

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola:
E o alinhavar de missangas na Cooperação do Brasil”***

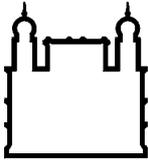
por

Patrícia Maria Barros Thomas

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro, outubro de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

***“Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola:
E o alinhavar de missangas na Cooperação do Brasil”***

apresentada por

Patrícia Maria Barros Thomas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Prof.^a Dr.^a Grácia Maria de Miranda Gondim

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 30 de outubro de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

T454 Thomas, Patrícia Maria Barros

Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Luanda, Angola: e o alinhavar de missangas na Cooperação do Brasil. / Patrícia Maria Barros Thomas. -- 2014.

96 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Matta, Gustavo Correa

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Cooperação Internacional. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Brasil. 5. Angola. 6. Cooperação Técnica. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12

Às crianças, e seu olhares de encantar o mundo.

AGRADECIMENTOS

À Encanteria, cantada por Maria Bethânia, sentida nos tambores da Bahia.

Aos meus queridos avós, na memória das raízes, onde tudo começou.

A meus pais, Alemoa e Thomas, e minhas lindas irmãs Isabela e Elizabete.

Ao meu querido sobrinho Ian, o mais novo integrante da família.

As minhas tias Régis e Celda, e tios Zeca e Dilson.

A Wilson, pelo presente atemporal.

Aos estimados amigos que fizeram parte desta jornada, Daniela Knauth, Camila Giugliani, João Baptista e sua família, Idalice, Míria e Carlile.

Aos amigos Pascoal e Diniz.

Àqueles com que cruzei neste caminho... em Moçambique, Angola e Senegal.

Aos grandes companheiros do Movimento pela Saúde dos Povos, por tantos aprendizados e vivências.

Às amigas de todos os dias, Lígia Lorandi, Mariana Streit e Ana Paula Carrijo

Às super Equipes de Saúde da Família do CMS Manoel José Ferreira,

Aos estimados Residentes de Medicina de Família e Comunidade e aos estudantes que por ali passam.

Ao meu orientador, Gustavo Matta.

Obrigada.

RESUMO

O Governo Provincial de Luanda e a UNICEF- Angola lançaram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda (PACS) como projeto piloto, em 2007. Esta experiência contou com a participação de consultores brasileiros e, após a aprovação de projetos do edital Pró-África, duas universidades brasileiras se juntaram a estes esforços. Porém, em 2012, o PACS Luanda pareceu não ter continuidade. Concomitante a isto ocorreram iniciativas da ABC e Fiocruz em instituir processos de cooperação em saúde, visando também, entre outros, a Atenção Primária à Saúde, através da cooperação bilateral e trilateral (juntamente ao Japão). Nesta época, também o Banco Mundial investiu em projeto que, em 2014, reverteu apoio ao PACS em outras províncias do país.

O presente estudo buscou analisar as práticas, os sentidos e concepções da cooperação internacional em saúde no Brasil a partir da experiência de cooperação na implantação do PACS Luanda/Angola; identificando os atores e analisando as relações instituídas no âmbito deste projeto.

Foram realizadas entrevistas com cinco atores brasileiros que participaram na implantação deste programa. Procedeu-se à análise de conteúdo, através da categorização e interpretação das falas. A partir da revisão de documentos, pesquisa bibliográfica, e da implicação da pesquisadora no projeto, foi possível construir novos sentidos e entendimentos aos processos estudados.

Cada ator da cooperação ocupava uma posição que engendrava possibilidades e limitações diferentes; percebê-las fez-se necessário a fim de compreender e equacionar seus alcances. A cooperação científica na área das tecnologias leves pode ou não servir como instrumental de *soft power*, a depender do ângulo que a política externa do país a adota. No caso do PACS Luanda/Angola, o processo como um todo pode ser considerado uma “cooperação periférica” e, portanto, carente de valor no rol das cooperações brasileiras. Já a constituição dos atores se aproximou do marco das colaborações científicas que, de forma mais isolada e pouco articulada a uma política de cooperação, empreendeu esforços na latitude de suas crenças.

PALAVRAS CHAVE: Cooperação Internacional, Agente Comunitário de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Brasil, Angola, Cooperação Científica.

ABSTRACT

Luanda's government and UNICEF launched the Community Health Workers Program in Luanda as a pilot, in 2007. This experience had Brazilian's consultants and, after the approval of "Pró-África" projects, two Brazilian's universities joined this effort. But, in 2012, the CHW program in Luanda seemed to fade away. By this time, Fiocruz and ABC (The Brazilian Cooperation Agency) were trying to institute, together with Angola, international health cooperation proceedings in order to improve health system and primary health care, through bilateral and trilateral cooperation process. World Bank has also an investment project in health since 2012; in 2014 it started to support CHW program in other provinces of Angola.

This study tried to analyze the practices, meanings and conceptions of international health cooperation in Brazil, from the experience of Luanda's CHW program implantation; through identification of actors and analysis of the relations established under this project. .

Five Brazilian's actors were interviewed. Content analysis was made through categorization and interpretation of statements. From the review of documents, literature and the involvement of the researcher in the project, was possible to build new meanings and understandings for the analyzed processes.

Each cooperation actor was in a position that engendered different possibilities and limitations; realize them is necessary to understand and address their ranges. Scientific Cooperation in soft technologies areas might be useful as a soft power instrument, depending on the foreign policy that the country adopts. In the Luanda's CHW program, the process as a whole can be considered as a "peripheral cooperation" that seems to lack value in the list of the Brazilian official cooperation. The nature of the actors approached the framework of scientific collaborations, as it worked more isolated and poorly articulated to a cooperation policy, so the efforts undertaken were in the pursuit of their beliefs.

KEY WORDS: International Cooperation, Community Health Workers, Primary health care, Brazil, Angola, Scientific Cooperation

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	10
APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – COOPERAÇÃO INTERNACIONAL: UMA MIRADA	22
1.1. O surgimento das Políticas de Cooperação: entre o Vertical e o Horizontal	22
1.2. Caminhos da Cooperação Sul-Sul	26
1.3. Cooperação Científica e Acadêmica	29
CAPÍTULO 2 – COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	31
2.1. Cooperação Internacional em Saúde, Atenção Primária e os Programas de Agentes Comunitários: modelos em disputa	31
2.2. Experiência Brasileira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde	34
2.3. Cooperação em Saúde no Brasil e Relações Brasil – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa	37
CAPÍTULO 3 – ANGOLA: SAÚDE E COOPERAÇÕES COM O BRASIL	39
3.1. Aspectos gerais e Sistema Nacional de Saúde de Angola	39
3.2. Relações Brasil – Angola e dois exemplos da Cooperação Oficial em Saúde	46
3.3. A Fiocruz em Angola – um pouco da história	49
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS DAS ANÁLISES E DISCUSSÃO	53
4.1. Percepções sobre o Programa de Agentes Comunitário em Saúde no Brasil, em Angola e o processo de cooperação	53
4.1.1 PACS Brasil	53
4.1.2 PACS Angola	55
4.2. Trajetórias e Identidades: Percepções sobre a “Equipe Brasileira”	60
4.3. Motivações e Posturas para a Cooperação	63
4.4. Práticas de Cooperação e percepções sobre seus processos	69
4.5. Universidade: Funções e Práticas de Cooperação	70
4.6. Funções e expectativas sobre o Governo Brasileiro e Atores Internacionais	73
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES: JUNTANDO AS PEÇAS E ALINHAVANDO AS MISSANGAS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	
1. ROTEIRO DE ENTREVISTAS	88
2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89

3. TABELAS

Tabela 1	Número de ACS formados e população cadastrada _____	92
Tabela 2	Categorias Descritivas _____	93
Tabela 3	Categorias Analíticas _____	94
Tabela 4	Documentos Analisados _____	95

4. FIGURAS

Figura 1	Mapa da divisão territorial da província de Luanda _____	18
Figura 2	Evolução do PACS Brasil _____	37
Figura 3	Mapa Político de Angola _____	39
Figura 4	Sistema Nacional de Saúde de Angola _____	42
Figura 5	Servidores públicos no setor saúde em Angola _____	43
Figura 6	Linha do Tempo _____	80

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Agencia Brasileira de Cooperação
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AISA	Assessoria Internacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CICT	Cooperação Internacional em Ciência e Tecnologia
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa
CRIS	Centro de Relações Internacionais de Saúde
CTPD	Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento
DNRH	Direção Nacional de Recursos Humanos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ENSPA	Escola Nacional de Saúde Pública de Angola
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FNLA	Frente Nacional para a Libertação de Angola
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
JBPP	Programa de Parceria Japão-Brasil
MINSA	Ministério de Saúde de Angola
MPLA	Movimento Popular para a Libertação de Angola
PABA	Plano de Ação de Buenos Aires
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PECS	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento em Saúde
PROFORSA	Programa de Fortalecimento do Sistema de Saúde de Angola
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola

Alinhavar: ajustar ou coser provisoriamente com pontos largos o que depois deverá ser cosido com ponto miúdo e definitivo; apontoar (*Houaiss, 2009*)

“... Entre eles, considero a enorme realidade.

O presente é tão grande, não nos afastemos.

Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.”

(Carlos Drummond de Andrade)

APRESENTAÇÃO

“É um sonho, digamos...”

Esta dissertação começa assim: com um sonho, mas também inúmeras dúvidas... Percorre diversos caminhos, como água que nasce de fonte pura, ramifica-se em rios, rola cachoeiras, cria margens, carrega folhas, desvia pedras. Às vezes pode parecer estar parada, mas na verdade, sempre, mesmo em fio d'água, acha o jeito de desaguar no mar.

Um sonho ou uma crença nem sempre é dita, ou mesmo nem sempre sabida... como um pano de fundo que não sabemos compor o cenário de nossa vida. Aquela lente que possuímos sem saber, mas que está lá. E se faz viés até mesmo quando nos damos conta que existe.

“Tem um início impreciso esse estranhamento: a nossa postura perante as coisas ou as coisas diferentes por si só. Talvez seja um fenômeno sinérgico de qualquer e toda disposição em sair do lugar.”

Pois nasci na Bahia. E sempre me impressionei com as poesias de Castro Alves... e as histórias dos negros escravos, dos navios negreiros. Que havia na margem de lá? Do outro lado do oceano?

Mas nos caminhos de minha história, fui fazer a faculdade de medicina no Rio Grande de Sul. Lá tive a oportunidade de conhecer a antropologia, onde encontrei a Professora Daniela Knauth. E, participando como bolsista de iniciação científica de um projeto coordenado por ela, fui a Moçambique numa primeira experiência etnográfica, em 2007. Foi onde descobri um pouco da África, aprendi minha brasilidade e baianidade. Era um projeto de pesquisa entre as Universidades Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Eduardo Mondlane (UEM, de Maputo). Havia um pesquisador fazendo seu doutoramento, e contatos herdados do então extinto Projeto de Cooperação Internacional Ntwanano, entre Governos Brasileiro e Moçambicano. O Ntwanano extinguiu-se por volta de 2006, e tinha como tema a cooperação na área de HIV/AIDS. Dele surgiu o interesse em pesquisar sobre diferenças nos conceitos de juventude, sexualidade e prevenção, dos diversos atores envolvidos nas políticas de cooperação para prevenção de HIV/AIDS em Moçambique. Meu papel era, através da observação participante e entrevistas, apreender as diferenças entre os jovens de Maputo sobre essas concepções. Assim o fiz, porém, o projeto encerrou e nada mais aconteceu além de um

prêmio do Programa de Iniciação Científica e apresentação em congresso. O doutorado não se concluiu, e o projeto não seguiu com outras iniciativas.

Depois da vivência em Maputo, fui a outra cidade chamada Manhica, onde passei cerca de dois meses em atividades como interna de medicina, num centro de saúde, que é também de pesquisa, vinculado à Universidade de Barcelona - o Centro de Investigação em Saúde da Manhica (CISM). Lá eu era a única brasileira convivendo entre moçambicanos e espanhóis.

Após este período, em 2007, voltar ao Brasil tinha uma “missão” muito clara para mim: a de me preparar melhor para “ajudar” e “lidar” com situações como “essas” de maneira mais “útil e produtiva”. Eu queria “ajudar” e “participar da ajuda”.

Voltei ao Brasil, terminei minha graduação e, no meio da especialização em Medicina de Família e Comunidade, em 2010, fui convidada a participar de um projeto de cooperação com Angola, que pretendia “ajudar” a estruturar o Programa de Agentes Comunitários em Luanda, em uma perspectiva de construção da política nacional de ACS lá. Ao menos foi esse meu entendimento naquele momento: finalmente eu poderia participar de algo que ajudasse a construir uma proposta mais estruturante, numa idéia mais horizontalizada, no marco de cooperação sul-sul.

O convite foi de Camila Giugliani, amiga e colega da UFRGS, fazendo seu doutorado no grupo próximo ao que eu trabalhei anteriormente, mas com outras pessoas e outras instituições envolvidas. Neste projeto, também havia o componente do Pró-África, mas parecia ter muito mais que isso.

Fui com o grupo da pesquisa a Luanda em 2010, no trabalho de campo que tinha como objetivo avaliar e mostrar o impacto da atuação dos ACS na saúde materno infantil daqueles municípios onde o programa havia sido implantado. Porém lá, ao chegarmos, constatamos que era impossível fazer a análise conforme prevíamos: o programa não estava em funcionamento pleno. Muitos ACS já não estavam mais atuando ou havia desvios de sua função, como para o trabalho como vacinadores, nas freqüentes campanhas de vacina contra poliomielite, inclusive em áreas onde não havia cobertura de ACS. Além disso não havia regularidade de pagamento dos ACS; naquela altura estava difícil para o governo da Direção Provincial de Luanda sustentar o programa. Mudamos um pouco nossa atuação, em termos da pesquisa, e mesmo assim coletamos os dados e produzimos o que veio a se tornar uma tese de doutorado e uma

dissertação de mestrado. Em 2012, porém, ao voltar para dar retorno dessas produções, o programa de ACS de Luanda parecia não existir mais. A sensação de frustração era muito grande entre os brasileiros que foram naquele momento e entre os angolanos envolvidos no projeto. Para mim, junto à frustração, havia uma profunda incompreensão do processo... o que aconteceu? O que fizemos de errado? Como fazer para dar certo? Onde o dar certo significava garantir a continuidade do Programa de ACS em Luanda com a perspectiva de uma política nacional, tal como foi no Brasil.

Entre ir a campo em 2010 e voltar para compartilhar os resultados em 2012, terminei a residência e me inscrevi no Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia da Saúde na ENSP. Queria entender qual a relação desses projetos – entre Ntwanano, o de Políticas de cooperação para prevenção de HIV/Aids em Moçambique e o projeto dos ACS em Luanda – e por que fiquei com uma sensação de que não deram certo? Apesar de um profundo aprendizado pessoal, e de haver muitos outros aprendizados, estes projetos pareceram ter uma visibilidade insuficiente, dada a relevância dos temas que tocam. Todo um esforço – e investimentos, seja pessoal, da universidade e do governo – pareciam “morrer na praia”, ou se “evaporavam invisíveis”... sem a sensação de “fincar raízes”, crescer e dar frutos. Queria entender este fenômeno, se era assim mesmo, ou é possível ser diferente?

Foi então que decidi fazer a pesquisa do mestrado sobre isso. Quem eram as pessoas e os atores envolvidos no processo dos ACS de Luanda? Como se deu o projeto e o que aprendemos com ele para que novas “cooperações” dêem mais certo?

Ao entrar no mestrado, recém saída do meio universitário, para a Escola Nacional de Saúde Pública, de Porto Alegre para o Rio de Janeiro, me distanciei das pessoas que convivia na época dos projetos e pude refletir, à luz de novos conhecimentos, os caminhos que se cruzaram e os que se distanciaram.

Por isto esta dissertação seguiu como caminhos de águas, que se cruzam, se misturam, avolumam... Criam margens e carregam memórias, sentidos e a vida dos lugares que percorreram.

É preciso aprender a navegar nestas águas...

INTRODUÇÃO

Em 2007, o Governo Provincial de Luanda, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) – Angola, lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda (PACS) como experiência piloto, por um período inicial de dois anos. A Direção Provincial de Saúde de Luanda (DPS) responsabilizou-se pela execução do projeto, e o UNICEF disponibilizou e financiou a ida de consultores brasileiros para o suporte técnico, tendo em vista a experiência brasileira do PACS. A proposta inseria-se no contexto de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde (MINSÁ, 2008) e visava redução da mortalidade materna e infantil, que a esta época atingia 1.700/100.000 e 154/1.000 nascidos vivos, respectivamente (WHO, 2007).

Foram escolhidos seis municípios da província de Luanda para a implantação do PACS: Cacucaco, Cazenga, Kilamba-Kiáxi, Samba, Sambizanga e Viana (Figura 1). Em março de 2007, iniciou-se a preparação dos coordenadores do programa e, em maio, a formação dos primeiros Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ao final daquele ano, foram formados 1.594 ACS na província de Luanda, com cerca de 220.000 pessoas cadastradas, a serem acompanhadas pelo programa. Entre os anos de 2007 a 2009, houve um aumento significativo do número de ACS formados e população cadastrada no programa, ultrapassando inclusive a proporção de 700 pessoas para cada ACS, como era previsto inicialmente (Tabela 1). Isto pode dever-se à dificuldade de se obter dados censitários fidedignos, à baixa taxa de registro de nascimento, bem como à alta densidade e mobilidade das pessoas em relação às suas moradias e território que habitam (Humbwávali, 2011).

Outras iniciativas de instituições brasileiras tentaram juntar-se a estes esforços. Em 2006-07, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), juntamente com a Universidade Agostinho Neto (UAN), de Angola, já havia proposto à Agência Brasileira de Cooperação/Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE) o projeto “Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola” com vistas a realizar o diagnóstico das características e desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) em Angola, objetivando sua qualificação através de trocas com a experiência brasileira. Porém, esta iniciativa não logrou apoio do governo brasileiro e, sem financiamento, o projeto não foi implementado. Após, em 2008, o governo brasileiro lançou o quarto Edital do Pró-África, programa vinculado ao Ministério de Ciência e Tecnologia, que tinha como objetivo o apoio à cooperação brasileira aos Países Africanos de Língua

Oficial Portuguesa (PALOPs), no marco da Cooperação Sul-Sul (CSS), incentivada pelo governo Lula (Campos, 2011). Dos projetos aprovados neste programa, em relação à Angola, um tratava-se de uma missão exploratória da Universidade Federal do Ceará ao PACS Luanda – projeto intitulado “Agente Comunitário de Saúde Angolano: análise das concepções e práticas em saúde e a formação profissional” - e outro, na modalidade de pesquisa, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – projeto intitulado “Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária a Saúde em Angola: proposta de avaliação da implantação do PACS”.

Este projeto proposto pela UFRGS apresentou seus resultados em 2011, e constatou uma melhora nos indicadores de saúde materno-infantil na população estudada, em relação aos dados que se tinha em 2007, porém com poucas evidências de que esta melhoria devia-se exclusivamente ao trabalho dos ACS (Humbwavali, 2011). Foi relatado que, durante a coleta de dados, constatou-se que o programa estava incipiente, com diversas dificuldades e desafios na execução, como a irregularidade do trabalho do ACS, atraso de pagamento aos mesmos, falta de materiais de trabalho, desmotivação, abandono dos postos de trabalho, entre outros (Giugliani, 2011) (Humbwavali, 2011).

No relatório de viagem da última missão, em abril de 2012, vinculada à pesquisa realizada pela UFRGS, quando aquela equipe brasileira voltou a Luanda para devolver os resultados e verificar a nova situação do PACS, constatou-se o agravamento do programa, tendo em vista novo quadro político na província: em 2011 deu-se uma Reforma Administrativa com modificações dos limites geográficos municipais e, portanto, na abrangência e nas lideranças dos municípios. E, além, em setembro de 2012, se dariam novas eleições no país. Desta forma, a manutenção do PACS pareceu estar sob risco. Com a falta de apoio do governo brasileiro, tanto no âmbito do Pró-África (com a não aprovação de um terceiro projeto submetido no edital de 2010), quanto no âmbito da ABC, e do governo angolano, resultou em uma descontinuidade cooperação para implantação do PACS, apesar de todo esforço já realizado.

Havia uma expectativa por parte dos brasileiros envolvidos que o projeto piloto do PACS fosse ampliado e incorporado como uma política nacional em Angola, tal como ocorrera no Brasil em 1992 (Morosini, Corbo, & Guimarães, 2007), o que, porém, não aconteceu naquele momento. Avaliações do programa sobre a formação dos ACS e sua atuação em relação aos indicadores de saúde materno-infantil foram realizadas

(Giugliani, 2011) (Humbwavali, 2011) (Pontes, Bornstein, & Giugliani, nov.2011/fev.2012); porém os sentidos e a relevância no que diz respeito ao processo da cooperação internacional e à continuidade ou não da relação estabelecida entre esses diversos atores no âmbito da saúde e do PACS ficou em aberto.

Outras iniciativas surgiram em relação à cooperação brasileira no âmbito do PACS, como no caso Haiti-Brasil-Cuba (Algeballe, 2011). Outros projetos relativos à Atenção Primária em Angola foram firmados pelo Brasil, como o PROFORSA¹, mas que não parecem ter realmente incorporado aquela experiência do PACS em suas formulações.

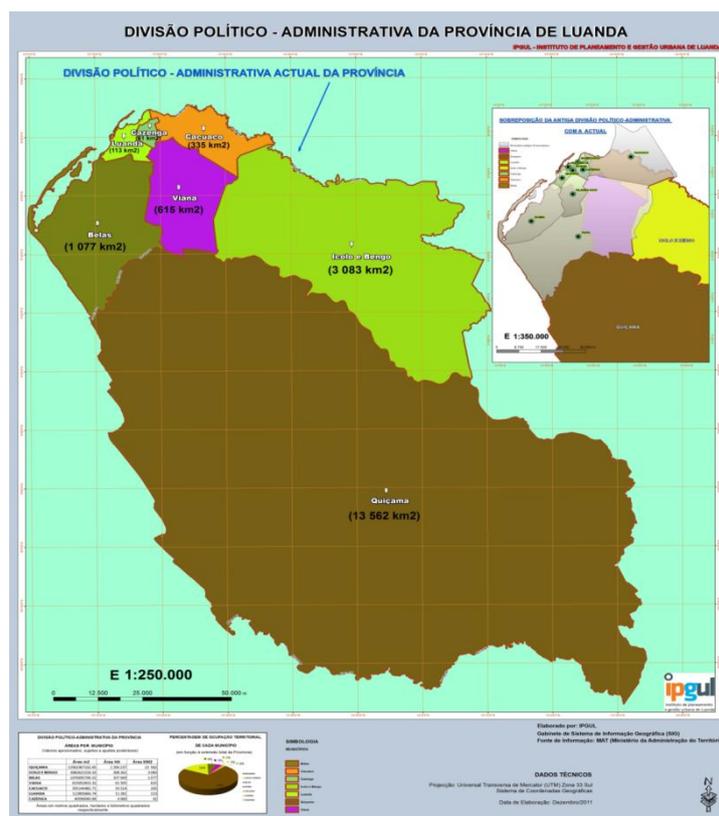
Existem lacunas sobre a maneira pela qual o Brasil e suas instituições coordenam as suas ações e projetos de cooperação em saúde, bem como sobre as intencionalidades dos diversos atores que estão presentes neste âmbito. É importante que o acúmulo dessas experiências não se torne apenas um somatório quantitativo de ações internacionais de um país ou de suas instituições, mas que some em aprendizado e evolução afim de que os projetos e ações em cooperação conquistem cada vez mais êxitos e qualidade.

Convergir em análise estas iniciativas pode ajudar a compreender os meandros da política de cooperação brasileira, seus atores e a sua inserção na conformação dos processos entre os países, e entre seus diversos atores. Neste caso, é possível que ajude a elucidar os desafios que enfrenta a população angolana no que se refere à cooperação internacional e à estruturação do seu sistema de saúde, especialmente no que tange os agentes comunitários e as disputas pelo modelo de Atenção Primária à Saúde.

Um dos objetivos deste estudo foi analisar as práticas, os sentidos e concepções da Cooperação Internacional em Saúde no Brasil a partir da experiência de cooperação na implantação do PACS Luanda/Angola; identificando os atores e analisando as relações instituídas no âmbito deste projeto. Esta análise pode contribuir na compreensão das disputas alocadas nesta arena e na construção de subsídios e estratégias que fomentem políticas de cooperação no âmbito do trabalho em saúde.

¹ PROFORSA: Programa de Fortalecimento do Sistema de Saúde de Angola, um cooperação triangular entre Brasil-Japão-Angola. Será desenvolvido em capítulo mais adiante no texto.

Figura 1: Divisão político – administrativa da Província de Luanda



Retirado em 14/07/13 de: <http://www.info-angola.ao/images/stories/dpa-grande.png>

Procedimentos e Técnicas de Pesquisa

De acordo com Minayo (2010), a Pesquisa Qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas tomadas no seu advento e na sua transformação, como construções humanas significativas. A pesquisa qualitativa visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores, e permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos (Minayo, 2010).

Importante ressaltar que na escolha da técnica de pesquisa, partimos no pressuposto da não-neutralidade do pesquisador, e sim, na minha implicação no processo, tendo em vista que participei desta experiência de cooperação. Ou seja, o ponto essencial desta metodologia é a implicação dos sujeitos envolvidos no processo,

sua subjetividade e a possibilidade de construção do conhecimento a partir da desconstrução de uma dicotomia sujeito-objeto².

De acordo com Spink (2010), sendo o conhecimento uma construção social, é o conhecimento socialmente produzido que constrói ambos, o sujeito e o objeto. Isto significa adotar a perspectiva de que conhecimento é algo que as pessoas constroem juntas, por meio de suas práticas sociais e não de algo “apreendido do mundo”. Esta autora cita Gergen (1985) na afirmação que “a investigação construcionista preocupa-se com a explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem” (Gergen apud Spink, 2010)

Com este intuito, realizei entrevistas com cinco brasileiros que participaram no processo de implantação do PACS em Luanda. Através delas, e à luz da revisão de documentos e pesquisa bibliográfica, procuramos compreender os sentidos e as explicações que estes atores deram aos fenômenos ocorridos. A análise do material e a discussão proposta, a partir também de minha ótica, de minhas implicações e subjetividades, pretendeu proporcionar a construção-criação de um conhecimento, e ou um sentido das práticas de cooperação em saúde no Brasil.

Infelizmente, para as entrevistas, não foi possível contatar as pessoas à frente do Ministério de Saúde Brasileiro e da Agencia Brasileira de Cooperação (ABC) à época, ou as pessoas à frente do Projeto ProFORSA - seria necessário mais tempo para tal. Optei, também, realizar entrevistas apenas com os brasileiros, dado que o escopo desta pesquisa destina-se especialmente ao processo interno brasileiro de cooperação e, também, ao fato de que se trataria de um estudo de maior complexidade, não comportando em uma dissertação de mestrado profissional.

As entrevistas foram transcritas e submetidas ao Programa Maxqda para fins de análise. Os nomes utilizados são fictícios, a fim de garantir a confidencialidade dos atores. Com base nos pressupostos da técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin, prossegui a investigação com o processo de codificação, categorização e interpretação das falas dos entrevistados. De acordo com Bardin (2011):

² Dicotomia sujeito-objeto neste caso refere-se a uma forma de conceber a produção do conhecimento a partir da idéia de que o “sujeito” deve “apreender” um determinado conhecimento que existiria no mundo, de maneira objetiva, ou seja, independente do sujeito que o “apreende”.

“a codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo expresso” (Bardin, 2011)

Desta forma, produzimos um sistema de quatorze categorias descritivas (Tabela 2) que, por condensação, forneceu uma representação simplificada dos dados. Para Bardin (2011), boas categorias devem possuir as qualidades de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade. Após esta categorização inicial, interpretei e cruzei os conteúdos explicitados nas falas dos entrevistados e, de cada categoria, surgiram temas relacionados. Estes, por sua vez, deram origem a cinco novas categorias consideradas, agora, categorias analíticas, nas quais se baseiam a apresentação dos resultados e discussão (Tabela 3).

O texto está organizado em cinco capítulos, mais Apresentação, Introdução, Considerações Finais e Referências. O primeiro capítulo intitulado *Cooperação Internacional: uma breve mirada* versa sobre o surgimento das políticas de cooperação, suas principais vertentes Norte-Sul e Sul-Sul, e as disputas sobre os conceitos de desenvolvimento e de práticas de cooperação alocadas nesta arena. Descreve também o conceito e o papel da Cooperação Científica, através dos seus possíveis usos como instrumento ou não de Política Externa.

O segundo capítulo intitulado *Cooperação Internacional e Atenção Primária em Saúde* faz uma revisão sobre a história da Cooperação Internacional em Saúde, a inserção do Brasil nesta arena, com o enfoque da Atenção Primária em Saúde (APS). Apresenta os diferentes referenciais de atenção primária (ampla x seletiva) e os possíveis sentidos dos programas de agentes comunitários em saúde (PACS) nestas concepções em disputa. Apresenta, de maneira mais consistente, a experiência do PACS no Brasil, com sua ligação ao modelo de APS implantado no país.

O terceiro capítulo *Angola: Saúde e Cooperações com o Brasil* refere-se a Angola, apresentando o país de maneira geral e os aspectos relativos à sua situação de saúde. Faz um relato sobre o Sistema de Saúde Angolano, descrevendo as diversas iniciativas e políticas implantadas pelo governo no âmbito da saúde. Após, no item subsequente, faz um histórico sobre as relações estabelecidas entre Brasil e Angola, especialmente nas questões de saúde, contextualizando outras áreas, com foco nas duas últimas décadas. Por último, faz um panorama de dois projetos de Cooperação Oficial

firmados entre o Governo de Angola e o Governo Brasileiro, por meio da Fiocruz, no âmbito da saúde.

O quarto capítulo *Resultados das Análises e Discussão*, apresenta os resultados obtidos das análises dos conteúdos das entrevistas e faz uma discussão a partir da revisão dos documentos e do referencial teórico utilizado. A subdivisão deste capítulo baseia-se nas categorias analíticas provenientes do método utilizado. São elas: 1) Percepções sobre o Programa de Agentes Comunitário em Saúde no Brasil, em Angola e o seu processo de cooperação; 2) Trajetórias e Identidades: Percepções sobre a “Equipe Brasileira”; 3) Motivações e Posturas para a Cooperação; 4) Práticas de Cooperação e percepções sobre seus processos; 5) Universidade: Funções e Práticas de Cooperação; e, por último, 6) Funções e expectativas sobre o Governo Brasileiro e Atores Internacionais.

O quinto capítulo “*Juntando as peças e alinhando as missangas*” é o esforço de reunir os achados desta pesquisa com o que há na bibliografia sobre o tema, no intuito de produzir um sentido para além de minha subjetividade, em um sentido que seja mais compartilhado e fértil em produzir outros sentidos comuns.

No dizer de Mia Couto

*“A missanga todos a vêem.
Ninguém nota o fio que, em colar vistoso,
vai compondo as missangas.
Também é assim a voz do poeta:
um fio de silêncio costurando o tempo”
(Couto, 2009).*

Com esta inspiração e com as imagens das águas elaboradas na Apresentação, faço as Considerações Finais. Oxalá estas reflexões possam inspirar e apoiar a cooperação brasileira em saúde em Angola e no continente africano de forma a produzir vida, em todos os sentidos.

CAPÍTULO 1 - COOPERAÇÃO INTERNACIONAL: UMA MIRADA

O presente capítulo versa sobre o surgimento das políticas de cooperação, suas principais vertentes Norte-Sul e Sul-Sul, e as disputas sobre os conceitos de desenvolvimento e de práticas de cooperação alocadas nesta arena. Descreve também o conceito e o papel da Cooperação Científica, através dos seus possíveis usos como instrumento ou não de Política Externa de um país.

1.1.O surgimento das Políticas de Cooperação: do Vertical ao Horizontal

A Cooperação Internacional iniciada ao final da Segunda Guerra Mundial (II GM), em especial pelos Estados Unidos da América (EUA), foi organizada em programas sistemáticos de ajuda, que deram origem ao que hoje se denomina de *Foreign Aid*, ou “Ajuda Externa”. O marco inicial deste programa foi o lançamento do Plano Marshall pelos EUA em 1947, cujo intuito era ajudar a reconstrução dos países europeus destruídos pela guerra e revitalizar suas economias. De acordo com Corrêa (2010), os EUA colocaram em andamento uma política externa que pretendia garantir a segurança coletiva no novo cenário político internacional, que estava marcado pela bipolaridade, e cujo interesse era conter o socialismo e lideranças nacionalistas.

No cenário da Guerra Fria, havia tensões entre o mundo leste-oeste e tensões entre as metrópoles e os movimentos independentistas, configurando dinâmicas que deram origem a novas formas de relações entre os países. O surgimento de organismos multilaterais como a Organização das Nações Unidas e suas agências, na década de 1940, estimulou a cooperação entre os países (ONU, 1948) bilateral e multilateralmente, mesmo orientados pelo poder das novas potências. Havia um crescente engajamento das relações bilateral e multilateral, especialmente com e entre as novas nações que se tornavam independentes na África e na Ásia. Àquela época estes países eram chamados do “terceiro mundo” e, posteriormente foram eles os considerados ou “subdesenvolvidos” ou “em desenvolvimento”, ou, ainda depois, “países do Sul”, num marco geopolítico. De acordo com Correa (2010):

“o processo de descolonização efetivado em sucessivas etapas após 1945 transformou a cooperação internacional em um dos instrumentos que melhor se ajustaram ao novo tipo de relacionamento que se estabeleceu entre as ex-metrópoles e os países recém-independentes” (Corrêa, 2010, p. 19 e 20).

Este autor argumenta que a cooperação bilateral, e mesmo a multilateral, seria utilizada como uma estratégia dos países desenvolvidos para manter e ampliar seu poder político-econômico internacional, substituindo ou não os instrumentos tradicionais como o comércio e o poder militar (Corrêa, 2010).

As nações européias que receberam a Ajuda do Plano Marshall se organizaram na chamada “Organização para Cooperação Econômica – OECE” que, em 1961, foi reformulada dando origem ao que se chama, até hoje, de “Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE”, formado por países europeus e não-europeus desde então. A finalidade desta organização se estendeu para além da gestão do Plano Marshall: ampliou sua atuação para a chamada Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD), onde os países da OCDE financiam diferentes modalidades de cooperação para o desenvolvimento. A CID (Cooperação Internacional para o Desenvolvimento) teria como principal objetivo ajudar os países em desenvolvimento a crescer, através da diminuição dos níveis de pobreza e de reformas econômicas. Havia a retórica da “solidariedade” baseada em um ideal de que a cooperação para o desenvolvimento seria um instrumento de constituição de uma sociedade harmônica de nações, onde os países menos desenvolvidos teriam uma expectativa de que existe realmente um empenho dos países desenvolvidos em prestar tal assistência e “ajudá-los em seu desenvolvimento” (Correa, 2010). O autor afirma:

A solidariedade pode até ser um elemento motivador de iniciativas de ajuda internacional que sejam inspiradas e patrocinadas por dirigentes políticos, mas a latitude de sua aplicação estará sujeita às prioridades de curto e de longo prazo da política externa de seu respectivo país. (Corrêa, 2010, p. 70)

Na década de 1960, considerada como a ‘década do desenvolvimento’, a OCDE, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), foram atores centrais na influência sobre as concepções de cooperação e de desenvolvimento difundidas ao mundo, especialmente aos países receptores da ajuda, ou da cooperação (Pereira, 2010). Rist (2008) fala sobre este processo demonstrando a construção do ideal do desenvolvimento pela cultura ocidental, onde se acredita que o crescimento constante da produção traz um futuro evidentemente melhor. Ele argumenta que o paradigma do desenvolvimento se sustenta por uma idéia difundida de “sub-desenvolvimento” ou “em desenvolvimento”, fazendo crer na universalização possível do modo ocidental de produção e na ilusão de prosperidade a todos. Apesar da demonstração de que a

iniquidade vem aumentando dentro e entre os países, este paradigma teria se tornado uma crença compartilhada entre todos os chefes das nações e organismos internacionais (Rist, 2008). Nas negociações de cooperação para o desenvolvimento Norte-Sul, o que acontece de forma recorrente é a montagem de programas compostos por temas que muitas vezes refletem paradigmas alheios às realidades locais. Correa (2010) refere que:

Muito desses temas, apesar de uma roupagem externa neutra e referenciada em consensos internacionais, representam na prática, valores que os países doadores desejam disseminar em escala global. O problema é que os valores “universais” patrocinados pelos países doadores tradicionais emanam dos padrões culturais, sociais, políticos e até mesmo religiosos encontrados nos países do chamado Ocidente. (Correa, 2010, p.75)

Esta “sugestão de temas políticos” ganha novo modo de se desenvolver ao final dos anos 1980 e nos anos 1990. De acordo com Mattos (2001) naquele contexto:

as propostas de políticas passaram a ser elaboradas num âmbito mais restrito a algumas agências internacionais e aos principais governos do mundo, disseminando-se com a ajuda de dispositivos de indução (empréstimos condicionados à adoção de certas políticas econômicas). (Mattos 2001)

Em 1989, a queda do Muro de Berlim simbolizou o fim da Guerra-Fria, e o Consenso de Washington, neste mesmo ano, simbolizou a força da economia capitalista atuante sobre os países em desenvolvimento (PED) desde anos anteriores. O ajuste macroeconômico (ou ajustes estruturais) reunido no Consenso envolvia medidas político-econômicas que marcariam uma nova ordem onde a matriz do neoliberalismo impulsionaria o que se chamou de “globalização”. De acordo com Santos (2002) naquele momento,

as economias nacionais devem abrir-se ao mercado mundial e os preços domésticos devem tendencialmente adequar-se aos preços internacionais; deve ser dada prioridade à economia de exportação; as políticas monetárias e fiscais devem ser orientadas para a redução da inflação e da dívida pública e para a vigilância sobre a balança de pagamentos; os direitos de propriedade privada devem ser claros e invioláveis; o sector empresarial do Estado deve ser privatizado; a tomada de decisão privada, apoiada por preços estáveis, deve ditar os

padrões nacionais de especialização; a mobilidade dos recursos, dos investimentos e dos lucros; a regulação estatal da economia deve ser mínima; deve reduzir-se o peso das políticas sociais no orçamento do Estado, reduzindo o montante das transferências sociais, eliminando a sua universalidade, e transformando-as em meras medidas compensatórias em relação aos estratos sociais inequivocamente vulnerabilizados pela atuação do mercado. (B. d. Santos, Os processos de globalização)

Ao passo que se implementavam estas diretrizes econômicas, através especialmente do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI) nos países em desenvolvimento, foi desenvolvida uma retórica onde:

A missão do banco e de toda a comunidade de ajuda ao desenvolvimento consistiria não só em oferecer recursos financeiros, mas também, senão principalmente, oferecer idéias. De fato, na medida que os governos dos países desenvolvidos reduziam o volume de recursos que colocavam à disposição para a Ajuda Externa ao Desenvolvimento, cresceu a importância da oferta de idéias acerca das políticas que deveriam ser adotadas pelo países em desenvolvimento. (Mattos, 2011)

Porém, a conquista da independência e a chegada dos novos estados na arena política mundial, fez com que crescessem, também, questionamentos sobre o real e o tipo de desenvolvimento preconizado pelos programas de cooperação existentes, e sobre esta nova ordem que se tornaria universal, nos dizeres da globalização. Os debates evoluíram e deram origem a diversas críticas, ao surgimento de novos paradigmas de cooperação, e à contraposição de um “discurso único do mundo³”. Para Santos (2007), este discurso teria fundamento no que ele chama de “pensamento abissal”, onde diz

A divisão é tal que “o outro lado da linha” desaparece como realidade, torna-se inexistente e é mesmo produzido como inexistente. Inexistência significa não existir sob qualquer modo de ser relevante ou compreensível. Tudo aquilo que é produzido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a

³ De acordo com Milton Santos, o “discurso único do mundo” teria implicações na produção econômica e nas visões da história contemporânea, na cultura de massa e no mercado global. Estas características, alimentariam seu imaginário, alicerçado nas suas relações com a ciência, na sua exigência de racionalidade, no absolutismo com que, a serviço do mercado, conforma os comportamentos; tudo isso fazendo crer na sua inevitabilidade. (M. Santos 2010)

própria concepção de inclusão considera o “outro”. A característica fundamental do pensamento abissal é a impossibilidade da co-presença dos dois lados da linha. (B. d. Santos, Para além do Pensamento Abissal 2007)

1.2. Caminhos da Cooperação Sul-Sul

Na décadas 1950-70, o movimento dos países não alinhados⁴, em continuidade aos movimentos independentistas, posteriormente chamados “países em desenvolvimento” e “países do Sul”, organizaram-se com o intuito de fomentar, entre outras questões, um paradigma de cooperação que engendrasses relações mais horizontais entre os países. A formulação do conceito de Cooperação Técnica para os Países em Desenvolvimento (CTPD) teria como fundamento a troca de tecnologias e técnicas entre esses países de maneira mais equânime onde o “doador” é também “recebedor” e vice-versa, numa dita relação de troca, de forma mais horizontal, em contraposição à forma verticalizada da relação estabelecida com os países do norte - onde um é doador e o outro recebedor da ajuda – Cooperação Norte- Sul (CNS).

Em 1978, ocorre a Conferência Mundial sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, onde se produziu a Declaração de Buenos Aires ou o Plano de Ação de Buenos Aires (PABA). Para Puente (2010), os principais objetivos da CTPD, são:

Promover a autoconfiança dos países em desenvolvimento, mediante o aperfeiçoamento de suas capacidades criativas para encontrar soluções para seus problemas de desenvolvimento; promover e fortalecer a autoconfiança coletiva entre os países em desenvolvimento por meio da troca de experiências e o compartilhamento de seus recursos técnicos; fortalecer a capacidade destes países em identificar e analisar conjuntamente os principais problemas do seu desenvolvimento (Puente, 2010).

⁴ Movimento dos países não alinhados tem como marco inicial a Conferência de Bandung, em 1955, onde vinte e nove países da África e da Ásia se reuniram com os objetivos de promover e assegurar o fim do colonialismo, na perspectiva de criar uma “terceira posição” equidistantes das duas potências – EUA e URSS (Brenner).

O PABA marcou conceitualmente o diálogo Sul-Sul, fundamentando o que se chamou de Cooperação Sul-Sul e ou Cooperação Horizontal, fazendo uma crítica aos conceitos de cooperação tradicional. Puente (2010) afirma:

Pauta-se a CTPD justamente pela busca de formulações inovadoras, livres do caráter “intervencionista” e completamente exógeno da cooperação tradicional, e consoantes com o espírito dos esforços da cooperação sul-sul consubstanciados no Plano de Ação de Buenos Aires. Tal modelo procura respeitar os contextos sociais, culturais e institucionais vigentes nos países receptores e tenta, na medida do possível, ao dar ênfase à ótica da demanda dos parceiros e não à da oferta do provedor, assegurar a maior horizontalidade possível na relação entre os parceiros. (Puente 2010, 268)

Leite (2012) traz, porém, uma ponderação de que a concepção sul-sul possui um referencial algo idealista, por considerar a existência de uma proximidade e horizontalidade entre os países do sul geopolítico que, no entanto, não considera a existência de diferenças e diversidades entre estes países. Correa (2010) também alerta para o enquadramento reducionista entre as modalidades “sul-sul” e “norte-sul”, que ofuscaria diversos mecanismos de relações internacionais. Ele ainda diz:

Ao se classificar como ‘sul-sul’ tudo o que não é ‘norte-sul’, corre-se o risco de se perpetuar [...] uma visão de mundo que divide as nações não apenas por fatores econômicos, mas também por um sistema de crenças eivado de generalizações e preconceitos: ‘ricos’ versus ‘pobres’; ‘social-culturalmente-desenvolvidos’ versus ‘social-culturalmente-subdesenvolvidos’; ‘economias maduras’ versus ‘economias imaturas’ etc. A quem interessa a persistência dessas classificações? (Corrêa 2010, 86)

Alguns autores acreditam que o crescimento da CSS se deu em função de um esgotamento da CNS, tendo em vista os questionamentos da “Eficácia da Ajuda⁵”. Outros argumentam que a expansão se deu naturalmente, como decorrência do crescimento técnico, econômico e político dos PED.

⁵ O início oficial da “agenda sobre eficácia da ajuda” data de 2003, quando foi realizado o I Foro de Alto Nível sobre Harmonização da Ajuda, onde foi declarada a necessidade de convergência da AOD com as prioridades dos países parceiros. Em 2005, a Declaração de Paris estabeleceu princípios, compromissos e metas entre os países. Esta agenda segue conduzida pela OCDE e produziu novas declarações como a de Accra, em 2008, e Busan, em 2012.

Longe de ser consensual, o conceito de CSS⁶ pode fazer referência a várias e diferentes relações entre os países em desenvolvimento. De maneira geral, a CSS designa “um amplo conjunto de fenômenos relativos às relações entre países em desenvolvimento – desde a formação temporária de coalizões no âmbito das negociações multilaterais até o fluxo de investimentos privados” (Leite, *Cooperação Sul-Sul: um ensaio conceitual* 2013). Em relação às práticas da CSS, esta autora defende que

Houve todo um esforço, desde a década de 70, de se substituir a idéia de ‘assistência’, ligada a práticas desiguais e paternalistas, pela idéia de ‘cooperação’, que implicaria igualdade entre as partes envolvidas, respeito à soberania e objetivos comuns. (Leite, *Cooperação Sul-Sul: um ensaio conceitual* 2013)

Diversos estudos se encontram em andamento a fim de aprofundar as concepções, as modalidades, motivações, bem como analisar impactos sobre como tem sido as práticas da cooperação internacional na conjuntura atual (de Haan & Warmerdam, 2012).

⁶ A Agência Brasileira de Cooperação (ABC) entende no Brasil a CSS como sinônimo de CTPD e de cooperação horizontal. Fonte: <http://www.abc.gov.br/SobreABC/Direcao/CGPD> (Acesso em 04/10/2014)

1.3.Cooperação Científica e Acadêmica

A Cooperação Internacional em Ciência e Tecnologia (CICT) é definida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) como:

Todo e qualquer compartilhamento de conhecimento entre dois ou mais cidadãos de diferentes nações, inserido em um contexto de convenções mutuamente aceitáveis, que possibilitem o intercâmbio desse conhecimento (Holbrook and M.S 1996).

Duarte (2008) identifica três pilares fundamentais para a Cooperação Científica e Tecnológica: os cientistas, o conhecimento e o Estado. Ao Estado cabe garantir o aparato institucional e o aporte financeiro para promover a troca de recursos humanos, conhecimento e experiências, a fim de buscar o desenvolvimento em ciência e tecnologia e garantir o compartilhamento das inovações e descobertas entre todos os envolvidos. O autor coloca que é preciso diferenciar cooperação internacional com intercâmbio e colaboração internacional, sendo estes últimos acordos firmados entre comunidades e instituições científicas, sem qualquer participação do Estado e, geralmente, sem prever responsabilidades sobre compartilhamento dos seus avanços (idem).

Os atores da CICT são os cientistas, as instituições de pesquisa, universidades, empresas e agentes do setor privado, e o Estado, representado pelas instituições de formulação, gestão e agências financiadoras, cada qual com sua atuação e papel estratégico. O tipo de cooperação que um país fará é determinado pela perspectiva de desenvolvimento assumida por sua comunidade científica; já as universidades são importantes por que formam os cientistas e, por serem autarquias, podem realizar atividades de CICT sem qualquer apoio do governo. Porém Duarte (2008) fala da dificuldade de uma universidade em arcar com os custos de atividades de pesquisa em nível internacional no médio e longo prazo. Ele defende que o Estado deve ser o principal apoiador destas iniciativas, posto que é o único ator que pode celebrar acordos de CICT com outros países, e é capaz de custear o desenvolvimento científico e tecnológico proveniente das atividades de cooperação internacional.

Desta forma, apesar da importância dos cientistas e das universidades, o Estado torna-se indispensável, pois é a ele que cabe viabilizar os investimentos para a

construção de estrutura de pesquisa necessária ao desenvolvimento em Ciência e Tecnologia (C&T), bem como promover a cooperação internacional. (Campos 2011)

Em 2002, quando da III Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia no Brasil, a cooperação internacional foi apontada como marco da política de C&T (Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia, 2002), ganhando significado como instrumento de política pública para o desenvolvimento científico e tecnológico do país. Desta forma, a partir de acordos estabelecidos entre os países, existiria um comprometimento do Estado em garantir que a participação nos empreendimentos científicos internacionais deveria trazer avanços científicos que possam beneficiar o desenvolvimento e a solução de problemas sociais nacionais.

Segundo a ABC, a cooperação em C&T trata-se de um instrumento específico pelo qual países e ou organismos internacionais transferem conhecimentos e técnicas dentro de um processo planejado de mudanças, associado às prioridades de desenvolvimento sócio-econômico e articulado com a política externa do País⁷.

Neste sentido, os programas de cooperação internacional em C&T podem apresentar uma dimensão de longo prazo da Política Externa de um país, tendo em vista que podem permitir a construção de práticas e instituições que dão coerência, estabilidade e segurança nas relações externas dos países envolvidos. (Sato 2010)

⁷ Agencia Brasileira de Cooperação - Cooperação técnica. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/ct/ct.asp>

CAPITULO 2 – COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

2.1. Cooperação Internacional em Saúde, Atenção Primária e os Programas de Agentes Comunitários: modelos em disputa

Desde meados do século XIX há registros de ações de cooperação internacional em saúde entre os países. A primeira Conferência Sanitária Internacional data de 1851 quando estados europeus se reuniram para discutir ações de cooperação em relação à cólera, peste e febre amarela, que, à época, assolavam a Europa. Desde que políticas nacionais não foram capazes de evitar a epidemia naqueles países, o controle de doenças tornou-se assunto diplomático (Fidler, 2001). A partir daí houve cerca de dez Conferências Sanitárias Internacionais (CSI) nos cinquenta anos subsequentes. A idéia da criação de uma agência permanente de cooperação em saúde internacional nasceu em 1874, na CSI em Viena (Kickbusch, Lister, Told, & Drager, 2013). Porém apenas em 1919 foi criado o Escritório de Saúde da Liga das Nações. Em 1907 já havia sido criado o Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP), em Paris; em 1902, a Repartição Sanitária Internacional (posteriormente Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS). Em 1913, a Fundação Rockefeller, com atuações na área da saúde. Apenas em 1946, no imediato pós- II Guerra Mundial, quando da Assembléia das Nações Unidas, instituiu-se a Organização Mundial da Saúde (OMS), agência especializada das Nações Unidas para a saúde. A Carta Constitucional da OMS defende a saúde como direito humano fundamental, e a necessidade de cooperação entre os países afim de que se possa atingir o mais alto grau de saúde possível. Seu mandato é agir na direção e coordenação das ações no campo da saúde internacional (WHO, 1946; Kickbusch, Lister, Told, & Drager, 2013).

Nas décadas 1950 a 70, os esforços de cooperação em saúde acompanhavam as questões relativas ao desenvolvimento, em especial na construção dos sistemas de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde (APS) (Almeida, Campos, Buss, Ferreira, & Fonseca, 2010). Em 1978, a Conferência de Alma-Ata marcou os esforços da idéia da universalização da saúde e a orientação dos sistemas de saúde a partir de uma APS ampla e compreensiva⁸. Porém data desta época, também, nos anos 1980 e 90, a reestruturação do neoliberalismo, implementando as políticas de ajustes estruturais, conforme descrito no primeiro capítulo deste estudo.

⁸ Comprehensive Primary Health Care implica no conceito de direito universal da saúde, de forma ampla e integral, que aponta para os sistemas de saúde a determinação social da saúde como ordenadora dos processos saúde-doença.

A Conferência de Bellagio, em 1979, promovida pela Fundação Rockefeller, consonante com os princípios de “custo-efetividade”, reuniu críticas à Declaração de Alma-Ata referindo-a como idealista, excessivamente ampla e não realista (Cueto 2004). Desta forma, as ações de cooperação em saúde e o conceito de APS, agora denominada seletiva, deslocaram-se para intervenções verticalizadas, mais pontuais, de cunho tecnológico e de provisão de produtos, que primavam por abordagens de “pacotes prontos”, que tivessem objetivos concretos, mensuráveis e custo-efetivos (Almeida, Campos, Buss, Ferreira, & Fonseca, 2010; Kickbusch, Lister, Told, & Drager, 2013). Birn (2009) assinala que a partir de 1985 diversos esforços foram empregados para que a OMS recuasse na sua abordagem de “saúde para todos”, entre eles foi a entrada na arena da cooperação em saúde atores como UNICEF, Banco Mundial (World Bank, 1987; World Bank, 1993), bancos regionais de desenvolvimento e instituições financeiras (Birn, 2009). De acordo com este autor, a lógica econômica orientada para o mercado na cooperação em saúde permanece até os dias atuais.

A partir dos anos 2000, porém, sofisticaram-se as estratégias, a exemplo das parcerias público-privadas (PPP) e a proliferação de agências e instituições interessadas em atuar na arena da agora chamada “saúde global”, cuja arquitetura vem se tornando mais complexa no novo milênio. Em estudo publicado pela Lancet em 2009, por exemplo, demonstrou-se um aumento significativo de 5,6 para 21,8 bilhões de dólares americanos de 1990 a 2007 na Ajuda ao Desenvolvimento para a saúde (Ravishankar, et al. 2009). Ressalta-se, porém que os recursos gerenciados pelas agências das Nações Unidas e Bancos de Desenvolvimento reduziram, ao passo que montantes crescentes estão sendo cada vez mais canalizados para as chamadas “*Global Health Initiatives*” como Fundo Global de combate a AIDS, Tuberculose e Malária, GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*), além das organizações não governamentais (idem).

No contexto das disputas das formas de cooperação em saúde, das noções do papel dos sistemas de saúde - em que medida estão alinhados à noção de direito ou às políticas de mercado, bem como dos sentidos da APS, entre ampla e seletiva, surgiram diversas experiências de Programas de Agentes Comunitários de Saúde, em diversos países.

Uma revisão sobre essas iniciativas, publicada pela OMS, em 2007, referiu que estes trabalhadores contribuem significativamente na ampliação do acesso ao cuidado básico em saúde em diversos sistemas de saúde (Lehmann & Sanders, 2007). Haines (2007)

argumenta que a incorporação destes trabalhadores é uma importante estratégia de desenvolvimento do sistema de saúde (Haines, et al., 2007). Outros autores acreditam que os ACS produzem melhorias nos indicadores de saúde da comunidade onde atuam (Jones, Steketee, Black, Morris, & Bhutta, 2003).

Esta publicação mostrou também que existe uma variação muito grande na atuação do ACS, entre um agente de mudança, que estimula o empoderamento e a participação da comunidade, na lógica da construção de uma APS ampla e integral; e a um agente que implementa programas verticais através de tarefas restritas, que se alinharia as orientações da APS seletiva (Lehmann and Sanders 2007).

A OMS e UNICEF têm incentivado os países a implementarem os ACS em larga escala a fim de reduzir os índices de mortalidade materno-infantil, e como estratégia para que os países alcancem as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde (Haines, et al., 2007) (Perry & Zulliger, 2012) (UNICEF, 2008). Porém, não parece deixar claro de que forma os ACS estariam inseridos, na medida que estas agências não propõem a discussão conjunta das questões relativas à integralidade, determinação social dos processos saúde-doença e o direito à saúde.

2.2 Experiência Brasileira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

A Constituição Federal do Brasil em 1988 define os referenciais para o sistema de saúde brasileiro, considerando o conceito ampliado de saúde e a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS), inaugurado nesta Carta Constitucional, traz como princípios a universalidade, a integralidade, a descentralização, e a participação popular. De acordo com Fleury (2009), os princípios que nortearam a construção do SUS são:

Um princípio ético-normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico, que compreende a determinação social do processo saúde-doença; um princípio político, que assume a saúde como direito universal, inerente à cidadania em uma sociedade democrática; e um princípio sanitário, que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação. (Fleury 2009)

Em 1991, o Ministério da Saúde oficializou o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) institucionalizando uma série de experiências práticas em saúde que se desenvolviam em diversas regiões do país, de forma isolada e focal, atendendo populações em situação de maior risco a saúde (Morosini, Corbo, & Guimarães, 2007). Dentre estas experiências pode-se citar o projeto Planaltina, no Distrito Federal, de 1974 a 1978; o programa de treinamento de Voluntários da Saúde da Comunidade, no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, em Porto Alegre, RS, em 1974; o projeto Montes Claros, no norte de Minas Gerais, em 1975, que incluía auxiliares de saúde desenvolvendo ações preventivas; iniciativas da Pastoral da Criança em diversos municípios como Florestópolis, Paraná, em 1983, onde voluntárias eram treinadas para oferecer cuidados e aconselhamento às mães e às gestantes (Giugliani, 2011).

Uma experiência importante ocorreu no Ceará, em 1987, onde teve início o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ceará, que contratou 6.113 trabalhadores, 95% mulheres, eleitas pela comunidade, que deveriam residir na comunidade assistida e que atuariam na perspectiva de participação popular (Morosini, Corbo, & Guimarães, 2007). O programa emergencial para enfrentamento da seca daquele ano “Frente da Seca”, contratou 235 enfermeiras para supervisionar o trabalho dos ACS (Giugliani, 2011). O Estado do Ceará procedeu a avaliações sobre esta experiência – Pesquisa Sobre Saúde Materno-Infantil no Ceará (PESMIC) em 1987 e

em 1990, e demonstrou a redução da mortalidade infantil de 100 para 68/1000. Em 1993, o Ceará recebeu da UNICEF o Prêmio Internacional Mauricio Pate por este feito.

A ampliação do PACS para o país e o sucesso alcançado pelos municípios que o adotou, juntamente aos esforços do Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, incorporou-se e ampliou a atuação do PACS. Juntos, PACS e PSF estruturaram a Estratégia Saúde da Família, formulada como o modelo de Atenção Primária a Saúde do estado brasileiro, no marco dos princípios do SUS e de uma APS abrangente (Morosini, Corbo, & Guimarães, 2007).

A Portaria 1.886 de 1997 aprovou as normas e diretrizes do PACS, definindo as atribuições dos ACS, mas somente em 2002, foi criada a categoria profissional de ACS, inteiramente vinculada ao SUS (BRASIL, República Federativa, 2002). Em 2004 foi publicado o Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, pelo Ministério de Saúde e Ministério da Educação, onde em sua apresentação afirma “a relevância deste trabalhador no contexto de práticas de saúde e seu papel social junto à população constituem a necessidade de sua formação, feita em nível técnico” (BRASIL M. d., 2004)

Em 2006, a Lei 11.350 revogou a lei anterior de 2002 e definiu as atividades dos ACS: 1) utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; 2) promoção de ações de educação individual e coletiva; 3) registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; 4) estímulo a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área de saúde; 5) realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; 6) participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006). Esta lei ainda definiu os requisitos para o exercício da atividade, quais sejam: 1) residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; 2) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; 3) haver concluído o ensino fundamental.

A Emenda Constitucional nº 51, promulgada em 2006, acrescenta três parágrafos ao artigo 198 da Constituição Federal, onde admite a contratação por processo seletivo público, como alternativa ao concurso público para o ACS. A lei 11.350 regulamenta a

EC nº 51 estabelecendo que a contratação dos ACS deve ser por vínculo CLT⁹, diretamente com os municípios.

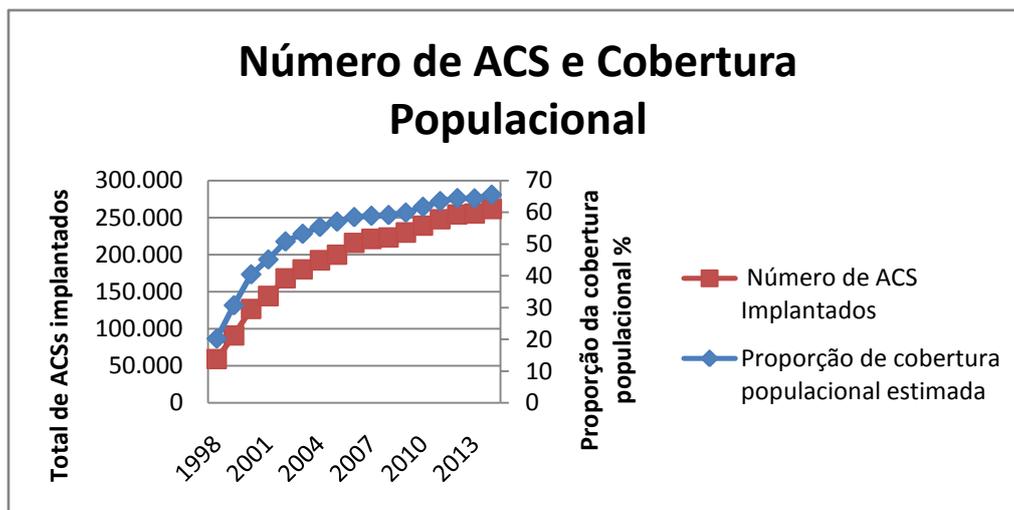
Em termos de formação, Morosini (2007) argumenta que a Lei 11.350/2006, encontra-se desatualizada, tendo em vista a aprovação anterior, em 2004, do Curso Técnico dos ACS pelo Conselho Nacional de Educação. Apesar do avanço que a Lei representou para desprecarização dos vínculos empregatícios dos ACS, deixou a desejar em termos de formação técnica desta categoria profissional. (Morosini, Corbo, & Guimarães, 2007)

Em 16 de junho de 2014, a presidência da República sanciona a Lei 12.994, que altera a lei 11.350, instituindo o piso salarial nacional de R\$ 1.014,0 (mil e quatorze reais) mensais para jornada de 40h semanais. Veda também a contratação temporária ou terceirizada dos ACS (BRASIL, Lei 12.994, 2014).

Paralelo aos avanços da regulamentação profissional dos ACS no Brasil, o número de ACS em atividade aumentou consideravelmente - de 59 mil em 1998 a cerca de 260 mil em 2014. Em relação a cobertura da população brasileira, pode-se dizer o mesmo, chegando a quase 65% da população ou, em números absolutos, 127.069.959 brasileiros. A Figura 2 mostra esta evolução em gráfico. Por sua dimensão sem precedentes e pela característica de categoria formal, o PACS junto a ESF, vem sendo reconhecido no mundo todo como exemplo de estratégia de APS (Giugliani, 2011). Desta maneira reconhece-se, de maneira consistente, a importância deste trabalhador no quadro de recursos humanos em saúde do Brasil, bem como na estruturação do Sistema Único de Saúde brasileiro.

⁹ Vínculo CLT refere-se ao regime jurídico do vínculo empregatício que se encontra na Consolidação das Leis Trabalhistas.

Figura 2: Número de Agentes Comunitários de Saúde implantados no Brasil e Evolução da proporção de população coberta por ACS em relação a população brasileira, de julho de 1998 a julho de 2014.



Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE;

Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

2.3. Cooperação em Saúde no Brasil e Relações Brasil - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)

A história do Brasil na saúde mundial vem de longa data. O Brasil esteve presente na Assembléia da ONU que fundou a OMS, em 1946, e, de 1953 a 1973 foi um brasileiro, Marcolino Candau, que esteve a frente da OMS como seu Diretor-Geral. Porém apenas a partir dos anos 2000 o Brasil incorpora mais organicamente à sua política externa os temas relacionados à saúde. Em 2001 posiciona-se no estabelecimento da Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio), e em 2003, destaca-se na condução da Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabaco na OMS.

O governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva (2003-10) fortaleceu a atuação brasileira no âmbito da Cooperação Sul-Sul, priorizando países da África e da América do Sul, bem como coalizões como a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), e a União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) (Buss & Ferreira, 2012), sendo a saúde um dos destaques nestas iniciativas de cooperação (Buss P. , 2011). A cooperação prestada tem sido diversa, tendo em vista que o sistema de saúde brasileiro tem desenvolvido estratégias eficazes para o enfrentamento das demandas em saúde encontradas em muitos países em desenvolvimento - destacam-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Programa de

Imunizações, de HIV/AIDS, a Rede de Banco de Leite Humano, Rede de Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas e Institutos Nacionais de Saúde.

A convergência da agenda de cooperação internacional horizontal e da cooperação em saúde adotada pelo Brasil vem fundamentando um novo conceito chamado de “cooperação estruturante em saúde”, cujo propósito é o “fortalecimento institucional dos sistemas de saúde parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento” (Almeida, Campos, Buss, Ferreira, & Fonseca, 2010).

A cooperação brasileira em saúde com a África prioriza a CPLP e se fundamenta no plano estratégico conjunto de cooperação em saúde, o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde - PECS (CPLP, 2009), construído com a participação de autoridades dos Ministérios da Saúde dos oito países membros da CPLP. E foi neste contexto que o Brasil apresentou o Programa de Cooperação Temática em Matéria de Ciência e Tecnologia (PROÁFRICA), na II Reunião Ministerial de Ciência e Tecnologia da CPLP, em dezembro de 2003 (Campos 2011).

O Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População, publicado em 2011, revela que a população angolana é jovem, com 48% de pessoas com idade inferior a 15 anos; e menos de 50% da população é economicamente ativa. Apenas 2.4% da população tem idade superior a 64 anos (INE, 2011). Esta conformação da pirâmide etária, com base alargada, é característica de populações com taxas de fecundidade elevadas – OMS aponta 6 nascimentos/mulher em Angola, em 2012- que, de acordo com a pesquisa do IBEP, vem em declínio, pois a taxa situava-se em 7, em 2001. A taxa de mortalidade materna situa-se em 460/100.000 nascidos vivos. A prevalência de HIV é de 1.195/100.000 habitantes e a incidência de malária 18.241/100.000 habitantes (WHO, 2012).

Em relação aos indicadores socioeconômicos, nos últimos dez anos registrou-se um rápido crescimento econômico em Angola. O petróleo e seus derivados continuam a predominar nas exportações (95%) e no PIB (47%), seguidos da Agricultura e Pescas (9%) e da indústria manufatureira (5%). O PIB por habitante passou de US\$ 871,40, em 2003, para US\$ 4.266,80, em 2010 (MINSA, 2012) e onde 3.5% do PIB é gasto em saúde (WHO, 2012). Cerca de 60% da população vive em áreas urbanas e 37% vive em situação de pobreza - o nível de incidência da pobreza é três vezes superior nas áreas rurais do que nas urbanas (INE, 2011).

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2014, Angola ocupa a 149ª posição entre os países. Sua história revela as dificuldades e os avanços que o país tem empreendido a fim de melhorar a vida de sua população. Em 11 de Novembro de 1975, como uma das últimas nações africanas, conquista sua Independência Nacional. Após séculos de colonização portuguesa (1492 a 1975), anos de Guerras Coloniais (1961 a 1974), a população seguiu sofrendo com as Guerras Cívicas, pela disputa de poder entre os principais partidos políticos do país – MPLA (Movimento Popular para a Libertação de Angola, fundado em 1956); FNLA (Frente Nacional para a Libertação de Angola, de 1961) e UNITA (União Nacional para a Independência Total de Angola, fundada em 1966). Em 1991 é dado início ao processo de democratização, com o fim do regime monopartidário. Em 1992, ocorrem as Primeiras Eleições Gerais – legislativas e presidencial – e em 1994 inicia a II Guerra Civil (Kasembe, 2008) . Apenas em 2002 foi a Assinatura dos Acordos de Paz, trazendo mais estabilidade política ao país e redirecionando os recursos da guerra para setores do desenvolvimento econômico e social.

Em setembro de 2008 são realizadas as Segundas Eleições – neste momento, apenas legislativas- no país. Em 2010, a nova Constituição da República de Angola é aprovada e determina que o candidato que ocupar o primeiro lugar na lista do partido mais votado nas eleições legislativas se torna automaticamente eleito presidente, podendo ser reeleito duas vezes, cumprindo cinco anos de mandato a cada eleição (ANGOLA, 2010). Em setembro de 2012 procedeu-se a Terceira Eleição, sob as novas regras constitucionais.

Com a Proclamação da Independência em 1975, foram estabelecidos os princípios de universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, exclusivamente prestados pelo Estado, assentes na estratégia de cuidados primários de saúde (ANGOLA, Política Nacional de Saúde, 5 esboço, 2009). De acordo com este documento, a primeira década pós-independência foi caracterizada pela ampliação da rede sanitária, porém com escassez de recursos humanos em saúde, o que orientou o recrutamento de profissionais através de Acordos de Cooperação Internacional. Após, em 1992, com a Lei 21-B/92, de Bases do Sistema Nacional de Saúde, o Estado deixou de ter exclusividade na prestação de cuidados, foi autorizada a participação do setor privado e introduzida a noção de co-participação dos cidadãos nos custos à saúde (ANGOLA, Política Nacional de Saúde, 5 esboço, 2009).

O Sistema Nacional de Saúde é atualmente constituído pelo Serviço Nacional de Saúde, tutelado pelo Ministério da Saúde; pelos serviços de saúde das Forças Armadas, tutelados pelo Ministério da Defesa, e pelos serviços de saúde do Ministério do Interior, para atendimento dos efetivos e familiares. Também fazem parte do Sistema Nacional de Saúde os serviços de saúde de empresas públicas e privadas como a Chevron-Texaco, Endiama e Sonangol, como demonstra a Figura 4, adaptado de (Oliveira, 2010)

Em relação ao Serviço Nacional de Saúde, de acordo com a Lei 21-B/92, ele constitui-se na maior rede de saúde do país e deve possuir as seguintes características: 1) ser universal quanto à população abrangida; 2) prestar integralmente cuidados globais ou garantir sua prestação; 3) ser tendencialmente gratuito para os utentes tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; 4) garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados; e 5) ter gestão descentralizada e participativa (ANGOLA, Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, 1992).

Figura 4: Sistema Nacional de Saúde de Angola



Fonte: Adaptada de Angola (2005d)

Ainda de acordo com esta Lei, o nível dos cuidados primários (postos, centros de saúde e hospitais municipais) constitui o primeiro ponto de contato do serviço de saúde com a população. O nível secundário é constituído pela rede hospitalar polivalente e de especialidades menos diferenciadas, e o terceiro nível refere-se às unidades hospitalares de especialidades diferenciadas.

De acordo com o Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do SNS (apud Oliveira, 2010), o atendimento deve ser hierarquizado e integrado, entre a assistência primária e a assistência especializada ao nível da região sanitária. Porém este autor afirma que o próprio MINSA refere-se a uma ausência de ordenamento sanitário, que propicia uma distribuição irracional dos recursos para o setor saúde (Oliveira, 2010).

Giugliani (2011) afirma que a fragilidade do sistema de saúde também se expressa pela carência de recursos humanos ainda agravada pela sua má distribuição: a proporção de profissionais que estão em Luanda e nas capitais provinciais chega a 85%. Na Avaliação do Sistema de Saúde de Angola, feita em 2010 pela USAID (USAID, 2010), o coeficiente total de empregados da área de saúde por 1.000 habitantes em Angola aproxima-se do valor recomendado pela OMS de 2,28 trabalhadores por 1.000 habitantes (OMS, 2006). No entanto, o sério problema da má distribuição no país

persiste, como se pode observar na Figura 5 quanto à alta variação de empregados da saúde por 1.000 habitantes a nível das províncias:

Figura 5 : Servidores públicos no setor saúde em Angola, por província (USAID, 2010)

TABELA 18: SERVIDORES PÚBLICOS NO SECTOR DA SAÚDE EM ANGOLA POR PROVÍNCIA

Província	Médicos ^a		Enfermeiros		Técnicos		TOTAL	
	Nº.	Nº. por 1.000 hab	Nº.	Nº. por 1.000 hab	Nº.	Nº. por 1.000 hab	Nº.	Nº. por 1.000 hab
Bengo	87	0,41	954	4,49	99	0,47	1.140	5,36
Benguela	184	0,09	2.809	1,37	391	0,19	3.384	1,65
Bié	106	0,18	1.468	2,45	80	0,13	1.654	2,76
Cabinda	126	0,29	1.256	2,90	278	0,64	1.660	3,83
Cunene	103	0,28	922	2,51	73	0,20	1.098	2,99
Huambo	163	0,17	1.796	1,89	343	0,36	2.302	2,42
Huíla	187	0,10	2.052	1,11	495	0,27	2.734	1,48
K. Kubango	39	0,13	642	2,14	65	0,22	746	2,49
Kwanza Norte	115	0,46	1.051	4,20	88	0,35	1.254	5,02
Kwanza Sul	182	0,19	1.026	1,08	131	0,14	1.339	1,41
Luanda	982	0,22	8.750	1,97	2.590	0,58	12.322	2,78
Lunda Norte	94	0,16	839	1,40	89	0,15	1.022	1,70
Lunda Sul	87	0,33	753	2,90	67	0,26	907	3,49
Malange	147	0,33	1.146	2,55	82	0,18	1.375	3,06
Moxico	81	0,14	1.233	2,06	93	0,16	1.407	2,35
Namibe	103	0,56	941	5,13	257	1,40	1.301	7,10
Uíge	94	0,10	1.222	1,36	132	0,15	1.448	1,61
Zaire	76	0,38	732	3,66	82	0,41	890	4,45
TOTAL	2.956	0,17	29.592	1,74	5.435	0,32	37.983	2,24

^a Inclui médicos estrangeiros
Fonte: MINSA 2009.

Chama a atenção nestes dados onde, referindo-se a taxa total de 0.17 médicos/1.000 habitantes, estão incluídos os médicos estrangeiros. O relatório da USAID explica que uma solução encontrada pelo governo foi a contratação de cerca de 1.500 médicos, predominantemente de Cuba, por períodos limitados. Refere também que cinco novas universidades públicas foram inauguradas em Angola desde 2005 (nas províncias de Malanje, Benguela, Cabinda, Huíla e Huambo), todas com uma faculdade de medicina.

Em relação aos Agentes Comunitários de Saúde, este relatório diz:

Os quadros dos agentes que foram recentemente reativados não foram ainda incorporados formalmente ao sistema de saúde. Embora o MINSA tenha realizado reuniões de consulta sobre os agentes comunitários nos últimos dois anos, não foi ainda formulada uma política clara que defina o seu papel específico no âmbito do sistema de saúde (responsabilidades, se seriam empregados do governo, se

assalariados ou voluntários, etc.). Como consequência, os programas dos agentes comunitários constituem um painel de diferentes modelos. Em pelo menos uma província, eles recebiam cerca de USD 50 por mês do governo através de uma ONG mas esse pagamento não foi mantido. Outros projetos de doadores e ONGs estão criando programas de agentes comunitários à base de voluntariado. Para que o modelo seja sustentável é fundamental assegurar a disponibilidade de incentivos suficientes (monetários ou não). Existem, no mundo, vários modelos de trabalhadores comunitários da saúde, incluindo desde os inteiramente públicos, com trabalhadores assalariados ou voluntários até os autônomos, ou seja, provedores privados que vendem produtos ligados à saúde, além de outros. Seria extremamente benéfico se as partes envolvidas em programas de agentes comunitários em Angola trocassem experiências e aprendizados e atuassem de forma coordenada de modo a evitar duplicação ou interferência. (USAID, 2010)

Em 2010, o Executivo aprovou a Política Nacional de Saúde (PNS), cujo objetivo geral é estabelecer, definir e traçar orientações conducentes à melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida da população, permitindo alcançar uma vida saudável para todos. Neste contexto, foram definidas as linhas estratégicas para a reforma do Sistema de Saúde, através do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (MINSa, 2012). De acordo com este Plano, os domínios prioritários de Ação para o Sector de Saúde são os seguintes: 1) Combate à doença; 2) Atendimento às populações; 3) Modelo de Recursos Humanos; 4) Modelo de Financiamento; 5) Modelo de Organização e de Gestão do Sistema Nacional de Saúde. A estratégia “Angola 2025” recomenda conceder prioridade absoluta aos Cuidados Primários de Saúde (CPS). No domínio do combate à doença, a estratégia recomenda o enfoque sobre os Programas de Luta contra as principais endemias e doenças infecto-contagiosas, com realce ao HIV/SIDA, malária, tuberculose e tripanossomíase e também sobre a mortalidade infantil em menores de cinco anos, bem como a proteção da saúde materna (MINSa, 2012).

Dentre as Estratégias Operacionais do PNDS 2012-2025 encontra-se “Reforço da participação comunitária através do desenvolvimento de estruturas de apoio às ações de saúde, nomeadamente os Comitês de Saúde e os Agentes Comunitários”; e dentre as metas que “Até 2017, ter funcional e sustentável o Projeto de Agentes Comunitários”. Já no item Atividades Previstas, encontra-se “Elaborar a política de Agentes

Comunitários de Saúde, com vista a estabelecer seu enquadramento”, bem como “Formar os Agentes Comunitários e organizar os comitês de saúde”. Reconhece-se assim, a formalização de uma perspectiva de inclusão dentro dos quadros formais dos trabalhadores de saúde do governo angolano o Agente Comunitário, um avanço em comparação à avaliação da USAID em 2010.

3.4. Relações Brasil – Angola e dois exemplos da Cooperação Oficial em Saúde

O ex-Presidente brasileiro Luís Inácio Lula da Silva, em seu primeiro discurso em Angola, em 2003, refere que

“durante três séculos e meio, houve mais naus viajando de Luanda ou Benguela ao Rio de Janeiro, Salvador ou Recife do que em qualquer outra rota. O primeiro elo entre meu país e este Continente não foi a liberdade, mas a escravidão. Para obter o reconhecimento de sua independência, o Brasil aceitou desfazer todos os vínculos políticos que o ligavam à África portuguesa. Décadas mais tarde, com o fim do tráfico de escravos, desfizeram-se também os laços econômicos” (Lula da Silva, 2003)

A partir do Governo de Transição e da Independência de Angola, estas nações estabelecem oficialmente relações amistosas. Nas palavras do ex - Ministro das Relações Exteriores brasileiro, Celso Amorim, em relação à representação do Brasil àquela época:

“[...] momento dos mais interessantes e importantes da história da nossa política externa recente: o reconhecimento da independência angolana antes de qualquer outro país. A intenção por trás do gesto era encerrar o histórico de ambigüidade quanto à manutenção do regime colonial português e, dessa forma, iniciar um novo capítulo no relacionamento do Brasil com a África. A decisão revelava grande autonomia e altivez da nossa diplomacia. Ovídio¹¹ permaneceu em Luanda durante quase todo o ano de 1975, marcado pela guerra civil entre as três forças locais (MPLA, FNLA e UNITA) que disputavam, pelas armas, a hegemonia política no país. Presente às festividades em que o povo angolano hasteou a bandeira de país independente pela primeira vez, o representante brasileiro transmitiu aos novos líderes a mensagem de que o Brasil desejava estabelecer relações bilaterais imediatamente e criar uma representação diplomática permanente no país. [...] Em visita que fiz a Luanda, em 2003, o Ministro do Exterior angolano, João Bernardo Miranda, relatou-me o impacto que teve o reconhecimento pioneiro pelo Brasil. A notícia gerou grande entusiasmo entre os novos dirigentes e contribuiu, de forma direta, para

¹¹ Ovídio de Andrade Melo foi o diplomata que estava representando o Brasil em Angola, quando do governo de transição e da Independência de Angola. Seu livro “Recordações de um removefor de mofo do Itamaraty” (Melo 2009) relewa aspectos importantes desta época, sob a sua ótica.

a consolidação do governo do MPLA – o movimento de Agostinho Neto que havia prevalecido na capital do país. A atitude desassombrada credenciou o Brasil como um interlocutor especial para os angolanos, inaugurando uma amizade que perdura até nossos dias”. (Melo, 2009)

Ainda em seu discurso, Lula ressalta que o Brasil precisa resgatar sua dívida histórica e moral com os grupos sociais que mais sofrem com violência e injustiça, entre eles, os afro-descendentes, e afirma

“o Brasil precisa encontrar a África para encontrar-se consigo mesmo. Esta é também a minha convicção. E por meio de Angola estamos encontrando a África. Este encontro não deve limitar-se aos governos, deve aproximar as sociedades” (Lula da Silva, 2003)

O então presidente segue seu discurso referindo-se à importância estratégica de Angola, e da aproximação com o continente africano. Falou sobre a responsabilidade da promoção da inclusão social e do combate à pobreza, colocando o Brasil à disposição para cooperar. Referiu que, cada vez mais, Angola é também um país de potencialidades e dinamismo, de oportunidades de negócios, de investimentos e novas parcerias sociais e culturais.

Sobre a postura adotada pelo Brasil nestas últimas décadas, referente a África em geral e a Angola, em particular, Kraychete (2013) pondera entre o discurso de solidariedade e horizontalidade em contraposição às práticas e atuação do governo e das empresas brasileiras neste cenário. No seu estudo, esta autora demonstra o crescimento e a expansão de atividades de brasileiros em Angola, e dá exemplos: Vale do Rio Doce e Petrobrás, em mineração e petróleo; Emílio Odebrecht, Camargo Corrêa, Queiroz Galvão e Andrade Gutierrez, em construção civil. A Odebrecht também diversificou sua área de atuação no país, com ampliação para a extração de diamantes e petróleo, administração de supermercados, e na produção de agrocombustíveis; hoje é considerada a empresa privada com maior número de funcionários, chegando a 20 mil (Garcia, Kato, & Fontes, 2013). A presença brasileira também pode ser encontrada através dos canais de televisão: Globo, Bandeirantes e Record; da Igreja Universal do Reino de Deus; e da formação de profissionais pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI). (Kraychete, Pessina, & Lessa, 2013). Além disso, os investimentos

diretos do Brasil aumentaram e o montante comercial entre os dois países cresceu consideravelmente, o que demonstra, em números, o interesse econômico nesta arena.

A idéia de uma dívida histórica com o continente africano, da solidariedade entre países do Sul, da familiaridade e de aproximações sócio-culturais foi questionada tendo em vista a atuação das empresas brasileiras no continente. Esta atuação deu espaço a indagações de quanto o discurso da solidariedade poderia ocultar o interesse no continente africano como área estratégica para expansão de investimentos e mercados pelo empresariado brasileiro. Cervo (2012) afirma:

“Embora a aproximação do Brasil com África esteja pautada na retórica da solidariedade cooperante, a sua política externa para o continente não está descolada da internacionalização econômica” (Cervo, 2012).

Em relação à saúde, o relatório divulgado em 2010 pela ABC e IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), relata que a área de saúde recebeu 24% do total investido em cooperação técnica do Brasil, sendo 49% dos recursos provindos do Ministério de Relações Exteriores, 24% do Ministério da Saúde e 20% da Fiocruz (IPEA & ABC, 2010), sendo estes os principais órgãos brasileiros engajados nos projetos de cooperação técnica na área de saúde. Este relatório revela ainda que a demanda de outros países em desenvolvimento por projetos e programas na área de saúde tem sido crescente, e que o volume de recursos federais investidos aumentou de maneira expressiva, partindo de um total anual de R\$ 2,78 milhões em 2005 para R\$ 13,8 milhões em 2009, mais do que cinco vezes do valor, em quatro anos (idem).

Este panorama coloca um pouco os rumos e contradições que a política externa brasileira vem apresentando em relação ao continente africano e à Angola, em particular. Aponta também para diferentes interesses em disputa nesta arena, entre atores, entre as práticas e os discursos.

Tendo em vista este lugar estratégico em que Angola é considerada, o montante crescente dos recursos destinados à cooperação em saúde, e o percentual expressivo de participação do Ministério da Saúde e Fiocruz, vamos relatar um breve histórico da relação Fiocruz – Angola, a fim de contextualizar outras iniciativas que interessam ao presente estudo.

3.3 A Fiocruz em Angola - um pouco da história

A cooperação da Fiocruz com o continente africano assumiu caráter prioritário a partir do II Encontro de Ministros da Saúde dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs), em 1994, no Rio Janeiro. Em 1997, com apoio da ABC, AISA e ONU, foi realizada uma missão oficial da Fiocruz a todos os PALOPs, a fim de delinear a situação de demanda daqueles países na área da saúde. Em 2002, a CPLP, ABC e Fiocruz, por intermédio da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), desenvolveram um projeto intitulado “Programa de Apoio a Capacitação de Recursos Humanos em Saúde nos PALOPs”, cujo objetivo era o fortalecimento da capacidade docente local, com vistas à criação de núcleos de formação em saúde pública nos PALOPS (Figueiredo & Fonseca, 2009). Várias missões foram realizadas no âmbito deste projeto, que culminaram, em 2007, na assinatura do Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica pelo Brasil e Angola. O Acordo (BRA/04/044) data de 11 de junho de 1980, e o Ajuste Complementar, de 9 de julho de 2007. O artigo primeiro do Ajuste estabelece:

“o presente Ajuste Complementar tem por objetivo a implementação do projeto “Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola”, cuja cooperação desenvolver-se-á nos seguinte domínios, considerados de interesse comum: a) apoio à organização e implementação do curso de Mestrado em Saúde Pública em Angola para formar profissionais que atuarão no ensino, investigação e cooperação técnica na Escola de Saúde Pública de Angola; b) apoio à estruturação de uma rede de bibliotecas em saúde em Angola; c) apoio à reestruturação das Escolas Técnicas de Saúde de Angola; e d) apoio ao fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde Pública de Angola.” (BRASIL, Ministério das Relações Exteriores, 2007)

A coordenação do referido projeto (BRA 04/044-S087) ficou a cargo da ABC, AISA e Ministério da Saúde de Angola; e as instituições executantes designadas foram a Fiocruz e Direção Nacional dos Recursos Humanos de Angola (DNRH). Ele teria três pilares: 1) conformação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola (ENSPA), com apoio ao projeto político pedagógico institucional, constituição de redes colaborativas, eixos programáticos, linhas de investigação e qualificação docente; 2) fortalecimento

das Escolas Técnicas de Saúde, por assessoria ao plano pedagógico, curricular e de gestão; e 3) apoio ao Instituto Nacional de Saúde Pública por treinamento específico. A duração prevista era de 12 meses e o custo estimado de U\$ 632.075 (Fedatto, 2013).

Em 2009, o projeto foi renovado com a justificativa que

“representa a primeira experiência internacional de apoio à formação *stricto sensu* brasileira fora do país, e ele gera acúmulo de experiência que alimenta a ação brasileira no desenvolvimento científico e da capacidade investigativa em saúde de forma mais equânime no campo da saúde global. O ineditismo dessa iniciativa em África, e o aprendizado dela decorrente, bem como os fatos da conjuntura vivida ao longo de 2008, impuseram a revisão de cronograma e de escopo de atividades, obrigando-nos a uma readequação do projeto pedagógico original. Assim, justifica-se essa revisão ampla do Projeto BRA 04/044-S083, realizada em conjunto com o Ministério da Saúde de Angola, para dotar essa iniciativa de cooperação Sul-Sul, prioritária no contexto da política do Governo Lula” (Brasil, 2009 apud Fedatto, 2013)

A Fase II da Capacitação do Sistema de Saúde de Angola (BRA/04/044-S242) foi iniciada em julho de 2010, está considerada como concluída, e teve como resultados quinze dissertações de mestrado defendidas por angolanos, além de rede de bibliotecas em saúde estruturada; grade curricular das Escolas Técnicas de Saúde reestruturada e INS com diagnóstico e treinamento específico realizados¹².

Concomitante a este processo, em 2007, foi assinado no âmbito do Programa de Parceria Brasil – Japão (JBPP) um projeto com Angola, sob o viés da cooperação triangular¹³, para capacitar cerca de 750 profissionais do Hospital Josina Machel, em Luanda, que durou três anos.

Em junho de 2010, realizou-se, em Angola, uma missão conjunta Brasil-Japão, cujo objetivo, de acordo com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), era:

¹² Fonte: <http://aplicacao.saude.gov.br/siscoop/pais/index.jsf#> (Acesso em 04/10/2014)

¹³ Cooperação Triangular, de acordo com a ABC, refere-se a “execução de ações conjuntas por dois países (ou um país e um organismo internacional) que se unem na atenção às necessidades de um terceiro país, sempre com o objetivo de promover a capacitação profissional, o fortalecimento institucional e o intercâmbio técnico” (Pino, A Cooperação Triangular e as Transformações da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento 2013)

“confirmar o conteúdo do próximo projeto a ser desenvolvido na área da saúde e de promover sua avaliação preliminar. Participaram da missão do JBPP pelo lado japonês representantes da JICA Tóquio, JICA África do Sul, JICA Angola e JICA Brasil. Pelo lado brasileiro participaram representantes da Agência Brasileira de Cooperação, do Ministério da Saúde do Brasil e pesquisadoras da Fundação Oswaldo Cruz e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul¹⁴. Ocorreu um intenso processo de discussão para a construção das linhas gerais do ProFORSA¹⁵ dentro de uma perspectiva de consenso entre as políticas de cooperação dos governos do Japão e do Brasil em consonância com as prioridades e demandas do Governo Angolano. A missão realizou diversas discussões com autoridades do Ministério da Saúde de Angola, da Direção Provincial de Luanda e das principais instituições contrapartes, a saber: Hospital Josina Machel e Maternidade Lucrecia Paim e Escola de Formação Técnica em Saúde de Luanda em prol de um projeto que possibilite um impacto estrutural no sistema e não somente nas instituições contrapartes”¹⁶

Neste novo projeto, assinado em novembro de 2011¹⁷, consta que

“foram identificadas pelas três partes várias novas demandas para melhorar a assistência de saúde em Angola no nível terciário e no nível de assistência primária. Com isso, foi confirmada a formulação do novo projeto estruturante para fortalecer o sistema de saúde de Angola por meio do apoio, pelo Brasil e pelo Japão, ao Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Plano Provincial de Revitalização de Assistência Primária.” (ABC/MRE, 2011)

¹⁴ O representante da UFRGS também estava envolvido no projeto de avaliação do PACS Luanda.

¹⁵ O Projeto de Capacitação de Recursos Humanos para o Hospital Josina Machel passou a ser denominado ProFORSA, desde 2009.

¹⁶ Fonte: <http://www.jica.go.jp/brazil/portuguese/office/news/2010/100709.html> (Acesso em 27/09/2014)

¹⁷ Fonte: <http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-index.php?page=cplp> (Acesso em 27/09/2014)

De acordo com pesquisadora da EPSJV, o projeto ProFORSA (Projeto para o Fortalecimento do Sistema de Saúde) se estrutura a partir de dois processos convergentes: o fortalecimento da atenção primária por meio de um projeto piloto em quatro centros de referência, no qual Fiocruz, por intermédio da ENSP e EPSJV, é a instituição executora; e o fortalecimento e reestruturação da atenção terciária, também em desenho piloto, voltado para Hospital Josina Machel e Maternidade Lucrecia Paim, tendo como instituição executora a Universidade de Campinas (Unicamp)¹⁸. O ProFORSA, iniciado em 2012, segue em andamento e tem como orçamento previsto U\$ 970.415,00¹⁹.

O relatório do Centro de Relações Internacionais da Fiocruz (CRIS) de 2013 reúne as informações sobre estes dois projetos inserido-os em grandes áreas de atuação, acordadas no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PEC I) da CPLP, que contribuem para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, por meio do fortalecimento das instituições consideradas estruturantes nesses sistemas (CRIS, 2013).

Pode-se perceber a quantidade de iniciativas e de atores envolvidos dentro da Fiocruz, com suas diversas unidades, e o esforço do CRIS em coordenar estas atividades. Porém ainda assim, é com dificuldade que se visualiza estes processos institucionais e, ainda, se realmente há coordenação entre eles. Muitas iniciativas parecem se sobrepor e não dialogar entre si. Entretanto esta discussão não está, especificamente, no escopo do presente estudo.

¹⁸ Fonte: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/31746> (Acesso em 27/09/2014)

¹⁹ Fonte: <http://aplicacao.saude.gov.br/siscoop/pais/index.jsf> (Acesso em 04/10/2014)

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS DAS ANÁLISES E DISCUSSÃO

Após o exposto nos capítulos anteriores, sigo agora no que diz respeito especificamente aos resultados da análise de conteúdo das entrevistas feitas com os atores envolvidos no PACS Luanda. Pretendeu-se correlacionar os conteúdos extraídos a referenciais teóricos, desta forma, procurando compreender seus possíveis significados, já que estão inseridos em um contexto mais amplo.

A fim de visualizar com mais clareza os projetos desenvolvidos entre Brasil e Angola no âmbito da saúde no período compreendido entre 2006-2014, elaborei uma Linha do Tempo (Figura 6), contendo os principais atores.

4.1. Percepções sobre o Programa de Agentes Comunitário em Saúde no Brasil, em Angola e o processo de cooperação

4.1.1. PACS Brasil

Aspectos do PACS Brasil pareceram influenciar o pensar dos entrevistados sobre a implantação no PACS em Luanda/Angola, seja como uma referência do programa de ACS, seja por comparação - com preocupação ao perceber diferenças entre as realidades – ou, por aproximação e percepção de similaridades entre os dois países.

Foi percebido pelos entrevistados que no Ceará o PACS iniciou devido a uma confluência política, onde num momento de seca (em 1987) oportunizou-se o trabalho emergencial de cerca de seis mil mulheres para cuidar da saúde da população, resultando no Programa de Agentes do Ceará. Com as avaliações deste trabalho demonstrou-se a redução da taxa de mortalidade infantil, entre outros, e alguns anos mais tarde, o PACS foi lançado oficialmente pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e, após, pelo Ministério da Saúde Brasileiro.

Há a percepção que, também em Angola, existiria uma confluência política para implantação dos agentes comunitários – devido à alta taxa de mortalidade infantil que o país apresenta 116/1000 nascidos vivos (INE, 2011), à iniciativa do país em municipalizar seus serviços de saúde e fortalecer a atenção primaria (Revitalização e de Reforço dos Serviços Municipais de Saúde de Angola), e também, ao apoio e incentivo de agências internacionais para a formação desses profissionais (em 2007-2008, a UNICEF e mais recentemente o Banco Mundial).

Neste aspecto, o lançamento pela USAID de um Guia de Referência para o Desenvolvimento e Fortalecimento do Agente Comunitário de Saúde em Larga Escala, em 2014, (Perry and Crigler, Developing and Strengthening Community Health Workers Programs at Scale 2014) , pareceu aos entrevistados uma demonstração deste interesse e incentivo internacional ao programa, e ao qual Angola estaria se alinhando - de acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Comunitário 2012-2025, onde tem como meta “até 2017, ter funcional e sustentável o Projeto de Agentes Comunitários” (MINSa, 2012),

Na implantação do PACS no interior do Ceará, houve processo seletivo de quem seria Agente Comunitário de Saúde, ou seja, esta escolha não era por indicação política - um dos entrevistados referiu à prevalência das práticas do coronelismo²⁰ na época, onde haveria uma forte tendência de influências políticas no processo seletivo. Em Luanda, em 2007, no projeto piloto, não houve processo seletivo, e os ACSs eram indicados, algo que foi percebido com certo estranhamento pela equipe brasileira, reforçando uma idéia de diferença negativa, em relação ao processo, mas também desafio:

“jamais concordei que os agentes comunitários de saúde tinham que ser indicados pelo partido, [...] mas é você fazer uma concessão tendo clareza de um processo histórico [...] porque no momento que se interferisse nisso, não teria a menor possibilidade do país aceitar o trabalho com o agente comunitário de saúde” (E5).

Referindo-se ao início do PACS Brasil, a formação dos ACS aconteceu em larga escala. O trabalho utilizava metodologia participativa, fundamentada na problematização de Paulo Freire²¹, e orientado por metas. A cada meta atingida, se daria o próximo passo. Inicialmente trabalhou-se a questão das vacinas nas crianças:

“convencer a mães a vacinar as crianças, mostrar que isso dá resultado [...] E, da mesma maneira, como começou aqui,

²⁰ Dicionário Houaiss: prática de cunho político-social, própria do meio rural e das pequenas cidades do interior, que configura uma forma de mandonismo em que uma elite, encarnada emblematicamente pelo proprietário rural, controla os meios de produção, detendo o poder econômico, social e político local

²¹ Método Pedagógico elaborado por Paulo Freire cujos pressupostos defendem o uso da problematização, onde não se trabalha a partir de certezas, mas com o intuito de possibilitar o questionamento de verdades instaladas e abrir novas possibilidades; acreditando que homens e mulheres são sujeitos inacabados e autores da transformação social.

com ações muito simples de higiene e de vacinação, também começamos em Angola” (E5)

Isto teria se dado devido a semelhanças entre o perfil populacional do nordeste brasileiro no início do PACS Brasil e o perfil de Luanda naquele momento. Houve críticas, porém, a esta percepção, tendo em vista as realidades sócio-culturais diferentes:

“a experiência foi no nordeste brasileiro, que viveu situações muito parecidas com Angola [...] as condições de mortalidade infantil é como é a de Angola hoje. Então isso facilitou o trabalho. [...] não era assim, digamos, uma novidade ver a situação aqui” (E3)

“Não dá pra comparar, pra mim não dá pra partir disso. A história é outra, a cultura é outra, só porque fala português, teoricamente, somos iguais, não somos iguais” (E4)

Ainda sobre o processo de implantação do PACS no Brasil, falou-se da importância de permanente estudo sobre o papel deste profissional, e a necessidade de se conhecer a realidade do sistema de saúde e da população local, já que o ACS encontra-se nas interfaces destas realidades:

“quem é este profissional, que é povo e é governo, que tem as suas contradições” (E5)

“conhecíamos muito bem a população, quais eram as dificuldades, e conhecíamos o sistema de saúde [...] há necessidade de realmente conhecer bem as duas coisas” (E3).

4.1.2 PACS Angola

Sobre o processo da relação dos brasileiros com o PACS Luanda/Angola, optei por compreendê-lo em fases:

Fase 0 – Esta fase se refere às iniciativas descritas pelos entrevistados que aconteciam em Angola no período anterior a 2007:

“com a independência de Angola, em 75, logo nos primeiros anos o ministério começou a formar o que foi chamado os ‘promotores de saúde’ que são pessoas lá da área rural que recebiam uma formação mínima e começaram a fazer algumas ações de saúde, dentro da

experiência internacional. Isso durou alguns anos, mas realmente não teve uma sustentabilidade” (E3)

Foi dito que, após, houveram iniciativas pontuais espalhadas pelo país, através de parcerias isoladas com diversas instituições, ONGs e outras. Um exemplo citado é a iniciativa da AMOSMID – Empresa Angolana de Gestão, Consultoria e Soluções para o sector da Saúde – que desenvolve o Projeto Uhayele. Este programa oferece ações de atenção primária à saúde nos municípios da província de Huambo, através de Agentes Comunitários de Saúde; em setembro de 2012 apresentava cerca de 62 mil famílias cadastradas²². Esta iniciativa acontece, portanto, a partir de uma empresa, e não parece estar ligada diretamente ao governo da província de Huambo.

Fase I (2007-2008) – Nesta fase se dá a iniciativa da Direção Provincial de Saúde de Luanda, com apoio da UNICEF- Angola, à constituição do projeto-piloto de implantação do PACS, em seus municípios. Consultores brasileiros para apoio na formação dos ACS foram contratados e 1.594 ACS foram formados ao final de 2007, com cerca de 220.000 pessoas cadastradas, em seis municípios – Cacuaco, Sambizanga, Samba, Kilamba Kiaxi, Cazenga e Viana (Tabela 1). Os ACS trabalhavam 8 horas semanais, deveriam acompanhar 100 famílias e receberiam um subsídio mensal de KZ 4000,00 (cerca de U\$ 50 dólares/mês, à época) (Lavor, 2008).

Fase II (2009-2010) – A fase II foi de visitas técnicas do grupo da UFC, ESPJV e UFRGS à Luanda, através de projetos aprovados por edital Pró-África/CNPq 2008. Estes projetos tinham os objetivos de explorar as necessidades de aprendizagem dos ACS em Luanda, analisando suas percepções e práticas, com destaque para a saúde materno-infantil (Ceará, 2008); e avaliar o impacto do PACS sobre a saúde materno-infantil no município de Cacuaco, província de Luanda (UFRGS, 2008).

“a gente fez durante dois anos um trabalho de idas e vindas pra Luanda, fizemos assim uma espécie de avaliação da implantação do PACS de Luanda, que era, naquele época uma experiência piloto. E também fizemos um trabalho de levantamento de dados numa das comunidades de Luanda, onde tava sendo implantado o PACS, e a nossa idéia era fazer um levantamento de situação de saúde onde a

²² Fonte: <http://amosmid.com/nossosprojectos>; acesso em 27/09/2014

gente pudesse comparar bairros com e sem agentes comunitários. Então a gente fez toda uma programação pra isso e quando a gente chegou lá não era possível fazer essa comparação” (E2).

O trabalho de campo para coleta de dados da pesquisa foi realizado em 2010 e os resultados foram publicados em revista internacional recentemente (Humbwavali & al, 2014). Os entrevistados falaram sobre suas percepções deste momento, onde muitos ACSs haviam desistido do trabalho, mas em alguns municípios seguiam ativos - de 2737 formados, 1483 estavam ativos, porém apenas 1305 ACS compareceriam a alguma atividade se fosse chamados naquele momento ²³:

“vimos que os agentes de saúde não estavam sendo pagos há um ano [...] tivemos que mudar totalmente a pesquisa em relação a que eram os objetivos originais da pesquisa” (E5)

“Porque nos chegamos lá pra coletar os dados, e o programa não tava, na prática, não tinham agentes comunitários trabalhando, a ponto de poder fazer essa comparação” (E2);

“quando vocês foram lá pra fazer a pesquisa, o programa não existia mais quase” (E1)

Significa dizer que houve uma expectativa algo frustrada em relação à pesquisa a ser realizada, tendo que se proceder à mudança da metodologia da pesquisa, e aceitar as adversidades a fim de se produzir algo útil. Os entrevistados relataram as seguintes impressões:

“essa experiência foi importante, quer dizer, viu-se que os agentes dariam realmente uma contribuição importante, mas precisava ter uma estrutura de apoio e de definição, uma política realmente pra que os agentes pudessem ir adiante” (E3)

“olha não tá tão ruim não, pensando como é que aconteceu no Brasil, levou décadas. Não era uma linha reta, era vai e vem... então avançou” (E1)

²³ Dados retirados do Relato Reunião DPS Luanda em setembro 2010.

Fase III (2011-2012) – Esta fase abrange o estudo dos dados coletados na pesquisa de campo em 2010, e o retorno da equipe brasileira a Luanda a fim de se compartilhar os resultados da pesquisa, além de reiterar-se do andamento do PACS naquele momento, em 2012. De acordo com um entrevistado este retorno foi:

“momento de desolação pra toda equipe, quando a gente foi, era um momento de campanha política do país [...]a gente conversou com a, acho que era a coordenadora da repartição de saúde, onde ela disse que a prioridade era o partido, e que não tinha nada para priorizar os agentes comunitários, e que eles ajudavam apenas nas campanhas de vacinação e que o pagamento era uma camisa, uma camisola e uma merenda”(E5)

“foi um momento de eleição lá, então o país estava envolvido na eleição, toda máquina do governo estava envolvida nisso. Então, nós fomos dessa terceira vez pra lá, não chamados pelo governo de lá, mas porque tínhamos um dever ético de levar o resultado da pesquisa que a gente tinha feito. Ninguém estava interessado em saber. Então, bom, tentamos reunir algumas pessoas pra conversar sobre o projeto e sobre aquilo que conseguimos fazer, mas que aquilo no momento não interessava às pessoas, à maioria delas; foi um fechamento de diálogo por conta de interesses divergentes, naquele momento” (E5)

FASE IV (2013-2014) - Esta fase refere-se às percepções dos entrevistados sobre o processo que está ocorrendo atualmente em Angola, em relação ao PACS. Há uma idéia entre todos que “agora esse é outro momento, mais receptivo...” (E5). Parece haver a idéia de que sim houve alguma influência do projeto piloto do PACS em Luanda para esta nova etapa. Acredita-se que:

“agora em final de 2013-2014, essa política nacional dos agentes de saúde ela se criou. Não que foi devido ao nosso projeto, não foi tá, mas foi todo um processo que evoluiu, e onde nosso projeto de cooperação, ele teve algum tipo de inserção sim” (E2)

“agora é isso que a gente tá vendo, realmente é um desdobramento, um amadurecimento dessa necessidade e da importância dos agentes. E felizmente estamos chegando a uma conclusão muito importante entre o Ministério da Saúde e o

Ministério da Administração do Território para de fato se implantar esse trabalho, onde os agentes vão ficar ligados diretamente aos municípios, que por sua vez são ligados ao Ministério da Administração do Território. Mas o ministério da saúde é quem dá a orientação do ponto de vista da saúde”(E3)

“há uma confluência de interesses, na verdade; quem está financiando é o Banco Mundial, hoje, a implantação do projeto, mas que está apostando politicamente é o país, porque, pode se fazer a atenção primária em outro modelo, pois existem vários modelos de atenção primária para se trabalhar. Então, optou-se por esse modelo por conta de alguma experiência que já houve em 2007. Então eu penso que há uma confluência de interesses que são locais e globais, em termos de atenção primária, em termos de trabalho com a saúde das pessoas”(E5).

O novo incentivo ao PACS vem ligado a um projeto financiado pelo Banco Mundial intitulado “Reforço dos Serviços Municipais de Saúde” (PRSMS), que consiste num crédito da AOD de U\$ 70.8 milhões, entrando em vigor em março de 2012. O projeto é co-financiado pela Total E&P Angola e Governo de Angola, constituindo um total de U\$ 91.8 milhões. O objetivo do projeto é melhorar o acesso da população e a qualidade dos serviços de cuidado à saúde materno-infantil em 18 municípios, de cinco províncias. Tem três componentes: melhorar a prestação de serviços; teste-piloto a distribuição de vales para encorajar partos institucionais; e reforçar a capacidade do MINSA a nível central, provincial e municipal. Este projeto prevê na questão de Recursos Humanos o apoio a formação de enfermeiras-parteiras, com a participação do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) para aquisição de equipamentos, atualização de currículos e harmonização das políticas no que diz respeito à Saúde Reprodutiva e a Redução da Mortalidade Materna. Em relação aos Agentes Comunitários, refere os currículos de formação feitos em Cazenga e Huíla e explorar a oportunidade de se trabalhar com o IFAL (Instituto de Formação da Administração local), ligado ao Ministério de Administração do Território, ou seja, a partir da idéia que os agentes seriam parte da administração municipal, em vez de trabalhadores do MINSA. (Mundial, 2012)

Na percepção dos entrevistados, porém, é a de que:

“agora eles tem auxílio do Banco Mundial de 70 milhões pra fazer A, B, C, e D lá, da municipalização da saúde” (E1)

“agora o que o governo está propondo é criar uma política nacional [...] agora um compromisso do governo angolano em fazer isso” (E2)

“o resultado hoje é a implantação do PACS, em uma escala melhor e mais amarrada politicamente” (E5)

“mas é essencial que o próprio governo, os municípios, tenham recursos pra pagar de fato esses agentes” (E3).

Neste processo, um projeto de avaliação deste novo plano será conduzido por pesquisadores da UFRGS em 2014-2015, ou seja, quando se prevê o término do PRSMS.

Um certo descompasso parece haver, porém, entre as percepções dos entrevistados sobre esta nova fase do PACS e o que está como objetivos no projeto descrito no relatório do Banco Mundial (Mundial 2012). Enquanto este projeto prevê apoio a saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna, não incorpora nos seus objetivos o Agente Comunitário como parte deste processo. Além disto, a duração prevista do projeto PRSMS é até meados de 2015, porém somente em 2014-2015 a formação dos ACS está acontecendo, o que nos dá margem a interrogar a real possibilidade de continuidade do mesmo.

4.2. Trajetórias e Identidades: Percepções sobre a “Equipe Brasileira”

Percebe-se que os entrevistados possuem trajetórias e inserções diferentes no âmbito da sua atuação internacional e no âmbito da atuação em cooperação. Ou seja, para os entrevistados, não necessariamente as atuações de cooperação são internacionais - elas podem ser no mesmo país, entre diferentes instituições nacionais. Assim como nem sempre atuações internacionais são consideradas de "cooperação", elas podem se referir simplesmente a viagens internacionais, a conhecer outras experiências, vinculadas a outros países e culturas.

As pessoas tiveram experiências com instituições de naturezas diferentes, e por isso seus referenciais sobre processos de cooperação e atuação, bem como suas motivações parecem diferir. Sejam elas: participação em organizações não governamentais e de ajuda humanitária; universidades brasileiras e estrangeiras (e seus

centros de pesquisa internacionais); escolas de saúde pública vinculadas ao governo; no próprio governo brasileiro (órgãos do MS); movimento social e estudantil e em consultoria técnica para organismos/agências internacionais.

Percebem-se nas falas distintas identificações, bem como entendimentos sobre a "equipe brasileira", ora se configurando como uma rede de contatos ou somatório de pessoas; ora como um grupo vinculado a alguma instituição (este grupo, no caso, se formaria em torno de um projeto, devido a necessidade de formalização, a exemplo do "grupo da UFRGS", com o projeto Pró-África; "grupo da UFC" com projeto Pró-África; "grupo do Politécnico" e "grupo da ABC" com Projeto PROFORSA). Porém, vêm-se falas que remetem ao "grupo do Ceará", abrangendo pessoas vinculadas a diversas instituições daquele estado (UFC, Escola de Saúde Pública, Fiocruz Ceará), porém sem, de fato, existir um grupo institucionalizado. Aparece a noção de que eram pessoas que possuíam idéias semelhantes ou compartilhavam uma crença.

"comungavam e acreditavam na mesma idéia, e que uniu forças". (E5)

Há também o "grupo da Fiocruz", que abrangeria pessoas vinculadas a EPSJV de fato, porém com a impressão de ser algo mais amplo, através de vínculos com a ENSP, ou o próprio Ministério da Saúde, demonstrando, talvez, uma não clareza sobre quem constituía esses "grupos", e sob quais institucionalidades. Este desconhecimento apresentou-se também na forma com que se explicitaram algumas divergências - de idéias, e de possibilidades em compor o grupo, ou participar do processo:

"sou Fiocruz, sou ministério" (E3)

"a ENSP, a Fiocruz tem uma proximidade já com o MS por que meio que forma parte, né" (E5)

"essa questão pôs uma diferença no grupo" (E4)

"tem outros trâmites que facilitam, no caso de, por exemplo, se você vai como indivíduo, e não como instituição" (E4)

Num outro nível, encontramos ambigüidades sobre a própria identificação ou não das pessoas com esses "grupos". E em vários momentos esta ambigüidade não aparece explícita. O que se considera "nós" e "a gente" varia, seja de acordo com as necessidades para ação, seja pelos espaços que se ocupa num dado momento, seja por que é reconhecido pelo outro ou não.

"não, não era o grupo, daí nesse momento era eu só" (E2)

"a nossa participação nisso, ela não, ela... nossa, do nosso grupo, daí eu agora falando era eu, Eduardo e Laura²⁴" (E2)

"indiretamente acaba que eu estou também, por conta que eu estou colaborando" (E5)

Outra situação que aparece é a de diferentes concepções de identidade, ao se inserir nos processos, por exemplo:

"nós éramos trabalhadores da instituição" (E4)

"sou governo, mas isso foi uma coisa pessoal" (E3)

"eu estava indo pelo governo brasileiro, eu fui pelo governo, porque a universidade é pública, é do governo. Então eu fui pelo governo" (E5)

"nós éramos uma instituição muito mais universitária [...] nada além disso" (E2)

Estas diferenças denotam uma confusão conceitual sobre quem se é, o que representa, quais possibilidades possui e com qual alcance. Por outro lado, pode abrir possibilidades para se atuar em campos onde estas definições ainda não são exigidas – como foi a tentativa “informal” de se constituir um processo de cooperação internacional através de atores incipientes e, também, inexperientes. Se o projeto não logrou êxitos ou continuidades conforme as expectativas iniciais, certamente gerou muito aprendizado para quem dele participou.

Nas falas houve reconhecimento que quando se articulam os projetos há possibilidade de mais produtos, resultados e, inclusive, economia. Porém nas falas, mesmo assim, aparece o desconhecimento de outras iniciativas ou projetos com os quais poderiam se somar ou se articular. As iniciativas de articulação se deram através de convites pessoais, nos dizeres que ‘fui indicada’; ‘ele me convidou’; ‘eu tive que sair então não teve continuidade’. Um dos entrevistados refere-se a isto como a falta de um “ator” que vislumbrasse as iniciativas existentes e reunisse-as todas, ou que:

²⁴ Eduardo e Laura são nomes fictícios, usados para fins de confiabilidade.

"tivesse uma visão, [...] ou o espírito de alguma maneira juntar tudo isso e fazer andar, [...] que estivesse estimulando a cooperação entre operadores, universidades brasileiras, pra levar uma coisa pra fora" (E1).

4.3. Motivações e Posturas para a Cooperação

Os perfis de motivação, diferente das trajetórias, se aproximam, nas falas dos entrevistados. Uma pessoa falou sobre afeto, e todas se referiram a temas como curiosidade, interesse, vontade de ter novas experiências, ampliar horizontes e desafios.

"eu tinha muita curiosidade pra ver, pra conhecer..."(E5)

"eu queria ter uma experiência maior.."(E1)

"sempre tive a vontade, o desejo de fazer coisas relacionadas à cooperação" (E4)

Apareceram também inquietações e questionamentos sobre as diferentes realidades, bem como um sentimento de responsabilidade e comprometimento de um trabalho a ser realizado:

"quando a gente se confronta com uma realidade, [...] a gente realmente se questiona o porquê das desigualdades" (E2)

"tinha uma motivação muito grande, um compromisso em continuar esse trabalho" (E4)

Valores e crenças foram expressas, seja na perspectiva de acreditar em ideais de saúde, seja no acreditar de se estar realmente contribuindo, através de um trabalho, para o desenvolvimento do país, entendido como melhoria de vida, de saúde:

"é possível que todos consigam um bom nível de saúde; aquilo que foi em Alma-Ata, é possível realmente"(E3)

"baixar índices de mortalidade infantil é valorizar a vida, se a gente acha que está só baixando estatísticas, a gente não constrói" (E5)

"é, é um sonho digamos..." (E1)

“a idéia de sustentabilidade e parceria com entes locais era bem presente, eu me enquadrei mais nesse perfil” (E2)

Interesses mais concretos também surgiram em algumas falas como a motivação para fortalecer o programa de pós-graduação da universidade e facilitar novas pesquisas. Alguns expressaram expectativas como

"levar o modelo de Atenção Primária a Saúde do Brasil" (E1),

"contribuir e apoiar o desenvolvimento da APS em Angola, com a experiência do Brasil" (E2)

Foi falado sobre a relação entre o processo de democratização brasileira e a saúde, em contraposição ao que se percebeu em Angola, e a dúvida ou o desafio em como proceder na cooperação perante essas diferenças:

"a experiência do Brasil é bastante rica, e o SUS tem uma contribuição importantíssima em termos de democratização do Brasil, em termos da saúde, sobretudo nesse nível da atenção básica" (E5)

"(Angola) sofreu toda a exploração, a dominação, todo processo destruidor histórico..." (E2)

"(em Angola) a colonização é mais algo mais marcante [...] com um tecido social já muito esgarçado. [...] Como é que ia ser lá, um país super autoritário?" (E5)

Em relação ao modo como os entrevistados se posicionaram houve variações entre ora se colocar à disposição, ora de impulsionar ações, às vezes, porém, entendida como “força de barra”:

“nos colocamos como tendo essa experiência, colocando essa experiência à disposição” (E3)

“a nossa equipe se posicionou sempre muito assim: em diálogo constante, em idas e retroações” (E5)

“em alguns momentos foi meio força de barra, mas criou uma... deu movimento pra coisa” (E2)

Outra questão refere-se à postura para o aprendizado e conhecimento do outro, nas relações com Angola, às vezes visto como diferente, e então há trocas de

conhecimento, podendo haver estranhamento e ter dificuldades, mas outras vezes reconhecendo similaridades e objetivos comuns.

“eu vejo isso sempre como uma troca de experiência, e cada um tá aprendendo do seu lado” (E3)

“[...] naturaliza muito, sabe que fala português como se não houvesse diferença” (E4)

“muito aprendizado, dessa cooperação que é de culturas diferentes, de formas diferentes, mas tem que algo que é comum, que é a saúde das pessoas. [...] É muito fácil reconhecer o que nos diferencia, porque isso está muito à vista, mas perceber o que nos iguala e o que é que, nisso podemos construir juntos, é preciso sensibilidade, é preciso aliar um pensar e um sentir” (E5)

O respeito ao outro apareceu de maneira bastante contundente para se efetivar a cooperação, nas falas dos entrevistados. Falou-se de respeito que pode ser exercido de maneira mais “racional” e outro, mais profundo, onde se vincula o que se pensa sobre o outro com o como se sente em relação ao outro. Foi reconhecido que trabalhar em contextos diferentes, culturas diferentes, com outros valores sociais, pode trazer sofrimento, medo, desconfortos. O lidar com estas sensações geradas pelo estranhamento foi identificado como algo além da “tolerância”, e sendo fundamental para o sucesso da cooperação, em termos de construção conjunta:

“isso era algo assim, bem desconfortante particularmente pra mim” (E5)

“como que você consegue lidar com um contexto que é outro, que gera sofrimento [...] gera medo, gera fantasia, e também atrapalha o trabalho” (E4)

“respeitar e estar aberto a aprender com o outro, e saber que aquele outro tem algo que é igual a você, que é um ser humano. [...] É preciso aprender um pouco o que é essa cooperação sul-sul, porque ela é bastante exigente em termos humanos, bastante exigente em termos de manter relações iguais, respeitando a diferença, mas reconhecendo aquilo que nos torna iguais” (E5)

O cuidado e a paciência apareceram como elementos mediadores da construção de uma relação respeitosa, e que é preciso fazer concessões em alguns momentos, em

contraposição a rupturas, podendo ser inferido como uma capacidade ou habilidade política necessária:

“sempre tem que haver muito cuidado nessa relação de países diferentes, instituições diferentes...” (E3)

“se não tivesse ido, com todo o respeito, e com toda paciência [...] com certeza hoje não estaria lá” (E5)

“considero isso uma sabedoria [...] de ir construindo aos poucos os caminhos” (E2)

“quando é que você rompe e quando é que você faz concessões, é o processo [...] que vai te dizer, não é nenhuma receita” (E5);

“aqui sempre prezou a capacidade técnica, talvez nós pecamos um pouco na capacidade política”(E1)

Esta ‘Habilidade’ ou ‘Capacidade Política’ pode ser entendida, como refere Lima (2012), como uma das características do empreendedor de políticas públicas ou *champions*, como refere a literatura da inovação. Este ator é definido com o perfil de pessoas que adotam um projeto como seu e demonstram comprometimento pessoal; contribuem para o projeto gerando apoio para outras pessoas envolvidas e advogam pelo projeto para além dos requisitos do trabalho formal (Markham apud Petersen, 2010). Kingdon apud Lima (2012) afirma que em determinados estudos é quase sempre possível identificar pessoas com este perfil, que são fundamentais para fazer com que determinado assunto entre na agenda política.

Publicações internacionais referem-se ao termo *public health champions* como modelos estratégicos para serem utilizados em alguns temas da saúde global, a exemplo da saúde reprodutiva (FHI, 2010). A Organização para Saúde nas Américas (OPAS) apresenta uma página em seu site, referindo-se aos *PAHO Champions of Health* (OPAS) e diversas universidades e agências internacionais promovem o que se chama de *Health Champions Awards*. Lima (2012) sugere que é possível aproximar os estudos sobre os empreendedores e sobre os *champions* com a análise dos processos de implementação de políticas, tendo em vista que a atuação desses agentes parecem influenciar e fazer diferença nestes processos (Lima & Medeiros, 2012). Os autores afirmam porém que não existem estudos suficientes sobre esta correlação, e não encontram literatura brasileira sobre *champions*.

É possível sugerir que a partir das motivações e das posturas para a cooperação inferidas nas entrevistas, podemos vislumbrar um ideal de solidariedade e cooperação, como escreve Correa (2010), ao referir-se à retórica tanto da ajuda internacional quando da Cooperação Sul-Sul, onde, neste último, porém, o argumento da solidariedade ganha mais apelo e reconhecimento (Corrêa 2010).

Portanto, para além das diferenças destacadas entre as percepções e trajetórias das pessoas que constituiriam uma “equipe brasileira”, conforme relatado na Categoria 2 deste estudo, pode-se sugerir que os referenciais teóricos sobre posturas e motivações para cooperação dos entrevistados parecem ter origens distintas, por mais que se aproximem retoricamente.

Além disso, o perfil de liderança e as posturas centradas nas iniciativas pessoais aproximam-se do conceito de *champions*, conforme apresentado acima, e afasta-se de uma pretensão de cooperação mais institucionalizada e oficial entre os países, remetendo-as mais a um aprendizado e uma habilidade pessoal.

4.4. Práticas de Cooperação e percepções sobre seus processos

A noção predominante sobre Cooperações Oficiais, entendidas como "governo-governo" ou como "institucionais" é a de que são difíceis, distantes, mais burocráticas, que acontecem por indicação ou apoio político, e não por critérios científicos ou por mérito. As cooperações oficiais aconteceriam em “nichos de cooperação”:

"É uma coisa meio lá em cima, muito burocrática"(E1)

"a gente não tinha o espaço que precisava ter, era uma questão política" (E2)

"o que decide que um projeto vai ser financiando e não o outro, não é a ciência, é uma indicação política" (E1)

"essa história de que a cooperação é do grupinho que indicou, tipo, eu não posso abrir porque a pessoa pode querer minha vaga, meu lugar"(E4)

“eu vejo que a cooperação tem seus nichos, e se você não está dentro desses nichos, você rala muito pra conseguir algum apoio, alguma coisa” (E2)

Tentativas de propor cooperações oficiais foram percebidas como infrutíferas, e que "não dão em nada" (E1). Uma das falas referiu-se a uma tendência dos gestores em contratar executores de projetos, por ser mais prático, em termos burocráticos e financeiros. Porém, quando isto acontece, a atuação internacional é associada com uma "prestação de serviço" e não mais no marco da cooperação.

“Então esse caminho financeiro-burocrático mais ágil tem cada vez ficado mais popular. Porque eles querem executar, o Governo, as instituições, querem executar o projeto” (E4)

A noção predominante acerca da cooperação oficial, governo-governo, é que ela tende a apresentar dificuldades de diálogo e a levar coisas prontas, pois as questões burocráticas e as dificuldades de diálogo entre as partes, tornariam o processo de cooperação mais lento e cheio de obstáculos. A fim de dar agilidade ao o processo, tender-se-ia a “prestar serviços”, “levando pronto” os projetos:

“a coisa é muito assim: eu tenho a oferecer isso. Você aceita isso ou não. É muito difícil você ver construir uma proposta específica pra cooperação, pois em geral é: ‘Tenho isso, esse curso, eu faço essa ação, eu posso levar esse tipo de produto’ e daí o país vê sem tem interesse ou não tem interesse” (E4)

Um dos contrapontos aos obstáculos da oficialidade se fez pela conceituação de "informalidade", onde se teria mais liberdade, onde não haveria "engessamento institucional", abrindo possibilidade de não se ter muito claro o que se propõe, com uma pretensão de propor conjuntamente, na perspectiva oposta ao "levar pronto".

“E aí as coisas começaram a mudar por que a gente teve que se conformar com alguns requerimentos formais e foi aí que as coisas meio que se bloquearam [...] para desenvolver uma cooperação formal, uma coisa mais no âmbito das relações internacionais, ficou difícil... A gente teve que buscar os caminhos mais da pesquisa, acadêmicos mesmo. São formais,

mas não tanto, porque você, conseguindo recursos de uma agência, você tem liberdade de fazer o seu trabalho... Então foi por aí que a gente foi” (E2)

A este conceito associou-se o sentimento de liberdade de pesquisa e apoio por mérito ou por indicações científicas. O porém da informalidade apontado é a noção de que "sem apoio institucional não sai cooperação": é predominante a noção de que é necessário apoio institucional e formalizações para se concretizar projetos, seja firmando acordos, seja para que demandas sejam explicitadas, ou mesmo para que se possa executar recursos financeiros e profissionais:

“Foi válido esse trabalho informal, mas que, se não tiver apoio institucional, dificilmente não vai pra frente. Então tem que ter. [...] Foi quando as políticas foram se constituindo em Angola, e foi quando começou a ter esse contato um pouco mais formal com MS, [...] esse dialogo diretamente e mais institucional da universidade com o ministério da saúde, aí as coisas vão tomando corpo. Porque na informalidade você não constrói um projeto de cooperação internacional, por que não tem como, porque tem que passar pelos acordos... não tem como”(E2)

“o apoio institucional é fundamental pra essas iniciativas darem certo, pra elas terem peso, e pra elas terem continuidade” (E4)

Além disso, ficou claro que havia pouca experiência em cooperar, tanto as pessoas quanto as instituições envolvidas- universidade e o próprio governo:

"eu não tenho muita experiência nisso. [...] O governo brasileiro também não tem muita experiência nisso. [...] aqui a ABC, não sei quantos projetos eles financiam por ano? Quantos milhões de dinheiro efetivamente distribuem por ano?" (E1)

“naquela época, a gente não conhecia nada dos caminhos, então foi tudo assim uma coisa de... ah, queremos fazer isso, mas não sabemos como, não sabemos mesmo” (E2)

A falta de experiência ou espaço político e acadêmico em cooperações internacionais foi também vinculada ao tema da saúde pública, reconhecido como tecnologia leve²⁵, a exemplo do desenvolvimento de políticas públicas.

“eu acho que ainda tem pouco espaço pras universidades, nesse trabalho mais pra, da saúde pública. Eu acho que tem muito mais espaço pra essa coisa de desenvolvimento de tecnologia, tecnologias duras, né. Mas pra essa mais leve, de apoio ao desenvolvimento de políticas públicas, eu acho que tem bem pouco apoio, menos do que eu acho que seria necessário, ou seria bom” (E2)

Outra noção é que as cooperações geram aprendizados pessoais, porém sem retornos institucionais, dependendo muito mais da postura do indivíduo que participou do projeto de cooperação, do que de uma “institucionalidade” estabelecida.

“Não foi um relatório feito, uma sistematização[...] até tem um formulário que eles mandam você escrever, mas depois, internamente, a instituição não te cobra isso. Ninguém cobra depois. E aí, o que você aprendeu? O que você pode retornar agora pra gente? Ninguém cobrou, ninguém nunca pediu uma declaração. [...] não ganha visibilidade institucional dos processos, ela não é reportada depois [...] depende da condução da pessoa, do interesse” (E4)

4.5. Universidade: Funções e Práticas de Cooperação

Em relação às universidades, suas atuações foram referidas mais como práticas de intercâmbio e colaborações acadêmicas, ou como “vários intercâmbios de ensino, no sentido eu professor aqui convido professor de lá” (E1), bem como interações entre acadêmicos de diferentes instituições internacionais em projetos de pesquisas, a exemplo de centros colaboradores de pesquisa. Para esta prática, se faz necessário o apoio e a implicação de professores universitários, o que nem sempre se encontra:

²⁵ Emerson Elias Merhy propõe o conceito de ‘tecnologia leve’, que associa a relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão, e são produzidas no trabalho vivo em ato (Schraiber)

“e o grosso dos professores [...] não são pesquisadores, não são muito interessados em ser consultores ou coisa assim.. não tem muito espaço pra essas coisas, dessa natureza” (E1).

Outro aspecto refere-se ao perfil universitário em termos de ter/receber alunos de outros países. Neste sentido falou-se de uma expectativa em relação ao governo brasileiro em incentivar mais as universidades brasileiras a receber estudantes de fora, em especial da África, dos países de língua portuguesa e da América Latina. Isto foi visto como uma oportunidade para o Brasil fortalecer sua pós-graduação, o desenvolvimento brasileiro e dos países parceiros:

“o hemisfério sul ainda é pouco conhecido para o Brasil. Então acho que é essencial pra academia brasileira, pro ministério conhecer melhor o que tá acontecendo na África, na Ásia. [...] isso fortalece o desenvolvimento brasileiro, dos países que a gente visita. [...] Vejo isso pro Brasil: uma necessidade muito grande, conhecer outras experiências, outros povos, abrir-se” (E3)

Havia, porém, preocupações neste quesito, apesar do reconhecimento de similaridades como a questão da língua e da realidade social, também a constatação de dificuldades:

“(no Brasil) eles estudam numa realidade mais semelhante, sem problemas de língua inicialmente. Eu acho que pra eles é uma coisa muito favorável” (E1)

“os alunos ficam praticamente invisíveis dentro da universidade, quem tem uma estrutura rígida, que ignora outras culturas, outros modos de ser ali. [...] torna bastante desafiador [...] no sentido de acompanhar o curso, há desistência, e isso é bastante complexo” (E5)

Há um predomínio nas falas dos entrevistados que a universidade tem um papel essencial, através das pesquisas e avaliações, para o desenvolvimento de programas e políticas:

“sem universidade não vai dar nada” (E1)

“essa ligação universidades e serviços de saúde é essencial em qualquer lugar do mundo que queira avançar [...] Avaliações e as pesquisas são essenciais pra ajudarem o desenvolvimento do programa. [...] é essencial que haja uma continuidade de avaliações, porque a coisa não é estática, o programa modifica, os problemas de saúde mudam” (E3).

É possível inferir que a participação das universidades é importante e instrumental, através de pesquisas e avaliações, para que o estado brasileiro exerça o *soft power*²⁶, especialmente no que diz respeito a programas de cooperação que procuram desenvolver políticas públicas ou, em outros termos, tecnologias leves. De acordo com Buss

A atuação brasileira tem sido particularmente importante na articulação internacional com a política de saúde, numa lógica de estratégia nacional e solidariedade, na linha do *soft power* diplomático, lançando mão de recursos de pessoal e tecnologias apropriadas para a cooperação horizontal com países de grau de desenvolvimento semelhantes onde a cooperação se confunde com a idéia de ‘alteridade’ no qual os países respeitam a existência de outros que possuem objetivos por eles próprios estabelecidos (Buss, Ferreira, & Hoirisch, 2001)

Destaca-se a iniciativa, no Governo Lula, do Programa Pró-África, criado em julho de 2004, cuja gestão foi de um comitê gestor composto por representantes do Ministério de Ciência e Tecnologia e da comunidade científica e tecnológica brasileira. O Programa teve como objetivo “contribuir para a elevação da capacidade científico-tecnológica dos países africanos, por meio do financiamento da mobilidade de cientistas e pesquisadores com atuação em projetos nas áreas selecionadas por sua relevância estratégica e interesse prioritário para a cooperação científico-tecnológica” (BRASIL, 2004). De acordo com Campos (2011) a estratégia de aproximação com a África foi, ao mesmo tempo, parte do esforço de concretização da vocação universalista do Brasil, e de resgate de identidade nacional na formulação de política externa, corroborando com o exposto por Buss anteriormente. A importância do saber científico e seu uso podem variar em termos de política externa de um país, enquanto política de cooperação

²⁶ Soft Power: ação de um país por meio de princípios estratégicos, somados a elementos como fatores culturais, ideológicos ou políticos (Nye 2004)

científica ou política de cooperação tecnológica para o desenvolvimento (CTPD) como nos aponta Campos:

Não se pode negar a importância estratégica que o saber científico e tecnológico e, acima de tudo, os mecanismos que servem à sua transferência, vêm assumindo na nova realidade mundial. O grau de acesso ao conhecimento, em última análise, determina a capacidade de uma nação de inserir-se, de maneira positiva, no atual contexto internacional, onde o uso da informação e conhecimento científico e tecnológico torna-se mais do que nunca, um instrumento de poder (Campos, 2011).

Em pesquisas sobre o Pró-África, há a defesa de que se faz necessário uma avaliação sistemática do Programa, a fim de levantar informações a respeito da qualidade da integração das equipes brasileira e africanas dos projetos apoiados (Campos, 2011). E, tendo em vista que os recursos financeiros não foram vultosos, “é necessário que haja uma otimização dos recursos institucionais destinados a cooperação [...] uma infra-estrutura institucional organizada, ágil e dinâmica” (Campos, 2011).

Pode-se identificar que, deste processo, nos dois projetos vinculados ao Pró-África analisados, a sincronização de cronogramas e os contatos que ocorreram não foi por iniciativas institucionais em si, mas pelo empenho das pessoas envolvidas, num processo mais individualizado

“ela convidou, se disponibilizou pra vir [...] pra gente fazer um cronograma conjunto, os dois projetos como uma equipe só. Isso foi bastante feliz, porque deu mais potência para os dois projetos” (E5)

“de alguma forma eu considero a cooperação que eu participei que foi mais bem sucedida, porque teve esse ganho de aprendizado, gerou produtos que poderiam ser úteis” (E4)

4.6. Funções e expectativas sobre o Governo Brasileiro e Atores Internacionais

Em relação ao papel do Governo Brasileiro, os entrevistados tiveram falas ambivalentes: se por um lado, alguns se identificaram como ‘governo brasileiro’ por estar inserido num projeto da universidade pública, aparecendo, portanto, como ator da

cooperação; por outro, se teve a compreensão de que o Brasil, enquanto governo, está perdendo oportunidade:

"(o Brasil) de emplacar no cenário mundial em relação a uma coisa dessas. [...] eu acho que o Brasil, talvez, perdeu uma oportunidade de mostrar a coisa boa e exportar ela para o mundo. Não vai ser o modelo brasileiro que vai ser implantado lá"(E1)

"tinha que ser prioridade para o governo do Brasil e acho que não era"(E2)

Sobre a influência de organismos internacionais no que diz respeito aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, os entrevistados referem que *"a experiência internacional hoje é muito vasta"* (E3); e o efeito do PACS brasileiro na queda da mortalidade infantil foi

"motivo de sucesso e interesse internacional, das Nações Unidas, do UNICEF" (E3)

"organismos internacionais incentivam países a trabalhar com programas de agente comunitário de saúde [...] UNICEF, o Banco Mundial são grandes organismos que orquestram isso nos países" (E5).

Encontros da comunidade internacional foram citados, como por exemplo, o III Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, da OMS, em Recife, em 2013, como *"uma oportunidade muito boa pra que os projetos, os programas, os serviços de agentes de saúde fossem bem estudados e sistematizados"* (E3).

Conforme documentos publicados deste encontro, nele foi firmado o compromisso, por diversos países e organizações, para o estímulo à harmonização e sinergia, *accountability* e ação conjunta em pontos críticos, a fim de alcançar todos os *stakeholders* engajados nos PACS, através do *CHW Framework for Partner Action* (Moving from fragmentation to synergy to achieve Universal Health Coverage, 2013). Neste documento são citadas diversas ações a fim de harmonizar os projetos e os atores envolvidos na ampliação do PACS mundialmente.

Outro exemplo citado de mobilização internacional sobre o tema foi a publicação em 2014 do *Guia de Referencia e Estudos de Caso – Desenvolvendo e Fortalecendo Programas de Agentes Comunitários de Saúde em Larga Escala*

(tradução livre) pela USAID (United State Agency International Development) (Perry & Crigler, 2014). As falas se referiram à relevância deste guia, que, porém não ficou isento de críticas:

“(o guia) mostra todas as experiências mais importantes do mundo e quais são os tópicos mais importantes para serem analisados e estudados na implantação de um programa em larga escala” (E3)

“isso foi feito com dinheiro do governo americano... então quem fez isso foi uma instituição norte-americana, financiada pelo governo norte-americano, falando coisa que nem tem lá nos Estados Unidos, basicamente” (E1).

Perguntar-nos-íamos: não seria esta mais uma faceta da “oferta de idéias” tão bem engendrada pela agências internacionais a partir dos anos 1990? Em que medida este “guia” realmente leva em consideração as realidades locais, sua história, valores e cultura a fim de propor um programa de trabalho em saúde, em larga escala, através de uma mesma “receita”? Em que medida há aí a dita “habilidade política”, referida acima, na concepção da ‘sabedoria política’ entre fazer concessões e fazer rupturas? São perguntas que merecem uma reflexão mais profunda.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES: JUNTANDO AS PEÇAS E ALINHAVANDO AS MISSANGAS

O presente estudo buscou analisar a perspectiva dos atores brasileiros envolvidos no PACS Luanda/Angola, investigando os sentidos atribuídos ao processo de cooperação internacional em saúde estabelecido, suas limitações e potencialidades. Procurou identificar as instituições envolvidas e o contexto em que estavam inseridas.

De um local privilegiado, como participante do processo, procedi às entrevistas e a revisão dos documentos, no empenho de produzir um sentido compartilhado desta vivência. No caminho percorrido apareceram aproximações e distanciamentos, identificações e estranhamentos às falas e aos sentidos que emergiram das entrevistas.

A escrita e a leitura desta dissertação puderam proporcionar uma sensação de “colcha de retalhos” que se contrapõe, em certa medida, à imagem de “caminhos d’água” descrita na apresentação do estudo. Os “retalhos” ou as “missangas” poderiam significar os tais grupos, atores ou “nichos de cooperação”; poderiam representar os projetos de cooperação em saúde entre brasileiros e angolanos aqui relatados; ou mais, poderiam se referir aos diferentes entendimentos e perspectivas sobre cooperação que se revelaram neste processo.

Os entrevistados se situaram de maneira distinta: desde uma instituição acadêmico-científica; ou de uma instituição ligada a práticas de cooperação oficial; de uma posição pouco institucionalizada ou outras, ainda, bastante pessoais. Cada uma dessas localidades engendra possibilidades e limitações de atuação. Encontram-se mais ou menos “amarradas” a formalizações, mas também contam com mais ou menos apoios e estruturas de suporte. Abrem mais ou menos possibilidades de construção conjunta, na perspectiva de horizontalidade da Cooperação Sul - Sul, ou de instituir procedimentos prévios, algo que “vai e leva mais pronto”.

A tessitura destes arranjos pessoais e institucionais foi traduzida em exercícios ou construções de caminhos entre flexibilidade e rigidez, entre concessões e rupturas, informalidade e formalidades, entre tentativas e abstenções, a partir das disposições individuais ou das possibilidades conformadas pelas instituições.

Isto demonstra a necessidade de uma equação entre características como trajetória, motivação, valor e postura, e os espaços já instituídos, do ponto de vista de apoio a iniciativas em construção, e à formação a respeito dos requerimentos a projetos oficiais de cooperação. Parece clara a in experiência brasileira em cooperar, de maneira

horizontal, no âmbito da saúde, apesar da retórica. Há de se questionar, no entanto, das possibilidades e interesses dos possíveis atores envolvidos, para além do que se chamaria apenas de “inexperiência”. O exemplo da internacionalização das empresas brasileiras em Angola parece atestar este feito.

Outra questão que chama atenção é a fragmentação dos processos de cooperação que parecem compartilhar objetivos comuns, senão próximos, nos seus discursos – a melhoria do sistema de saúde, dos indicadores de saúde materno-infantil, para citar exemplos. As iniciativas da UFRGS, da UFC, da ABC, MS e Fiocruz, muitas vezes sobrepuseram-se temporalmente e em objetivos gerais, porém dialogaram pouco, ou de maneira extremamente pontual. Apresentaram práticas e processos muito diferentes entre si, certamente com alcances e efeitos distintos, sobre seus atores e, portanto, sobre seus objetos. Importante ressaltar o sentimento de “ter que fazer parte de um nicho de cooperação” para se produzir experiências “efetivas” no âmbito da cooperação internacional. Sentido que, por sua vez, desvaloriza as vivências e os conhecimentos produzidos em outras práticas de cooperação, que poderiam ser ditas mais “periféricas”²⁷, ou menos oficiais.

Isto significa certo empobrecimento das possibilidades de cooperar, na medida em que não agrega atores diferentes, com outras perspectivas, na construção de políticas de cooperação. Restringir-se às formalidades oficiais, sem abertura para novos olhares, pode tornar a política de cooperação um algo arbitrário, pouco dialógico e carente de riqueza democrática.

A necessidade dos apoios institucionais faz-se premente, contudo não pode ser restrita a alguns grupos privilegiados. O incentivo à cooperação científica parece um meio de ampliar e incluir novos atores, numa perspectiva de democratização. Porém é necessária que a cooperação em ciência e tecnologia seja parte integrante de uma política mais ampla de cooperação internacional. Pois é preciso também coordenar os esforços a fim de aglutinar interesses comuns, somar iniciativas e trocar experiências. Faz-se necessário proceder a registros e avaliações destes processos, afim de que sejam

²⁷ Considero “cooperação periférica” a cooperação internacional realizada a partir de arranjos entre atores que não fazem parte da esfera oficial do governo (independente se central ou descentralizado), mas que articulam diferentes esferas da sociedade; que ultrapassam os limites de cooperações científicas ou de colaborações individuais, sem contudo alcançar, a visibilidade, apoio ou a formalidade das cooperações oficiais, posto que não chegam a se articular com as diretrizes da política externa do país.

estudados e que possibilitem a construção de novos conhecimentos sobre as práticas e sentidos de cooperação.

A participação das universidades pode ser instrumental para que o Estado Brasileiro exerça o *soft power*, especialmente no que diz respeito a programas de cooperação que procuram desenvolver políticas públicas ou de tecnologias leves, como no caso da saúde. A possibilidade de produção e acesso ao conhecimento tecnológico e científico, bem como a capacidade de estabelecer relações neste nível, determina uma importante forma de inserção na arena internacional, posto que o uso da informação e do conhecimento pode ser considerado um instrumento de poder, em uma perspectiva de política externa.

Um dos aprendizados gerado no presente estudo é que existem diversos sentidos e interesses envolvidos na cooperação internacional. E que, para além do discurso, é preciso analisar as práticas, as possibilidades da posição que cada ator ocupa, bem como os valores que fundamentam suas ações.

Perceber uma crença de cooperação quase constituinte, ou o ideal de solidariedade e cooperação inferidas em falas das entrevistas, permitiu entender os esforços empreendidos e a aproximação de algumas posturas aos perfis que caracterizam os *champions*, onde a liderança e as iniciativas pessoais se fazem proeminentes. Distinto dos processos de cooperação oficial apresentados, onde as individualidades aparecem pouco, e dão mais visibilidade aos procedimentos acordados institucionalmente. Apesar da aproximação retórica dos objetivos e dos marcos teóricos, como o da Cooperação Sul-Sul, os processos e as práticas se constituíram por caminhos bastante divergentes.

Em relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, especificamente, pareceu haver colaborações brasileiras isoladas, muito mais que uma cooperação de fato. Apesar de ser possível considerar que o processo como um todo pode ser considerado uma “cooperação periférica”, e que, portanto pode e precisa ser valorizada do rol das cooperações brasileiras, as atuações dos atores, de forma mais individualizada, se constituíram, a princípio, no marco da cooperação científica, de forma isolada e muito pouco articulada a uma política de cooperação, na prática.

De um projeto piloto na Província de Luanda, a outro atuante em dezoito municípios de cinco províncias, ainda há muito que se investir em termos da política

nacional para o PACS em Angola. Apesar do reconhecimento formal no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, a inserção dos Agentes Comunitários ainda aparece de forma pouco nítida, sem uma diretriz mais clara nas questões relativas à integralidade, à determinação social dos processos saúde-doença e ao direito a saúde, ou mesmo nas relações com qual modelo de Atenção Primária à Saúde que pretende articular. Bem verdade que no histórico da UNICEF e Banco Mundial tem se ofertado pacotes básicos e agentes comunitários com inserções em programas focais e verticalizados, no marco da APS seletiva. Se, assim como Brasil, Angola disputará um outro modelo de APS, mais amplo e integral, com agentes comunitários atuantes na perspectiva da participação, empoderamento e democracia, segue sendo uma incógnita, uma crença ou uma aposta.

O fato é que acreditar já não parece mais suficiente. Ao contrário, talvez seja o exato destituir-se desta crença “constituente”, o passo essencial para costurar as missangas e construir realidades.

No entanto, o próprio escopo deste estudo, ou a falta de habilidade e do saber sobre os fenômenos que se intitularam “de cooperação”, sugeriram uma impossibilidade de se realizar uma costura das várias missangas, em termos de concepção política e por que não, ontológica, dos atores e processos que me propus a reunir. Das missangas, foi factível apenas o seu alinhar.

Estudar sobre a cooperação, seus conceitos prevalentes na atualidade, bem como as iniciativas de atores brasileiros na cooperação em saúde com Angola, mostrou o quanto há de se harmonizar e equacionar os objetivos, as instituições e os processos. Mesmo assim, fundamental é o re-conhecer o ímpeto de alcançar os preceitos da Constituição Brasileira de 1988:

A saúde é um direito de todos; e as relações internacionais devem ser regidas pelo princípio de cooperação entre os povos para o progresso da humanidade. (Brasil, 1988).

Parece que estamos apenas começando.

FIGURA 6: LINHA DO TEMPO

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PACS Angola		Fase I		Fase II		Fase III		Fase IV		
Iniciativas UFRGS	1		2				3		4	
Iniciativa UFC			5							
Consultoria BRA		6			7		8		9	
Iniciativa ESPJV			10							
ABC/Fiocruz/Angola		11		12	13		14			
JBPP	15				16					
ProForsa						17				

Legenda – Projetos

1	Submissão ABC Projeto Desenvolvendo Serviços de APS em Angola
2	ProAfrica edital 013/2008- Ch II- Desenvolvendo Serviços APS: avaliacao do PACS Luanda
3	Retorno da pesquisa realizada em 2010
4	Pesquisa Joao Baptista
5	ProAfrica edital 013/2008 - Ch I - ACS Angolano: analise concepções e práticas em saúde e a formação profissional
6	Formação dos ACS em Luanda, apoio UNICEF + Participação no ProAfrica UFC
7	Participação no campo da pesquisa UFRGS (pelo ProAfrica)
8	Participação do retorno pesquisa UFRGS
9	Reforço dos Serviços Municipais de Saúde, apoio do Banco Mundial
10	Participação no ProAfrica UFC
11	BRA 04/044-S083 - Capacitação do Sistema de Saúde da Repúblicas de Angola
12	BRA 04/043-A157 Missão para detalhamento de projeto de continuidade da capacitação do sistema de saúde de Angola
13	Missões para construção da continuação do projeto
14	BRA 04/044-S242 - Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola - Fase II

15	Capacitacao dos RH para o Desenvolvimento de Capacidades no Hospital Josina Machel
16	BRA 04/044-A367 - Missão a Angola para finalização e assinatura de projeto de cooperação
17	BRA 04/044/PFRSA - PROFORSA - Projeto para o fortalecimento do sistema de saúde por meio do desenvolvimento de recursos humanos no Hospital Josina Machel e em outros serviços de saúde e revitalização da atenção primária de saúde em Angola

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC/MRE. “BRA 04/044/PFRSA - PROFORSA - Projeto para o Fortalecimento do Sistema de Saúde de Angola.” 2011.

Algeballe, Joana. “Cooperação Tripartite Haiti-Brasil-Cuba completa um ano.” *RET-SUS*, 2011.

Almeida, Celia, Rodrigo Pires Campos, Paulo Buss, José Roberto Ferreira, e Luis Eduardo Fonseca. “A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde".” *RECIIS*, 2010: 25-35.

ANGOLA. “Constituição da República de Angola.” 2010.

—. “Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde.” *Lei n 21-B/92*. Luanda, 21 de agosto de 1992.

—. “Política Nacional de Saúde, 5 esboço.” Luanda: República de Angola, março de 2009.

Baptista, Tatiana Wargas de Faria, e Ruben Araujo Mattos. “Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas).” In: *Caminhos para análise das políticas de saúde*, por Ruben Araujo Mattos e Tatiana Wargas de Faria Baptista, 52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps, 2011.

Bardin, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

Bird, Graham. “The Political Economy of Foreign Aid: fatigue or regeneration?” *Zagreb International Review of Economics & Business*, 1999: 1-24.

Birn, Anne-Emanuele. “The stages of international (global) health: Histories of succes or success of history?” *Global Public Health*, 2009: 50-68.

Bourdieu, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

BRASIL. “Lei 11.350.” *Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências*. Brasília, DF, 5 de outubro de 2006.

—. “Lei 12.994.” *Altera a Lei n 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias*. Brasília, DF, 17 de junho de 2014.

BRASIL, Ministerio da Saúde/Ministério da Educação. “Referencial Curricular para curso tecnico de agente comunitário de saúde.” Brasília: Ministerio da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério das Relações Exteriores. “Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola.” 09 de julho de 2007.

Brasil, República Federativa. “Constituição Federal.” 1988.

BRASIL, República Federativa. “Diário Oficial da União.” Brasília, DF: Imprensa Nacional, 26 de Julho de 2004.

—. “Lei 10.507.” *Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências*. Brasília, DF, 10 de julho de 2002.

Brener, Jaime. *Trinta anos de não alinhados*. <http://www.scielo.br/pdf/ln/v3n3/a16v3n3.pdf> (acesso em 04 de 10 de 2014).

Buss, Paulo. “Brasil: estruturando a cooperação na saúde.” *The Lancet*, 2011.

Buss, Paulo M, José R Ferreira, e Cláudia Hoirisch. “A Saúde Pública no Brasil e a Cooperação Internacional.” *Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade*, jul/dez de 2001: 213-229.

Buss, Paulo Marchiori, e José Roberto Ferreira. “Brasil e saúde global.” In: *Política externa brasileira - As práticas das políticas e a política das práticas*, por Leticia Pinheiro e Carlos RS Milani, 241-262. Rio de Janeiro: FGV, 2012.

Campos, Marilene O. “Cooperação Internacional Científica e Tecnológica entre Brasil e África: o caso do Programa CNPq/Pró-África.” Brasília, DF: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, 2011.

Cervo, Amado L. “Parte III: Do projeto desenvolvimentista à globalização.” In: *História da Política Exterior do Brasil*, por Clodoaldo Bueno e Amado L. Cervo. UNB, 2012.

Corrêa, Márcio Lopes. *Prática Comentada da Cooperação Internacional - Entre a hegemonia e a busca de autonomia*. Brasília, 2010.

Couto, Mia. *O fio das missangas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

CRIS. *Centro de Relações Internacionais em Saúde*. 2013. http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=52 (acesso em 26 de julho de 2013).

Cueto, Marcos. “The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care.” *American Journal of Public Health*, 2004: 1864-1874.

de Haan, Arjan, e Ward Warmerdam. *The Politics of Aid Revisited: a review of evidence on State Capacity and Elite Commitment*. Manchester: ESID, 2012.

DRAFT. “Projeto de Cooperação Triangular entre Japão – Brasil – Angola no âmbito do Programa de Parceria Brasil Japão – JBPP.” <http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-index.php?page=cplp> - Acesso: 27/09/2014, dezembro de 2010.

Duarte, Rafael Pinto. “Cooperação Internacional para o Desenvolvimento em Ciência e Tecnologia : A Participação Brasileira na Organização Européia para Pesquisa Nuclear (CERN).” *Journal of Technology Management & Innovation*, 2008: 133-144.

Fedatto, Maira da S. “A FIOCRUZ e a Cooperação para África no Governo Lula.” *Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais*. Universidade de Brasília, dezembro de 2013.

FHI, Family Health International. *Engaging Innovative Advocates as Public Health Champions*. USAID, 2010.

Fidler, David P. “The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy.” *Bulletin of the World Health Organization*, 2001: 842-849.

Figueiredo, Maria C. B., e Luiz, E. Fonseca. “Capacitação como Processo de Cooperação Internacional.” *Saúde e Direitos Humanos*, 2009, n.6: 8-17.

Fleury, S. “Reforma sanitária brasileira:dilemas entre o instituinte e o instituído.” *Ciencia e Saúde Coletiva*, 2009: 743-52.

Garcia, Ana S., Karina Kato, e Camila Fontes. “A história contada pela caça ou pelo caçador?” *Perspectivas sobre o Brasil em Angola e Moçambique*. PACS, 2013.

Giugliani, Camila. “Agentes Comunitários de Saúde: efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola.” *Tese Doutorado*. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2011.

Goldenberg, Miriam. *A arte de pesquisar - Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

Haines, Andy, et al. “Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers.” *Lancet*, 2007: 2121-31.

Hill, Christopher. *The changing politics of foreign policy*. London: Palgrave, 2003.

Holbrook, J.A.D, e Lipsett M.S. “Reflections on Indicators of International Cooperation in S&T.” *Presented at the Second Ibero-American Workshop on S&T Indicators*. 1996.

Humbwavali, João B. “Situação de saúde de mães e crianças em um município da periferia de Luanda, Angola, e a potencial contribuição dos agentes comunitários de saúde.” *Dissertação de Mestrado*. Porto Alegre, RS: UFRGS, Dezembro de 2011.

Humbwavali, João B., e et al. “Health and Health Care of Mothers and Children in a Suburban Area of Luanda, Angola.” *Journal of Community Health*, 2014: 617-626.

INE. *Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População*. Luanda: Edições de Angola Lda., 2011.

IPEA & ABC. “Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 2005-2009.” Brasília, 2010.

Jones, G., R W Steketee, R E Black, S S Morris, e Z A Bhutta. “How many child deaths can we prevent this year?” *Lancet*, 2003: 65-71.

Kasembe, Dya. *O Livro da Paz da Mulher Angolana - As heroínas sem nome*. Luanda: Editorial Nzila, 2008.

Kickbusch, Ilona, Graham Lister, Michaela Told, e Nick Drager. *Global Health Diplomacy - Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*. Geneva: Springer, 2013.

Kleiman, Alberto. “Um olhar brasileiro sobre a ação internacional dos governos subnacionais.” In: *Política externa brasileira - As práticas da política e a política das práticas*, por Leticia Pinhero e Carlos RS Milani, 301-329. Rio de Janeiro: FGV, 2012.

Kraychete, Elsa S., Maria E.H. Pessina, e Elga A. Lessa. “Cooperação Sul-Sul Angola e Brasil: Um primeiro estudo de caso.” *Processo de Articulação e Diálogo*, setembro de 2013.

Lancaster, Carol. *Foreign Aid - Diplomacy, Development, Domestic Politics*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 2007.

Lavor, Antonio Carlile H. “Programa de Agentes Comunitários de Saúde.” Luanda, 2008.

Lehmann, Utah, e David Sanders. *Community Health Workers: What do we know about them?* WHO, 2007.

Leite, Iara C. “Cooperação Sul-Sul: Conceito, História e Marcos Interpretativos.” *Observador On-line*, 2012: v.7, n.03.

—. “Cooperação Sul-Sul: um ensaio conceitual.” *Mundorama*. 2013. <http://mundorama.net/2010/06/15/cooperacao-sul-sul-um-ensaio-conceitual-por-iara-costa-leite/> (acesso em outubro de 2014).

Lima, Maria Lucia de O.F., e Janann J. Medeiros. “Empreendedores de políticas públicas na implementação de programas governamentais.” *Rev. Adm. Pública*, 2012: 1251-270.

Lula da Silva, Luís I. “Discurso do presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na Assembléia Nacional de Angola.” Luanda, 03 de novembro de 2003.

Mattos, Ruben A. “As agencias internacionais e as políticas de saúde no anos 90: um panorama geral da oferta de idéias.” *Ciência e Saúde Coletiva*, 2001: 377-389.

Melo, Ovidio de A. *Recordações de um removedor de mofos no Itamaraty*. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2009.

Minayo, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINSA. “Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025.” Luanda, Agosto de 2012.

Morosini, M. V., A. A. Corbo, e C. O. Guimarães. “O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional.” *Trabalho, Educação e Saúde*, 2007: 261-280.

“Moving from fragmentation to synergy to achieve Universal Health Coverage.” *III Global Forum on Human Resources for Health*. Recife, PE: World Health Organization, 2013.

Moyo, Dambisa. *Dead Aid. Why aid is not working and how there is another way for Africa*. London, 2009.

Mundial, Banco. “Missão de Apoio à Implementação - Projecto de Reforço dos Serviços Municipais de Saúde de Angola.” Angola, 2012.

Oliveira, Miguel dos S. “Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Angola.” *Tese de Doutorado*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2010.

ONU. “Assistência Técnica para Desenvolvimento Econômico.” *Resolução 200/1948*. 1948.

OPAS.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1521&Itemid=40111&lang=pt (acesso em setembro de 2014).

Patton, M Q. “Qualitative research and evaluation methods.” Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.

Pereira, João Marcio Mendes. “O Banco Mundial e a construção político-intelectual do “combate a pobreza”.” *TOPOI*, 2010: 260-282.

Perry, Henry, e Lauren Crigler. *Developing and Strengthening Community Health Workers Programs at Scale*. USAID, 2014.

Perry, Henry, e Rose Zulliger. *How effective are Community Health Workers?* Johns Hopkins: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2012.

Petersen, Tanja. “How to overcome barriers to innovation: an empirical analysis.” *DRUID-DIME Academy Winter 2010 PhD Conference*. Denmark, 2010.

Pino, Bruno A. “A Cooperação Triangular e as Transformações da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento.” *1845, IPEA*, junho de 2013.

Pino, Bruno A. “Os debates sobre a eficácia da cooperação e o papel dos emergentes: o Brasil e a cooperação triangular.” *Carta Internacional*, 2010: 3-10.

Pontes, Ana Lucia de Moura, Vera Joana Bornstein, e Camila Giugliani. “O Agente Comunitário de Saúde em Angola: desafios para sua atuação e para formação profissional em saúde.” *Trabalho, Educação e Saúde*, nov.2011/fev.2012: 521-533.

Puente, Carlos Alfonso Iglesias. “A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento de política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento - CTPD - no período 1995-2005.” Brasília, DF: Instituto de Altos Estudos - FUNAG, 2010.

Ravishankar, Nirmala, et al. “Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007.” *The Lancet*, 2009: 2113-2124.

Rist, Gilbert. *The History of Development - from Western Origins to Global Faith*. London: Zed Books, 2008.

Santos, Boaventura de S. “Para além do Pensamento Abissal.” *Novos Estudos*, novembro de 2007: 71-94.

—. *Os processos de globalização*. <http://www.eurozine.com/articles/2002-08-22-santos-pt.html> (acesso em outubro de 2014).

Santos, Milton. *Por uma outra globalização - do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2010.

Sato, Eiti. “Cooperação internacional: um componente essencial das relações internacionais.” *RECISS*. 2010. <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/345/498> (acesso em outubro de 2014).

Schraiber, Lilia B. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html> (acesso em setembro de 2014).

Spink, Mary Jane. *Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

UFC. “Agente Comunitário de Saúde Angolano: análise das concepções e práticas em saúde e a formação profissional.” Edital CNPq 013/2008, 2008.

UFRGS. “Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda.” CNPq Edital 013/2008, 2008.

USAID. “Avaliação do Sistema de Saúde em Angola.” 2010.

WHO. *World Health Statistics*. WHO, 2007.

ANEXO 1

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE GLOBAL E DIPLOMACIA DA SAÚDE

Roteiro de Entrevista

1. Fale um pouco da sua trajetória profissional e sua aproximação com projetos de cooperação internacional;
2. Quais projetos você participou e como foi sua participação?
3. Fale sobre o PACS Luanda. Como ocorreu? Como foi sua participação?
 - a. Quais objetivos e qual extensão do PACS Luanda? Até onde se esperava atingir?
 - b. Quais momentos de tomada de decisão e escolhas mais importantes nesta trajetória, ao seu ver?
4. Como hoje você avalia o PACS Luanda?
5. O que esta experiência acrescentou em termos de entendimentos e práticas nas estratégias de cooperação em saúde, na sua opinião?

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE GLOBAL E DIPLOMACIA DA SAÚDE

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, Patricia Maria Barros Thomas, médica, aluna do Mestrado Profissional Saúde Global e Diplomacia da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública- Fundação Oswaldo Cruz, estou conduzindo meu projeto de investigação e gostaria de sua contribuição. A pesquisa intitulada “Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola: um caso de cooperação com o Brasil” é orientada pelo Prof. Dr. Gustavo Correa Matta. Ela tem como objetivo analisar as práticas, os sentidos e concepções da Cooperação Internacional em Saúde no Brasil a partir da experiência de cooperação na implantação do PACS Luanda/Angola.

Realizarei uma entrevista com um roteiro de perguntas abertas e levará cerca de uma hora e meia para ser concluída. Gravarei a entrevista se o Sr/Sra permitir. Os dados concedidos sobre o seu trabalho serão divulgados, mas sua identidade não será publicada. Manterei os dados da pesquisa guardados sob minha responsabilidade em arquivo físico e digital, durante um período de cinco anos e após descartarei todo o material. Não há garantias que o Sr/Sra se beneficiará do presente estudo, e nenhum custo lhe será cobrado por participar do mesmo. O benefício relacionado à sua colaboração nesta pesquisa é o de gerar dados que possam contribuir para o desenvolvimento do próprio trabalho, bem como na reflexão para o desenvolvimento de teorias e estratégias de cooperação internacional em saúde. Toda pesquisa possui riscos potenciais. Maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Assim sendo, vale ressaltar que esta pesquisa tem como risco, identificado pelos pesquisadores, a possibilidade de constrangimento durante a entrevista ou observação. Contudo será de responsabilidade das pesquisadores adotar medidas que minimizem ou anulem a possibilidade deste tipo de situação A sua participação é inteiramente voluntária. Mesmo após aceitar participar desta pesquisa, o Sr/Sra poderá sentir-se livre para abandoná-la a qualquer momento durante seu curso. Caso haja dúvidas quanto à ética do estudo, poderá entrar em contato comigo pelos telefone (21) 969268833 e pelo e-mail patriciambth@yahoo.com.br ou de meu orientador, Gustavo Correa Matta gcmatta@ensp.fiocruz.br. Também é possível se

reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, que aprovou esta pesquisa, na Rua Leopoldo Bulhões 1480 – Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, pelo mail CEP@ensp.fiocruz.br ou pelo telefone (21) 2598-2863.

Assim sendo, segue abaixo sua declaração:

“Diante do exposto nos parágrafos anteriores, eu concordo em participar da pesquisa intitulada “Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola: um caso de cooperação com o Brasil”. Fui completamente orientado por Patricia Maria Barros Thomas, que está realizando a pesquisa, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, o qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca de minha participação espontânea nesta pesquisa. Concordo em cooperar com este estudo. Estou ciente que sou livre para sair do mesmo a qualquer momento, se assim eu o desejar. Minha identidade não será publicada, mas os dados coletados poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do pesquisador. Recebo uma cópia deste Termo.

Patrícia M B Thomas

Pesquisadora Responsável (SG&DS/ENSP)

Gustavo C Matta

Orientador (ENSP/Fiocruz)

O Sr./Sra aceita que a entrevista seja gravada pela pesquisadora Patricia M B Thomas? Em caso negativo, os dados poderão ser registrados através de anotações durante a entrevista.

- () Sim, aceito que esta entrevista seja gravada pela pesquisadora Patricia M B Thomas:
() Não, mas aceito que os dados sejam registrados por meio de anotações.

Em ____/____/____

Assinatura do participante

ANEXO 3 – Tabelas

Tabela 1 - Números do PACS em dois momentos, separados por município.

Município (população-alvo de acordo com documentos)	Dezembro 2007 §	Dezembro 2009 §
Cacuaco (Kikolo: 421.000 habitantes)		
· Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	601	601
· ACS formados	832	1098
· Famílias cadastradas	31.270	109.788
· Pessoas cadastradas	97.021	604.009
Sambizanga (Ngola Kiluanji: 250.000 hab)		
· Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	357	357
· ACS formados	277	487
· Famílias cadastradas	10.001	48.113
· Pessoas cadastradas	28.393	269.432
Samba (Benfica: 108.850 habitantes)		
· Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	155	155
· ACS formados	11	131
· Famílias cadastradas	1261	13.223
· Pessoas cadastradas	4380	45.914
Kilamba Kiaxi (Golfe: 389.500 habitantes)		
· Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	556	556
· ACS formados	96	160
· Famílias cadastradas	4800	16.620
· Pessoas cadastradas	20.513	63.975
Cazenga (Cazenga: 643.123 habitantes)		
· Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	918	918
· ACS treinados	258	641
· Famílias cadastradas	8036	64.151
· Pessoas cadastradas	27.734	418.966
Viana* (Km 9 e Km 12: 600.000 habitantes)		
· Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	857	857
· ACS formados	120	131
· Famílias cadastradas	8037	32.311
· Pessoas cadastradas	40.186	161.555
Total da província de Luanda (2.412.473 habitantes‡)		

· Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	3444	3444
· ACS formados	1594	2517
· Famílias cadastradas	63.406	251.895
· Pessoas cadastradas	218.227	1.402.295
*Os únicos registos disponíveis do município de Viana foram extraídos do relatório de consultoria do UNICEF de dezembro de 2007, das apresentação de balanço da DPS (dezembro 2008 e dezembro 2009) e da entrevista com a coordenadora municipal dos ACS (junho 2009), possibilitando uma projeção do número de famílias e pessoas cobertas.		
† Estimado com: população-alvo/700 [700 equivale a 100 (número de famílias que cada ACS deve acompanhar) x 7 (número médio de pessoas por família previsto no Projeto de Implantação)]		
‡ População da província equivale à soma das populações-alvo de todos os municípios		
§ Em dezembro de 2007, o número de ACS formados inclui os ACS em formação não concluída, por isso o número de ACS para o município de Kilamba Kiaxi é maior em dezembro de 2007 do que em julho de 2008. Os dados de dezembro de 2009 são provenientes da apresentação do balanço da DPS de Luanda (os registos originais dos ACS não estavam disponíveis		

(Adaptado de Giugliani, 2011)

Tabela 2 : Categorias Descritivas

CATEGORIAS DESCRITIVAS	
C1	Trajetória dos entrevistados
C2	Motivações
C3	Universidade - funções / práticas
C4	Posturas para Cooperação
C5	Papel dos ACS
C6	Percepções do PACS Brasil
C7	PACS Angola Antes
C8	PACS Angola Agora
C9	Cooperação Governo-Governo
C10	Papel dos Atores Internacionais
C11	Papel do Governo Brasileiro
C12	Percepções "equipe brasileira"
C13	Cooperação na Fiocruz
C14	Relações Brasil – Angola

Tabela 3: Categorias Analíticas

CATEGORIAS ANALÍTICAS	
Trajetória e Identidade	Trajetória dos entrevistados
	Percepções "equipe brasileira"
Motivos e Posturas	Posturas para Cooperação
	Motivações
Práticas e processos	Coop Governo-Governo
	Cooperação na Fiocruz
Universidade: funções e práticas	Universidade - práticas
	Universidade - funções
Função e expectativas dos atores	Papel do Governo Brasileiro
	Papel Atores Internacionais
PACS e a cooperação	PACS Brasil
	PACS Angola
	Relações Brasil-Angola

Tabela 4: Documentos Analisados

Título do Documento	Descrição
Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e Governo da República Popular de Angola (11 de junho 1980)	Acordo a fim de fortalecer os laços de amizade entre os países; estabelece princípios de respeito mútuo pela soberania e não ingerência. Acordos, protocolos e ajustes complementares poderão ser feitos em separado, a fim de proceder a programas e projetos de cooperação econômica, técnica e científica.
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação para Implementação do Projeto "Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola. (09 de julho 2007)	O referido projeto tem por objetivo estabelecer: o curso de Mestrado em Saúde Pública em Angola; estruturar uma rede de bibliotecas em saúde; reestruturar as Escolas Técnicas de Saúde de Angola e fortalecer o Instituto Nacional de Saúde Pública. Responsáveis: ABC/AISA/Fiocruz e MISAU/DNRH
PORTARIA Nº 363, DE 22 DE JULHO DE 2004	Diário Oficial da União, portaria que institui o Programa Pró-África
Formulação de Projetos de Cooperação Técnica Internacional - Manual de Orientação (ABC/MRE 2005)	Manual de orientação para elaboração de projetos a serem submetidos à ABC
Projeto submetido pela UFRGS à ABC/MRE (2007)	Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária a Saúde em Angola: um projeto de cooperação com o Brasil”
Edital Pró África - CNPq 013/2008	Edital do Ministério de Ciência e Tecnologia do Governo Brasileiro para subsidiar pesquisa e projetos de cooperação com países africanos de língua portuguesa
Projeto da UFRGS submetido ao Pro-Africa (2008)	Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária a Saúde em Angola: proposta de avaliação da implantação do PACS”
Projeto da UFC submetido ao Pro Africa (2008)	“Agente Comunitário de Saúde Angolano: análise das concepções e práticas em saúde e a formação profissional”
Programa de Agentes Comunitários de Saúde “Vigilantes de Saúde”, DPS 2008	Proposta inicial para a implantação do PACS Luanda.
Relatório de consultoria UNICEF (Fevereiro, 2008)	Relatório que descreve e avalia o desenvolvimento do PACS
Relatório de actividades desenvolvidas ao longo da visita de 29 de maio a 19 de junho 2009	Ida da equipe brasileira Luanda em 2009, pelo ProAfrica
Visita dos pesquisadores angolanos ao Brasil - Relatório de Atividades - 26 de nov a 13 de dez de 2009	Visita da equipe angolana ao Brasil em 2009, pelo ProAfrica
Projeto submetido ao edital Pró-África CNPq 016/2010	Chamada III para evento; porém não aprovado
Relato Reunião DPS Luanda em setembro 2010	Reunião com coordenadores municipais do PACS sobre a situação do projeto
Relatório da viagem 18 de abril a 5 de maio de 2012	Ida da equipe brasileira Luanda em 2012, retorno da pesquisa

Projeto de Cooperação Bilateral Brasil - Angola, 2010	Capacitação do Sistema de Saúde da república de Angola - Fase II
Projeto de Cooperação Triangular Brasil - Angola - Japão, 2011	PROFORSA – Projeto de Fortalecimento so sistema de saúde por meio do desenvolvimento de RH no Hospital Josina Machel e em outros serviços de saúde e Revitaliazação da APS em Angola
Relatórios de Viagem Missão Conjunta Japão-Brasil para o PROFORSA, junho 2010	Impressões e principais aspectos a serem desenvolvidos pelo projeto
Relatório de Viagem - Missão Angola - Atividade do Projeto PROFORSA, fevereiro 2012	Definições das linhas gerais do projeto; oficialização co Comitê de Coordenação Conjunta e Comitê de Implementação Conjunto
Projecto de Reforço dos Serviços Municipais de Saúde de Angola (P111840) - Memorando Banco Mundial - Missão Abril 2012	Relatório da missão do Banco Mundial de apoio à implementação do projeto em abril de 2012, quando o mesmo foi lançado oficialmente pelo MINSA.