS, BH, 09/12/10.
30. COURRY, W.; MESSINA, L.A.; FILHO, J.L.R.; SIMÕES, N. *Implementing Rute's Usability The Brazilian Telemedicine University Network*. IEEEExplore Services (SERVICES-1), 2010 IEEE 6th World Congress on Services.
31. FÓRUM DA REDE UNIVERSITÁRIA DE TELESSAÚDE (RUTE) 2009. Disponível em: <<http://www.rnp.br/forumrute/>>. Rio de Janeiro, HU-UFRJ, 2009.
32. MINISTÉRIOS DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO (MCTI), DA EDUCAÇÃO (MEC) E DA SAÚDE (MS). Seminário “Os Hospitais Universitários e a Integração Educação, Saúde e Ciência e Tecnologia”. (Agosto de 2007, Brasília); Workshops de Telessaúde e Telessaúde promovidos pelo Conselho. 9. Federal de Medicina (Março de 2007, Manaus; Maio de 2007, Recife; Julho de 2007, Brasília); Congressos da SBIS, Abrahue e do CBTMS (2006).
33. REDE UNIVERSITÁRIA DE TELESSAÚDE – RUTE. *Convênio Encomenda-FNDCT*. Ação Transversal ref. 2738/05. UFPR, Unifesp, Pazzanese, Unicamp, UFES, UFBA, UFAL, UFPE, UFPB, UFC, UFMA, UFAM, FioCruz, HC-FMUSP, HU-USP, ISCMPA, Uerj, UFMG, UFSC. Janeiro de 2006. Disponível em: <<http://rute.rnp.br/documentos/>>.
34. IV EUROPEAN UNION – LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN MINISTERIAL FORUM ON THE INFORMATION SOCIETY – @lis. *An Alliance for Social Cohesion through Digital Inclusion: Rio de Janeiro Declaration*. Rio de Janeiro, novembro de 2004.
35. VI EUROPEAN UNION – LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN MINISTERIAL FORUM ON THE INFORMATION SOCIETY – @lis. *An Alliance for Social Cohesion through Digital Inclusion: Lisbon Declaration*. Lisboa, abril de 2006.
36. Sigulem, D., O Desafio da Informação na Era Digital, palestra no Seminário “Os Hospitais Universitários e a Integração Educação, Saúde, Ciência e Tecnologia”, 01/08/2007, Brasília, DF.
37. Silva, A.B., Telessaúde no Brasil - Conceitos e Aplicações, RJ Editora DOC, 2014, ISBN 978-85-62608-84-1, CDD 658.159.32.
38. Portaria 402 - Expansão Telessaúde - Diário Oficial 24/02/2010 Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil.
39. Portaria nº 2.554 Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, 28/10/2011 Diário Oficial da União
40. PORTARIA TELESSAÚDE Nº 2546 Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). em 27/10/2011 Diário Oficial da União.
41. PORTARIA nº 2 073 de 31 de agosto de 2011- Regulamenta o Uso de Padrões de Interoperabilidade e Informação em Saúde para Sistemas de Informação em Saúde no Âmbito do SUS.
42. Azevedo V (2014). Estratégia para a telessaúde em Cabo Verde. Ministério da Saúde de Cabo Verde.
43. Maia MR, Correia AJ & Lapão LV (2015) Telessaúde - Um meio para a saúde global. Um caminho para o acesso universal à saúde. Policy paper. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. <http://www.ihmt.unl.pt/wp-content/uploads/2015/11/policy-paper-telessaude-13out.pdf>

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)

Meta-evaluation of the I Strategic Plan in Health Cooperation of CPLP (PECS I / CPLP, 2009-2012), in view of the II Strategic Plan in Health Cooperation of CPLP (PECS II / CPLP 2014-2016)

Isabel Craveiro

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Global Health and Tropical Medicine, IHMT-UNL, Lisboa, Portugal

Sónia Dias

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Global Health and Tropical Medicine, IHMT-UNL, Lisboa, Portugal.

Augusto Paulo

Fundação Oswaldo Cruz.

Zulmira Hartz

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística, Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Global Health and Tropical Medicine, IHMT-UNL, Lisboa, Portugal. zhartz@ihmt.unl.pt

Resumo

O primeiro Plano Estratégico de Cooperação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa CPLP (PECS/CPLP) foi elaborado com base em consultas de alto nível entre Ministérios da Saúde dos Estados membros da CPLP e é composto por sete eixos estratégicos e respetivos objetivos, projetos prioritários, estruturas de operacionalização, financiamento e execução de projetos.

A meta-avaliação foi definida literalmente por Scriven (1969) como a avaliação de uma avaliação. Este artigo apresenta os resultados de uma meta-avaliação do tipo normativo, com base na análise do material disponível que diz respeito à avaliação desenvolvida do PECS/CPLP 2009-2012.

O nosso propósito foi efetuar uma meta-avaliação com foco na utilidade, tendo presente a necessidade de continuidade de intervenção do PECS numa segunda fase, ou seja, que os resultados do primeiro exercício avaliativo fossem utilizados. Esta utilização correspondeu ao trabalho conducente à elaboração do PECS/CPLP II 2014-2016 e respetivas opções de atividades futuras introduzidas no Plano de Ação.

Em termos de perspectiva futura, propomos uma ferramenta de monitorização das atividades do Plano de Ação contempladas no PECS/CPLP 2014-2016, que ao ser respondido por todos os Estados membros, representará desde logo um avanço em termos do processo avaliativo, na medida em que permitirá obter resultados detalhados por país relativamente ao grau de implementação das atividades, contrariamente ao que havia acontecido no primeiro exercício avaliativo.

Palavras Chave:

Meta-avaliação, plano de saúde, CPLP.

Abstract

The first Strategic Plan in Health Cooperation of CPLP (PECS / CPLP) was based on high-level consultation meetings between the Ministries of Health of Member States of CPLP and consists of seven Strategic Axes and their objectives, Priority Projects, operationalization structures, Financing and Execution of Projects.

Meta-evaluation was literally defined by Scriven (1969) as the evaluation of an evaluation. This paper presents the results of a normative meta-evaluation, based on the analysis of the available material regarding the evaluation of PECS / CPLP 2009-2012.

Our aim was to perform a meta-evaluation focusing on the utility, considering the continuation of PECS intervention in a second phase, using the results of the first evaluation exercise. This corresponded to the work developed to elaborate the second PECS / CPLP (2014-2016) and its options for future activities under the Action Plan.

In terms of future developments, we propose a monitoring tool of the Action Plan included in the PECS / CPLP 2014-2016, aimed to be answered by all Member States, which represents an advance in terms of the evaluation process, providing detailed results per country regarding the degree of implementation of activities, contrary to what had happened in the first evaluation exercise.

Key Words:

Meta-evaluation, health plan, CPLP.

1. Enquadramento

A meta-avaliação foi definida inicialmente por Scriven (1969) como a avaliação de uma avaliação. Mais tarde Stufflebeam (Elliot 2011: 943) define meta-avaliação como “o processo de delinear, obter e aplicar informação descritiva e de julgamento — sobre a utilidade, a viabilidade, adequação e precisão de uma avaliação e sua natureza sistemática, competente conduta, integridade/honestidade, respeitabilidade e responsabilidade social — para orientar a avaliação e divulgar publicamente seus pontos fortes e fracos”.

Apesar dos avanços verificados nos estudos avaliativos, especialmente em países como o Canadá, tal não se verifica no âmbito da meta-avaliação em países como o Brasil (Hartz, 2006). O mesmo panorama repete-se nos restantes países da CPLP, o que torna ainda mais importante o presente exercício avaliativo. Bem como o estabelecimento de procedimentos de monitorização e avaliação que permitam tornar a meta-avaliação um processo formativo, na medida em que é introduzida com a pesquisa avaliativa ainda em curso e de modo a poder contribuir para o aperfeiçoamento do próprio estudo e não apenas meta-avaliação somativa, realizada no final da investigação em análise, perdendo potencial de utilidade dos resultados apresentados (Hartz e Contandriopoulos, 2008). Acresce o facto de estar também descrito que “apenas uma pequena parte dos estudos avaliativos chega a ser avaliada, mesmo da maneira mais superficial” (Worthen 2007 cit in Hartz e Contandriopoulos, 2008: 7), o que reforça a premissa acima mencionada.

Os padrões de avaliação de programas devem traduzir os atributos considerados fundamentais a uma avaliação de qualidade: 1) utilidade – atende às necessidades de informação dos utilizadores; 2) exequibilidade – realista e moderada nos custos, de modo a justificar a sua realização; 3) propriedade – conduzida eticamente, com respeito ao bem-estar dos envolvidos; 4) precisão – divulga e transmite informações sobre o valor ou mérito dos programas avaliados com a devida validade (Hartz, 2008). A estes parâmetros o Joint Committee (2011) juntou *accountability*.

É a necessidade de determinado grupo de interessados em relação aos resultados da avaliação que determina o seu grau de utilidade. Nessa medida, quer a avaliação, quer os seus resultados precisam cumprir os seguintes requisitos: ser relevantes para as decisões dos interessados; estar disponíveis quando as pessoas interessadas precisam tomar decisões e ser comunicados em linguagem clara, usando os canais de comunicação apropriados (Davidson, 2005, cit in Elliot 2011: 948).

Nos países onde existe institucionalizada a prática da avaliação, destaca-se o investimento na construção de competências em avaliação e o estabelecimento do objetivo da utilidade da avaliação para a tomada de decisão (Sanders 2002; Stevenson et al 2002).

O nosso objetivo foi efetuar uma meta-avaliação com foco na utilidade, tendo presente a necessidade de continuidade de intervenção do PECS I / CPLP (2009-2012) (2009) numa segunda fase, ou seja, que os resultados da avaliação fossem utilizados, o que correspondeu ao trabalho conducente às opções e elaboração do PECS II / CPLP (2014-2016) (2014).

2. Meta avaliação do PECS

A prática avaliativa deverá ser considerada útil na medida em que proporcione aos envolvidos ou interessados (direta ou indiretamente) condições para a transformação de uma determinada realidade (Figueiró et al, 2008).

A nossa questão avaliativa foi saber até que ponto os resultados da avaliação do PECS I / CPLP (2009-2012) terão sido utilizados para a elaboração do PECS II / CPLP (2014-2016).

Em termos metodológicos, realizámos uma meta-avaliação normativa, na medida em que ocorre após o processo avaliativo, e nos focamos na análise do material disponível que diz respeito à avaliação desenvolvida. Concretamente, os dois relatórios produzidos: “Primeira Reunião Técnica de Avaliação do PECS – 2009-2012” (Relatório de Avaliação, 2013) e “Um olhar retrospectivo sobre o I Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS I / CPLP, 2009-2012)” (Parte 1, 2013).

O parâmetro proposto para ser avaliado é o da “utilidade” e os critérios definidos são: clareza dos relatórios e impacto da avaliação. O critério “clareza dos relatórios” foi operacionalizado com base no item “informação acerca do preenchimento da tabela de grau de execução dos eixos prioritários” (sim / não).

O critério “impacto da avaliação” foi operacionalizado com base num conjunto de 5 itens que permitissem avaliar a interligação entre os eixos estratégicos do PECS I / CPLP (2009-2012) e as dinâmicas de trabalho do PECS II / CPLP (2014-2016) e respetivo impacto da avaliação: 1) **Continuidade direta** – pelo menos 1 dos objetivos transitou diretamente para uma rede/grupo trabalho; 2) **Continuidade direta parcial** - pelo menos 1 dos objetivos transitou diretamente, mas de forma parcial, para uma rede/grupo trabalho; 3) **Sem continuidade direta** – o eixo / objetivos subjacentes não transitaram para o PECS II; 4) **Ligação eventual** – existe uma ligação em pelo menos um dos itens do eixo estratégico/objetivos e a rede/grupo de trabalho; 5) **sem ligação** – grupos de trabalho sem qualquer ligação com os anteriores eixos / objetivos.

Devido ao foco na utilidade, a avaliação centrou-se nos “textos” produzidos pelos diversos atores (Hartz e Contandriopoulos, 2008). Tendo ainda presente a necessidade de credibilidade da avaliação, procuramos produzir informação coerente para todos os atores envolvidos na intervenção. Daí a participação das instâncias de decisão às quais a avaliação se destina, justificando-se a abordagem contextualizada e co-produzida (Contandriopoulos, 2006).

Limites

Esta meta-avaliação é limitada desde logo pelo facto de nos centrarmos exclusivamente na análise dos relatórios de avaliação produzidos, que se focaram numa avaliação conjunta do alcance dos objetivos de cada eixo estratégico do PECS, sem análise de contexto e especificidades de cada Estado membro. Adicionalmente, foram estabelecidos apenas dois critérios para a avaliação efectuada e/ou prática de meta-avaliação com foco na utilidade, o que nos limita nas possibilidades de análise.

Contexto – PECS I / CPLP (2009-2012)

O primeiro Plano Estratégico de Cooperação da CPLP (PECS/CPLP) teve a sua génese, por um lado, de um processo de consultas de alto nível governamental antes e depois da criação da CPLP e, por outro, de um relacionamento continuado entre dirigentes e profissionais dos diferentes sectores dos Ministérios da Saúde ou afins da comunidade. A criação da CPLP conferiu uma maior visibilidade ao sector da Saúde, com experiência de consultas formais entre os Ministros da Saúde da CPLP, bem organizadas e facilitadas pelo seu Secretariado Executivo. Este processo permitiu passar para uma cooperação técnica verdadeiramente estruturada e exigente tanto do ponto de vista dos objetivos como da metodologia (Parte I, 2013).

A realização, nos dias 11 e 12 de abril de 2008, na Cidade da Praia, Cabo Verde, da I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP foi considerada decisiva para assumir o compromisso, com vista à elaboração do PECS (Parte I, 2013). A adoção do PECS e aprovação da criação do Fundo Sectorial da Saúde (FSS/CPLP) verificou-se na II Reunião de Ministros da Saúde da CPLP no Estoril (Portugal) em 15 de maio de 2009 (Parte I, 2013).

3. Resultados e discussão

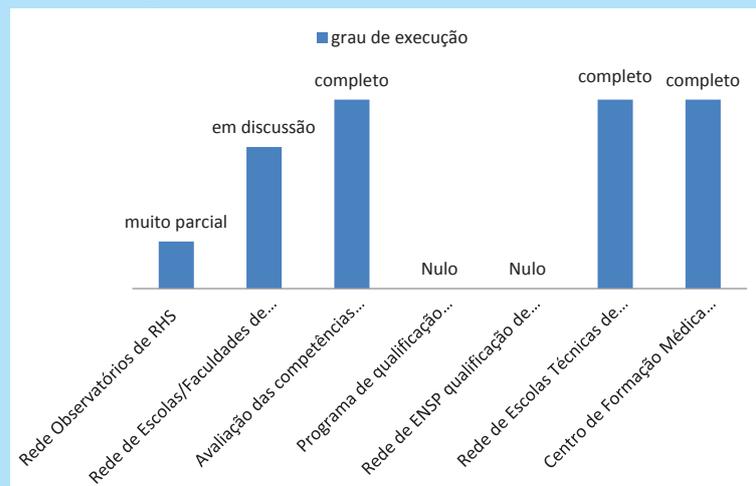
3.1. Avaliação PECS 2009-2012

O PECS I /CPLP (2009-2012) articulou-se em torno de 7 eixos estratégicos: 1) formação e desenvolvimento de recursos humanos; 2) informação e comunicação em saúde; 3) investigação em saúde; 4) desenvolvimento do complexo produtivo da saúde; 5) vigilância epidemiológica e monitorização da situação de saúde; 6) emergências e desastres naturais e 7) promoção e proteção da saúde. Cada um deles com objetivos definidos e respetivas áreas / projetos inerentes.

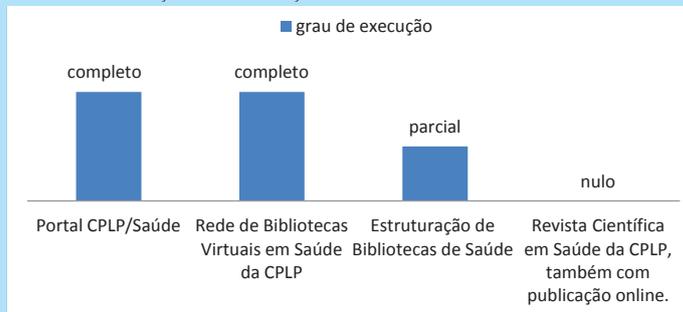
Na primeira reunião técnica de avaliação do PECS I / CPLP (2009-2012), em Lisboa, 17 e 18 de abril de 2013 (Relatório de Avaliação, 2013), cujo objetivo era o de proceder a uma avaliação da execução do PECS I – CPLP (2009-2012), foram apresentados os 7 eixos estratégicos e respetivos graus de realização das suas ações/atividades, que podia variar entre “nulo, muito parcial, parcial e completo”, conforme ilustrado nos cinco gráficos seguintes.

Gráficos de grau de execução do PECS/CPLP (2009-2012)

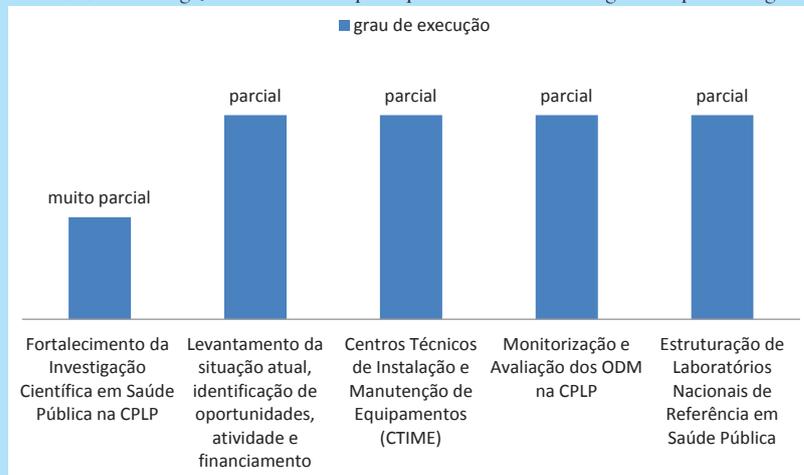
Eixo 1 - Formação e desenvolvimento de RH



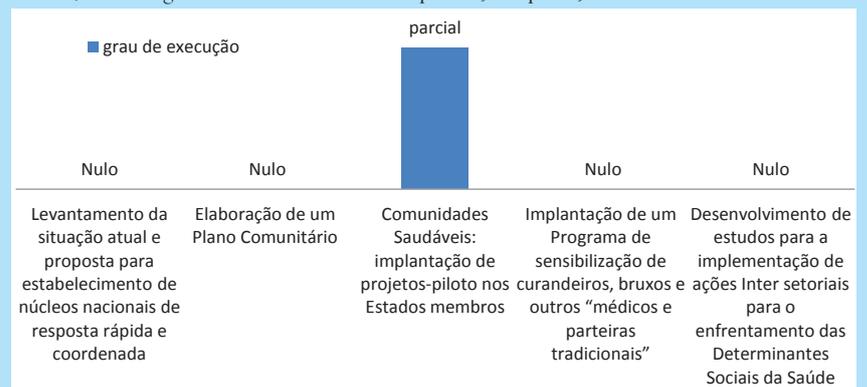
Eixo 2 - Informação e comunicação em saúde



Eixo 3, 4, 5 - Investigação em saúde/complexo produtivo em saúde / vigilância epidemiológica



Eixo 6, 7 - Emergências e desastres naturais / promoção e proteção da saúde



A abordagem de organização dos eixos prioritários parece ter acontecido com base em áreas temáticas. Os dois primeiros eixos incluem mais objetivos e respectivas áreas / projetos inerentes: 1) recursos humanos em saúde (sete objetivos) e 2) informação e comunicação em saúde (4 objetivos). Os restantes eixos estratégicos variam entre um objetivo - eixo 3) investigação em saúde; dois objetivos - eixos 4) desenvolvimento do complexo produtivo da saúde, 5) vigilância epidemiológica e monitorização da situação de saúde e 6) emergências e desastres naturais; e três objetivos - eixo 7) promoção e proteção da saúde.

Atendendo ao critério de “clareza dos relatórios de avaliação”, podemos verificar que não foram apresentadas quaisquer informações acerca do preenchimento da tabela de grau de execução dos eixos prioritários, limitando a nossa compreensão do alcance da avaliação realizada.

Articulação entre eixos estratégicos PECS-CPLP 2009-2012 e dinâmicas de trabalho PECS-CPLP 2014-2016

O PECS II / CPLP (2014-2016) apresenta uma mudança em relação ao PECS I / CPLP (2009-2012), na medida em que foi introduzida uma listagem de dinâmicas de trabalho e já não eixos estratégicos. Atendendo ao segundo critério “impacto da avaliação”, verificamos que em alguns itens as dinâmicas de trabalho representam uma continuidade relativamente ao que estava explicitado no PECS I / CPLP (2009-2012), mas também na avaliação resultante da primeira reunião de avaliação do PECS I / CPLP (2009-2012) (Relatório de Avaliação, 2013).

A abordagem agora priorizada parece ter evoluído para uma opção de articulação das áreas temáticas, que verificamos acontecer no PECS I / CPLP (2009-2012), para uma estruturação em redes e grupos de trabalho, como é possível constatar na tabela 1.

Os dois itens finais das dinâmicas de trabalho do PECS II / CPLP (2014-2016), que estão classificados “sem ligação” com o PECS I / CPLP (2009-2012): a) estabelecimento de um grupo de trabalho para estudar a articulação das redes temáticas com as redes estruturantes da CPLP; b) criação de um grupo de trabalho sobre mecanismos financiadores do PECS-CPLP; representam respostas a necessidades fun-

Tabela 1 – Avaliação de articulação entre Eixos estratégicos do PECS I / CPLP (2009-2012) e dinâmicas de trabalho PECS II / CPLP (2014-2016)

PECS I Eixos estratégicos	Classificação do Tipo de articulação* com PECS II	PECS II Dinâmicas de trabalho
Formação e desenvolvimento de recursos humanos	Continuidade direta	Estabelecimento da Rede de Faculdades de Medicina da CPLP
	Ligação eventual	Estabelecimento da Rede de Enfermagem das Associações e Ordens
	Ligação eventual	Criação de um grupo de trabalho em telemedicina ou teleconsulta
Informação e comunicação em saúde	Sem continuidade direta	
Investigação em saúde	Continuidade direta parcial	Estabelecimento da Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde da Tuberculose
Desenvolvimento do complexo produtivo da saúde	Ligação eventual	Estabelecimento da Rede de Instituições de Regulação e Inspeção da Saúde da CPLP
Vigilância epidemiológica e monitorização da situação de saúde	Continuidade direta	Criação de um grupo de trabalho sobre mecanismos de comunicação entre entidades responsáveis pela vigilância epidemiológica e pela resposta rápida a epidemias e desastres
Emergências e desastres naturais		
Promoção e Proteção da Saúde	Ligação eventual	Estabelecimento da Rede de Plantas Medicinais da CPLP
	Sem ligação	Estabelecimento de um grupo de trabalho para estudar a articulação das redes temáticas com as redes estruturantes da CPLP
	Sem ligação	Criação de um grupo de trabalho sobre mecanismos financiadores do PECS-CPLP

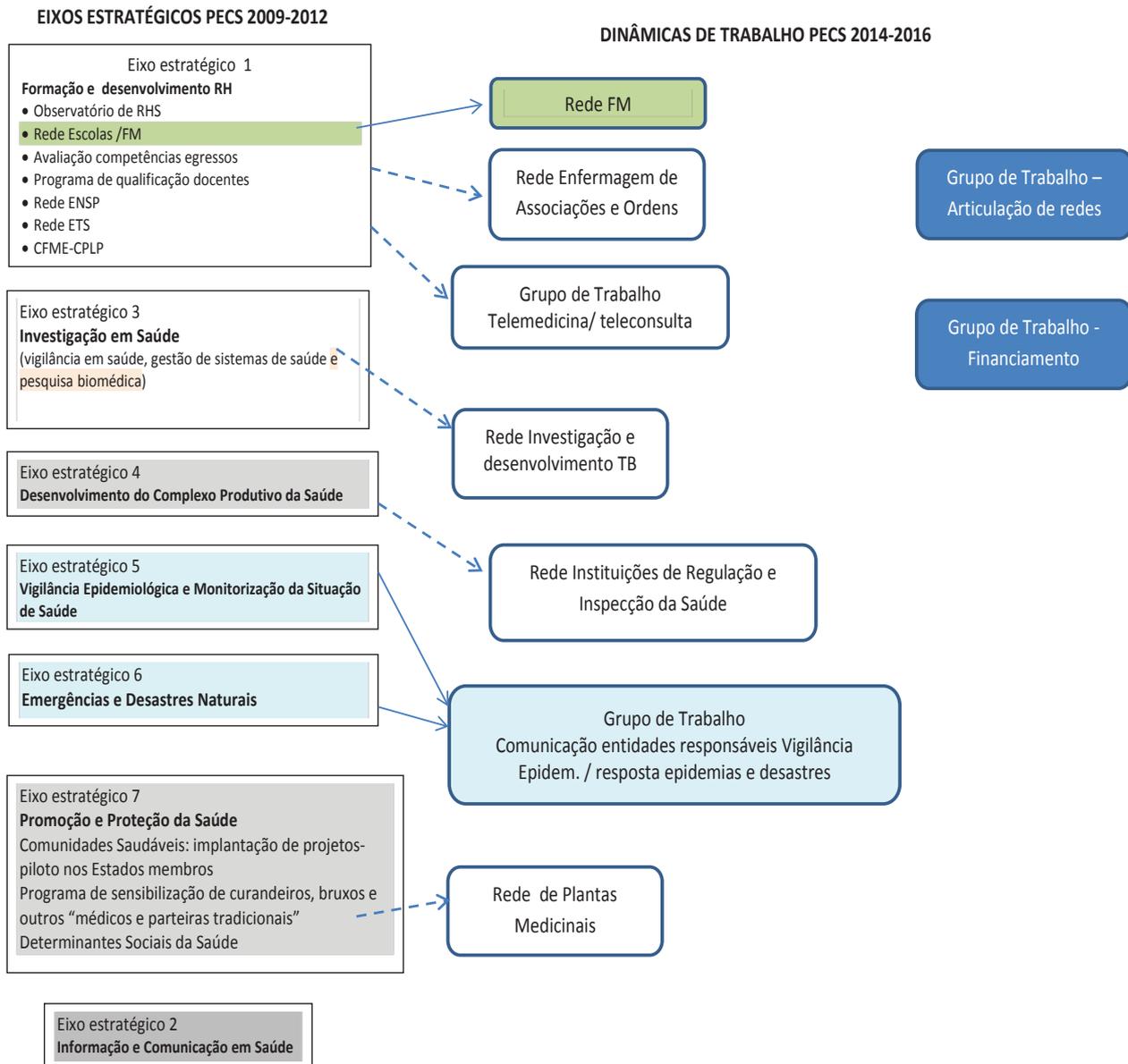
***Continuidade direta** – pelo menos 1 dos objetivos transitou diretamente para uma rede/grupo trabalho; **Continuidade direta parcial** - pelo menos 1 dos objetivos transitou diretamente, mas de forma parcial, para uma rede/grupo trabalho; **Sem continuidade direta** – o eixo/objetivos subjacentes não transitaram para o PECS II; **Ligação eventual** – existe uma ligação em pelo menos um dos itens do eixo estratégico/objetivos e a rede/grupo de trabalho; **sem ligação** – Grupos de trabalho sem qualquer ligação com os anteriores eixos /objetivos.

cionais para atingir os objetivos das atividades propostas. O primeiro parece antever uma necessidade de gestão da “rede das redes”. Uma hipótese explicativa é que terá sido adicionada por aprendizagem dos diversos atores envolvidos. E o segundo, em resposta à justificação para o facto de ter havido um diminuto grau de execução de objetivos definidos no PECS I / CPLP (2009-2012), devido à falta de financiamento que permitisse implementação das ações previstas.

De acordo com Elliot (2011: 948) “a meta-avaliação deve verificar em que medida os resultados da avaliação estão sendo utilizados”. E esse procedimento constitui um indicador do alcance do critério de utilidade. Complementando a análise da Tabela 1 com o esquema apresentado abaixo, podemos verificar precisamente essa linha de continuidade (ou não) e incorporação dos resultados da avaliação.

Conclusões

Esta meta-avaliação tem inerente um carácter formativo, apresentando a incompletude própria dos estudos de “linha de base” (Hartz e Contandriopoulos, 2008), pelo que antevemos a necessidade de ajustes na avaliação somativa posterior. Um dos aspetos a considerar será o reforço das



competências em avaliação dos representantes dos Estados membros, permitindo o estabelecimento de processos de avaliação e monitorização de implementação das ações do PECS / CPLP de forma sistemática e a realização de estudos de caso nos diferentes países, em função dos contextos. Esta abordagem permitirá lidar com a complexidade inerente a esta tarefa de avaliação de um plano estratégico comum de cooperação em saúde da CPLP, um vasto território de Estados membros, reflexo de contextos diversos, com sistemas e políticas de saúde, que embora possam ter traços comuns, apresentam óbvias e necessárias especificidades.

De destacar, a existência do interesse formal em aprofundar e qualificar o trabalho realizado permitindo uma maior e melhor utilização pelas organizações envolvidas através de estudos de caso exemplares dos diversos Estados membros envolvidos, bem como a possibilidade de reforço das competências avaliativas.

O PECS/CPLP está contextualizado pela vontade institucional de formalização da monitorização e avaliação do processo (Reunião de Ministros da Saúde, 2014), pelo que se julga indispensável a total articulação entre avaliadores e grupo técnico do PECS, balizado pela possibilidade de criar uma cultura de avaliação. Mas tendo presente o que Contandriopoulos (2006 cit in Hartz e Contandriopoulos, 2008: 15) advoga, i.e., não é suficiente institucionalizar a avaliação, é preciso questionar continuamente a capacidade da avaliação em produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho das suas ações.

O exercício de meta-avaliação apresentado permite perceber as possibilidades da componente participativa da avaliação e respetiva integração dos resultados de uma forma dialética e assumida pelos diversos atores envolvidos e tomadores de decisão na medida em que se verificaram tipos de articulação entre o PECS I e o PECS II, plasmado em continuidades e não continuidades de ações e atividades.

Bibliografia

1. Contandriopoulos AP (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):705-712.
2. Elliot, Ligia Gomes (2011). Meta-avaliação: das abordagens às possibilidades de aplicação. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.*, out./dez. Rio de Janeiro, v. 19, n. 73, p. 941-964.
3. Figueiró, Ana Cláudia; Thuler, Luiz Cláudio e Dias, André Luiz Freitas (XXX). Padrões Internacionais dos Estudos de Linha de Base. In Zulmira M. A. Hartz, Ligia M Vieira da Silva e Eronildo Felisberto (orgs) *Meta-avaliação da atenção básica em Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro:Ed Fiocruz p:47-70.
4. Hartz, Z.M.A. e Contandriopoulos, A. (2008). Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In Zulmira M. A. Hartz, Ligia M Vieira da Silva e Eronildo Felisberto (orgs) *Meta-avaliação da atenção básica em Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro:Ed Fiocruz p:27-45.
5. Hartz, Z.M.A. (2006). Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Set, vol.11, no.3, p.733-738.
6. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994). *The program evaluation standards: how to assess evaluation of educational programs*. 2nd. ed. Thousands Oaks, CA: Sage.
7. Parte 1. Um olhar retrospectivo sobre o I Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS I / CPLP, 2009-2012). CPLP.
8. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP I (PECS/CPLP 2009-2012) (2009). CPLP.
9. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP II (PECS/CPLP 2014-2016) (2014). CPLP.
10. Sanders JR (2002). Presencial address: on mainstreaming evaluation. *American Journal of Evaluation*, 23: 253-259.
11. Scriven, M. (1969). An introduction to meta-evaluation. *Educational Product Report*, 2 (5), 36-38.
12. Stevenson JF, Florin P, Mills DS, Andrade M (2002). Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. *Eval & Prog Plan*, 25: 233 – 243.
13. Relatório de Avaliação (2013). Primeira Reunião Técnica de Avaliação do PECS I / CPLP (2009-2012). 17-18 de Abril, Lisboa.
14. Reunião de Ministros da Saúde (2014). III Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. CPLP. 12 de Fevereiro, Maputo.

Estratégia interinstitucional (IHMT/Fiocruz) para fortalecimento da capacidade avaliativa nos países da CPLP: foco nos estudos de implementação para avaliação do PECS

Interinstitutional strategy (IHMT/Fiocruz) to strengthen evaluation capacity in the CPLP countries: focus on implementation studies of the PECS

Zulmira Hartz

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística do IHMT/UNL
zhartz@ihmt.unl.pt

Marly Cruz

Departamento de Endemias da Escola Nacional de Saúde Pública SérgioArouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
marly@ensp.fiocruz.br

Isabel Craveiro

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística do IHMT/UNL

Sonia Dias

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística do IHMT/UNL

Resumo

O objetivo geral deste artigo é apresentar uma proposta preliminar de estratégia para fortalecimento da capacidade avaliativa nos países da CPLP. Esta abordagem permitirá estimar o grau de implementação do PECS, contextualizado nacionalmente, bem como favorecer a institucionalização do monitoramento e avaliação de desempenho dos diferentes níveis dos sistemas de saúde. A proposta fundamenta-se em mais de duas décadas de experiência na investigação e formação pós-graduada de avaliadores, com base na tipologia de avaliação do Grupo Pesquisa Interdisciplinar de Saúde da Universidade de Montreal, devidamente documentada no Brasil em cinco livros da Editora Fiocruz e diversas edições temáticas das principais revistas de saúde pública.

Palavras Chave:

Fortalecimento de capacidades, avaliação de programas de saúde, análise de implementação.

Abstract

The aim of this article is to present a preliminary strategy for strengthening evaluation capacity building in CPLP countries. This approach will allow to estimate the implementation degree of PECS, in the national contexts, and to promote the institutionalization of monitoring and performance evaluation at different levels of health systems. The proposal is based on over two decades of experience in research and postgraduate training of evaluators, supported by an evaluation typology of Health Interdisciplinary Research Group at the University of Montreal, duly documented in five Brazilian books of Editora Fiocruz and various thematic issues of major public health journals.

Key Words:

Evaluation capacity building, health programs evaluation, implementation analysis.

1 - Introdução

“O desenvolvimento de capacidades no campo da avaliação é visto como parte do esforço mais amplo para melhorar a formulação de políticas públicas para alcançar as metas de desenvolvimento... A avaliação pode contribuir para melhorar a planificação e gestão das intervenções de desenvolvimento, para melhorar a eficácia e os sistemas de prestação de contas internos nos países parceiros”.

Manuela Afonso 2015

O fortalecimento de capacidades avaliativas tem estado no centro das agendas dos organismos de cooperação nos últimos 10 anos, particularmente em 2015 considerado Ano Internacional da Avaliação, mas, mesmo assim, a sua institucionalização governamental é ainda muito baixa nos países em desenvolvimento. Neste artigo descrevemos as principais diretrizes de uma proposta de formação baseada na tipologia canadense de avaliação normativa e pesquisa avaliativa, com foco no modelo da análise da implementação (Hartz, 1997; Hartz e Vieira da Silva 2005; Brousseau et al. 2011; Santos e Cruz, 2015), que possa ser aplicada ao PECS no âmbito da CPLP. Nosso propósito é também contribuir para desenvolver capacidades em monitoramento e avaliação (M&A) de desempenho ou performance dos sistemas nacionais de saúde, considerando o contexto político-decisório de uma estruturação governamental por programas e uma gestão orientada por resultados (Hartz, 2008; Hartz e Ferrinho 2011).

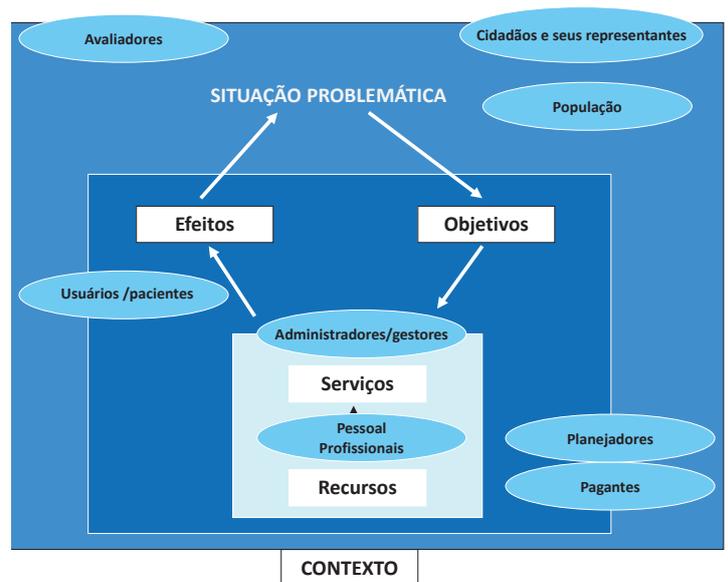
2 - Conceitos e métodos para avaliar a implementação das intervenções em saúde

“Quando se concebe a avaliação de uma intervenção como um dispositivo que contribui não apenas para fornecer informações cientificamente fundamentadas sobre uma intervenção, mas também como um dispositivo de aprendizagem cuja forma é, ela própria, resultado de negociações e debates... ela está assim apta a desempenhar um papel importante na governança e na melhoria contínua das intervenções dos sistemas de saúde”.

Contandriopoulos, 2011

Sem pretender que exista um amplo consenso sobre o conceito de avaliação, em nossa tipologia avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Para continuarmos avançando na compreensão dessa abordagem, de-

Figura 1 – A intervenção e seus atores



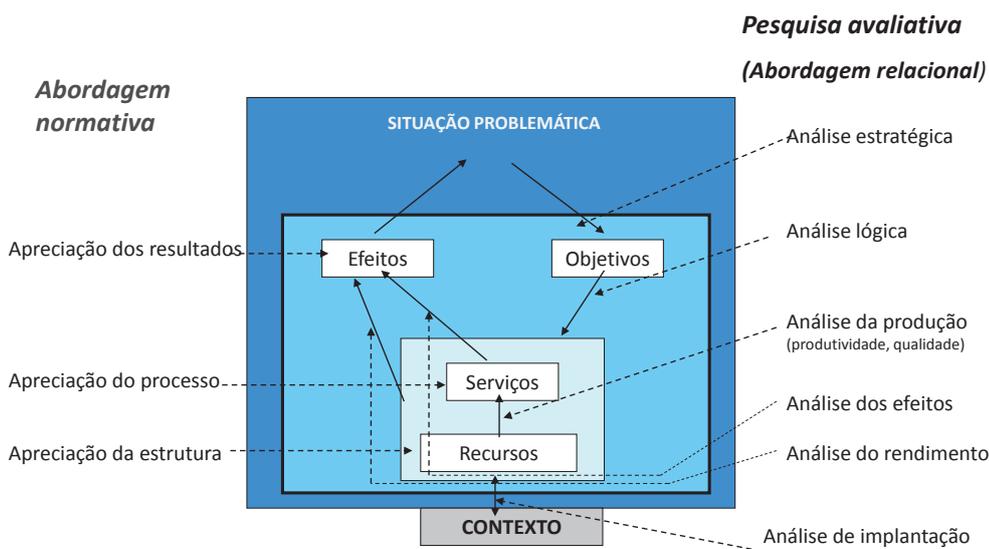
vemos precisar também o que entendemos por intervenção e ela é aqui considerada como o conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados num contexto específico, num dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática em saúde. Esta intervenção é caracterizada em seus cinco componentes pelos objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e contexto mas também por seus atores (figura 1).

Ela pode ser uma técnica (por exemplo, um *kit* pedagógico para melhorar os conhecimentos), um teste para detectar máis formações fetais, um programa de gerência em reanimação, um tratamento (ato ou um conjunto de atos), uma prática (protocolo de tratamento), uma organização (centro de desintoxicação ou unidade de tratamento), um programa (desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, prevenção das doenças transmitidas sexualmente) ou uma política de promoção da saúde, da privatização, etc.

É necessário compreender ainda que não podemos falar de uma intervenção sem levar em conta os diferentes atores que ela envolve. São eles que dão sua forma particular num dado momento e contexto. De facto, cada um dos atores pode ter seus próprios objetivos em relação à intervenção, e portanto é preciso entender que os objetivos de uma avaliação são numerosos, que eles podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceites por todos os atores ou somente por alguns. Os objetivos oficiais de uma avaliação são de quatro tipos:

- ajudar no planeamento e na elaboração de uma intervenção (estratégico);
- fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (formativo);
- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (somativo);

Figura 2 – Tipologia para avaliação das intervenções



- contribuir para o progresso dos conhecimentos e elaboração teórica (fundamental).

Já os objetivos ocultos dos diferentes atores, várias vezes implícitos, são também muito importantes de serem considerados em função de seus papéis. Apenas alguns exemplos dos diferentes interesses na avaliação: os administradores podem querer legitimar uma decisão já tomada, ampliar o poder e o controlo sobre a intervenção ou apenas satisfazer as exigências dos organismos de financiamento. Os usuários podem buscar benefícios com serviços diferentes dos disponíveis habitualmente ou até reduzir sua dependência perante profissionais. Também os avaliadores podem buscar ampliar seus conhecimentos, prestígio e promover uma ideia que lhes é cara. Todas essas considerações precisam ser levadas em conta no momento de pactuar os tipos de avaliação mais adequados como esquematizado na **figura 2**. A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Já a pesquisa avaliativa é uma abordagem relacional entre os diversos componentes das intervenções que tentam responder diferentes questões:

Análise estratégica - A prioridade da intervenção se justifica, em relação aos problemas da população, e é pertinente que seja este operador que a assumam?

Análise lógica - A intervenção que se propõe pode alcançar os objetivos de forma satisfatória em relação aos modelos de estudos similares na literatura?

Análise da produtividade - Os recursos são colocados de maneira que otimizem os serviços produzidos?

Análise dos efeitos - Quais os efeitos que podem ser atribuídos à intervenção (em laboratório, em situação experimental controlada, em situação clínica, ou junto a uma

população vivendo no seu meio habitual)?

Análise do rendimento ou eficiência - Com que custo são obtidos os efeitos da intervenção?

Análise da implantação (ou implementação) - Como e por que os efeitos variam entre os meios nos quais a intervenção é introduzida?

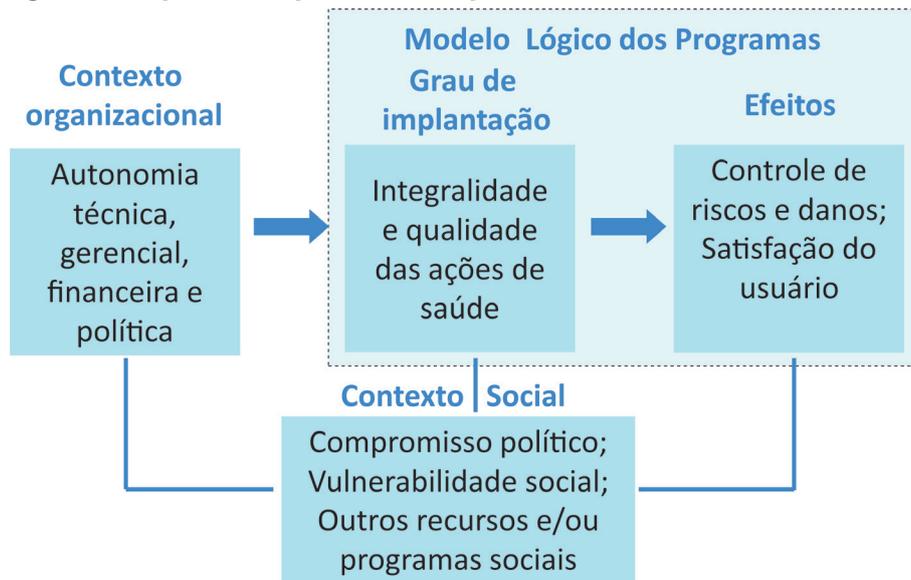
Nos focaremos neste último tipo de análise, particularmente importante na implantação de políticas ou programas nacionais, em âmbito regional ou local, mas também quando se analisam projetos internacionais em diferentes países.

Nessa perspectiva a investigação avaliativa consiste, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção sobre seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente e do contexto, no qual a intervenção está implantada. Este tipo de análise é pertinente quando observamos uma variabilidade não explicada nos resultados obtidos por intervenções semelhantes em contextos diferentes. Ela é também particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e/ou composta de elementos sequenciais, sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos.

O primeiro tipo de análise da implantação consiste em medir a influência da variação, no formato ou grau de implantação da intervenção, em diferentes contextos. Até mesmo uma ausência de efeito pode ser consequência do facto de que a intervenção avaliada não foi realmente implantada. Outros tipos de análise da implantação consistem em se perguntar sobre os efeitos (esperados ou intencionais e externalidades) da interdependência que pode haver entre os contextos organizacionais e sociais, nos quais a intervenção está implantada, e as múltiplas interações entre os mesmos.

Como pode ser visto no exemplo da **figura 3**, nos interrogamos, neste tipo de análise, sobre o sinergismo que pode existir entre um contexto e uma intervenção ou, pelo contrário, sobre os antagonismos existentes, isto é, sobre os efeitos inibidores ou facilitadores do contexto e sobre a intervenção. A iniciativa de desenvolver a avaliação da implantação de programas de saúde é frequentemente uma busca de explicação. Não obstante a existência de políticas nacionais ou locais, com arcabouço normativo e tecnologias validadas por ensaios clínicos e populacionais, com eficácia comprovada, suas ações de controle, prevenção, proteção e/ou promoção da saúde não apresentam a efetividade e eficiência esperadas ou

Figura 3 – Exemplo de modelo para análise de implantação



quando se pretende ampliar o conhecimento sobre a coerência teórica das intervenções e sua operacionalização, para o aprimoramento das políticas a elas relacionadas (Champagne et al. 2011).

A necessidade de compreender o ‘como’ e o ‘porquê’, nessa remontagem da teoria à prática, constitui-se, assim, aqui também linha mestra das investigações analisadas, tornando-se uma valiosa contribuição para o conjunto de profissionais nelas envolvidos. As metodologias mais apropriadas para analisar a implantação de um programa são, sobretudo, os estudos de casos (Yin & Davis, 2007), métodos de avaliação rápida (Hargreaves, 2014) e outras abordagens utilizadas na avaliação desenvolvimental (Rey, 2011; Rey et al, 2014 Ramirez et al. 2015).

A validade interna relaciona-se com as teorias de mudança, associadas aos processos-efeitos esperados e construídas com os atores no processo de modelização da intervenção, quando devidamente contextualizada. A validade externa não decorre da extrapolação de resultados, e sim da transversalidade com que os planos conceituais, fundamentando e contextualizando as questões avaliativas, explicitam mecanismos facilitadores e obstáculos comuns, relacionados aos resultados das ações observadas no cotidiano dos sistemas de saúde (Champagne et al, 2011; Valters, 2014; Walker, 2015; Mayne & Johnson, 2015).

Nesse sentido, os problemas e indagações estudados não são exclusivos dos programas ou serviços analisados, mas perpassam quase todas as práticas, intervenções e objetos dos atores interessados na avaliação em diversos contextos. Essa inferência se exemplifica com algumas questões tratadas nos livros referidos na bibliografia:

- Qual o grau de implementação de um programa considerando-se a categoria ‘acesso’, de modo a incluir as dimensões da disponibilidade, aceitabilidade e responsividade (respeito à autonomia, dignidade e privacidade dos usuários) nos serviços oferecidos?
- Como o ‘acesso’ na assistência farmacêutica pode estar es-

truturalmente relacionado com o grau de satisfação dos usuários?

- Qual a influência da autonomia (política, técnica, financeira e gerencial/administrativa), observada na universalização do acesso da população às ações programáticas locais?
- Como implantar um projeto de monitoramento, apropriado para a realidade local, com foco na utilidade intencional (mudanças ou consequências esperadas das intervenções)?
- Qual o grau de implantação de um núcleo descentralizado e regionalizado de vigilância da saúde, considerando os diferentes componentes técnicos, atividades desenvolvidas e o contexto onde são realizadas, com o propósito de melhor explorar seus efeitos operacionais?
- Como o formato e o grau de implantação local de uma estratégia “Saúde da Família” estão associados à baixa integração dos diversos programas de saúde?
- Como as taxas de abandono e outros problemas associados aos sistemas de informação e supervisão de um programa, concomitantes à implantação de um tratamento inovador com evidências de maior eficácia clínica, podem comprometer sua eficiência (custo-efetividade)?
- Por que/como as escolhas de compras e incorporação de tecnologias – como antigos e novos medicamentos – realizadas pelos programas – são capazes de impactar positivamente a capacitação industrial e tecnológica futura do país para o suprimento desses medicamentos?

Sem pretender antecipar as respostas dadas pelos autores para estas e muitas outras questões formuladas, de modo que possam constituir-se um convite às suas leituras, é possível inferir seu grande potencial de utilização, pois o campo da avaliação tem enfrentado sérios problemas para que o conhecimento produzido se traduza em ações concretas pelos interessados no conjunto de políticas públicas, sendo uma das razões o distanciamento entre as práticas ditas acadêmicas e as assistenciais. Os estudos da área se caracterizam na maioria das vezes por uma linguagem de difícil compreensão, refletindo-se em objetos teorizados sem observações empíricas e/ou de pouca relevância até para os serviços estudados.

Assim sendo, a análise da implantação de uma intervenção tem como um dos seus nós críticos, e também seu potencial mérito, mais do que a passagem do discurso de uma política à sua prática, a perspectiva de uma outra travessia similar mais dotada de maior ambição: a articulação da teoria/conhecimento com as ações desejáveis.

3 - Diretrizes gerais para a formação dos avaliadores em saúde

“Precisamos de avaliações que testem as teorias e pressupostos sobre os quais os programas do fortalecimento de capacidades estão baseados, documentar seus resultados e tirar lições para aprimorar futuros programas... poucos programas para o desenvolvimento de capacidades têm sido sistematicamente e continuamente avaliados”

LaFond & Brown, 2003

O fortalecimento de capacidades avaliativas é entendido como um processo que melhora a habilidade de uma pessoa, grupo, organização ou sistema para alcançar seus objetivos, obter melhor performance ou desempenho. A avaliação é compreendida então, nesta dupla funcionalidade, como uma ação social e participativa de empoderamento dos participantes, cuja racionalidade se apoia na idéia de que é a compreensão e aceitação de resultados co-produzidos que promovem o compromisso para agir. Nesta ótica, as lições e achados que emergem ao longo do processo de formação e dos estudos avaliatórios devem assegurar que métodos e resultados sejam compreensíveis e úteis para o conjunto de participantes. Isto exigirá que os avaliadores externos e internos tenham competência detalhada e contextualizada sobre os projetos ou programas avaliados, que as ferramentas utilizadas sejam de fácil manejo para utilizações frequentes, alimentando processos de aprendizagem organizacional que direcionem os esforços para um maior e melhor desempenho (Hartz, 2008).

Coerente com essa perspectiva temos participado com o Ministério/Secretarias de Estado do Brasil, e outros países dos PALOP, numa série de iniciativas da formação de seus quadros, para a implementação nacional do monitoramento e avaliação (M/A) de suas políticas/programas de saúde e que orientam nossas diretrizes (Brasil, 2005):

- Viabilizar uma trajetória que possibilite a formação permanente do avaliador na atenção em saúde (processos educativos presenciais e à distância);
- A construção dessa trajetória pedagógica pressupõe a combinação do conhecimento mais atualizado da avaliação com a experiência e a prática dos sujeitos envolvidos;
- Fomentar intercâmbios em rede na produção do conhecimento em formação e avaliação, além de contribuir para a institucionalização da avaliação dos serviços;

Estas iniciativas também se baseiam nas experiências canadenses bem consolidadas do processo de institucionalização da avaliação em âmbito nacional, desde o início dos anos 90, mas também nas suas estratégias de apoio ao desenvolvimento. Elas têm como pressuposto o fomento aos projetos de educação permanente, a fim de aprimorar e aumentar as qualificações e reconhecimento de seus pro-

fissionais, através da educação formal, sujeitos à sua missão organizacional e às exigências operacionais. Estes referenciais fortalecem, simultaneamente, as competências individuais e organizacionais no campo da saúde pública, destacando a importância da contextualização e focalização das competências bem como a necessidade de se assegurar que os processos de formação se façam por instituições pré-qualificadas (CEE, 2004 e 2005; IDRC, 2007).

Embora nos alinhando à importância das agendas locais nos planos de formação, como boas práticas no fortalecimento de capacidades, elas têm como eixos comuns:

- Enfocar as exigências de capacidade crítica;
- Respeitar a diversidade da comunidade de avaliação;
- Fundamentar as experiências e aplicar as lições aprendidas;
- Reconhecer as diferentes necessidades e preferências de aprendizagem;
- Aplicar uma abordagem sustentada em longo prazo.

Assim, os programas de capacitação têm que alcançar as crescentes necessidades dos numerosos funcionários públicos cuja tarefa é projetar, implementar e/ou utilizar estudos de avaliação, tentando minimizar problemas comuns tais como:

- Praticamente não há seminários ou orientação de M/A oferecidos para funcionários cujo trabalho pode decidir sobre sua importância institucional;
- Pouco foco no gerenciamento e utilização de sistemas e unidades de M/A;
- A maneira “de cima para baixo” com que muitos sistemas em M/A são desenvolvidos, com pouca ou nenhuma menção a técnicas como análise de interessados e avaliação de beneficiários;
- Muitos cursos são conduzidos exclusivamente na sala de aula com pouca experiência prática na coleta, qualidade e avaliação de dados.
- Participantes dos cursos normalmente selecionados com base em anterioridade, do nível central, agências e regiões, ou que possam mais facilmente ser dispensados ainda que sem perfil para o curso.

Por fim, considerando-se a necessidade de que o processo de formação profissional seja coerente com uma estratégia da avaliação de desempenho em âmbito nacional (Hartz & Ferrinho 2011), estes processos inevitavelmente refletem os pontos fortes e as fraquezas de seus sistemas de planejamento centralizados sem uma visão local. Outra advertência importante, ao pensar em abordagens de treinamento que fortaleçam a capacidade em avaliação, vem do trabalho de Russon&Russon (2006) alertando que se conduzido antes que se instale a necessária arquitetura organizacional é, com frequência, desperdício de recursos, reforçando a necessidade dos requisitos prévios à sua institucionalização.

Figura 4 – Relações na tomada de decisões



Figura 5 – Enquadramento pedagógico

a) Etapas da avaliação:

- Identificação dos interessados na avaliação;
- Modelo Lógico do programa ou intervenção;
- Foco do projeto da avaliação;
- Desenho do estudo;
- Justificativa das conclusões;
- Uso e compartilhamento das lições aprendidas.

b) Princípios de meta avaliação:

- Utilidade: Atende às necessidades de informação dos usuários;
- Factibilidade: Realista e moderada nos custos de sua realização;
- Propriedade: Conduzida eticamente, com respeito aos envolvidos;
- Precisão ou acurácia: Validade das informações sobre o valor ou mérito dos programas avaliados.

Modelo operacional proposto pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 1999, 2011) priorizando também a auto-aprendizagem.

4 - Conclusão: avaliar a avaliação é preciso

“O valor de uma avaliação deve ser estimado como qualquer outro programa ou projeto... os tomadores de decisão devem julgar até que ponto vale a pena investir em avaliação para produzir... benefícios qualitativos”

World Bank: Influential Evaluations... that Improved Performance and Impacts
p.23, 2004

Sendo o objetivo final da avaliação ajudar na tomada de decisões, é preciso questionar a influência que as informações fornecidas pelo avaliador podem ter nas decisões. O quadro de referência proposto evidencia que a avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes. Estes resultados não poderão ser facilmente resumidos num pequeno número de recomendações. É até provável que quanto mais uma avaliação seja bem-sucedida, mais ela abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos,

utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas.

A avaliação é uma atividade, como a pesquisa, útil para o estabelecimento de políticas, mas nunca é suficiente isoladamente para estabelecer políticas e tomada de decisões (**figura 4**). A avaliação também não se reduz ao monitoramento das informações produzidas nem ao controle, de natureza burocrática ou tecnocrática: aplicação de uma norma exterior-superior rígida, sem compreender e integrar novos elementos internos à intervenção nos respectivos contextos, ou limitar a realidade aos objetivos do programa, que devem ser atingidos não importa a que custo social. Ambos, monitoramento e avaliação (M&A), são insuficientes para explicar os problemas ou méritos de uma intervenção de saúde. Assim, não pode se tomar a avaliação como panaceia para resolver as incertezas técnicas e científicas no âmbito de decisões políticas, nem se deve atribuir exclusivamente aos estudos avaliativos a possibilidade de validar evidências.

Não poderíamos finalizar essas diretrizes, que orientam nosso referencial

para fortalecimento de capacidades avaliativas, sem recorrer à dupla contribuição de LaFond & Brown (2002 e 2003). Suas ferramentas para mapeamento de necessidades e um guia de avaliação das ações educativas, voltadas para o desempenho de organizações e sistemas de saúde, aparecem, como sendo de maior importância. Os autores alertam que sistemas e programas governamentais, com financiamento nacional ou internacional, operados em parcerias locais por contratos de gestão baseados em resultados, têm os seguintes pilares para formação dos avaliadores:

- A organização está comprometida com “melhores” serviços;
- O monitoramento deve ocorrer em todas as fases das intervenções;
- Há interesse do próprio gestor em avaliar suas intervenções;
- Existem sistemas de informação para o monitoramento dos programas;
- As questões de avaliação são específicas e claras para todos os interessados;
- A pesquisa avaliativa é cuidadosamente definida em suas prioridades;
- O suporte da literatura (inter)nacional é indispensável à avaliação;
- As competências adquiridas devem ser conceituais, téc-

nicas e comunicativas;

- O trabalho em equipa é a base da formação e prática dos avaliadores;
- A avaliação articula as práticas de monitoramento, pesquisa e auditoria.

Como preconizamos em nosso enquadramento pedagógico, seguindo as orientações do CDC desde 1999 (**figura 5**), a hipótese subjacente a estas assertivas é que uma maior

qualificação profissional em M & A aumenta a qualidade de dados dos sistemas de informação e o uso das avaliações para a melhoria das ações de saúde. Esta proposição deverá servir à elaboração de Termos de Referência (TR) com os países da CPLP para projetos de formação, que possam dar suporte a núcleos nacionais da avaliação de desempenho do setor saúde, incluindo também a própria (meta) avaliação com foco na utilidade dos projetos e produtos resultantes dos processos de formação.

Bibliografia

- Afonso, M (2015) - O desenvolvimento da Capacidade de Avaliação nos países parceiros: a realização de avaliações conjuntas. INA- 3º Encontro Conhecimento e Cooperação
- Brasil (2005a). Ministério da Saúde. Programa de Formação de Avaliadores em Saúde. Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação.
- Brasil (2005b). Ministério da Saúde. Plano Nacional de Avaliação. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde.
- CDC - Centers for Diseases Control (1999). Framework for Programa Evaluation in Public Health. MMWR,48 (RR-11). 40 pp.
- CDC- (2011) Introduction to Program Evaluation for Public Health Programs: A Self Study Guide. 100p
- Champagne F, Brousselle, A, Hartz Z e Contandriopoulos A-P (2011). In Astrid Brousselle, François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos e Zulmira Hartz (Org.) (2011) A avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz Modelizar as Intervenções, 61-76.
- Champagne F, Brousselle, A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P e Denis J-L (2011). A Análise da Implantação In Astrid Brousselle, François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos e Zulmira Hartz (Org.) (2011) A avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 217-240.
- Contandriopoulos, AP (2011). Avaliar a Avaliação. In Astrid Brousselle, François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos e Zulmira Hartz (Org.) (2011) A avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 263-277 .
- CEE-Centre of Excellence for Evaluation, Treasury Board of Canada Secretariat, "Report on Effective Evaluation Practices," 2004 (<http://www.tbs-sct.gc.ca>)
- CEE-Centre of Excellence for Evaluation, Treasury Board of Canada Secretariat, "Improving the Professionalism of Evaluation," 2005 (<http://www.tbs-sct.gc.ca>)
- CES-Canadian Evaluation Society, 2005. *Essential skills series*. (www.evaluationcanada.ca).
- Hargreaves, M. B. (2014). Rapid Evaluation Approaches for Complex Initiatives. Mathematica Policy Research, 23.
- Hartz, ZMA (1997)- Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In Hartz, ZMA (org.). Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, pp.19-28.
- Hartz, ZMA e Vieira da Silva, LM (2005) Avaliando a implantação das Intervenções em saúde: novas contribuições. In: Hartz,ZMA; Vieira-da-Silva, LM. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro:Ed. Fiocruz, p. 11-13
- Hartz, ZMA (2008) – Relatório executivo do plano de trabalho de fortalecimento da capacidade de avaliação do Sistema Único de Saúde-SUS. Termo de Cooperação da Secretaria Executiva/Ministério da Saúde e OPAS/OMS
- Hartz, Z; Ferrinho P (2011) Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 In A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento. Livro de Homenagem a Sakellarides. Lisboa: Editora Gradiva, pp.58-79
- IDRC-2007. Working Together to Strengthen Skills. IDRC's Strategic Evaluation of capacity development, Phase 3: Developing the Framework. www.idrc.ca/evaluation
- LaFond, Anne and Brown, Lisanne. *A Guide to Monitoring and Evaluation of Capacity-Building Interventions in the Health Sector in Developing Countries*. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 7. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill. 2003.
- LaFond,Brown&Mcintyre-2002. Mapping Capacity in Health Sector: a conceptual framework. *International Journal of Health Planning & Management*, 17:3-32.
- Mayne J, Johnson N (2015). Using theories of change in the CGIAR Research Program on Agriculture for Nutrition and Health. *Evaluation* 21(4), pp. 407–428 <http://doi.org/10.1177/1356389015605198>
- Miner KR; Childers WK, Alperin W, Cioffi J & Hunt, N.2005. The MACH Model: from Competencies to Instruction and Performance of the Public Health Workforce. *PHR*. 2005;120 (S1):9-15
- Ramírez R, Kora G, Shephard D (2015). Utilization Focused Developmental Evaluation: Learning Through Practice. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation* 11(24) 37–53
- Rey L (2011). L'évaluation développementale – Enjeux méthodologiques et défis contextuels. *20ième Colloque annuel de la SQEP*
- Rey, L; Tremblay, M-C ; Brousselle, A (2014) Managing Tensions Between Evaluation and Research: Illustrative Cases of Developmental Evaluation in the Context of Research. *American Journal of Evaluation*, Vol 35, 1:45-60
- Russon C & Russon K 2006 The Evaluation Capacity Development Group: A new Nonprofit Organization (www.ecdg.net). *Journal of Multidisciplinary Evaluation*, 4:13-25
- Santos, EM e Cruz MM (2015). Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática da avaliação dos programas de controle dos processos endêmicos. Editora Fiocruz, 253p
- Stevahn, L; King, JA; Ghery, G and Minnema J. 2005. Evaluator competencies in University- based Evaluation Training Programs. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 20(2):101-123
- Valters C (2014). Theories of Change in International Development: Communication, Learning, or Accountability? *The Justice and Security Research Programme* 17
- Walker R (2015). Relating Outputs, Outcomes and Impact in the Evaluation of International Development Projects. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation* 11(24), pp. 76–83
- World Bank (2004). Influential Evaluations
- Yin, R. K & Davis, D. (2007). Adding new dimensions to case study evaluations: The case of evaluating comprehensive reforms. *New Directions for Evaluation*, nº 133, springer: 75-93.

A efetivação do direito universal à saúde: os casos de Portugal, Brasil e Cabo Verde

The universal right to health: the case of Portugal, Brazil and Cape Verde

Fernando Passos Cupertino de Barros, MD, PhD

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Brasil
Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil - CONASS
fernandocupertino@gmail.com

Luís Velez Lapão, PhD, MSc

Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical
IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal;
luis.lapao@ihmt.unl.pt

Resumo

Os autores traçam uma análise dos sistemas de cuidados primários de saúde de Portugal, Cabo Verde e Brasil, salientando os aspetos ligados ao direito à saúde e sua efetiva garantia por meio da organização de sistemas e serviços de cuidados de saúde primários. Destacam os avanços e as principais estratégias utilizadas e apontam os desafios que persistem e que devem ser superados. Salienta-se ainda o peso da reunião de Alma-Ata para o reforço da estratégia da saúde da família e a distinção de Portugal, onde a criação da carreira de médico de família teve impacto muito significativo. Discorrem, ainda, sobre os fatores que têm influência nos processos de reforma e de reorientação dos serviços de saúde calcados sobre o fortalecimento da atenção primária à saúde.

Palavras Chave:

Cuidados de Saúde Primários, CPLP, acesso universal à saúde, Alma-Ata, fortalecimento dos profissionais de saúde.

Abstract

The authors make an analysis of primary care health systems of Portugal, Cape Verde and Brazil, highlighting the aspects of the right to health and its effective enforcement through the organization of primary healthcare systems and services. Highlight the progress and the main strategies used and point out the challenges that remain and must be overcome. The relevance of the Alma-Ata meeting for the strengthening of the family health strategy is addressed, whereas the distinction of Portugal, where the creation of the family doctor career had very significant impact. Finally, the factors that influence the reform and reorientation of health services trampled on strengthening primary health care are discussed.

Key Words:

Primary Healthcare, CPLP, universal access to health, Alma-Ata Meeting, health workforce strengthening.

1. Cuidados de Saúde Primários e o acesso universal à saúde

O Relatório Mundial da Saúde de 2008 propôs que os serviços de cuidados de saúde primários (ou atenção primária à saúde, APS) bem organizados são necessários "agora mais do que nunca" (OMS, 2008). Estes serviços de APS funcionariam como uma estratégia adequada para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, para resolver os problemas de aumento de custos e as expectativas de qualidade dos utilizadores. Barbara Starfield foi provavelmente a primeira a ter mostrado o valor dos cuidados primários através do estudo, evidenciando o lado positivo de seu impacto sobre os resultados de saúde (Starfield, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) está muito comprometida com a APS e este relatório de 2008 celebra e reconhece sua importância, trinta anos depois da Assembleia da OMS realizada em Alma-Ata, em 1978, dedicada a reforçar a necessidade de acesso integrado e universal aos cuidados de saúde.

A APS pode ser definida como na Declaração de Alma-Ata Assembleia (WHO, 1978). Os serviços de APS apresentam variações significativas em toda a Europa, tal como demonstrado por um recente projeto da Comissão Europeia Euprimicare, em 2012, embora a maioria deles partilhe (Starfield, 2002) características identificadoras de uma APS (Lapão, 2014):

- Para ser a entrada principal para os serviços de saúde;
- A continuidade dos cuidados (ou seja, longitudinalidade): o paciente mantém o vínculo com o serviço de saúde ao longo do tempo;
- Integralidade: como o primeiro nível de cuidados de saúde deve ser responsável por todos os problemas de saúde do paciente. Mesmo que parte deles tenha que ser resolvida através de referência para um nível secundário ou terciário, o serviço de cuidados de saúde primários deve sempre ter co-responsabilidade.
- Coordenação do cuidado: mesmo que uma parte significativa dos serviços de saúde são fornecidos em outros níveis de cuidados de saúde, a APS deve sempre ter o papel de organizar, coordenar e integrar essas atividades assistenciais.

Estas características, embora procurando melhores resultados com menos custos, representam um conjunto de desafios muito difíceis. A pretensão de ter serviços de APS mais organizados, os gestores mais qualificados e profissionais de saúde, maior nível de integração com os cuidados secundários, incluindo integrado e sistemas de informação interoperáveis, são cada um deles um desafio de grandes proporções e complexidade. O principal objetivo da APS é, de facto, apoiar as condições para uma "melhor saúde para toda a população".

Neste contexto, a OMS identificou cinco principais elementos necessários para alcançar este objetivo (OMS, 2008; Lapão 2014):

- Reduzir a exclusão e as desigualdades sociais em saúde (isto é, introduzir reformas que permitam uma cobertura verdadeiramente universal);
- Promover a organização de serviços de saúde de acordo com as necessidades (avaliado) de saúde e as expectativas das pessoas (ou seja, prestação de reformas que promovam uma organização adequada de serviços);
- Efetivar a integração dos cuidados de saúde em todas as políticas (ou seja, políticas públicas e reformas);
- Buscar oportunidades de diálogo sobre políticas e modelos de colaboração (ou seja, proporcionar oportunidades para envolver todos os atores, permitindo que lideranças possam emergir, etc.); e,
- Aumentar a participação dos diversos intervenientes (isto é, mais responsabilidade a cada um dos atores que se encontram no interior do sistema de saúde).

A este respeito, a abordagem da APS poderia representar um meio para desenvolver uma estratégia de longo prazo orientada para cobrir as necessidades de saúde da população, exigindo um compromisso dos governos e outros jogadores para organizar os serviços de saúde, de modo a corretamente responder a essas exigências (Starfield, 2007). Em geral, e de acordo com Starfield (2007; 2011), os países com sistemas de saúde orientados para a APS têm normalmente melhores resultados de saúde (ex: menos crianças com baixo peso ao nascer; maior expectativa de vida, em quase todas as faixas etárias; menor mortalidade geral, menos mortalidade por doenças cardíacas);

A reforma da APS centra a sua atenção no desenvolvimento de ferramentas para melhorar a qualidade e reduzir custos. No Reino Unido e em outros países, a maioria dos médicos de clínica geral (GP) já estão sob um contrato-programa (Campbell et al, 2007; Reischauer et al, 2003). O Observatório Europeu da Saúde recomendou a adoção de estruturas organizacionais mais flexíveis para lidar com o aumento da complexidade das organizações de saúde e seus ambientes, isto é, uma perspectiva mais ampla é necessária para incluir o controle clínico e qualidade. Trisolini (2004) demonstrou potencial para permitir a melhoria da qualidade e custo, mas assegura que não é um processo fácil. No Canadá, Portugal e Reino Unido, a liderança tem sido considerada uma questão-chave no contexto da reforma (Dickson, 2009; Lapão & Dussault, 2011).

Fortalecer a APS pressupõe que as novas atividades e funções são desenvolvidas para atingir os objetivos da organização, tais como o fornecimento de acesso equitativo aos serviços, garantindo a sua eficácia, produzi-los de forma eficiente, e atender às necessidades e expectativas da população (Lapão & Dussault, 2012). Por sua vez, isto requer que a capacidade adequada exista em vários níveis. A capacidade pode ser vista como a capacidade das organizações para desenvolver e implementar estratégias a fim de atingir seus objetivos. Ela exige que os gestores e funcionários tenham competências consistentes com a missão, tenham a adequada informação, apoio de técnicos financeiros e disponibilidade de recursos humanos, para além

de mecanismos organizacionais e que funcionam bem para apoiar o fornecimento dos serviços (Potter e Brough, 2004; Mizrahi, 2004). No caso de implementação de uma mudança tão grande como uma reforma dos CSP, também é necessário um ambiente institucional e de políticas de apoio. Por exemplo, as regras que regem a divisão de trabalho entre as diversas categorias profissionais envolvidas na APS precisam ser ajustadas às necessidades deste tipo de serviços (Barringer e Jones, 2004). A capacidade não é, portanto, reduzida à formação e recrutamento de mais pessoal, mas um complexo conjunto de medidas que, em combinação, devem apoiar um processo de mudança.

No seguimento vai-se explorar e debater os processos de reforma dos seguintes países da CPLP, Brasil, Portugal e Cabo Verde. No final apresentar-se-á uma discussão e as conclusões da comparação entre estes países.

2. A reforma da atenção primária no Brasil

2.1. O contexto

Na América Latina, a partir de meados dos anos 1970, um movimento do setor académico que procurou recuperar as ideias de causalidade social do processo saúde-doença, que haviam declinado após o advento da era bacteriológica, tem início no México e no Equador, e posteriormente no Brasil. Neste, a iniciativa intitulou-se “Movimento da Reforma Sanitária”, e foi protagonizado por Arouca, com suas críticas ao “preventivismo”, e por Donnangelo, com seus estudos sobre saúde e sociedade (1). Não se pode, ainda, esquecer o papel propulsor exercido pelos postulados da Conferência de Alma-Ata, em 1978, com sua ambição de “saúde para todos no ano 2000”, cujo documento final salienta a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde, ressaltando o papel que a lacuna entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento então representava, exortando ainda todos os países à cooperação, na busca pelo objetivo comum da saúde, numa ação entendida como direito e dever de todos, individual e coletivamente (2). A Constituição Federal Brasileira de 1988 reconheceu e deu força constitucional a princípios e pensamentos defendidos pelo “Movimento da Reforma Sanitária”. Assim, valores sociais

como o direito de acesso universal e a integralidade da atenção passaram a refletir a opção da sociedade por um sistema de saúde típico de um Estado de bem-estar, em substituição a um sistema excludente e desigual que existia antes de 1988. A saúde ganhava, assim, o estatuto de direito constitucional a ser garantido por um sistema público, de acesso universal, intitulado Sistema Único de Saúde – SUS.

No Brasil, no campo da “Saúde Coletiva”, tem-se procurado enfaticamente destacar que a superação de desigualdades em saúde exige a formulação de políticas públicas equânimes, o que implica, por um lado, em reconhecer a saúde como um direito de cidadania e, por outro, em priorizar as necessidades como categoria essencial para a promoção de justiça. É preciso, ainda, incorporar à pauta certas diferenças e diversidades como as relacionadas à questão das condutas de risco e das heterogeneidades de base étnico-culturais (3).

Por outro lado, mesmo decorridos mais de 25 anos, seria ingenuidade supor que o SUS não apresentasse desigualdades na prestação. Estas, de uma forma ou outra, persistem mesmo em países com sistemas universais bem mais antigos e consolidados do que o brasileiro, embora em escala bem mais reduzida do que em países onde prevaleça o mercado na saúde. Com o SUS, que institucionalizou o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a exclusão formal desapareceu, mas não a iniquidade. Esta subsiste, seja em decorrência de fatores como a desinformação, que está associada aos diferenciais de escolaridade, seja por deformação em determinadas políticas públicas. Em algumas delas ainda estão presentes os privilégios e a discriminação (4).

A existência de financiamento suficiente, capaz de garantir acesso universal e integralidade dos cuidados de saúde à população é condição fundamental para que tudo o mais possa acontecer. Assim, se levarmos em conta o comportamento do gasto em saúde na América Latina, não é difícil concluir que há uma patente incapacidade de assegurar coberturas universais, sendo os recursos altamente dependentes de regimes contributivos, ao que se soma a vulnerabilidade dessa política em face do comportamento pró-cíclico do gasto público, além dos elevados valores deste último. No Brasil, em particular, houve - e continua a existir - a concomitância de alguns fatores que contribuem para



Brasil: unidade de saúde fluvial no Rio Amazonas*



Brasil: uma agente comunitária de saúde em ação*

manter e até mesmo aprofundar situações de iniquidades sociais, com seus inevitáveis reflexos sobre a saúde. Além de um gasto público que está significativamente em desacordo com o próprio sentido de existir de um sistema público de saúde, o país adota um sistema tributário altamente regressivo, que privilegia a taxaço sobre o consumo, em lugar daquela sobre renda e riqueza – o que acentua as desigualdades antes mesmo da alocaço dos recursos, como bem lembra Sónia Fleury (5). Portanto, antes de se gritar pelo necessário aumento no gasto público em saúde, é preciso perguntar quem efetivamente contribuiu para o orçamento público.

A situaço é ainda mais agravada pelo facto de que a pretendida descentralizaço da saúde, ancorada em marcos legais, não se tem feito acompanhar por equivalente contrapartida financeira dos três entes federados. Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde (6). Nesse mesmo período, a União (i.e. o governo federal do Brasil) aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em cerca de 75%, em relação a 2000. Assim, dois terços do aumento dos recursos para as ações e serviços públicos de saúde naquele período foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto somente um terço foi oriundo dos recursos injetados pela União. Contudo, mesmo com esses aumentos, em 2009 o gasto público em saúde encontrava-se em torno de 3,8% do Produto Interno Bruto (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2012), percentual muito inferior àquele aplicado por outros países que possuem sistemas universais de saúde (7).

No período de 2009 a 2012, o gasto total em relação ao PIB cresceu no Brasil, passando de 8,8% para 9,3% e diminuiu em Portugal de 10,8% para 9,4%. Enquanto isso, gasto público em relação ao gasto total cresceu no Brasil de 43,6% para 46,4% e diminuiu em Portugal de 66,5% para 62,6% sobre os gastos totais, segundo dados do Banco Mundial citados por Castro e Cortes (8).

O valor do gasto total em saúde com relação ao PIB indica que o Brasil encontra-se bem próximo à média do que se passa nos países desenvolvidos, portanto num nível de gastos considerado adequado. Contudo, quando se examina o percentual do gasto público em saúde, verifica-se que ele é muito baixo e incapaz de garantir que a norma constitucional se materialize na prática social, de modo a cumprir o princípio da universalidade do SUS.

Os gastos públicos em saúde em nosso país são muito baixos, quando comparados aos de outros países em dólares americanos com paridade de poder de compra. O gasto total em saúde é de 1.009 dólares, mas o gasto público per capita em saúde é de apenas 474 (menos de 50%). Esse valor não somente é muito inferior aos valores praticados em países desenvolvidos, mas é inferior também ao de países da América Latina como Argentina, US\$ 851,00; Chile, US\$ 620,00; Costa Rica, US\$ 825,00; Panamá, US\$ 853,00; e Uruguai, US\$ 740,00. A razão para esse baixo

gasto público em saúde no Brasil está no facto de que os gastos em saúde correspondem a 10,7% dos gastos do orçamento total dos governos, um valor muito abaixo do praticado em âmbito internacional, em países desenvolvidos e em desenvolvimento (9).

Estudos demonstram que a materialidade da política de saúde no Brasil pode ser vista a partir do comportamento dos gastos em saúde, observando-se um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula, e a mesma tendência no governo Dilma. No âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O perfil dos gastos em saúde não conseguiu atender aos ditames do sonho da reforma sanitária dos anos 1980. Implantado, em grande medida, do ponto de vista legal, não se materializou do ponto de vista prático. Os números revelam e explicam, em parte, as dificuldades e tensões do SUS (10).

2.2. A estratégia adotada, os resultados alcançados e os desafios a superar

Ao se analisar a trajetória do SUS, percebe-se um paradoxo interessante, bem assinalado por Flores e cols. (11): o facto de que a década de 1990, com a política neoliberal do governo Collor, produziu profundas dificuldades para a consolidaço do Sistema Único de Saúde no Brasil e foi, entretanto, nesse contexto, que surgiu a família como locus ideal e estratégico de enfrentamento da crise da saúde, aliando-se ao ideário político da promoço da saúde e da consolidaço da saúde como direito universal.

Assim é que surge o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, quando o Ministério da Saúde institucionalizou as práticas que, isoladamente, já vinham acontecendo em diversas regiões do país (12). A ele seguiu-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que viria a ser criado em 1994, ambos com duas importantes inovaço: o enfoque sobre a família, e não mais sobre a saúde individual, e o aspeto integrador com a comunidade, fugindo assim de um modelo médico-hegemónico. Assim, alguns aspetos adquiriram relevância para a implantaço do PACS: a escolha do agente comunitário de saúde e as condições institucionais de gestão local, envolvendo a mobilizaço da comunidade, processo seletivo, capacitaço e avaliaço; a formaço dos conselhos de saúde; o grau de autonomia financeira, o capital humano disponível e a capacidade instalada das recém-nascidas secretarias municipais de saúde. É, pois, lícito afirmar que o PACS foi um importante braço auxiliar na implementaço do SUS e na organizaço dos sistemas locais de saúde, dando dimensao de realidade concreta ao direito universal à saúde.

Todavia, seriam necessários mais de dez anos para que o Ministério da Saúde do Brasil, pela Portaria 648 de 28 de março de 2006, passasse a reconhecer o PSF como uma estratégia prioritária para organizar a atenço primária à saúde (APS), que tem como um de seus fundamentos principais possibilitar o acesso

universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, com o registro e a vinculação dos utentes. Em 2011, a Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011, revogou a portaria anterior, estabelecendo novas diretrizes e normas para a organização da APS, e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Os ganhos relativos à redução de mortalidade infantil e ao aumento da esperança de vida, em que a saúde tem uma importante contribuição, encontram origem, sobretudo, no caso do Brasil, no modo de organização dos cuidados de saúde primários, através da estratégia de saúde da família (13, 14, 15, 16). Além disso, são ainda perceptíveis a diminuição das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; a redução de complicações de diabetes e hipertensão; a estruturação da política de assistência farmacêutica básica; da implantação da política de medicamentos genéricos e da política de medicamentos de dispensação excepcional, com elaboração de protocolos clínicos e terapêuticos; e ainda o programa de controlo de HIV/AIDS, além do sucesso obtido no combate ao tabagismo.

Dois fatores parecem ter sido determinantes para o sucesso da estratégia adotada: (i) o papel destacado e peculiar do agente comunitário de saúde no fortalecimento dos cuidados de saúde primários e na própria consolidação dos sistemas locais de saúde e (ii) a perseverança no desenvolvimento de um modelo, o da Saúde da Família, como norteador e estruturador da APS, cujos resultados são hoje reconhecidos internacionalmente, a despeito das fragilidades existentes (17).

Embora reconhecida como uma experiência de sucesso, a ESF enfrenta diferentes desafios, tais como o recrutamento e a retenção de médicos com formação adequada ao provimento de serviços de APS; a heterogeneidade da qualidade local da atenção; a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário; a maior dificuldade de expansão da estratégia em grandes centros urbanos e a flexibilização da carga horária dos médicos das equipas de saúde da família, o que atenta contra um dos pilares da estratégia, que é a criação de

um vínculo de confiança por parte da população com relação ao médico e um enlace de responsabilidade deste profissional com relação às famílias a ele adstritas (18).

Assim, infelizmente, corre-se o risco de que os ganhos já alcançados pelo modelo de organização centrado na Saúde da Família percam força, fazendo com que a estratégia vá se tornando cada vez mais teórica e menos efetiva na sua prática quotidiana.

3. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

3.1. Contexto

Como muitos outros países, Portugal iniciou uma reforma dos serviços de saúde no sentido de reforçar os serviços de assistência à família, com vista a proporcionar acesso universal à saúde. Esta reforma teve várias iniciativas desde 1970, mas a mais incisiva teve início em 2005. Esta reforma teve duas grandes medidas, a criação de unidades de saúde da família (USF), e em 2008 a criação de uma rede de setenta e três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), abrangendo populações que variam de 50 000 a 250 000 habitantes (Lapão, 2008). Estes agrupamentos incluem centros de saúde tradicionais, bem como outros mais inovadores USF. Atualmente (dados de julho de 2015), há 421 USF, abrangendo uma população de mais de 5 milhões de habitantes, o que representa cerca de 50% dos residentes em Portugal e empregando 3.914 médicos e 3.860 enfermeiros (USF-AN, 2016). Os ACES são uma estrutura administrativa encarregada de melhorar a coordenação e a eficiência dos serviços de saúde a nível local através de um melhor planeamento e partilha de recursos. Cada ACES é gerido por uma equipa composta por um diretor executivo, um conselho clínico (de quatro membros que representam os diferentes grupos profissionais), e uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG). Os ACES são apenas parcialmente autónomos, pois não têm autonomia financeira. Eles reportam a uma das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), que têm a responsabilidade de planeamento, de alocação de recursos e de regulação. No entanto, os ACES representam um passo significativo no sentido da descentralização, num país que tem uma longa tradição de centralista.

A sua criação suscitou a questão do fortalecimento de capacidades de gestão para liderar equipas multi-profissionais, e de apoiar o ajustamento a um novo modelo de governação concebido para oferecer serviços adaptados às necessidades específicas de uma população. Com este processo, cerca de 400 novas posições de liderança foram criadas no processo. A maioria dos profissionais nomeados tinha pouca ou nenhuma experiência de gestão. Uma estratégia de formação foi desenvolvida para prover liderança e competências de gestão adaptadas às necessidades das suas tarefas,



Portugal: reunião histórica dos diretores executivos com o Secretário de Estado*

através de questionários de avaliação e observações, mas também analisando as percepções dos novos gestores e responsáveis clínicos sobre os benefícios decorrentes da sua participação em atividades de fortalecimento de capacidades, entre 2008 e 2010. A primeira seção descreve o perfil da população-alvo e o programa, chamado PACES (Lapão e Dussault, 2011), que foi projetado para prepará-los para as suas funções de gestão.

3.2. A estratégia

A implementação de uma reforma organizacional é, por definição, a passagem do modo de fazer as coisas para outro, e é um processo multidimensional em que as capacidades para efetuar a mudança são necessários a vários níveis (Braithwaite, 2008; Dickson, 2009). A mais óbvia é a de indivíduos que podem precisar de dominar novas competências na forma de conhecimento, mas também habilidades e atitudes. Os líderes formais podem ser os primeiros agentes de mudança, mas também podem fazê-lo falhar se não tiverem as competências certas ou práticas. Outros pontos são a estrutura organizacional e o ambiente institucional, políticas de apoio, regras, normas, processos e sistemas de incentivos são necessários para ajudar e motivar pessoas para alcançar os objetivos da reforma, tanto quanto infra-estruturas e outras ferramentas e recursos (de financiamento, informações, pessoal, etc.). O desafio está em projetar e implementar o tipo certo de estratégias que irão criar o ambiente que pode apoiar uma mudança efetiva. Como alguns autores colocam, "todo sistema humano - um país ou setor ou rede ou grupo ou indivíduo - tem dentro de si o potencial para desenvolver a sua própria capacidade" (Baser e Morgan, 2008). O desenvolvimento de capacidades é o "processo de desbloqueio ou indução dessas capacidades". De salientar que a estratégia que o Ministério da Saúde de Portugal adotou para a reforma incluiu o fortalecimento da capacidade dos futuros gestores dos ACES, que implicou uma colaboração com as Universidades.

3.3. Processo de reforma

O Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2008) argumenta que a APS é uma estratégia adequada para melhorar acesso aos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, para resolver os problemas de aumento de custos de serviços e expectativas dos utentes. O fortalecimento da APS pressupõe novas atividades e funções a serem desenvolvidas a fim de alcançar os objetivos organizacionais, tais como o fornecimento de acesso equitativo a serviços, garantindo a sua eficácia, produzindo-os de forma eficiente para satisfazer as necessidades e as expectativas da população. Por sua vez, isto requer que capacidades adequadas a vários níveis. A

capacidade pode ser vista como a capacidade de uma organização para desenvolver e implementar estratégias para alcançar as suas metas.

Em Portugal, a reforma consistiu, principalmente, no desenvolvimento de um novo modelo de gestão e de governação clínica na perspetiva de melhorar o acesso aos serviços de APS, para reduzir a utilização inadequada de serviços hospitalares e de emergência, para obter ganhos de eficiência e melhor controlo de custos. O objetivo final era assegurar que todos os residentes em Portugal estariam registrados com um médico de medicina familiar, numa unidade de saúde familiar (USF) (Lapão, 2008). A "reforma" começou em 2005, num contexto político e económico favorável e foi promovido por um governo de maioria (os anteriores tinham sido principalmente governos de coligação). O principal desafio eram um défice de médicos especialistas em medicina familiar e a implementação de novas estruturas organizacionais. As ideias base da reforma estavam em linha com as tendências europeias e em continuidade com as medidas tomadas nos últimos 30 anos: a criação da especialidade de Medicina Geral e Familiar, a promoção da prática de grupo e do trabalho em equipa, a introdução do pagamento adicional, como um incentivo



Brasil: as mais de 40 mil equipes de Saúde da Família atuam também no combate ao *Aedes aegypti**

para executar serviços específicos (por exemplo, a imunização ou um programa de controlo da diabetes) e de capitação parcial para complementar taxa de serviço, o desenvolvimento de serviços ao domicílio e o reforço do papel de ponto de entrada para a APS (Bodenheimer et al, 2002; Macinko et al, 2003; Grumbach, Bodenheimer 2004; OMS, 2008). Uma área em que a reforma portuguesa tem

avanzado pouco é a da expansão dos papéis dos enfermeiros e outros profissionais a quem os médicos poderiam delegar algumas das suas funções tradicionais (Buchan et al., 2012).

As primeiras políticas para organizar os serviços de APS foram aprovadas em 1962, com vista a enfrentar uma taxa de mortalidade infantil bastante alta (77,5 %) (INE, 2001), que consistiu principalmente num programa de vacinação e no desenvolvimento de serviços materno-infantis em todas as regiões do país, com o apoio da Igreja Católica, por meio das suas Santas Casas da Misericórdia. Com o surgimento do regime democrático, em 1974, um dos objetivos declarados dos novos dirigentes era a criação de um Serviço Nacional de Saúde, com base no modelo britânico, o que aconteceu em 1979. Em 1982, a especialidade do médico de família foi criada e no ano seguinte, a implementação de uma segunda geração de centros de saúde foi lançado, com os novos especialistas (Pisco, 2008). Em 1985, a Asso-

ciação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMCG) foi criada reunindo médicos que trabalhavam na APS e para defender mais apoio para a reforma (APMCG, 1991).

Em 1996, novas modalidades organizacionais e de gestão foram introduzidas: exemplos são os "Grupos Alfa", onde as equipas de médicos de família aceitam alinhar sua prática em objetivos negociados com a autoridade regional de saúde, para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Outro caso foi o "regime remuneratório experimental" (RRE), que consistia numa melhoria do modelo "Alfa", com novos mecanismos de remuneração, a criação da lista de pacientes e o pagamento por capitação ligados a indicadores de desempenho (Conceição et al., 2005), e organizadas com base nas necessidades e práticas de governação clínica, tais como auditoria clínica, diretrizes, e trabalho em equipa (van Zwanenberg e Harrison, 2007; Biscaia et al, 2006; Baker et al, 2001). Em 2005, os resultados da avaliação primeira do RRE foram publicados e as conclusões foram positivas (Gouveia et al., 2005).

Em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu um grupo de trabalho ("Missão para a Reforma dos CSP") para coordenar a criação de Unidades de Saúde Familiares (USF), como entidades autónomas e voluntariamente constituídas e com metas de trabalho bem definidas (Biscaia, 2006a; Lapão 2008). As primeiras tiveram início em setembro de 2006. Em dezembro de 2007, abriu-se a USF de número 100.

A reforma da APS pode ser vista como um processo de transformação em que os gerentes devem exercer a liderança no apoio a seus colegas na busca de soluções inovadoras para problemas complexos em um ambiente em mudança (e Plsek Wilson, 2001; Lapão 2008; Dickson, 2009) Qualquer processo de mudança e reorganização é complexo e demorado, razão pela qual a liderança gestão na implementação dos ACES foi considerada fundamental para o sucesso da reforma, por exemplo, para desenvolver um mistura equilibrada de médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e dietistas com as habilidades para trabalhar em equipa, para avaliar as necessidades da população e para projetar e fornecer serviços que respondam a estes. Isto supõe o acesso a boas bases de dados e sistemas de informação, monitoramento e ferramentas que não estavam disponíveis anteriormente. A crescente sofisticação de doenças e a gestão de medicamentos também requer farmacêuticos mais e melhor treinados e assistentes de farmacêutico (Gregorio e Lapão, 2011).

O programa de capacitação PACES criou oportunidades para que os administradores executivos passassem a analisar planeamento e problemas de gestão e de compartilhar soluções potenciais com os colegas. Mas um programa de treinamento não é suficiente para criar as condições que

facilitam a mudança, são precisos outros instrumentos que orientem a evolução do processo de mudança. No entanto, alguns efeitos positivos podem ser atribuídos ao programa de PACES, além dos ganhos de aprendizagem que dele resultaram. Facilitou a criação de um espírito de grupo e hábitos de trabalho em rede entre os gestores. Em discussão com eles, os participantes mencionaram que isso ajudou nas suas relações com as autoridades regionais e que as estratégias de partilha sobre como estimular a criação de USF foram úteis. Foram os gerentes mais jovens (<40 anos), e menos experientes, os que mais se beneficiaram com a participação, tanto em termos de aprendizagem como na obtenção de reconhecimento das suas capacidades de seus pares.

Os decisores políticos devem considerar que, além de abordar as necessidades de fortalecimento de capacidades organizacional e institucional, é preciso apoiar os gestores ACES de uma forma continuada. É necessário haver mais pesquisa sobre a avaliação do impacto de treinamento de liderança a fim de fornecer aos decisores políticos estratégias para melhor apoiar as suas reformas. Mas mesmo que um programa atinja todos os seus objetivos, outras variáveis, tais como sistemas de gestão eficazes, um quadro regulamentar adequado e incentivos financeiros são necessárias para apoiar a mudança.

A teoria dos "three-streams" de Kingdon (1995) sobre o desenvolvimento de políticas é útil para entender como um problema atinge a agenda política: "a corrente do problema" como são as questões reconhecidos e levadas para a agenda pública; a "corrente de políticas", quais são as opções alternativas oferecidas aos decisores políticos e a "corrente política", em que os atores políticos incluem a questão nas suas agendas. Isto pode ser visto como um "conjunto de processos" que podem ser reconstituídos retrospectivamente para identificar os fatores que influenciaram a conduta de uma reforma (Lapão & Dussault, 2012).

Em Portugal, a reforma da APS tornou-se parte do programa de Governo em 2005, depois de várias alternativas terem sido propostas em diversos relatórios e estudos. Por exemplo, os estudos de custo-benefício de serviços de APS (Gouveia et al., 2005), e as experiências-piloto realizadas entre 1996 e 2004 (Lapão, 2008). A ideia de uma tal reforma havia sido discutida há mais de 25 anos, mas foi somente em 2005 que atingiu a agenda política quando um novo governo tomou posse. Este último delegou a responsabilidade para a implementação da reforma a uma *task-force* definida para o efeito, transformando um objetivo político numa questão técnica, mas sempre acompanhada politicamente.

No âmbito da reforma da APS, cada uma das três correntes seguiu sua própria lógica e tinha as suas próprias forças motrizes. Alguns responsáveis da Associação Portuguesa de Medicina Familiar eram membros proeminentes

tes ligados ao partido eleito em 2005 e que ajudou a levar a reforma da APS para a agenda política. Mais, um documento técnico elaborado por esta associação defendendo a reforma tornou-se fundamentalmente parte do programa de governo. A combinação de apoio governamental e de associações profissionais "criou uma janela política" favorável para o lançamento da reforma. Tendo em conta que na "janela política, as oportunidades para a ação permanecem abertas apenas por curtos períodos" (Kingdon, 1995), era preciso agir com celeridade. A "janela" era estreita, até porque nem todos os interessados eram favoráveis: conselhos profissionais, faculdades de medicina, associações de médicos especialistas não se opuseram à reforma, mas seu apoio foi bastante calculista, porque não tinham participado na sua conceção. O tempo necessário para colocar pessoas ou recursos era grande, por questões regulamentares e administrativas, o que atrasava o ritmo da reforma. Quando tudo estava pronto, a crise financeira chegou a Portugal e o apoio enfraqueceu ainda mais. Em suma, uma combinação de fatores internos e externos mudou o ambiente de favorável para menos favorável em uma questão de dois anos. Novos estudos de viabilidade económica ou técnica foram conduzidos para explorar opções políticas alternativas para lidar com as dificuldades da reforma. Na falta de uma política de saúde da força de trabalho, a estratégia para responder à escassez de médicos e enfermeiros em áreas carentes, um grande obstáculo para o desenvolvimento de serviços de APS, o Ministério da Saúde optou por contratar profissionais de saúde a partir do estrangeiro, nomeadamente de Cuba, Colômbia, Costa Rica e Uruguai. No geral, houve uma desconexão entre as políticas e as necessidades dos gestores responsáveis para implementar a reforma da APS. Não existe qualquer indicação do esforço feito para identificar as necessidades. No âmbito de uma reforma, uma nova cultura de gestão estratégica precisa ser desenvolvida e sustentada, o que requer novos conhecimentos, novas ferramentas, bem como um ambiente político favorável, aberta à inovação, além de objetivos claros (Hamel, 2006; Dickson, 2009; Mable, Marriot, Marriot-Mable, 2012). Os gestores que entrevistamos relataram que esses pré-requisitos não foram cumpridos. Sendo estas apenas percepções, deve-se considerar como influenciaram a motivação e o comportamento dos gestores, com repercussões sobre os prestadores de serviços.

A principal mensagem que se pode reter é que o desenvolvimento de uma reforma, mesmo quando é suportada por um processo de fortalecimento da liderança e da capacidade de gestão dos profissionais da saúde requer um esforço contínuo de conhecimento da realidade, do que vai sendo necessário, de apoio organizacional, e de incentivos e recursos adequados. Uma mensagem recorrente dos gestores durante o processo de reforma era "se as autoridades regionais nos derem recursos, nos termos da lei, nós podemos fazer o nosso trabalho!" (Lapão & Dussault, 2011).

4. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Cabo Verde

4.1 Contexto

Ao longo dos anos, sendo a saúde em Cabo Verde organizada num sistema nacional de saúde, os governos de Cabo Verde foram procurando desenvolver as infra-estruturas sanitárias do sistema de saúde que melhor correspondessem às necessidades de saúde das populações locais (Lapão, 2012). É notório o esforço realizado nos últimos anos (7-9% do PIB). Desde a criação recente das regiões sanitárias à aposta na melhoria das instalações hospitalares (2 hospitais centrais e 3 regionais), a aposta nos cuidados primários (cerca de 30 centros de saúde) e na saúde pública, que inclui 34 postos sanitários em todas as ilhas, centros de saúde reprodutiva, centro de saúde mental, centro de terapia ocupacional e mais de 110 unidades sanitárias de base, apenas com agente sanitário.

Cabo Verde segue os princípios de organização de serviços de saúde procurando a universalidade do acesso, recorrendo sempre que possível a tecnologia e a pessoal qualificado (maioritariamente treinado fora do país) para melhorar a qualidade da atenção, a todos os níveis dos serviços de saúde (Cabo Verde, 2014; Lapão, 2012).

Neste contexto, os cuidados de saúde primários têm um papel importante no acompanhamento da saúde das populações. A lei nacional determina que cabe a estes serviços ser o ponto de entrada, identificando as necessidades das populações a servir; encaminhá-lo para o diagnóstico diferenciado e serviços dos níveis secundário ou terciário se necessário; dar continuidade às intervenções; seguir a evolução e avaliar repetidamente o conjunto de problemas de saúde. Mas até há cerca de 10 anos os hospitais centrais tinham um papel importante, sobretudo na componente aguda. É depois de 1996, e do projeto Saúde Urbana para a Cidade da Praia que se começam a tomar medidas de reorganização dos serviços, mas ainda com uma grande centralidade hospitalar (Cabo Verde, 1999). É preciso ter em conta que apenas em 1992 é integrada na constituição a saúde para todos. Em 2000 atingiu-se o valor de 70 anos de expectativa de vida. O rácio médico/habitantes passou de 1/2675 em 1997 para 1/2.245 em 2006, e o rácio enfermeiro/habitantes quase duplicou entre 1997 (1/1807) e 2006 (1/1034) (Cabo Verde, 2007). Muitos parceiros contribuem para a dinâmica do serviço de saúde, sobretudo a Organização Mundial de Saúde e alguns países doadores.

Mas é em 1996 que se inicia a preocupação pelos Cuidados Primários, ao mesmo tempo que há uma liberação do sector. E sobretudo a partir de 2003, com o Decreto-Lei 25/2003 que se dá a grande aposta nos cuidados de saúde primários, com uma forte reorganização dos serviços, apostando num maior acompanhamento de necessidades específicas da população, das crianças aos mais idosos.



*Cabo Verde: novo Centro de Telemedicina em 23 de Julho de 2015 – Apoio à ligação entre centros de saúde e hospitais**

Esta Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n. 25/2003 de 25 de Agosto) estabelece três pontos (Cabo Verde, 2007):

- Criação de regiões sanitárias “aonde e quando possível”;
- Descentralização do SNS pelas delegacias de saúde;
- Circunscrição municipal (divisão administrativa do país). Aqui com enfoque nos cuidados primários.

Mais recentemente, no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012-2016) apresenta 4 objetivos principais:

1. Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde;
2. Garantia da qualidade técnica crescente dos cuidados;
3. Melhoria do acesso aos serviços, da humanização no atendimento e da satisfação do utente;
4. Melhoria do desempenho do serviço nacional e da gestão dos recursos de saúde, com reforço da descentralização em direção às delegacias de saúde e às regiões sanitárias e maior diferenciação do nível central de prestação e de gestão.

Os cuidados primários de saúde são alvo prioritário destes objetivos. Entre os programas este pretendem promover a qualidade dos serviços e o acesso com profissionais mais qualificados. Um exemplo é o objetivo específico de “pôr a funcionar uma rede de Centros de Saúde, para uma resposta contínua, global e integral aos episódios de doença ou de risco, que assegure a cobertura da atenção primária a toda a população;”. Fica também claro que os cuidados primários têm uma base organizacional municipal e uma aposta no equipamento técnico para apoiar os exames de diagnóstico, para prestarem melhor serviço.

4.2 Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários nos Centros de Saúde

A maioria dos centros de saúde (CS) está equipado com salas de consulta, farmácia básica, camas para curto internamento e dispõe de sala para partos. Há diferença



*Brasil: atendimento domiciliar por equipe de Saúde da Família**

entre centros de saúde urbanos e rurais. Nos CS urbanos, onde a proximidade ao hospital local reduz a necessidade a atividades complementares de diagnóstico. Nos CS/Delegacias de saúde nas ilhas é frequente existir acesso a meios de diagnóstico complementar, em poucos existe a possibilidade de fazer um raio-X.

É nos CS onde as populações têm acesso a cuidados prestados por um médico, seja por procura direta (e.g. pequena emergência) seja por consulta agendada (ambulatório), prestando ainda serviços de internamento quando necessário. Nos últimos anos, tem-se feito a consolidação dos serviços prestados nos CS para aumentar a cobertura. O alargamento do número dessas estruturas foi sendo feito à luz de alguns pressupostos (Cabo Verde, 2007):

1. Constitui o local por excelência para a prestação de cuidados globais e integrados.
2. É importante reforçar as atividades curativas para responder às situações de doença das populações, nomeadamente, alargar a gama de respostas, aumentar a oferta e a qualidade de determinados serviços complementares, e, sobretudo, melhorar a acessibilidade das populações a essas prestações.

Hoje é já claro que há uma boa utilização dos serviços dos centros de saúde sobretudo no controlo das doenças crónicas (Gonçalves et al., 2015). Tem-se feito uma aposta nas consultas programadas de medicina geral, incluindo o seguimento de doentes de evolução prolongada (crónicos), com o objetivo de reduzir o atendimento urgente aos casos reais. Os espaços de internamento têm vindo a ser reduzidos, mas é difícil de os fazer desaparecer em áreas onde não há acesso fácil a hospitais. Ao mesmo tempo tem havido uma melhoria nas funções preventivas e promocionais dos CS, através dos serviços e de comunicação, por vezes em colaboração com os municípios. Nestas áreas e na saúde pública, o desenvolvimento de atividades são usualmente coordenadas pelas delegacias de saúde, na pessoa do delegado de saúde.

Entre 2008-2011 foram construídas as seguintes infra-estruturas associadas aos cuidados primários (Cabo Verde 2014):

- Centros de Saúde de Achada de Santo António, Tira-Chapeu, Achadinha, Achada Grande Trás e Ponta de Água, na cidade da Praia;
- Centros de Saúde de Tarrafal de Santiago, Boavista, Maio e Mosteiros; Postos Sanitários de Telhal e Chão Bom. Mais tarde construiu-se a Delegacia de Saúde de São Vicente. Foram ainda remodelados os Centros de Saúde de Paúl (Santo Antão), de Santa Cruz e de Cova Figueira.

Quando aos recursos humanos, apesar da persistente carência, nos últimos anos tem sido feita uma aposta para renovar e adquirir novas áreas, como é por exemplo o novo serviço de diálise, integrado no Hospital Agostinho Neto. Mas os CS necessitam de mais médicos e enfermeiros qualificados, bem como de outros especialistas, como sejam técnicos de higiene e epidemiologia, técnicos de gestão de informação para ajudar nas estatísticas. Os CS possuem uma equipa de saúde chefiada por um médico e dispõem duma rede de extensões (ou postos sanitários) para estar mais próximos das populações. As estruturas físicas são heterogéneas (Cabo Verde, 2014). Nos CS urbanos (CSU), perto de instituições hospitalares, regionais ou centrais, a função de internamento não se justifica. O critério de população servida não deve ser o único considerado, dadas as heterogeneidades entre as várias ilhas: existem 8 CS com menos que 10 000 hab., 7 entre 10 000 e 20 000 e 2 acima de 20 000 hab. (Cabo Verde, 2014).

Os objetivos de prestação de serviços dos CS são (Cabo Verde): garantir um acesso facilitado a, pelo menos, 70% da população servida, a 30 minutos de distância do local de residência; pelo menos 90 % dessa população deverá estar até uma hora de distância (68% a menos de 30 minutos e 14% a mais de 1 hora), tendo em atenção os aspetos ligados ao acesso (estradas, custos de deslocação, etc.). Estes devem ter urgências por períodos entre 12 a 24 horas todos os dias. A lista de serviços prestados varia de CS para CS mas inclui, além das consultas e do internamento, visitas itinerantes programadas às zonas mais distantes e receção de especialistas vindos dos hospitais; vigilância à saúde individual (mulher, criança, saúde mental, saúde oral, saúde ocupacional, profilaxia das doenças evitáveis, promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, algum apoio ao nível da ação médico-social integrada, garantia de evacuação referenciada de doentes cuja situação clínica ultrapassa a capacidade técnica instalada no CS (hoje apoiada por telemedicina), exames complementares de diagnóstico de análises clínicas (num laboratório ou posto laboratorial para recolha das amostras e entrega dos resultados); Radiologia para tórax e ossos; Ecografia; etc. (Cabo Verde, 2005).

Claramente os CSP em Cabo Verde estão num processo evolutivo e de amadurecimento, com a entrada de médicos mais familiarizados com as doenças crónicas e com a

relação de referenciação com os hospitais vem trazendo maior consciência dos desafios. Mas ainda há muito para fazer. Com a criação do curso de medicina procurar-se-á ter acesso a mais profissionais qualificados e conhecedores destes desafios. Mais cedo ou mais tarde a questão da carreira de medicina geral e familiar e das equipas multi-disciplinares virá a colocar-se.

5. Discussão

As experiências dos três diferentes países de língua portuguesa mostram, com clareza, que é necessário existir uma correlação de forças favorável à implementação de reformas e mudanças de paradigma, em que se incluem um componente político, um componente técnico e um forte componente de formação, em que estejam presentes tanto a dimensão da conscientização e adesão a uma proposta de mudança, quanto aquela relacionada ao reconhecimento de lideranças capazes de disseminar o processo.

Ao contrário de Portugal, que teve o cuidado de contemplar todos os elementos necessários para que uma reforma pudesse ocorrer, o Brasil não se preocupou inicialmente com a formação de médicos de família, embora tivesse feito uma clara opção pela estratégia de saúde da família como modelo de organização da APS. Assim, os ganhos obtidos, embora significativos, situam-se aquém do necessário e traduzem certa frustração com respeito às ambições iniciais. Pela mesma forma, a questão da suficiência do financiamento público da saúde foi negligenciada, cabendo hoje assistir ao paradoxo de ter-se no Brasil um nível de gastos privados em saúde superior ao dos gastos públicos, mesmo na vigência de um sistema público universal que existe como decorrência de um direito constitucionalmente garantido. Para agravar ainda mais tal aberração, o governo prática renúncia fiscal importante, ao permitir que gastos com o subsistema privado possam ser deduzidos do imposto de renda anual pago pelos cidadãos, o que priva o sistema público de recursos financeiros que nele deveriam ser investidos.

Um fator que merece destaque, no caso brasileiro, onde a extensão territorial, o volume da população e as disparidades regionais configuram cenários diferentes, com realidades particulares, foi a escolha da municipalização da saúde, como expressão de uma radical descentralização. Os cuidados que compõem a APS estão a cargo dos municípios, que tiveram que se estruturar ao longo da década de 1990 para fazer face a suas novas responsabilidades na área da saúde. Isso permitiu um contacto mais estreito com a população e possibilitou um reconhecimento mais fidedigno de suas necessidades e aspirações, o que contribuiu para a melhoria dos indicadores de saúde e, de certa forma, com a noção nova da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

O caso de Cabo Verde, país cujas políticas de saúde se destacam no contexto africano, tendo sido dos poucos que conseguiu atingir os objetivos do milénio, é muito interessante. Apesar das limitações, Cabo Verde tem desenvolvido uma política sustentada com esforços sistemáticos de reforço das infraestruturas, de mais recursos humanos e do relacionamento entre níveis de serviços. De salientar ainda a forma como vem tentando introduzir a telemedicina como forma de melhorar o acesso a serviços de maior qualidade. Mas ainda há muito por fazer, desde o desenvolvimento dos sistemas de informação até à dignificação da carreira de medicina da família, tornando estes profissionais o centro de uma equipa multi-disciplinar (com os enfermeiros e os outros técnicos) no acompanhamento da saúde das populações, das crianças, jovens e grávidas, aos idosos e as suas doenças crónicas.

Portugal é um exemplo como a única forma de manter uma reforma viva é continuar com reformas que dinamizem quer a qualidade clínica da medicina da família, quer a gestão de recursos profissional para garantir um acesso universal sustentável. Mas também aqui existem desafios, hoje que se têm 50% da população servida por Unidades de Saúde Familiar, num processo voluntário desde 2007. O que terá de fazer para que a outra metade também possa beneficiar de um sistema mais organizado? E como promover mais o trabalho multidisciplinar que consiga motivar mais os doentes a assumir maior responsabilidade na gestão da sua saúde? Estas e outras questões carecem de uma análise profunda do que se fez mas também da investigação que decorre nas Universidades e sobretudo de uma participação mais ativa das populações.

Bibliografia

Brasil

1. Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 12, n. 6, p. 375, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. A Declaração de Alma-Ata. Série B: Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2002 Disponível em http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em 10 de setembro de 2014.
3. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. Sup 2, p. S217-S226, 2009.
4. Piola SF, Viana SM. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009.
5. Fleury S. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre universalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, 2011.
6. Conselho nacional de secretários de saúde. O financiamento da saúde. Brasília, 2011.
7. Piola SF et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Aplicada. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf. Acesso em 12 de junho de 2014.
8. Castro JD, Cortes SV. O financiamento dos sistemas de saúde do Brasil e Portugal: qual o futuro? *Saúde em Redes*. 2015;1(2):31-42.
9. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, pp. 27-34, 2013.
10. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, P. 18-25, 2014.
11. Flores O, Sousa MF, Hamann EM. Agentes Comunitários de Saúde: vertentes filosóficas, espaços e perspectivas de atuação no Brasil. *Com. Ciências Saú-*

6. Conclusão

As três experiências evidenciam o esforço da sociedade e dos governos em considerar a saúde como um direito de cidadania, embora com peculiaridades inerentes a cada uma das realidades distintas. Além disso, tanto Portugal quanto Brasil e Cabo Verde priorizaram o fortalecimento da APS como estratégia capaz de aumentar acesso e reduzir desigualdades em saúde, cada qual à sua maneira, mas com resultados encorajadores embora persistam desafios importantes a serem superados. Não restam dúvidas, entretanto, que os ganhos em saúde e os dispêndios a eles relacionados apresentam uma relação custo-benefício bastante satisfatória, o que vai ao encontro do já demonstrado pela literatura quanto aos benefícios reais alcançados pelas sociedades e sistemas de saúde que tomaram a decisão estratégica de ter uma APS forte e bem estruturada. Além de contribuir objetivamente para a melhoria das condições de saúde, os sistemas de saúde ancorados numa APS robusta expressam a realização do desejo social de que a saúde esteja, realmente, ao alcance de todos, independentemente de suas posses ou classes sociais, por tratar-se de um direito e não de uma mercadoria.

Mas alguns desafios ainda persistem, quer a busca de maior qualidade com a utilização de tecnologias de informação (e.g. telemedicina), quer pela participação mais séria das populações na gestão das suas doenças, e já agora com uma dimensão de promoção da saúde. A resposta a estes desafios necessita de um maior envolvimento da sociedade e das instituições académicas, quer de um ponto de vista avaliativo e promotor de boas políticas, mas sobretudo como motor da inovação que a APS necessita, e vai continuar a necessitar.

- de. 2008;19(2):123-136. Disponível em < http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art05agentes.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2015.
12. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis (Rio J.)*, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.
13. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012;17:36-42;
14. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ* 2010;19:Suppl:126-158;
15. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014;349: g4014-g4014.
16. Harris M. et al. Brazil's family health programme. *BMJ*, v. 341, 2010.
17. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.
18. Barros FPC. A incorporação dos conhecimentos em saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS - a perspectiva do CONASS. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, v. 13, n. 3, p. 223-229, 2012

Cabo Verde

19. Gonçalves, L., Santos, Z., Amado, M., Alves, D., Simões, R., Delgado, A. P., ... Lapão LV & Craveiro, I. (2015). Urban Planning and Health Inequities: Looking in a Small-Scale in a City of Cape Verde. *PloS one*, 10(11), e0142955.
20. Lapão LV (2012). ANÁLISE DA GOVERNAÇÃO DO SISTEMA DE SAUDE.

Opinião

Dinâmica da Ilha de Santiago/Hospital Agostinho Neto. CABO VERDE. Organização Mundial de Saúde 2012.

21. República de Cabo Verde (2014). Ministério da Saúde. Pacto Nacional de Saúde. Praia, 2014
22. República de Cabo Verde (2007). Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde. Praia, 2007
23. República de Cabo Verde (2005). Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos Planeamento e Cooperação. Política Nacional de Informação Sanitária, 2005;

Portugal

24. APMCG. 1991. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais Direção nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral., APMCG.
25. Baker, R., Lakhani, M., Fraser, R., Cheater, F. (1999), " Um modelo de governação clínica em grupos de cuidados primários ", *British Medical Journal*; 318:779-83.
26. Barringer, B. R., & Jones, F. F. (2004). Achieving rapid growth: revisiting the managerial capacity problem. *Journal of Developmental Entrepreneurship*, 9(1), 73.
27. Baser, H. e Morgan, P. (2008), "Capacidade, desempenho e resultados, Centro Europeu para o Desenvolvimento da Política Management", disponível em: <http://www.ecdpm.org/capacitystudy>(acessado em 2016/04/2).
28. Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. 2006. Os Cuidados de Saúde Primários. In *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos*. Padrões Culturais Editora: Lisboa.
29. Biscaia AR. 2006. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Rev Port Clin Geral* 22: 67-79.
30. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. 2002. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illnes. *The Chronic Care Model, Part 2. JAMA* 288:1909-1914.
31. Braithwaite, J. (2008), "L (H) ≠ □ (m1, m2 ... mn)", *Lidearship in Health Services*, Vol.21 N° 1, pp.8-15.
32. Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L., & Dussault, G. (2013). Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(SPE), 38-46.
33. Campbell et al, 2007; Reischauer et al, 2003
34. Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Lerberghe WV, Ferrinho P. 2005. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. *Rev Port Clin Geral*, 21:45-59.
35. Dickson, G. (2009), "Transformações na liderança canadense do sistema de saúde: uma perspectiva analítica", *Liderança em Serviços de Saúde*, vol.22 N° 4, pp.292-305.
36. Gouveia M, Silva SN, Oliveira P, Miguel LS. 2005. Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. *Associação Portuguesa de Economia da saúde*.
37. Gregório J, Lapão LV. 2011. Portuguese community pharmacists in 2020: survival of the fittest. *Revista Portuguesa de Farmácia* 52 (5 suppl.).
38. Grumbach K, Bodenheimer T. 2004. Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? *JAMA* 291:1246-1251
39. Hamel, G. (2006), *O Futuro da Gestão*, da Harvard Business School Press.
40. Kingdon JW. 1995. *Agenda, Alternatives, and Public Policies*. 2nd Edition. HarperCollins College Publishers: New York.
41. Lapão LV (2014) *Erkenntnisse aus 50 Jahren Reform Erfahrung in der primären Gesundheitsversorgung in Portugal*. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 50, 30-52
42. Lapão, L. V., & Dussault, G. (2012). From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *The International journal of health planning and management*, 27(4), 295-307.
43. Lapão LV, Dussault G. 2011. PACES: a National leadership program in support of Primary-Care Reform in Portugal. *Leadership in Health Services* 24 (4).
44. Lapão LV. 2010. PACES: Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos dos ACES. Lisbon, INA Editora.
45. Mable A, Marriot J, Marriot-Mable E. 2012. Canadian primary healthcare policy—The evolving status of reform, Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation.
46. Macinko J, Starfield B, Shi L. 2003. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Serv. Res.* 38: 819–853.
47. Pisco L. 2008. Reform of Primary Health Care in Portugal. *Jornal Médico de Família*, nº 151 SE.
48. Plsek, PE and Wilson, T. (2001), "Complexity, leadership, and management in healthcare organizations", *British Medical Journal*, 323 (7315): 746-9.
49. Potter C, Brough R. 2004. Systemic capacity building: a hierarchy of needs, *Health Policy and Planning*, 19(5): 336–345.
50. Starfield B. 2011. "Politics, primary healthcare and health." *J Epidemiol Community Health* 65:653-655.
51. Starfield B. 2007. III Seminário Internacional de APS, Fortaleza, Brasil.
52. Starfield B, Shi L. 2002. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60:201–218.
53. Starfield B. 1998. Primary care. Balancing health needs, services and technology. New York, Oxford University Press.
54. Suraratdecha C, Saitanu S, Tangcharoensathien V .2005. Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand. *Health Policy*, 73:272–284.
55. Trisolini MG .2002. Applying business management models in healthcare. *The International Journal of Health Planning and Management* 17(4): 295 –314.
56. USF-AN, 2016. Website da USF Associação Nacional. Acedido em 4 de Abril de 2016.
57. WHO .1978. Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 September 1978.
58. WHO (2008), *Primary-care: Now more than ever*, World Health Organization. Geneva.
59. Zwanenberg T. van and Harrison, J. (2007), *Clinical Governance in Primary Care*. 2 nd Edition, Radcliffe Medical Press, Oxford.

* As fotografias podem ser consultadas nos seguintes links:

<http://i0.wp.com/comotersaude.com/wp-content/uplo-ds/2015/12/62553.jpg>

<http://fumcul.com.br/imgbank/11990.jpg>

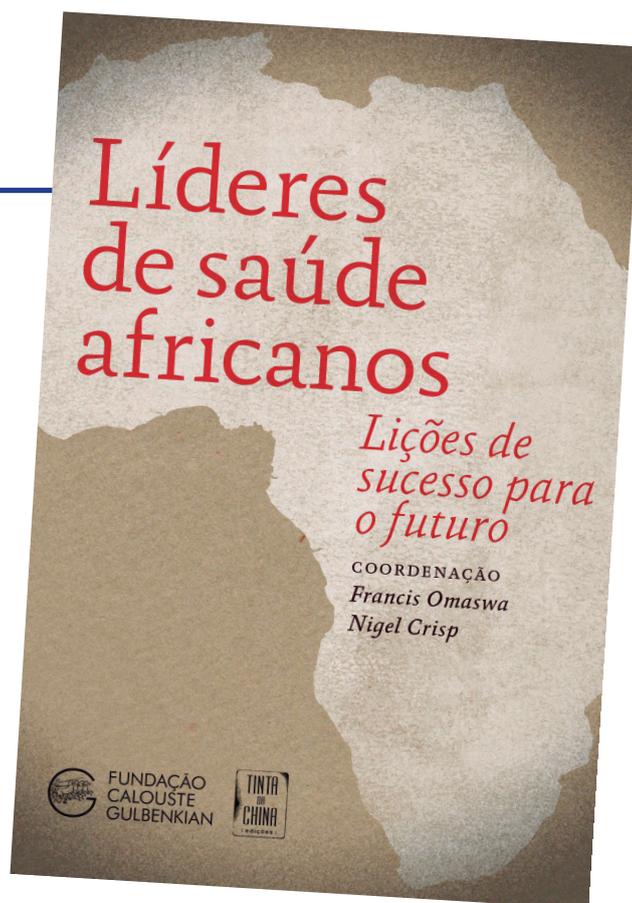
<http://www.agorams.com.br/jornal/wp-content/uploads/2015/12/As-mais-de-40-mil-equipos-do-programa-Sa%C3%BAdeda-Fam%C3%ADlia-em-todo-o-pa%C3%ADs-passar%C3%A3o-agora-a-ajudar-no-combate-ao-mosquito-Aedes-aegypti.jpg>

http://4.bp.blogspot.com/-Phn5t_aLRZY/Vo5gDAPzYml/AAAAAAAAHEw/zPGnOw3-rrl/s1600/002manicore.jpg

Líderes de saúde africanos: lições de sucesso para o futuro*

Jorge Simões

Professor Catedrático Convidado do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal
Presidente do Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal



“Líderes de saúde africanos: lições de sucesso para o futuro” é o título de um livro coordenado pelo professor Francis Omaswa e por Lord Nigel Crisp. O Professor Francis Omaswa é médico, do Uganda, director executivo do Centro Africano para a Saúde Mundial e a Transformação Social, Reitor da Universidade de Busitema, no Uganda, e exerceu diversas funções, nomeadamente como conselheiro da OMS.

Lord Nigel Crisp é inglês, membro independente da Câmara dos Lordes, onde copreside ao Grupo Multipartidário de Saúde Mundial, foi director geral do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e chefe de gabinete do Ministério da Saúde do Reino Unido e foi o coordenador da comissão que preparou o excelente relatório “Um Futuro para a Saúde”, em Portugal, por iniciativa da Fundação.

Este livro teve uma primeira versão em língua inglesa e quis a Fundação associar-se à tradução desta obra para a língua portuguesa e todos nós, que estudamos ou nos interessamos por políticas de saúde no mundo, lhe estamos muito gratos.

Não é mais um livro sobre saúde, como poderiam dizer alguns com enfado, é um livro exemplar pela sua clareza e autenticidade, onde nos são relatadas, por grandes líderes africanos, intervenções fundamentais para a melhoria da saúde

das populações, mas também histórias contadas com muita sabedoria e afecto por profissionais que trabalham junto das comunidades.

Este é um livro escrito por Africanos e logo na introdução os coordenadores nos dizem que decidiram fazer este livro por três razões:

Em primeiro lugar para reconhecer e homenagear os responsáveis africanos da saúde;

Em segundo lugar para descrever como os responsáveis africanos têm inovado com êxito, apoiados nas suas comunidades, procurando melhorar a saúde das suas populações;

Em terceiro lugar para apresentar uma visão do futuro que mostre como se deve criar uma novo relacionamento com os parceiros internacionais e demonstre que o conhecimento e as experiencias africanas podem contribuir para melhorar a saúde a nível mundial.

O livro tem seis partes e cada uma começa com uma curta introdução ao tema, da autoria dos dois coordenadores.

A parte I, intitulada “Perspetiva Global”, faz o enquadramen-

* - No original “African health leaders: Making change and claiming the future” da Oxford University Press (2014).

to, expondo a história das últimas décadas e os desafios da saúde em África.

A parte II, com o título “Os Maiores Desafios”, dá conta dos problemas de maior envergadura que a África enfrenta para o cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

A parte III, “Todos os Recursos da Comunidade”, mostra como os responsáveis da saúde mobilizaram a comunidade para enfrentar problemas endémicos, incluindo aqui uma discussão sobre o contexto social e político.

A parte IV, “Retirar o Melhor Partido de Todos os Talentos”, aborda o tema dos recursos humanos, onde se explica como se desenvolveu o potencial dos trabalhadores de saúde e dos voluntários e se aborda a formação profissional.

A parte V, “Saúde para toda a População – Não Deixar Ninguém para Trás”, concentra-se na cobertura universal dos cuidados de saúde, com reflexões sobre três diferentes países.

A parte VI, “o Futuro”, dá a palavra a jovens dirigentes e traça uma visão do que poderá vir a ser a saúde em África.

Como disse, este é um livro escrito por Africanos, de 14 países, sendo 13 homens e 10 mulheres, a maioria são médicos, mas há também enfermeiros, fisioterapeutas, administradores, sociólogos, juristas, políticos, com idades entre os 20 e os 80 anos e, com exceção de dois, todos os outros vivem em África.

Passado, presente e futuro estão neste livro e citando os coordenadores “as pessoas aqui representadas, ao invés de puros decisores políticos, académicos ou comentadores, são gente que tomou iniciativas e meteu as mãos na massa”.

Este é um livro muito bem escrito, que se lê todo, sem passagens enfadonhas, muito bem editado, com testemunhos bem escolhidos.

Sobre o livro gostaria de partilhar convosco algumas reflexões:

Em primeiro lugar é um livro autêntico, sério, sem pudores políticos e sem retórica. Por exemplo, Luis Sambo diz que a cobertura universal é uma estratégia que vai demorar muito tempo a ser alcançada e até lá é necessário fazer escolhas para identificar e proteger os mais vulneráveis, ou então os serviços devem ser acessíveis a todos, mas nem todos os serviços podem ser fornecidos. Uma tensão, portanto, entre universalidade e generalidade. É um livro sério, também, quando fala das desigualdades: no mundo, a Região Africana da OMS tem cerca de 12% da população mundial mas suporta mais de 25% da morbilidade, só conta com 1,4% dos médicos e 2,8% dos enfermeiros existentes no mundo, gasta em saúde *per capita* 89 dólares, contrastando com 2217 na região europeia e com 3373 na região das américas; mas também desigualdades dentro dos países: por exemplo na África do Sul 85% dos gastos em saúde são realizados por 17% da população. É um livro que nos interpela a cada página, como um jovem dirigente que nos diz “os encargos com o VIH/sida penhoraram o futuro do

desenvolvimento dos sistemas de saúde por várias gerações”, ou como o panorama epidemiológico que está a ocorrer em vários países, com a transição de doenças transmissíveis para doenças não transmissíveis, também conhecidas como doenças dos ricos, como a hipertensão, a diabetes, as doenças cardiovasculares, o cancro.

Mas, em segundo lugar, é um livro com uma perspectiva geral optimista, com relatos de casos de sucesso que podem ser replicados. A vantagem dos casos práticos é demonstrar como se faz ou pode fazer e se foge do discurso dos resultados redondos. Um exemplo: utilizar as cadeias de distribuição da Coca-Cola para distribuir equipamento médico e medicamentos.

Em terceiro lugar, é um livro de emoções e de bom humor, como o relato da médica e professora queniana Miriam Weré, que foi presidente do conselho de luta contra a sida do Quênia, e que, em 1974, propôs à sua Faculdade lançar dois programas no país: um de vacinação infantil generalizada e outro de construção e uso de latrinas. Um professor respondeu-lhe “Quanto ao problema da vacinação, podemos fazer qualquer coisa, mas quanto às latrinas, esqueça” e ela disse “muitos dos casos tratados no hospital e noutras instituições estão relacionados com a eliminação dos dejectos humanos”. A partir daí passou a ser conhecida pela Professora das Latrinas. Aliás o livro é também um manual para identificação dos factores determinantes da saúde e dos factores de risco.

Em quarto lugar, é um excelente guião para a cooperação norte sul e sul sul e os autores dizem que a cooperação pode ser o melhor amigo da saúde em África, mas pode ser o pior inimigo do sistema de saúde ao fomentar a emigração de quadros qualificados. E também nos dizem que a cooperação externa deve apoiar claramente a aplicação de políticas locais, garantindo que estas políticas não sejam do interesse da elite intelectual, mas representem antes as necessidades e aspirações das populações locais.

Muitas das actuais iniciativas bem intencionadas de reforço das capacidades falham porque se importam práticas que funcionam noutros contextos e transplantam-nas para estruturas e beneficiários fracos e desconhecedores; estas práticas funcionam durante curtos períodos de tempo. Ou outros riscos, como nos diz Francis Omaswa: “os africanos pediram conselhos e dinheiro às instituições e países e obtiveram ambos, mas em troca de certos valores fundamentais: Os africanos perderam o amor-próprio, a autoconfiança e autonomia e estas coisas têm de ser recuperadas”.

Nigel Crisp, em outro livro, de 2010, “Turning the World Upside Down...” defende que os países ricos e os países pobres têm de aprender uns com os outros na saúde e que deveríamos falar em co-desenvolvimento, no qual o objectivo da assistência técnica deveria ser o desenvolvimento da capacidade do parceiro para que, a prazo, a assistência técnica se torne desnecessária.

Em quinto lugar, é um livro que dá um espaço importante aos recursos humanos, porque certamente a maior carência em África diz respeito à escassez de pessoal qualificado e identificam o problema da migração dos países pobres para os ricos, mas também nos dizem que em matéria de delegação e partilha de tarefas dos profissionais a África está na dianteira mundial e não esquecem o papel central das enfermeiras e dos terapeutas tradicionais.

Em sexto lugar, é um livro que nos fala das tecnologias de informação e comunicação, como é o caso dos agentes de saúde comunitária no Ruanda que têm um telemóvel para enviarem os relatórios via SMS, bem como para chamar as ambulâncias, pedir conselhos, ou para alertar as autoridades para possíveis surtos de doença. Mas também para a formação dos profissionais de saúde, para a marcação de consultas, para a transmissão de resultados e averiguação de fármacos contrafeitos através da leitura de códigos de barra.

Em sétimo lugar, é um livro que nos fala dos sistemas de financiamento, das estratégias para diminuir os pagamentos directos – o *out of pocket* representa mais de 40% da despesa total em saúde em 45% dos países avaliados – e está na base do avanço lento da cobertura universal, e dá-nos o exemplo do Ruanda, que criou um sistema de seguro de saúde de base comunitária, pagando os doentes 10% dos custos directos no local de atendimento, assegurando o Governo o pagamento do prémio e da comparticipação dos pobres. Diz a autora, Agnes Binagwaho, ministra da saúde de um país que há 20 anos foi destruído durante o genocídio dos tutsi, que foi a primeira vez que a população pagou para ter acesso aos serviços de saúde sem estar doente.

É um livro que apresenta conclusões práticas e sábias:

- a. Desde logo “A Saúde Começa em Casa” e tem um bom exemplo nesta frase de Francis Omaswa, enquanto director geral dos serviços de saúde do Uganda, gravada no ano 2000 e reproduzida nas estações de rádio, várias vezes por dia, a nível nacional, até 2005: “A saúde começa em casa, só sendo necessário recorrer às unidades de saúde quando esta não resultar. Mantenham uma boa higiene, alimentem-se bem e não partilhem a casa com animais”.
- b. Uma outra conclusão sobre sistemas de saúde, tem um especial enfoque nos recursos humanos e diz nos que sem enfermeiros não se pode falar sobre sistemas de saúde em África e que a forma como a África subsariana rentabiliza os profissionais de saúde é, em certos aspectos, a melhor do mundo e dá-nos pistas sobre as acções necessárias para se conseguir uma transferência de tarefas eficaz e sobre as que conduzem ao fracasso.
- c. Depois, é urgente que os governos, as organizações da sociedade civil e as organizações internacionais promovam a inclusão da cobertura universal dos cuidados de saúde como um elemento importante da agenda internacional para o de-

envolvimento. Muitos países africanos já definiram um pacote de serviços mínimo, básico ou essencial, cuja prioridade é atribuída a partir do peso da doença a nível nacional. Em alguns casos disponíveis para segmentos específicos da população em primeira instância, depois alargado quer no seu âmbito quer a outros segmentos da população. Mas a defesa da cobertura universal tem de incluir a qualidade. Por vezes, os serviços têm um nível de qualidade tão reduzido que só são procurados pelos mais desesperados.

d. África detém as melhores hipóteses de melhorar os índices de saúde com os recursos do país e das comunidades, se for atribuída prioridade ao nível dos agregados e das comunidades. A administração local deve ser o ponto de partida para impor o cumprimento das regulamentações locais relativas à saúde, desde a água potável, a segurança alimentar, até ao registo de nascimentos e de óbitos. Quando Francis Omaswa cresceu no Uganda, na época colonial, o chefe local era o responsável por estas questões. Hoje, o mesmo acontece com o governo local, constituindo os cuidados básicos de saúde os principais componentes das suas funções de administrador. Hoje existe em toda a África um maior número de esquemas de saúde comunitária e esta experiência africana é seguida com atenção na zona norte do mundo.

Sobre o futuro, o que nos dizem os autores:

Em primeiro lugar, os africanos têm de reconhecer que os problemas e as soluções são da sua principal responsabilidade. Trata-se de criar sociedades democráticas e governos que funcionem melhor.

Em segundo lugar, África tem de manter níveis elevados de crescimento económico. Para isso, são necessários governos sólidos, responsabilização, liberdade de expressão e associação, capacidades humanas e institucionais, estradas, políticas sociais de inclusão, legislação tributária justa.

Em terceiro lugar, África tem de recolher dividendos demográficos, investindo na juventude. A educação de qualidade é a resposta necessária e o ponto de partida.

Em quarto lugar, África tem de aproveitar a oportunidade proporcionada pelas tecnologias de informação e comunicação para alargar rapidamente o âmbito dos serviços e o seu acesso a indivíduos e comunidades.

Ainda sobre o futuro, uma nota final com uma citação de Francis Omaswa que há 30 anos escreveu: “A minha mulher e eu tomámos a decisão ousada de ir trabalhar num hospital missionário num local remoto, no distrito de Ngora, no Uganda, saindo do hospital universitário de Nairobi, onde tínhamos passado três anos como especialistas bem sucedidos na área da anestesiologia e cirurgia cardiotorácica. O Uganda vivia os piores momentos da sua história. Era normal que as coisas não funcionassem e os habitantes locais riam-se enquanto perguntavam: “Estamos no Uganda, o que se pode esperar? Apenas o melhor”.

Informe da Comissão Temática de Assuntos Culturais dos Organismos Consultivos da CPLP (CTAC-OC)

José Luís Doria

Museu do IHMT/UNL e Coordenador da Comissão Temática de Assuntos Culturais dos Organismos Consultivos da CPLP

Projetos em Curso, com o apoio da CTAC e patrocínio institucional da CPLP:

• “Memorial da Escravatura e do Tráfico Negro”.

Memorial e requalificação de edifício histórico na Guiné-Bissau, com fins museológicos, de biblioteca, centro de pesquisas e de conferências e também com funções de polo dinamizador da cultura, atividades agrícolas, artesanato e turismo. Realização em 2017 de um congresso internacional sobre a escravatura e o tráfico negro.

- Fundação Mário Soares e Ação para o Desenvolvimento / Guiné-Bissau. Colaboração da Cooperativa Agro-Pecuária de Jovens Quadros e da Associazione Interpreti Naturalistici.

• “Curso Internacional: Conservação Preventiva de Bens Culturais”.

O desaparecimento de acervos históricos: marcos arquitetónicos, paisagens, objetos, documentos e manifestações culturais, faz com que se percam as referências do passado e a identificação com o meio onde se habita. Manter essas referências significa, também, controlar os efeitos da sua deterioração - químicos, mecânicos e biológicos. O curso tem por objetivos alertar para estes problemas e introduzir o aluno para as técnicas e condições apropriadas à salvaguarda, armazenagem, manipulação e exposição, reduzindo a degradação e as necessidades de intervenções posteriores, preservando melhor a sua autenticidade. Curso por “web conferência”, iniciado em Abril de 2016, com 53 alunos inscritos do Brasil, Cabo Verde, Portugal e Moçambique.

- Instituto de Higiene e Medicina Tropical e Fundação Oswaldo Cruz / COC. Colaboração da Universidade de Cabo Verde e da Universidade Eduardo Mondlane, do Maputo.

• “Jogos Tradicionais nos Países CPLP”. Projeto para referência, recolha bibliográfica, levantamento e estudo dos Jogos Tradicionais existentes ou em risco de extinção, nos países CPLP, tomando como objetivos a sua divulgação e a preservação enquanto legado cultural da memória dos povos e do seu intercâmbio. Prevê a realização de teses universitárias sobre o tema, a realização de seminários, demonstrações e encontros, a divulgação áudio visual e escrita. Tem como espaço temporal os próximos 3 anos.

- Confederação Portuguesa das Colectividades de Cultura, Recreio e Desporto e os organismos congéneres dos Países CPLP. Colaboração da Federação Mundial de Desporto para Todos (TA-FISA) e da Associação das Universidades de Língua Portuguesa.

• “História Nossa”. Conjunto de documentários para televisão, composta por vários episódios relatando, numa visão integrada e transversal, as relações de Portugal com o Continente Africano / PALOPs, de meados do séc. XIX até às libertações. O projeto tem uma fase de investigação e recolha de dados a decorrer em 2016. O início das filmagens está previsto para o final de 2016 com as emissões televisivas programadas para 2017.

- Garden Films e Rádio e Televisão de Portugal

• “Desporto e Atividade Física para Todos”. Publicação regular da Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência, que passará a incluir página dedicada às notícias e à promoção do desporto para deficientes nos Países CPLP.

- Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência.

De âmbito idêntico, com o patrocínio institucional da CPLP e da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, realizou-se em Lisboa, em Novembro de 2015, um “Curso para Classificadores Nacionais de Atletas com Deficiência Visual”, dirigido aos Países membros da CPLP e do Magreb e ainda uma ação de “Formação para Agentes Desportivos da Área da Deficiência Visual”, atividades que foram promovidas pela FPDD e a Federação Portuguesa de Judo / Judo Total.

Projetos em estruturação e planeamento, com a colaboração da CTAC:

• “Concurso de Fotografia – Património e Costumes”.

Projeto que visa divulgar pela imagem o património cultural, material e imaterial, nos espaços da lusofonia, através da participação individual dos cidadãos dos Países da CPLP.

• “Gastronomia na CPLP”. Projeto com a intenção de divulgar os sabores e a gastronomia tradicional nos países da CPLP, países membros, países observadores e outros espaços de lusofonia, associando os prazeres das cozinhas tradicionais, com a história, a literatura, a educação para a saúde e o desenvolvimento sustentável. Prevê-se a articulação com diversos organismos consultivos integrados nas várias Comissões Temáticas da CPLP, além de outras instituições. Visa ainda reunir fundos para a campanha “Juntos contra a fome”.

• “Judo Total”. Atividades de promoção e divulgação da prática do Judo para deficientes nos países dos PALOP.

ARCHIVOS
DE
Hygiene
e
Pathologia Exoticas

PUBLICAÇÃO DIRIGIDA PELA
Escola de Medicina Tropical
DE
LISBOA



1905

ARQUIVOS
DE
HIGIENE
e
PATOLOGIA EXÓTICAS

1926



ANAIS
DO
INSTITUTO
DE
MEDICINA TROPICAL

1943



ANAIS
DA
ESCOLA NACIONAL
DE SAÚDE PÚBLICA
E DE
MEDICINA TROPICAL

1966



ANAIS
DO
INSTITUTO DE HIGIENE
E
MEDICINA TROPICAL

1972



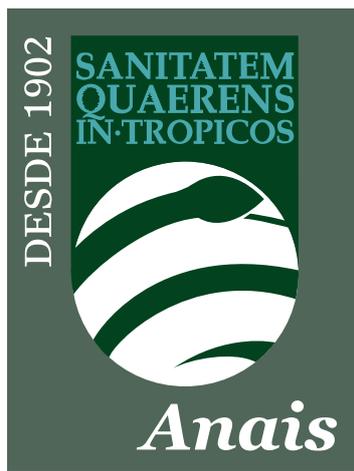
Anais
Instituto
de Higiene
e Medicina
Tropical

1984

Anais
INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
Edição Comemorativa

2012





**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
Vol. 15 (Suplemento 1), 2016, S1-S104; ISSN 0303-7762