



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS V – JOÃO PESSOA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS APLICADAS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS

JOSÉ WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES

**A COOPERAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICO-TRANSNACIONAL PARA ASSISTÊNCIA
NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA: AS CARAVANAS DO CORAÇÃO DA REDE DE
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (2011 - 2018)**

JOÃO PESSOA – PB

2020

JOSÉ WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES

**A COOPERAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICO-TRANSNACIONAL PARA ASSISTÊNCIA
NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA: AS CARAVANAS DO CORAÇÃO DA REDE DE
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (2011 - 2018)**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais, integrante do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba (PPGRI/UEPB).

Área de Concentração: Política Internacional.

Linha de Pesquisa: (1) Cooperação, Integração e Instituições Internacionais.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Enrique Ruiz Ferreira.

JOÃO PESSOA – PB

2020

T231c Tavares, José Wagner de Oliveira.

A cooperação técnico-científico-transnacional para assistência no setor saúde na Paraíba [manuscrito] : as caravanas do coração da rede de cardiologia pediátrica (2011-2018). / José Wagner de Oliveira Tavares. - 2020.

240 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa , 2020.

"Orientação : Prof. Dr. Carlos Enrique Ruiz Ferreira , Coordenação do Curso de Relações Internacionais - CCBSA."

1. Cooperação internacional. 2. Saúde. 3. Paradiplomacia.
4. Comunidades epistêmicas. I. Título

21. ed. CDD 327.17

JOSÉ WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES

**A COOPERAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICO-TRANSNACIONAL PARA
ASSISTÊNCIA NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA: AS CARAVANAS DO
CORÇÃO DA REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (2011 - 2018)**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais, integrante do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba (PPGRI/UEPB).
Área de Concentração: Política Internacional.
Linha de Pesquisa: (1) Cooperação, Integração e Instituições Internacionais.

João Pessoa, 21 de setembro de 2020.

Aprovado em: 23/09/2020.

BANCA EXAMINADORA

C/S. B-

Professor Dr. Carlos Enrique Ruiz Ferreira (orientador/PPGRI/UEPB)

Andrea Maria Calazans Pacheco Pacifico

Professora Dra. Andrea Maria Calazans Pacheco Pacifico (avaliadora interna/PPGRI/UEPB)

A. L. B.

Professor Dr. André Luis Bonifácio de Carvalho (avaliador externo/UFPB)

À minha mãe, Maria Elizete de Oliveira, por me presentear com a vida e me ensinar sobre a incondicionalidade do amor, a importância do perdão e a despreziosidade do altruísmo.

Ao meu pai, José Tavares dos Santos, por me mostrar a possibilidade da mudança e me ensinar sobre a relevância da homeostasia, a efemeridade do prazer e a infinitude do saber.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me guiar, durante toda trajetória, não me abandonando jamais, e ao meu irmão, Paulo Vinícius de Oliveira Tavares, que se encontra, agora, ao lado do Senhor, festejando minha vitória como se fosse a sua própria.

Reforço, ainda, a gratidão aos meus pais, por confiarem em mim, ininterruptamente, em todos os degraus que subi – e que continuarei subindo – com o olhar protetor de ambos.

Ao meu irmão, Rodrigo de Oliveira Tavares, agradeço, diuturnamente, por representar um pedaço de mim, uma luz em minha vida, um amor que não sei descrever, mas sei que não tem fim.

Sou grato, também, ao meu irmão mais velho, Frederico de Oliveira Tavares, por me mostrar o valor da família e a solidez de seus laços.

Estendo meus agradecimentos, agora, à Natanailza Barbosa Fernandes Tavares, cujo apoio, muitas vezes silencioso, mas sempre presente, foi fundamental para que eu pudesse concluir mais esta etapa da minha formação com serenidade, harmonia e paz. À você, minha querida, meu muito obrigado.

À Gercilena Sucupira Meira, amiga e apoiadora dos meus objetivos, há várias décadas, ficam registrados, aqui, meu reconhecimento e minha gratidão por todo seu empenho em me ajudar a ser alguém mais próspero sempre.

Meu muitíssimo obrigado a um grande amigo e, também, mentor intelectual deste projeto de pesquisa, Valdecir Carneiro da Silva, pelo constante incentivo e pela incessante paciência para que, hoje, eu pudesse estar apresentando os resultados de muitas horas de leituras, angústias e incertezas que, em sua maioria, foram compartilhadas com ele.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Carlos Enrique Ruiz Ferreira, pela dedicação, pelos conselhos, pelo olhar crítico e pela sensibilidade que, indubitavelmente, foram essenciais para realização desta pesquisa. Estendo, ainda, este agradecimento aos professores Andrea Maria Calazans Pacheco Pacífico e André Luís Bonifácio de Carvalho, pelas preciosas contribuições dispensadas ao meu trabalho.

Agradeço, também, a todos os professores, aos amigos, familiares e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba, por termos compartilhado destes dois anos intensos, porém prazerosos, de cumplicidade e de muita aprendizagem. A todos vocês, meu muito obrigado.

“A saúde é um direito humano. Ninguém deve ficar doente e morrer só porque é pobre ou porque não tem acesso aos serviços de saúde de que precisa.”

(Tedros Adhanom Ghebreyesus)

RESUMO

A finalidade principal da presente pesquisa é investigar a criação, os objetivos e os resultados da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba, fruto do convênio firmado entre o Governo do Estado da Paraíba e a Organização Não Governamental Círculo do Coração, de Pernambuco, que se deu entre os anos de 2011 e 2018. Para viabilizar a concretização desta investigação, a pesquisa esboça uma visão de conjunto, não exaustiva, dos alicerces e da evolução histórica da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, em nível internacional e no Brasil, para aferir a existência de arranjo cooperativo, no estado da Paraíba, envolvendo atores nacionais e internacionais, no âmbito de uma cooperação transnacional, triangular, estruturante e descentralizada no setor saúde. Pretende-se, também, associar as principais bases teórico-conceituais, campos de atuação e interesses envolvendo a cooperação técnico-científico-transnacional, por meio de Estudo de Caso, representando, assim, uma pesquisa aprofundada sobre a assistência, no setor saúde, a crianças e gestantes no Estado da Paraíba, constituindo-se em um Estudo de Caso descritivo e dedutivo, combinando características dos métodos qualitativo e quantitativo, e tendo por base a influência da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, da Paradiplomacia e das Comunidades Epistêmicas no setor saúde, com as seguintes unidades de análise: o alcance da assistência sanitária a crianças e a gestantes paraibanas; a troca de *expertises* entre atores nacionais e internacionais; e a criação da Rede de Cardiologia Pediátrica e das Caravanas do Coração na Paraíba. Conclui-se que houve a efetivação de assistência no setor saúde e a difusão internacional dos resultados da política pública adotada pelo Estado da Paraíba, por meio de publicações científicas, nacionais e internacionais, resultantes da arquitetura do convênio em epígrafe.

Palavras-chave: Cooperação Internacional; Saúde; Paradiplomacia; Comunidades Epistêmicas.

ABSTRACT

This research investigates the creation, goals and results of the Paediatric Cardiology Network in Northeast Brazil, run by the State Government of Paraíba and the Non-Governmental Organization *Círculo do Coração* from Pernambuco, between the years of 2011 and 2018. In order to help make this research deeper and more complete, it brings a collective view of the roots and the historical evolution of the International Cooperation for Development, nationally and internationally, to prove the existence of a cooperative partnership in the state of Paraíba, with the involvement of national and international actors, in the scope of a transnational, triangular, structuring and decentralized cooperation in the health sector. The research also aims at associating the main theories, concepts, fields, and interests around this technical, scientific and transnational cooperation, through a descriptive and deductive Case Study, representing deep research concerning health support to children and pregnant women in the state of Paraíba, bringing together features of qualitative and quantitative methods and based on International Cooperation, Paradiplomacy, and Epistemic Communities in the health sector, with the following units of analysis: health assistance to children and pregnant women in Paraíba; expertise exchange between national and international professionals and the Paediatric Cardiology Network and Heart Caravans creations. The conclusion is that there was health support to the state population and international diffusion of the public policy adopted by the State of Paraíba, through scientific publications, nationally and internationally, as a result of this cooperative architecture.

Keywords: International Cooperation; Health; Paradiplomacy; Epistemic Communities

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de formação da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba	20
Figura 2 - Linha do tempo de importantes eventos, realizados entre 1995 e 2008, no âmbito da Cooperação Sul-Sul (CSS)	38
Figura 3 – Linha do tempo de importantes conferências e Fóruns de Alto Nível, realizados entre 2005 e 2011, no âmbito da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento	39
Figura 4 – Evolução das Caravanas do Coração entre os anos de 2013 e 2018.....	71
Figura 5 – Linha do tempo das principais conferências da ONU realizadas na década de 1990 ...	76
Figura 6 – Linha do tempo das principais conferências da ONU realizadas nas duas primeiras décadas dos anos 2000	77
Figura 7 – Agentes responsáveis pela aderência de municípios às Caravanas do Coração	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Processo de construção da categoria intermediária de análise I.....	24
Quadro 2 – Processo de construção da categoria intermediária de análise II	24
Quadro 3 – Processo de construção da categoria intermediária de análise III	24
Quadro 4 – Processo de construção da categoria intermediária de análise IV	25
Quadro 5 – Processo de construção da categoria intermediária de análise V	25
Quadro 6 – Processo de construção da categoria intermediária de análise VI	26
Quadro 7 – Processo de construção da categoria temática final I	26
Quadro 8 – Processo de construção da categoria temática final II	27
Quadro 9 – Processo de construção da categoria temática final III	27
Quadro 10 – Síntese da construção progressiva das categorias temáticas de análise.....	27
Quadro 11 – Setores e níveis de análise de governança da Cooperação Triangular Descentralizada no século XXI	63
Quadro 12 – Produção de publicações referentes à Rede de Cardiologia Pediátrica e às suas Caravanas do Coração, com aderência, de forma simultânea, ao ODS 3 – Saúde e Bem-Estar e ao ODS 9 – Indústria, Inovação e Infraestrutura	82
Quadro 13 – Produção de publicações referentes à Rede de Cardiologia Pediátrica e às suas Caravanas do Coração, com aderência, de forma simultânea, ao ODS 3 – Saúde e Bem-Estar e ao ODS 10 – Redução das Desigualdades	93
Quadro 14 – Produção de publicações referentes à Rede de Cardiologia Pediátrica e às suas Caravanas do Coração, com aderência, de forma simultânea, ao ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, ao ODS 9 – Indústria, Inovação e Infraestrutura e ao ODS 10 – Redução das Desigualdades	100

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÔNIMOS E SIGLAS

ABC	Associação Brasileira de Cooperação
ABONG	Associação Brasileira de ONGs
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AISA	Assessoria Internacional da Saúde
BBC	Corporação Britânica de Radiodifusão
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CAD	Comitê de Assistência do Desenvolvimento
CADUCEUS	Centro de Estudos da Unidade de Cardiologia Materno-Infantil de Pernambuco
CAN	Comunidade Andina das Nações
CC	Caravanas do Coração
CCS	Cooperação Científica em Saúde
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
CE	Comunidade Epistêmica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CES	Cooperação Estruturante em Saúde
CHD	Cardiopatias Congênitas
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIRCOR	Círculo do Coração
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS	Cooperação Norte-Sul
CNSMCA	Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente de Portugal
CNSMI	Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil de Portugal
CNSMN	Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal de Portugal
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COP15	Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas

COVID-19	Doença Infecciosa Causada pelo Vírus Corona e Descoberta em 2019
CPAM	Complexo de Pediatria Arlinda Marques
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CQCT	Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco
CRCP	Coordenador(a) da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba
CSS	Cooperação Sul-Sul
CSSD	Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento
CTD	Cooperação Triangular Descentralizada
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
CTR	Cooperação Triangular
DHRP	Diretor(a) de Hospital de Referência na Paraíba
DIGISCOPE	Estetoscópio Digital Inteligente para Rastreamentos Cardíacos
DS	Desenvolvimento Sustentável
DSG	Diplomacia da Saúde Global
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAD	Educação a Distância
EC	Estudo de Caso
ECLAMC	Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas
ECO 92	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento
ECOSOC	Conselho Econômico e Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	Fundo das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GPSP	Gestor(a) Pública de Saúde da Paraíba
HAP	Hospitais de Apoio Perinatal de Portugal
HAPD	Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado de Portugal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
JICA	Agência de Cooperação Internacional do Japão

LEGOS	Liderar e Empoderar Grupos para Otimizar Soluções
LGBTQIA	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Outros Grupos de Gênero e Sexualidade
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MINUSTAH	Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti
MPF	Ministério Público Federal
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos sem Fronteiras
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODA	Assistência Oficial para o Desenvolvimento
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OECE	Organização de Cooperação Econômica Europeia
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONGT	Organização Não Governamental Transnacional
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OTCA	Organização do Tratado da Cooperação Amazônica
OXFAM	Comitê da Oxford para o Combate à Fome
PABA	Plano de Ação de Buenos Aires
PD&IS	Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde
PECS	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde
PEB	Política Externa Brasileira
PHEIC	Emergências de Saúde Pública de Preocupação Internacional
PIB	Produto Interno Bruto
PMA	País Menos Avançado
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil de Portugal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POP	Procedimento Operacional Padronizado

PSF	Programa Saúde da Família
RCP	Rede de Cardiologia Pediátrica
RHP	Real Hospital Português
RI	Relações Internacionais
ROCC	Representante da ONG Círculo do Coração
RRH	Redes de Referência Hospitalar de Portugal
RRMI	Redes de Referência Materno-Infantis de Portugal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SI	Sistema Internacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TC 41	Termo de Cooperação 41
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TRIPS	Acordo sobre os Direitos de Propriedade Intelectual Relativos ao Comércio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCF	Unidades Coordenadoras Funcionais de Portugal
UCMF	Unidade de Cardiologia e Medicina Fetal
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNASUL	União das Nações Sul-Americanas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNPSA	Prêmio do Serviço Público das Nações Unidas
UNITAD	Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ZIKV	Vírus Zika
WWF	Fundo Mundial para a Vida Selvagem

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
CAPÍTULO I - ALICERCES DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL	31
1.1 A Evolução da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID).....	31
1.2 A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento em Saúde no Brasil	42
1.3 O Terceiro Setor na CID e a Participação das Organizações Não Governamentais no Brasil	53
1.4 A Paradiplomacia e a Influência de Comunidades Epistêmicas na CID em Saúde na Paraíba: a Criação da Rede de Cardiologia Pediátrica (RCP) e suas Caravanas do Coração (CC)	60
CAPÍTULO II - A COOPERAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICO-INFORMACIONAL DA REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA DA PARAÍBA (RCP) E SUA RELAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS)	75
2.1 Um Panorama sobre a Noção de Sustentabilidade: dos ODM aos ODS	75
2.2 A RCP como Espaço Transnacional de Retroalimentação Científica e Tecnológica no Setor Saúde: Produção Científica Alinhada, Simultaneamente, aos ODS 3 e 9	80
2.3 A RCP a Serviço da Redução das Desigualdades: Produção Científica Alinhada, de Forma Simultânea, aos ODS 3 e 10	91
2.4 A Infraestrutura da Inovação em Saúde da RCP: Produção Científica Alinhada, Transversalmente, aos ODS 3, 9 e 10.....	98
CAPÍTULO III - AVANÇOS E DESAFIOS PARA FORTALECER A ASSISTÊNCIA NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA	110
3.1 A Consolidação e a Continuidade da RCP da Paraíba: a Rede Cuidar	110
3.2 O Exemplo da Rede de Referência Materno-Infantil de Portugal para RCP e a Participação de Profissionais Portugueses na RCP e nas CC.....	118
3.3 O Alcance da Cooperação Internacional nas Atividades da RCP e de suas CC	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas semiestruturadas com membros da RCP.....	155
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	156
APÊNDICE C – Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGA)	161

APÊNDICE D – Transcrição da entrevista realizada com Representante da Organização Não Governamental Círculo do Coração (ROCC).....	163
APÊNDICE E – Transcrição da entrevista realizada com Gestor(a) Público(a) de Saúde da Paraíba (GPSP)	177
APÊNDICE F – Transcrição da entrevista realizada com Coordenador(a) da RCP (CRCP).....	191
APÊNDICE G – Transcrição da entrevista realizada com Diretor(a) de Hospital de Referência da Paraíba (DHRP).....	208
APÊNDICE H – Requerimento de solicitação de acesso a documentos	222
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).....	224
ANEXO B – Inquérito Civil Público nº 1.24.000.000840/2003-36	231
ANEXO C – Ata de Reunião nº 12/2011 do Ministério Público Federal.....	232
ANEXO D – Portaria nº 207/GS publicada no Diário Oficial do Estado da Paraíba	236
ANEXO E – Termo de Autorização Institucional (TAI).....	238
ANEXO F – TAI para uso e coleta de dados em arquivos	239
ANEXO G – Comprovante de consulta ao serviço de controle de processos da Secretaria de Estado da Saúde (SES)	240

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A temática de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) se faz presente de forma mais intensa, desde o início dos anos 2000, nas agendas de política externa de diversas potências de renda média (as chamadas *Middle Powers*), incluindo o Brasil. Mais especificamente na primeira década do século XXI, o tema da saúde passa a ser um vetor importante na Política Externa Brasileira (PEB) e uma das principais pautas de atuação internacional do país, apresentando-se como um mecanismo eficiente de estreitamento de vínculos com outras nações, em especial com aquelas em desenvolvimento (SANTOS; CERQUEIRA, 2015). A PEB para saúde procura atuar por meio de uma diplomacia solidária, mas também com motivações políticas voltadas à inserção ativa do Brasil no cenário internacional como líder regional (aumentando seu poder de barganha e sua consequente capacidade de intervenção em assuntos globais) (RAMANZINI JÚNIOR, 2010).

Nesse âmbito, surge o termo “Diplomacia da Saúde Global” (DSG), compreendendo estratégias e negociações desenvolvidas pelos Estados no âmbito da cooperação internacional (para o gerenciamento do ambiente das políticas globais em saúde) e reforçando o compromisso de uma vasta gama de atores, públicos e privados, em prol do empreendimento comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público (KICKBUSCH *et. al.*, 2007). O termo se refere à resolução dos problemas e às questões existentes no espaço político e técnico da “saúde global”, tornando-se mais relevante com a criação de conselhos ou setores que tratam da saúde em processos de integração regional, a exemplo da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL), do Mercado Comum do Sul (Mercosul), da Comunidade Andina de Nações (CAN), da Organização do Tratado da Cooperação Amazônica (OTCA), da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e dos BRICS (acrônimo que se refere aos países membros fundadores – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul- que juntos formam um grupo político de cooperação) (BUSS, 2018).

Percebe-se, portanto, uma dupla inovação em relação ao paradigma de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento no setor saúde: 1) pretende-se romper com a tradição de transferência passiva de saberes e tecnologias, procurando, assim, capacitar os profissionais do setor e as instituições envolvidas nas redes de atenção à saúde; e 2) objetiva-se a criação ou o fortalecimento das principais instituições fundamentais dos sistemas de saúde dos países beneficiários, com a potencialização e o melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis, que representam as capacidades locais (VENTURA, 2013). Segundo a autora (2013),

a construção e o desenvolvimento destas capacidades locais, no âmbito de políticas públicas, são elementos basilares para que os resultados de parcerias de cooperação sejam longevos. Estas políticas poderão ser estabelecidas com outros atores das Relações Internacionais, além dos parceiros estatais, a exemplo dos mais diversos setores da sociedade civil, da Academia, dos movimentos sociais e, em especial, das Organizações Não Governamentais (ONGs) em todos os níveis (local, regional, nacional, internacional e transnacional).

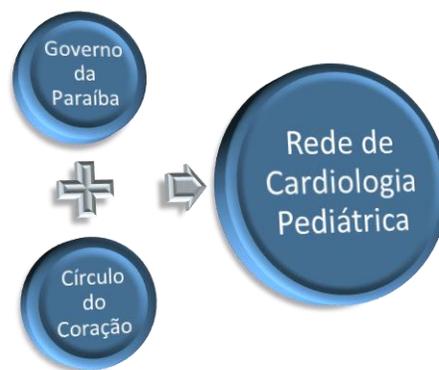
As ONGs são reconhecidas, internacionalmente, como participantes essenciais na luta pela paz e pela justiça social e mundial, com atuação prevista desde a primeira Convenção de Genebra (marco da criação da Cruz Vermelha), em 1863, com reconhecimento social e criação da sua identidade institucional a partir das décadas de 1980 e 1990, como o modelo que se afirmava socialmente contextualizado por discussões e acontecimentos que compuseram seu pano de fundo no final do século XX (VIERA, 2001). A fragilização das fronteiras nacionais, bem como transformações das relações entre Estado e sociedade, fizeram as ONGs integrarem um novo campo associativo, representando papéis em movimentos sociais e em redes relacionadas a modos diversificados de ação social e política, nos mais diversos setores, como os de saúde, educação e assistência social (LANDIM, 2007).

Mesmo com a maioria destas Organizações nacionais sediadas nas regiões Sul e Sudeste do país, inclusive com quatro dentre as cem mais relevantes do mundo (Saúde Criança, Viva Rio, Instituto da Criança e Centro de Inclusão Digital) (CHADE, 2015), a região nordeste, mais especificamente o Estado da Pernambuco, vem desenvolvendo parcerias público-privadas importantes com universidades e instituições (nacionais e internacionais), a exemplo da ONG Círculo do Coração (CirCor). Com parcerias locais e internacionais estabelecidas no âmbito da cooperação técnica e científica em saúde, esta ONG está, também, envolvida no estabelecimento e no desenvolvimento de políticas públicas no setor. Fundado, em julho de 1994, pelos integrantes da Unidade de Cardiologia e Medicina Fetal (UCFM) do Real Hospital Português (RHP), o CirCor mantém um projeto de cooperação internacional com diversos especialistas e pesquisadores de instituições de diversos países, como Estados Unidos, França, Alemanha, Japão, Noruega, Portugal e Reino Unido (ALLEN, 2016).

Nesse âmbito, o convênio firmado, em outubro de 2011, entre o Governo do Estado da Paraíba (representando, aqui, um ente subnacional) e o CirCor (em forma de Comunidade Epistêmica) possibilitou o desenvolvimento de uma parceria, envolvendo Cooperação

Internacional em Saúde (em um contexto de diplomacia paralela ou “paradiplomacia”) no período de 2011 a 2018, e teve como dois principais objetivos: 1) viabilizar o tratamento de crianças carentes, portadoras de doenças cardíacas; e 2) reduzir os indicadores de morbimortalidade das crianças com cardiopatias congênitas na Paraíba, por meio da implantação de uma Rede de Cardiologia Pediátrica na região (ver Figura 1). Esta parceria de assistência integrou 21 maternidades do Estado e o Complexo de Pediatria Arlinda Marques, abrangendo, além da capital João Pessoa, outras unidades hospitalares no interior do Estado, descentralizando, assim, o atendimento (MATTOS *et. al.*, 2015).

Figura 1: Processo de formação da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba



Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

A criação da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba (RCP) possibilitou a operacionalização, em 2013, de um projeto anual, paralelo e complementar, chamado “Caravanas do Coração”, objetivando aprimorar o programa de triagem e facilitar o acesso da população à uma equipe multiprofissional de especialistas, atuando em diferentes áreas (infraestrutura de redes, clínica médica, obstetrícia, ecocardiografia, cardiologia, enfermagem, psicologia, nutrição, arte-educação, ultrassonografia, fisioterapia, fonoaudiologia e odontologia), com visitas às cidades do interior da Paraíba que integram a RCP (HAZIN, 2015). Realizava-se, então, um mutirão de triagens, consultas e exames cardiológicos em crianças e gestantes, além de capacitação para os profissionais de saúde envolvidos, caracterizando, assim, uma transferência ativa de saberes (LEGOS, 2018). Percebe-se, portanto, o respeito aos alicerces de uma Cooperação Estruturante em

Saúde (CES) – conceito desenvolvido pelo Brasil durante a primeira década do século XXI¹ – com o objetivo de promover capacitação dos profissionais e das instituições integrantes da RCP, a partir de uma demanda local específica no setor saúde, com ênfase na apropriação dos resultados pelas instituições locais, e estímulo à consecução de projetos de cooperação que tragam resultados mais longevos (KNOW-LUCAL, 2018).

Neste contexto, desenvolveu-se uma proposta de Estudo de Caso, representando uma pesquisa aprofundada de uma unidade – neste caso, a assistência, no setor saúde, a crianças e gestantes no Estado da Paraíba – com o objetivo geral de elucidar características de um arranjo cooperativo, viabilizado por meio de convênio, envolvendo entes públicos e privados (GERRING, 2004), visando analisar o alcance da assistência, no setor saúde, a crianças e gestantes paraibanas, com transferência de *expertises*, entre atores nacionais e internacionais, fruto do convênio firmado entre o CirCor e o Governo da Paraíba. Este Estudo de Caso aborda, ainda, três objetivos específicos, a saber: 1) associar as principais bases teórico-conceituais, campos de atuação e interesses envolvendo a CID, a Paradiplomacia e as Comunidades Epistêmicas, resultantes do convênio em epígrafe no setor saúde na Paraíba; 2) identificar os tipos de transferência de *expertises*, atendimentos, serviços e profissionais que compõem a RCP da Paraíba e as Caravanas do Coração; e 3) apresentar os resultados para assistência, no setor saúde, a crianças e gestantes paraibanas atendidas na RCP e nas Caravanas do Coração. Há, ainda, na presente pesquisa, características dos métodos quantitativo e qualitativo, com descrição e análise de dados referentes às raízes do problema da assistência à saúde, no Estado da Paraíba, e à consequente implantação da prática resultante do convênio firmado entre o CirCor e o Governo da Paraíba. Adotou-se o método dedutivo – resultando de raciocínio que antepõe um posicionamento teórico prévio à análise do estudo empírico (PORTA; KEATING, 2008), tendo por base a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, a Paradiplomacia e as Comunidades Epistêmicas no setor saúde.

O Estudo de Caso em epígrafe teve como principais unidades de análise: 1) o alcance e a efetivação da assistência, no setor saúde, a crianças e gestantes paraibanas, por meio de cooperação internacional descentralizada; 2) a troca de *expertises*, entre atores nacionais e internacionais, por meio do convênio firmado entre o Círculo do Coração de Pernambuco e o Governo do Estado da

¹ A Cooperação Estruturante em Saúde representa um instrumento de capacitação humana e institucional, dentro de arranjos cooperativos, com atores públicos e/ou privados, que preconiza a cobertura universal, equitativa e integral dos serviços de saúde, com o objetivo de fortalecimento de instituições fundamentais dos sistemas de saúde dos países beneficiários (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Paraíba; e 3) a criação da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba e suas Caravanas do Coração. O cenário da pesquisa foi o Estado da Paraíba, abrangendo, além da capital João Pessoa, as cidades com unidades hospitalares que fazem parte da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba, e que foram visitadas pelas Caravanas do Coração: Campina Grande, Patos, Sousa, Cajazeiras, Guarabira, Monteiro, Esperança, Itaporanga, Picuí, Santa Rita, Catolé do Rocha, Princesa Isabel e Pombal (LEGOS, 2018). O recorte temporal da pesquisa incluiu os anos de 2011 à 2018, por representar o período de duração da parceria entre o CirCor e o Governo do Estado. A título de informação, a Paraíba está localizada no nordeste do Brasil e é uma das 27 Unidades Federativas do país, que se limita: ao norte com o Rio Grande do Norte; ao sul com Pernambuco; ao leste com o Oceano Atlântico; e ao oeste com o Ceará. Sua área territorial abrange 56.469,778 km² dividido em: quatro mesorregiões (Agreste Paraibano, Borborema, Mata Paraibana e Sertão Paraibano); 23 microrregiões; 223 municípios e 12 regiões metropolitanas. Este é o 13º estado mais populoso do país, com população acima de quatro milhões de habitantes, com, aproximadamente, 70% das crianças do Estado sob os cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2018).

O universo da pesquisa incluiu o Governo do Estado da Paraíba, representado pela Secretaria de Estado da Saúde, a Organização Não Governamental Círculo do Coração de Pernambuco e os profissionais envolvidos na criação e na implementação da RCP e das Caravanas do Coração no Estado. Optou-se pela escolha de profissionais envolvidos nas ações resultantes do convênio entre a ONG Círculo do Coração de Pernambuco e o Governo do Estado da Paraíba, entre os anos de 2011 e 2018, para realização de entrevistas. Foram excluídos, portanto, aqueles profissionais cuja atuação se deu fora deste escopo, no setor saúde, no âmbito da criação da RCP e de suas CC. Como instrumento de coleta de dados primários, um roteiro para entrevistas individuais semiestruturadas foi elaborado (APÊNDICE A), procedendo-se, doravante, às entrevistas (cada uma com duração média de 50 minutos), com quatro integrantes da RCP da Paraíba, mantendo-se o sigilo acerca da identidade dos entrevistados - signatários de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e de Termos de Autorização para Gravação de Voz (APÊNDICE C), conforme Parecer Aprovado e Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (ANEXO A). Desta forma, foram entrevistados: um representante da ONG CirCor (identificado por ROCC – Representante da ONG Círculo do Coração); um membro integrante da gestão pública de saúde da Paraíba (identificado por GPSP – Gestor(a) Público(a) de Saúde da Paraíba); um profissional de saúde à frente da coordenação da RCP da Paraíba (identificado por CRCP –

Coordenador(a) da Rede de Cardiologia Pediátrica); e um profissional de saúde à frente da direção de um hospital de referência da RCP (identificado por DHRP – Diretor(a) de Hospital de Referência da Paraíba).

Os dados coletados foram submetidos a procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo, organizados e separados em arquivos, e processados seguindo as três etapas das técnicas de Análise de Conteúdo propostas por Bardin (2016): 1) “pré-análise” – nesta fase, foi feita a organização do material coletado, com a transcrição e a posterior leitura (exaustiva, flutuante e aleatória) do conteúdo das falas dos entrevistados (APÊNDICES D, E, F e G) para, então, proceder à demarcação do que foi analisado; 2) “exploração do material coletado” – fase da descrição analítica (orientada pelas hipóteses e pelos referenciais teóricos da pesquisa), da definição de categorias de análise (sistemas de codificação) e da identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nas transcrições das falas dos entrevistados; e 3) “tratamento dos resultados, inferência e interpretação” – fase que contemplou a condensação e o destaque das informações para uma análise reflexiva e crítica do conteúdo (manifesto ou latente), das significações explícitas ou ocultas, culminando, assim, nas interpretações inferenciais (BARDIN, 2016). Após o processamento e a análise dos dados coletados, os resultados foram confrontados e discutidos com as evidências já produzidas, no âmbito do convênio em epígrafe, focando-se no desmembramento do conteúdo das entrevistas em categorias temáticas de análise (iniciais, intermediárias e finais), inferindo-se, aqui, a subjetividade do pesquisador para conceder a identificação das categorias, com o intuito de responder ao problema e aos objetivos desta pesquisa e confirmar os indicadores que permitem fazer inferências sobre realidades manifestas ou latentes (BARDIN, 2016).

Desta forma, as categorias iniciais são o resultado do processo de codificação das entrevistas transcritas (um total de 18 categorias), constituindo-se de trechos selecionados e repetidos das falas dos entrevistados (palavras, frases e ideias recorrentes) e com o respaldo do referencial teórico balizador (esmiuçado no Capítulo I desta pesquisa), atentando-se para o fato de não existirem regras para nomeação de categorias, ou determinação do seu número, ficando estas questões contingentes à quantidade do *corpus* de dados coletados e à subjetividade do pesquisador (SILVA; FOSSÁ, 2015). Objetivando-se refinar a análise de dados, o agrupamento progressivo das categorias iniciais – seguindo uma similaridade de temas nas falas dos entrevistados – resultou na emergência das categorias intermediárias (um total de seis categorias), acompanhadas do conceito

norteador, que orienta a criação de cada nova categoria e tem alicerces nas bases teórico-conceituais da pesquisa e nas falas dos entrevistados, como demonstram os quadros ilustrativos do processo de formação das categorias de análise a seguir:

Quadro 1: Processo de construção da categoria intermediária de análise I

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
1. Altos Custos na Assistência Sanitária para Cardiopatias Congênitas da Paraíba	Evidenciam uma relação de custo-benefício desvantajosa para o Estado.	I. Processo de Criação da RCP da Paraíba
2. Precariedade da Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado da Paraíba	Denota a necessidade da criação de uma estrutura sanitária voltada para mulheres e crianças.	
3. Processo de Diálogo para Formação da RCP	Salienta escassez de <i>expertise</i> , de estrutura sanitária e de profissionais de saúde qualificados no Estado.	

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Quadro 2: Processo de construção da categoria intermediária de análise II

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
4. Maternidades de Níveis I, II e III	Indicam, respectivamente, os cuidados sanitários de baixa, média e alta complexidades.	II. Funcionamento da Assistência da Rede Cuidar como Política Adotada pelo Estado
5. Centros de Referência em Cirurgia Cardíaca (CPAM, RHP e Hospital Metropolitano)	Focam nos atendimentos de alta complexidade da RCP.	
6. Regionalização Da Assistência Materno-Infantil e as Comissões Intergestores	Evidenciam a descentralização da assistência materno-infantil no Estado.	

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Quadro 3: Processo de construção da categoria intermediária de análise III

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
7. O Exemplo do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil de Portugal para RCP	Ilustra a contribuição do programa português para criação e continuidade da RCP da Paraíba.	III. Processo de Reestruturação da RCP
8. Desafios da Rede com o Término do Convênio com o Círculo do Coração	Exaltam o problema de subfinanciamento crônico do SUS e do setor saúde.	
9. A Sustentabilidade da Rede e o Futuro da Participação Internacional	Indicam a importância da aderência da Rede aos ODS e às perspectivas de cooperação internacional.	

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Quadro 4: Processo de construção da categoria intermediária de análise IV

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
10. Rede de Referência de Portugal	Ilustra a Rede de Portugal como referência primária para criação da RCP da Paraíba.	IV. O Alcance da Influência de Profissionais Portugueses na RCP e nas suas CC
11. Parceria com os Portugueses e a Universidade do Porto	Explora a participação ativa dos profissionais portugueses na RCP e nas CC.	
12. Criação e Utilização do DigiScope	Evidencia a processo conjunto da criação e utilização do DigiScope com a participação de portugueses e brasileiros.	

Fonte; elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Quadro 5: Processo de construção da categoria intermediária de análise V

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
13. Comunicação entre as Equipes de Trabalho com a Metodologia LEGOS	Evidencia a necessidade de sincronizar e nortear as atividades da Rede.	V. Implementação e Continuidade da Trindade: Ensino-Pesquisa-Assistência
14. Reuniões Periódicas para Troca de Experiências e Apresentação de Resultados	Reforçam a unidade da Comunidade Epistêmica formada.	
15. Capacitação dos Profissionais da Rede e o uso da Telemedicina	Indica a preocupação com a qualidade da assistência sanitária prestada pela Rede.	

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Quadro 6: Processo de construção da categoria intermediária de análise VI

Categoria Inicial	Conceito Norteador	Categoria Intermediária
16. Parcerias da RCP com o LIKA por intermédio do Círculo do Coração	Denotam a contribuição de profissionais japoneses na RCP e nas CC	VI. A Participação Internacional na RCP e a Paraíba como Ator de Paradiplomacia
17. Interesse Internacional pela Relação entre ZIKV e Microcefalia nas CC de 2016 e 2017	Indica um baixo nível de participação ativa de estrangeiros nas CC.	
18. Visibilidade Internacional da RCP e seu Impacto na Literatura Internacional	Ressaltam o reconhecimento internacional do trabalho desenvolvido pela RCP e pelas suas CC.	

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

As categorias iniciais e intermediárias, supracitadas, foram o alicerce para o surgimento das categorias temáticas finais (um total de três categorias), cuja construção foi feita a partir da similaridade de temas pertinentes à criação e à evolução da RCP da Paraíba, tomando-se por base o conteúdo das falas dos entrevistados, objetivando respaldar interpretações e, ao mesmo tempo, inferir resultados, representando, portanto, a síntese do aparato de significações identificadas durante a análise do conteúdo das falas dos entrevistados (SILVA; FOSSÁ, 2015). Estas categorias finais de análise aparecem como os elementos fundacionais do Capítulo III desta pesquisa, trazendo, portanto, uma análise reflexiva e crítica do conteúdo das falas dos entrevistados por meio de interpretações inferenciais. Os quadros 7, 8 e 9, a seguir, ilustram o processo de formação destas categorias temáticas finais:

Quadro 7: Processo de construção da categoria final de análise I

Categoria Intermediária	Conceito Norteador	Categoria Final
I. Processo de Criação da RCP da Paraíba	Explora as bases de estabelecimento da RCP na Paraíba.	

II. Funcionamento da Assistência da Rede Cuidar como Política Adotada pelo Estado	Ilustra o processo de transição da RCP para Rede Cuidar.	I. A Consolidação e a Continuidade da RCP da Paraíba: a Rede Cuidar
--	--	--

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Quadro 8: Processo de construção da categoria final de análise II

Categoria Intermediária	Conceito Norteador	Categoria Final
III. Processo de Reestruturação da RCP	Evidencia a evolução das atividades da Rede desde 2012.	II. O Exemplo da Rede de Referência Materno-Infantil de Portugal para RCP e a Participação de Profissionais Portugueses na RCP e nas suas CC
IV. O Alcance da Influência de Profissionais Portugueses na RCP e nas CC	Ressalta o processo de cooperação estruturante em saúde da RCP.	

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Quadro 9: Processo de construção da categoria final de análise III

Categoria Intermediária	Conceito Norteador	Categoria Final
V. Implementação e Continuidade da Trindade: Ensino-Pesquisa-Assistência	Reforça a aderência das atividades da Rede ao ODS 9.	III. O Alcance da Cooperação Internacional nas Atividades da RCP e das suas CC
VI. A Participação Internacional na RCP e a Paraíba como Ator de Paradiplomacia	Indicam o interesse da comunidade internacional pela Rede.	

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Objetivando-se evidenciar, de forma sistemática, o processo de construção progressiva das categorias de análise intermediárias e finais (ressaltando-se que as categorias iniciais foram formadas pelo agrupamento de tópicos recorrentes nas falas dos entrevistados), emergentes da coleta de dados e que se deu por meio da análise de conteúdo das falas dos entrevistados, elaborou-se um quadro para sintetizar esta construção:

Quadro 10: Síntese da construção progressiva das categorias temáticas de análise

Iniciais	Intermediárias	Finais
1. Altos Custos na Assistência Sanitária para Cardiopatias Congênitas na Paraíba	I. Processo de Criação da RCP da Paraíba	I. A Consolidação e a Continuidade da RCP da Paraíba: a Rede Cuidar
2. Precariedade da Atenção à Saúde Materno-Infantil no Estado da Paraíba		
3. Processo de Diálogo para Formação da RCP		
4. Maternidades de Níveis I, II e III	II. Funcionamento da Assistência da Rede Cuidar como Política Adotada pelo Estado	
5. Centros de Referência em Cirurgia Cardíaca (CPAM, RHP e Hospital Metropolitano)		
6. Regionalização da Assistência Materno-Infantil e as Comissões Intergestores		
7. O Exemplo do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil de Portugal para RCP	III. Processo de Reestruturação da RCP	II. O Exemplo da Rede de Referência Materno-Infantil de Portugal para RCP e a Participação de Profissionais Portugueses na RCP e nas suas CC
8. Desafios da Rede com o Término do Convênio com o Círculo do Coração		
9. A Sustentabilidade da Rede e o Futuro da Participação Internacional		
10. Rede de Referência de Portugal		
11. Parceria com os Portugueses e com a Universidade do Porto	IV. O Alcance da Influência de Profissionais Portugueses na RCP e nas suas CC	
12. Criação e Utilização do DigiScope		
13. Comunicação entre as Equipes de Trabalho com a Metodologia LEGOS	V. Implementação e Continuidade da Trindade: Ensino-Pesquisa-Assistência	III. O Alcance da Cooperação Internacional nas Atividades da RCP e das CC
14. Reuniões Periódicas para Troca de Experiências e Apresentação de Resultados		
15. Capacitação de Profissionais da Rede e o Uso da Telemedicina		
16. Parcerias da RCP com o LIKA por intermédio do Círculo do Coração	VI. A Participação Internacional na RCP e a Paraíba como Ator de Paradiplomacia	
17. Interesse Internacional pela relação entre ZIKV e Microcefalia nas CC de 2016 e 2017		

18. Visibilidade Internacional da RCP e seu Impacto na Literatura Internacional		
---	--	--

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

No tocante à análise das publicações feitas, no âmbito da RCP e suas CC, os Quadros 12, 13 e 14 foram elaborados, utilizando-se as bases de dados Scielo, Google Acadêmico, *Google Scholar*, *Web of Science* e JSTOR, levando-se em consideração publicações referentes à Rede de Cardiologia Pediátrica e às suas Caravanas do Coração, compreendendo os anos entre 2012 e 2019. As publicações selecionadas para os Quadros supracitados refletem a difusão, nacional e internacional, de conhecimento científico e estão inseridas em Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com aderência direta aos ODS 3, 9 e 10, a saber: ODS 3) Saúde e Bem-Estar; ODS 9) Indústria, Inovação e Infraestrutura; e ODS 10) Redução das Desigualdades. Esta aderência foi reconhecida pelo Prêmio ODS Brasil 2018, que consagrou a RCP como melhor prática do Brasil, no setor saúde, e terceira melhor prática em nível mundial (LEGOS, 2018). Por esta razão, fez-se uma busca por publicações que tivesse aderência direta aos ODS supracitados, em periódicos de bases indexadas, que contemplassem resultados e discussões, publicadas por autores que contribuíram, direta ou indiretamente, em qualquer uma das fases (elaboração, implementação ou execução) das atividades da RCP e das Caravanas do Coração, com busca avançada nas plataformas supracitadas, usando-se as seguintes palavras-chave, em português: Rede de Cardiologia Pediátrica, Rede de Telemedicina, Caravanas do Coração, Cooperação Internacional, Saúde, Organizações Não Governamentais, Parcerias Público-Privadas, CirCor e Governo da Paraíba. Já para as publicações internacionais, foram utilizadas as seguintes *keywords*: *International Cooperation, Paediatric Cardiology Network, Telemedicine Network, Heart Caravans, Health, Northeast Brazil, Non-Governmental Organizations, Private-public Partnerships, CirCor and Government of Paraíba*. Para refinar os resultados, foram utilizados os seguintes critérios: 1) publicações feitas entre os anos de 2012 e 2019; 2) publicações referentes à Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba e às suas Caravanas do Coração, com aderência aos ODS supracitados; 3) autores que tiveram participação, em uma ou mais fases, das atividades da RCP e/ou das Caravanas do Coração; e 4) estudos que contemplassem resultados e discussões acerca da RCP e/ou suas Caravanas do Coração.

Pretende-se, portanto, com a presente pesquisa, analisar o alcance da cooperação internacional, quanto à assistência no setor saúde a crianças e gestantes paraibanas, com transferência de *expertises*, entre atores nacionais e internacionais, por meio do convênio firmado entre o Círculo do Coração de Pernambuco e o Governo do Estado da Paraíba. Para cumprir com este objetivo geral, a pesquisa foi dividida em três Capítulos, a fim de atingir os seguintes objetivos específicos: 1) associar as principais bases teórico-conceituais, campos de atuação e interesses envolvendo a Cooperação Internacional resultante do convênio entre o CirCor e o Governo da Paraíba; 2) identificar, por meio de publicações científicas, os tipos de transferências de *expertises*, atendimentos, serviços e profissionais que compõem a RCP da Paraíba e as suas CC; e 3) apresentar e analisar o alcance da cooperação internacional e os resultados para a assistência sanitária de crianças e gestantes paraibanas, atendidas pela RCP e pelas suas CC, no Estado da Paraíba.

No Capítulo I, busca-se associar as principais bases teórico-conceituais – Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Paradiplomacia e Comunidades Epistêmicas -, campos de atuação e interesses, envolvendo a Cooperação Internacional resultante da parceria entre o CirCor e o Governo da Paraíba. No Capítulo II, procura-se identificar, por meio de cooperação técnico-científico-transnacional, representada por publicações científicas (nacionais e internacionais), os tipos de transferência de *expertises*, atendimentos, serviços e profissionais que compõem a Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba e as Caravanas do Coração. E, por fim, no Capítulo III, objetiva-se analisar o alcance da cooperação internacional, em ações da RCP, e apresentar os resultados da assistência à saúde para crianças e gestantes paraibanas, atendidas na RCP e nas CC, no âmbito de arranjos cooperativos com atores locais, regionais, nacionais e, sobretudo, internacionais (com base nas falas dos entrevistados e a partir das categorias temáticas finais I, II e III representadas nos Quadros 7, 8 e 9), bem como os desafios que se precisa enfrentar, no Estado, para fortalecer as redes de atenção à saúde. Concluiu-se que houve a efetivação de assistência no setor saúde e a difusão internacional dos resultados da política pública em epígrafe, adotada pelo Estado da Paraíba, por meio de publicações científicas, nacionais e internacionais, resultantes da arquitetura do convênio firmado entre o CirCor e o Governo da Paraíba e envolvendo membros, nacionais e internacionais, da Comunidade Epistêmica formada a partir da RCP e de suas CC, cuja criação foi viabilizada por meio de participação direta do CirCor (incluindo seus parceiros internacionais) e do Governo da Paraíba.

CAPÍTULO I - ALICERCES DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL

A obtenção de uma compreensão, mais aprofundada, das bases da Cooperação Internacional, sobretudo no tocante ao envolvimento da pluralidade de atores envolvidos (públicos, privados, locais, regionais, nacionais, internacionais e transnacionais), perpassa pelos elementos de sua evolução histórica (por meio de fases), pelos seus modos de atuação (tanto na esfera nacional quanto na esfera subnacional) e pelas áreas que esta Cooperação irá abranger, tais como educação, segurança, saúde e assistência social. No setor saúde, especificamente, objeto deste estudo, a temática de Cooperação Internacional se torna cada vez mais intensa, em agendas de política externa, envolvendo entes nacionais e subnacionais, com diferentes níveis de desenvolvimento, estreitando vínculos de diplomacia e levando à adoção de políticas voltadas à inserção destes entes no cenário internacional (VENTURA, 2013). Há, portanto, um aumento da relevância estratégica de temas relacionados à saúde, envolvendo coalizões políticas e promovendo iniciativas de Cooperação Técnica e Científica, responsáveis pela promoção de interesses sanitários coletivos (ALMEIDA, 2013). A saúde é vista, então, como instrumento propulsor de integração entre nações, de valorização e fortalecimento de capacidades humanas e institucionais e de contribuição para o desenvolvimento de conceitos e práticas sanitárias necessárias ao Desenvolvimento Sustentável do planeta.

1.1 A Evolução da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID)

A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) remonta à um mundo pós-1945, com sua institucionalização, por meio da emergência de normas, discursos, práticas, agendas e comportamentos de atores definidos de maneira mais organizada e regular, expressando, naquele momento, um modo de atuação dos Estados nas relações internacionais, mas sem abandonar interesses estratégicos nacionais na condução de suas agendas de cooperação internacional. Segundo Milani (2014), esta institucionalização está associada à Guerra Fria, em um ambiente de rivalidades Leste-Oeste, a partir de 1945, e de descolonização de muitos países do chamado Terceiro Mundo (na África, na Ásia, no Caribe e no Pacífico, no período 1950-1970). Estes países eram dependentes de assistência externa – termo tradicionalmente empregado em países desenvolvidos, substituindo o termo cooperação – para sustentar suas economias e construir suas

instituições nacionais (SOUSA, 2014). Ainda, segundo o autor (2014), os países-membros do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (CAD), órgão pertencente à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), passam a ser reconhecidos como doadores tradicionais, a partir de 1960, e os classificados como do Terceiro Mundo, identificados como recipiendários – termo que se refere a países que recebem ajuda de doadores - receptores ou beneficiários, no âmbito da Cooperação Norte-Sul, que representa, sucintamente, a ajuda de países desenvolvidos do Norte Global aos países em desenvolvimento do Sul Global.

Pode-se afirmar, segundo Milani (2014), que a evolução histórica da CID apresenta três fases distintas quanto à Cooperação Norte-Sul² (CNS). A primeira delas é denominada de “fase de institucionalização” (1945-1970) - ideia de reconstrução da Europa (por meio do plano Marshall, oficialmente chamado de *European Recovery Program*) – e de estabelecimento de organizações internacionais no contexto da Guerra Fria, a exemplo da Organização de Cooperação Econômica Europeia (OECE), e de diferentes agências da Organização das Nações Unidas (ONU), como: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) (RIST, 1996). Neste período, as agendas da CID foram marcadas por uma “arquitetura de ajuda”, que teve como principais focos: 1) ênfase na ajuda alimentar; 2) planejamento na construção e reconstrução de infraestruturas; 3) disseminação de parceiros de desenvolvimento agrícola; e 4) crescimento de movimentos de desenvolvimento comunitário, que, nas décadas de 1970 e 1980, resultaram em projetos de desenvolvimento rural integrado, sob o comando do Banco Mundial (IDA, 2007).

A segunda é denominada de “fase de transição” (1970-1990) – marcada por crises de natureza econômica, energética, ambiental e social (no Norte e no Sul, no Leste e no Oeste, no Centro e na Periferia), que levaram à uma redução da CID e à indagações quanto ao papel dos países receptores - quanto a mudanças necessárias em suas economias nacionais -, e das responsabilidades dos doadores (HANNAH, 1970). Na década de 1980, as desigualdades entre países pobres e ricos se acentuam e a CID passa a defender o uso de “condicionalidades”: para

² O autor (2014) adota o período pós-Segunda Guerra como ponto de partida para elencar as fases da CID, quando ela passa a operar de maneira mais regular e previsível, embora práticas de cooperação internacional datem de antes de 1945, por meio de experiências temporárias, motivadas por interesses políticos, diplomáticos ou humanitários, a exemplo de programas pontuais de ajuda humanitária do governo estadunidense e projetos de assistência técnica e de apoio ao desenvolvimento de colônias de metrópoles europeias. Ver Sato (2003) sobre conflito e cooperação nas relações internacionais, e Luvizotto e Oliveira (2011) sobre a escala evolutiva da Cooperação Internacional.

receber ajuda de países doadores da Assistência Oficial para o Desenvolvimento (ODA), países em desenvolvimento precisam submeter-se a pacotes de austeridade fiscal, financeira e econômica, e implementarem políticas macroeconômicas, segundo preceitos do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial, promovendo a abertura de suas economias nacionais (MEMMI, 2007). Entretanto, segundo o autor (2007), era preciso, primeiramente, promover o fim do colonialismo intelectual, incentivar o desenvolvimento endógeno destes países em desenvolvimento e incluir a participação popular em políticas públicas.

Nesse contexto, países doadores, como os Estados Unidos, passaram a responsabilizar países em desenvolvimento pelas mudanças necessárias em suas economias, exaltando a necessidade de países do Sul assumirem as responsabilidades por sua segurança e progresso e abandonarem a dependência excessiva de um protetor (HANNAH, 1970). Os atores nacionais dos Estados deveriam, portanto, ter estratégias próprias de desenvolvimento social e econômico, e inserir a participação de cidadãos e de Organizações da Sociedade Civil (OSC) nas fases de planejamento, implementação e execução de políticas públicas participativas (FREIRE, 1980). A participação – no sentido de acesso à informação, consulta e decisão conjunta – é construída, a partir dos anos 1970, como um dos princípios organizativos centrais nos processos de formulação de políticas públicas e, nos anos 1980, transforma-se em modelo de gestão pública local, com presença em manuais de agências internacionais de cooperação para o desenvolvimento, a exemplo da OMS (SACHS, 2005).

A terceira fase é chamada de “fase de globalização” (1990 até a atualidade) – caracterizada por fatos como: fim da Guerra Fria, queda do muro de Berlin, derrocada da União Soviética, e expansão do escopo e priorização da CID -; esta última se fez presente em dois dos principais relatórios produzidos pelo então secretário-geral das Nações Unidas, Boutros Boutros-Ghali: Uma Agenda para a Paz (de 1992)³ e Agenda para o Desenvolvimento (de 1994)⁴. A partir do período

³ O relatório “Uma Agenda para a Paz” (*An Agenda for Peace*) estabeleceu uma nova taxonomia para as operações de paz: (i) Diplomacia Preventiva (*Preventive Diplomacy*) – voltada para impedir o surgimento de conflitos; (ii) Promoção da Paz (*Peacemaking*) – voltada a trazer as partes hostis para um acordo por meios pacíficos; (iii) Manutenção da Paz (*Peacekeeping*) – voltada para a preservação da paz e o apoio à implementação de acordos obtidos; (iv) Imposição da Paz (*Peace Enforcement*) – voltada para a restauração da paz internacional, inclusive por meio de medidas coercitivas e militares; e (v) Construção da Paz no período pós-conflito (*Post-Conflict Peacebuilding*) – voltada para apoiar estruturas capazes de promover o fortalecimento da paz (KEMER *et al.*, 2016).

⁴ No relatório “Agenda para o Desenvolvimento” (*Agenda for Development*), o paradigma do desenvolvimento passa a nortear as atividades da ONU, no período pós-Guerra Fria, sendo considerado fator indissociável da paz, bem como direito humano fundamental, fortalecendo-se a ideia de desenvolvimento, materializado em sete dimensões: saúde, economia, alimentação, meio ambiente, pessoal, comunitária e política (KEMER *et al.*, 2016).

1990-2000, ocorre uma reorientação de prioridades da CID, alavancada pela aceleração dos processos de “globalização” – entendendo-se esta como um processo histórico que gera mudanças no alcance das relações internacionais, em direção a padrões transcontinentais de organização humana, de sua atividade e do exercício de seu poder (AL-RODHAN; STOUDEMANN, 2006).

Nesse âmbito, as Nações Unidas passam a reconhecer a natureza multidimensional do desenvolvimento dentro de cinco eixos fundamentais: 1) paz como fundamento; 2) desenvolvimento econômico como base para o progresso; 3) sustentabilidade ambiental; 4) justiça social; e 5) democracia (ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1994). Com base nestes cinco eixos, a CID passa a priorizar os seguintes aspectos em sua agenda: 1) combate à disseminação de pandemias; 2) proteção da biodiversidade e mudanças climáticas; 3) descentralização e desenvolvimento local; 4) parcerias entre os setores público e privado; 5) programas de minoração da pobreza; e 6) difusão das microfinanças (MILANI, 2014). A CID evolui, nesta fase, de uma cooperação interestatal para um sistema de cooperação que envolve uma gama maior de atores, a exemplo de organizações internacionais, ONGs e setor privado; passa-se da lógica de ajuda internacional e assistência à lógica de cooperação e parcerias, muito embora, na prática, não houvesse mudança significativa do modelo econômico vigente e o crescimento econômico continuasse a configurar-se como objetivo primordial de países desenvolvidos (PEREIRA, 2010).

Ainda nos anos 1990, a renda *per capita* (usada para medição de crescimento econômico) deixa de ser indicador exclusivo do “desenvolvimento” – considerando-se este como processo de ampliação de escolhas e capacidades dos indivíduos - com a chegada do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), lançado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), como novo parâmetro, e que integra as dimensões de saúde e educação com a lógica do crescimento (PNUD, 1990). Pode-se afirmar que três aspectos são fundamentais na construção do IDH: 1) expectativa de vida longa com saúde; 2) alfabetização e acesso aos diversos níveis de educação formal; e 3) disponibilidade de recursos econômicos (renda) (FUKUDA-PARR; KUMAR, 2004).

Passando-se da Cooperação CNS à Cooperação Sul-Sul⁵ (CSS), Ayllón (2014) ressalta sua evolução histórica em quatro fases, demonstrando a ascensão econômica e política de atores do Sul

⁵ Segundo Besharati (2013), no âmbito da CNS, a cooperação concebida por países membros da OCDE representaria um compromisso histórico, moral e ainda não cumprido; já no âmbito da CSS, a cooperação concebida por países emergentes estaria baseada em solidariedade, amizade e compartilhamento de experiências entre parceiros.

Global, com referência às sociedades e países que possuem indicadores de desenvolvimento médios e baixos. A Cooperação Sul-Sul (CSS) – conceituada como processo de articulação política e de intercâmbio econômico, científico, tecnológico e cultural, entre países em desenvolvimento (conhecidos até os anos 1990 como nações do Terceiro Mundo e hoje chamados de Sul Global⁶), para fins de promoção do desenvolvimento - passa a ter um maior reconhecimento em eventos internacionais, enfatizando-se, entre estes países, o compartilhamento de tecnologia e conhecimento e a importância de parcerias firmadas com ONGs, empresas, fundações e universidades (SOUZA, 2014). Ainda, segundo o autor (2014), há a necessidade de articulação de diretrizes universais para a CID e de reconhecimento da relevância da equidade social e sustentabilidade para a redução da pobreza.

Nesse contexto, Ayllón (2014) divide a CSS em quatro fases distintas⁷. A primeira delas é denominada de “fase originária do pós-Guerra” (sobretudo a partir dos anos 1960), em um contexto de descolonização e Guerra Fria, com reivindicações por uma nova ordem mundial, com influência da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) e da *United Nations Conference on Trade and Development* (Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento – UNITAD), institucionalizada pela ONU em 1964. O marco fundacional desta primeira fase é a Conferência de Bandung em 1955 (ver Figura 1) – momento em que as relações Sul-Sul são vistas como instrumento de articulação entre países em desenvolvimento (e não apenas como assistência técnica ou recepção passiva de recursos), objetivando-se o ganho de influência em organizações internacionais (a exemplo da ONU) e a redução de assimetrias nos intercâmbios comerciais internacionais, alinhados aos cinco princípios de coexistência pacífica afirmados em Bandung: 1) o respeito mútuo da integridade territorial e da soberania; 2) a não agressão mútua; 3) a não ingerência mútua; 4) a igualdade e o benefício mútuo; e 5) a coexistência pacífica (VALLER, 2007).

A segunda é denominada de “fase auge da CSS”, marcada pela Conferência de Buenos Aires (em 1978), ressaltando-se a necessidade de parcerias que abrangessem não apenas o recebimento passivo de ajuda externa (sem a construção e o fortalecimento de capacidades dos

⁶ Termo usado, também, com referência à países localizados no hemisfério Norte, com indicadores de desenvolvimento médios ou baixos, ocupando uma posição estrutural, de periferia ou semiperiferia, no sistema mundo moderno (GROVOGUI, 2010).

⁷ Importante salientar que, embora a primeira fase apareça aqui como se iniciando após 1945, a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) não constitui algo inusitado, mas que, na segunda metade do século XX, ela passa a ganhar um papel de maior destaque para a promoção do desenvolvimento destes países (ONU, 1978).

países receptores), mas, também, o engajamento de países em desenvolvimento no processo de solução de problemas, garantindo, assim, a igualdade de oportunidades para estes atores (IGLESIAS, 2010). O Plano de Ação de Buenos Aires (PABA), resultante da Conferência de 1978, adotou o conceito de cooperação técnica baseado em horizontalidade⁸, com benefícios mútuos, e maior participação e controle local de recursos (neste caso, com referência à Cooperação Sul-Sul), intercâmbio de informações e parcerias entre países em desenvolvimento em setores como saúde, educação e agricultura (CHATURVEDI, 2012). O Plano estabeleceu, também, um espaço para cooperação, que contemplava não apenas atores públicos, mas também ONGs e setor privado, seguindo dois suportes cooperativos: 1) plena vontade política de países em desenvolvimento para ações de cooperação; e 2) potencial de informação para conectar oferta e demanda de capacidades técnicas, como condição de progresso da CSS (AYLLON, 2014). Houve, também, por meio do PABA, o reconhecimento da natureza multidimensional da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento CTPD, que abarcava modalidades multilaterais, regionais e inter-regionais, com fortalecimento da capacidade de países em desenvolvimento para analisar, identificar e resolver problemas (ONU, 1978).

Importante ressaltar que, mesmo antes do Plano de Ação de Buenos Aires, a ONU já tinha constituído, em 1972, um grupo de trabalho sobre a CTPD – termo que, em 2003, viria a ser substituído pela CSS, mediante a Resolução 58/220 da Assembleia Geral da ONU -, e, em 1974, foi estabelecida a Unidade Especial de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (ligada ao PNUD), com foco em organização, promoção, gerenciamento e coordenação desta cooperação, além do estabelecimento do elo entre PNUD e G-77 - coalizão de nações em desenvolvimento, que visa promover os interesses econômicos coletivos de seus membros e criar uma maior capacidade de negociação conjunta na ONU, contando, atualmente, com 134 países membros (SOARES, 2011).

A terceira fase é chamada de “fase de desmobilização da CSS”, nas décadas de 1980 e 1990, marcada por crises econômicas (com destaque para a crise energética e o choque do petróleo) e imposição, aos países em desenvolvimento, de planos de ajuste estrutural por instituições financeiras multilaterais, a exemplo do FMI (MORAES, 2009). Houve, portanto, uma redução da

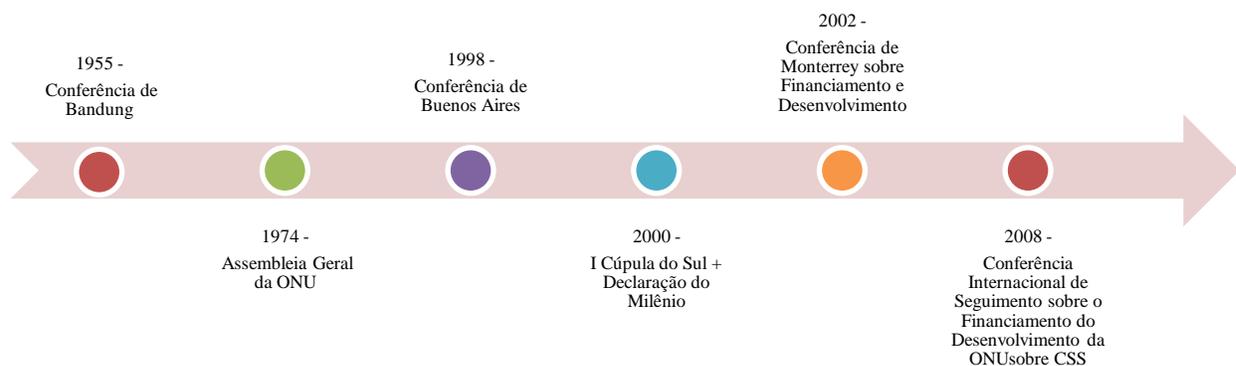
⁸ Embora esta “horizontalidade” também possa ser usada com referência a arranjos cooperativos fora do âmbito Sul-Sul, Chaturvedi (2012) faz uso do conceito para servir ao propósito político de distinguir o fenômeno que ocorre no contexto Sul-Sul daquele verificado no Norte-Sul.

capacidade financeira destes países para impulsionar a cooperação, inclusive impossibilitando países receptores de cooperação, a exemplo do Brasil, de financiamento de ações elementares da CTPD, como pagamento dos gastos de subsistência de especialistas nestes países (ABARCA, 2001). Pode-se afirmar que algumas das principais causas desta desmobilização da CSS, neste período, foram: 1) crise da dívida; 2) diferentes concepções (entre os países do Sul) de desenvolvimento e do papel da cooperação; 3) heterogeneidade nos ritmos de crescimento econômico destes países em desenvolvimento; 4) predomínio de interesses particulares; 5) adoção de diferentes estratégias de desenvolvimento pelos países do Sul; 6) ausência de canais eficazes de comunicação entre estes países; 7) baixa complementação entre as economias do Sul; e 8) ausência de instituições diretoras da CSS (KERN; WEISTAUBB, 2011).

A quarta e última fase ficou conhecida como “fase de ressurgimento da CSS no século XXI”, com a I Cúpula do Sul, em Havana(2000), a Declaração do Milênio (2000), a Conferência de Monterrey sobre Financiamento e Desenvolvimento (2002) e a Conferência de Alto Nível sobre a Cooperação Sul-Sul (2009) (ver Figura 2) – que culminou na elaboração do documento intitulado “Novas Orientações da CTPD” -, além de fóruns e eventos multilaterais que ressaltaram o papel desempenhado por agências da Organização das Nações Unidas (ONU) e o interesse da Organização para o Crescimento e Desenvolvimento Econômica (OCDE) pela CSS (MUSSI, 2007). As Novas Orientações da CTPD definiram a cooperação como um modelo de atividades realizadas por uma vasta gama de atores (governos nacionais, instituições regionais, organismos multilaterais, ONGs, organizações não multilaterais e setor privado), a exemplo do vínculo existente entre o CirCor e instituições de ensino e pesquisa de outros países, como Japão e Portugal, que possibilitou, por meio de convênio firmado com o Governo da Paraíba, em outubro de 2011, a participação de profissionais estrangeiros na RCP do Estado. Nesse âmbito, estas novas orientações elencam as seguintes necessidades: 1) integração operacional de cooperação técnica e econômica; 2) apoio à formulação de políticas nacionais da CTPD; 3) participação de organismos regionais, sub-regionais, centros especializados de pesquisa e profissionalização (a exemplo de universidades) na elaboração e execução de projetos no âmbito da CTPD; 4) emprego de tecnologias da informação para intercâmbio de conhecimento e experiências; e 5) promoção de acordos de cooperação triangular – relação de parceria entre três ou mais países (desenvolvidos e em desenvolvimento) e/ou outros agentes cooperativos, no âmbito da CTPD (AYLLÓN, 2013).

Nesse sentido, a Conferência Mundial sobre Financiamento para o Desenvolvimento, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em março de 2002, ressaltou a necessidade de fortalecer a CSS como instrumento para promoção do desenvolvimento e do intercâmbio de experiências e estratégias exitosas, enfatizando-se a responsabilidade dos países em desenvolvimento para mobilização de recursos domésticos, e a importância dos fluxos de capitais privados e do comércio para o desenvolvimento (MAGALHÃES, 2011). Ainda, segundo a autor (2011), precisa-se harmonizar os procedimentos operacionais entre doadores, receptores e organizações internacionais, bem como reduzir custos de transação, para tornar a CID mais eficaz. Ademais, a Conferência Internacional de Seguimento sobre o Financiamento do Desenvolvimento da ONU, em 2008, culminou na Declaração de Doha, que ressaltou a importância da CSS para a CID, reconhecendo suas particularidades, a existência de experiências e objetivos compartilhados e o papel de países de renda média (incluindo-se o Brasil neste grupo) na CID (SOUZA, 2014).

Figura 2 – Linha do tempo de importantes eventos, realizados entre 1995 e 2008, no âmbito da CSS



Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

A efetividade da CID, em âmbito multilateral, tem sido, entretanto, mais promovida pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) do que pela ONU, em fóruns importantes (ver Figura 3): Paris (2005), Accra (2008) e Busan (2011) (HERBERT, 2012). Ainda, segundo o autor (2012), a partir do Fórum de Alto Nível de Paris (que resultou na Declaração de Paris sobre a Eficácia e a Ajuda ao Desenvolvimento), em 2005, os países emergentes são convidados a participar dos debates sobre normas de monitoramento e avaliação

do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD), estabelecendo princípios, indicadores e metas. Já o Fórum de Alto Nível de Accra, em 2008, trouxe o reconhecimento formal do papel e das particularidades da CSS e dos novos atores da CID, buscando incorporar os países emergentes à agenda de efetividade da CID estabelecida em Paris (BOUTROS-GHALI, 2006).

Ambas as Declarações (Paris, em 2005, e Accra, em 2009) enfatizaram o desenvolvimento de capacidades nacionais e a coordenação de programas e projetos, de doadores bilaterais e multilaterais, com os objetivos das políticas públicas de países beneficiários. Nesse contexto, no final de 2009, foi realizada, em Nairóbi, a Conferência de Alto Nível da ONU sobre a CSS, objetivando analisar os trinta anos transcorridos desde o Plano de Ação de Buenos Aires em 1978. O documento resultante desta reunião (Documento de Nairóbi) alerta para necessidade dos países em desenvolvimento melhorarem seus sistemas de informação e avaliarem a qualidade e o impacto das ações da CSS, para que, dessa forma, tornem-se eficazes a difusão e o compartilhamento de suas experiências e lições aprendidas (SOUZA, 2014).

O próximo Fórum importante, realizado no âmbito da CSS, foi o Fórum de Alto Nível de Busan, em 2011, que conseguiu reunir uma vasta gama de atores (países da OCDE, países emergentes, países de renda baixa – com média trienal do PIB *per capita* de menos de 750 dólares (PNUD, 2016) –, organizações internacionais e representantes do setor privado e da sociedade civil), objetivando encontrar formas de: 1) harmonizar todos os tipos de CID sob normas universalmente acordadas; 2) explorar complementaridades; e 3) estabelecer canais para o intercâmbio de experiências e aprendizado. O Fórum de Alto Nível de Busan culminou na *Busan Partnership for Effective Development Cooperation* (Parceria de Busan para Cooperação para o Desenvolvimento Eficaz) e contou com as assinaturas de países como China, Índia, Brasil, África do Sul e Indonésia, apresentando compromissos que refletiam a crença na distinção dentre a CSS e a ODA e defendendo a autonomia de países emergentes para o desenvolvimento de abordagens distintas para CID; abordagens estas baseadas em suas próprias experiências (MAGALHÃES, 2011).

Figura 3 – Linha do tempo de importantes Conferências e Fóruns de Alto Nível, realizados entre 2005 e 2011, no âmbito da CID



Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Países emergentes como Brasil e Índia têm mostrado interesse em discutir normas e padrões universais da CID, defendendo, porém, que o fórum adequado para fazê-lo seria a ONU, e não a OCDE, por meio do Fórum de Cooperação para o Desenvolvimento – estabelecido em 2005 por países membros da ONU, no âmbito do *Economic and Social Council* (Conselho Econômico e Social – ECOSOC). (CHATURVEDI *et. al.*, 2012). Entretanto, segundo os autores (2012), o Fórum apresenta uma contribuição limitada à natureza técnica, com publicação de relatórios com dados sobre a CSS e suas modalidades, necessitando-se, portanto, de um regime de CID que permita, igualmente, a participação de países da OCDE, países emergentes, países de renda baixa e contribuições do setor privado e da “sociedade civil global” – conceito surgido a partir dos anos 1990 para se referir a um espaço de ação política não estatal, por meio de rearticulações entre o doméstico e o internacional, além das fronteiras dos Estados (BUDINI, 2010).

Hodiernamente, pode-se afirmar que a CID é multifacetada, com categorias e agrupamentos de atores diferentes daqueles do pós-Guerra – países de renda média, países intermediários, economias emergentes, doadores emergentes, sociedade civil global, atores não estatais, terceiro setor, atores privados etc. – sem uma definição clara dos novos atores da CID. Estes novos atores, a exemplo de Organizações Não Governamentais Transnacionais (ONGTs) como: *Care*, *Catholic Relief Services*, *Médicos Sem Fronteiras*, *Oxfam* e *World Vision*, possuem orçamentos anuais que ultrapassam US\$ 500 milhões, o que supera a média da assistência para o desenvolvimento oferecida por países membros da OCDE (BUTHE *et. al.*, 2012). A CID do século XXI está pautada na abordagem de “construção de capacidades” para o desenvolvimento, com a disseminação de experiências nacionais e internacionais por meio de políticas públicas exitosas – processo denominado de Difusão Internacional de Políticas Públicas, em que se adota uma mesma inovação em diferentes ambientes (WEYLAND, 2005).

Importante ressaltar que a CID, nos dias atuais, segue uma tendência mundial de estímulo à consecução de projetos de cooperação que tragam resultados mais duradouros, em uma perspectiva de Cooperação Técnica Estruturante – promovendo a capacitação humana e institucional, e levando a mudanças estruturais na realidade socioeconômica de Países, Estados e Cidades aos quais se destinam (VENTURA, 2013). Nesse contexto, as primeiras décadas do século XXI presenciaram mudanças significativas no tocante à CID. Alguns países deixam de ser recipiendários para se tornar doadores e outros, como o Brasil, deixam de ser apenas recipiendários e passam a ser, ao mesmo tempo, doadores e recipiendários no âmbito da CID. Esta cooperação prestada por países em desenvolvimento ocorre, usualmente, por meio de: 1) cooperação técnica; 2) missões de manutenção de paz; 3) acolhimento de refugiados; 4) fornecimento de bolsas de estudo; 5) facilitação do comércio; e 6) investimento privado (IPEA, 2014).

Outras formas de CID, contudo, também podem-se mostrar como instrumentos de promoção de desenvolvimento, sendo, assim, benéficas para os países parceiros ou receptores, a exemplo de: 1) manutenção de segurança pública; 2) remoção de barreiras tarifárias; 3) criação de ambientes propícios ao investimento privado; 4) promoção do estado de direito; 5) transparência e combate à corrupção; 6) desenvolvimento de infraestrutura; 7) apoio às pequenas e às médias empresas; e 8) flexibilização das leis de propriedade intelectual (DI CIOMMO, 2014).

Há, também, uma crescente participação de atores não estatais em arranjos de cooperação – implicando uma relação de benefícios mútuos com maior participação e controle local de recursos –, a exemplo de Organizações Não Governamentais, fundações e empresas multinacionais, desempenhando um papel de relevância na CID (AYLLON, 2014). Nesse âmbito, para se ter uma ideia da complexidade em definir atores da CID, países que ocupam posições altas em *ranking* de renda *per capita* (valor da renda média por pessoa em um determinado país), como Arábia Saudita, Kuwait e Emirados Árabes, já receberam assistência de países que ocupam as mais baixas posições neste *ranking*, como Afeganistão, Somália, Haiti e Papua Nova Guiné (BESHARATI, 2013). Segundo o autor (2013), há, portanto, uma mudança de paradigma no entendimento e no estudo da CID – e de seus atores - devido a conjunturas políticas e econômicas que estão em permanente mutação. Um exemplo desta mudança foi, exatamente, a iniciativa do governo brasileiro, em 2008, de criar, em Moçambique, a primeira fábrica de medicamentos antirretrovirais, com transferência de tecnologia e sem contrapartida econômica advinda deste arranjo cooperativo, representando o primeiro laboratório 100% público na África (CASSIER; CORRÊA, 2009).

Para Easterly (2014), há, ainda, a necessidade da presença de abordagens que possam privilegiar o papel da proteção dos direitos humanos, políticos e sociais (que resguardam o direito à vida, à liberdade, ao trabalho, ao voto, à educação, à saúde etc.), no combate à pobreza e na promoção do desenvolvimento. Este desenvolvimento precisa deixar de focar apenas na renda para englobar concepções mais holísticas (com um entendimento mais integral) de desenvolvimento, a exemplo do desenvolvimento humano – considerando índices que incorporam indicadores sociais, de bem-estar e de qualidade de vida, de educação e de saúde (FUKUDA-PARR; KUMAR, 2004). Neste contexto de indicadores sociais referentes à saúde, surge o termo “Diplomacia da Saúde Global” (DSG), que compreende estratégias e negociações desenvolvidas pelos Estados, no âmbito da CID, para o gerenciamento do ambiente de políticas globais em saúde, reforçando o compromisso de uma vasta gama de atores, públicos e privados, em prol do empreendimento comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público global – representando um bem cujos benefícios se estendem a todos os países, todas as pessoas e todas as gerações sem que haja qualquer forma de discriminação (KICKBUSCH *et. al.*, 2017).

A prática da DSG, entre diversos Estados (para a defesa da saúde de suas populações e de seus interesses comerciais), passa a ser usada, com mais intensidade, no início dos anos 2000 (BUSS, 2018). O termo se refere à resolução dos problemas e das questões existentes no espaço político e técnico da “saúde global”, trazendo consigo desafios à diplomacia da saúde, cada vez mais complexos e entrelaçados, devido à globalização contemporânea (processo histórico que gera fluxos e conexões entre Estados e fronteiras territoriais nacionais, regiões globais, continentes e civilizações) (STROUDMANN, 2006). Nesse contexto, a governança da saúde global precisa estar ligada, diretamente, à criação, à conformação, à orientação e ao fortalecimento de instituições internacionais e transnacionais, por meio de seus regimes de princípios, normas, regras e procedimentos de tomadas de decisão, com a finalidade de organizar e promover a proteção da saúde em escala global (KRASNER, 2010). Portanto, a política internacional necessita, constantemente, proteger a saúde como direito fundamental e básico para que a CID seja bem sucedida, mundialmente, afastando a ameaça de sobreposição de interesses individuais (de entes nacionais ou subnacionais) aos interesses da saúde como bem público global.

1.2 A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento em Saúde do Brasil

O interesse da comunidade internacional por temas relacionados à saúde é intensificado no início do século XX, quando o movimento de Cooperação Internacional precisou responder à necessidade de controlar surtos e epidemias que atingiam as mais diversas localidades e começavam a ultrapassar fronteiras. Conferências sanitárias internacionais passam, então, a ser realizadas com o objetivo de promover discussões, especialmente sobre as epidemias que devastavam cidades, nascendo daí a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, fruto de conferências sanitárias europeias (CHAVES, 2013). No âmbito do Brasil, o início do século XX foi marcado por surtos de febre amarela, varíola, dentre outras doenças, o que preocupava os dirigentes do país com a relutância da mão de obra imigrante em vir trabalhar no país por medo de contaminação. Havia, portanto, uma preocupação da elite brasileira da época com temas sanitários, basicamente vinculados à uma retração na expansão das fazendas de café e a falta de mão de obra imigrante, estando a massa trabalhadora a mercê das irmãs da Santa Casa de Misericórdia e das benzedadeiras (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015; POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL, 2013).

No início do século XXI, a temática da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) ganha intensidade nas agendas de política externa de diversas potências de renda média (as chamadas *Middle Powers*), incluindo o Brasil (VENTURA, 2013). Mais especificamente na primeira década do século XXI, o tema da saúde passa a ser um vetor importante na Política Externa Brasileira (PEB) e uma das principais pautas de atuação internacional do país, apresentando-se como um mecanismo eficiente de estreitamento de vínculos com outros Estados, em especial com aqueles em desenvolvimento. A PEB para saúde se apresenta, então, com um viés altruísta, adotando o Brasil o princípio da não indiferença e procurando atuar por meio de uma diplomacia solidária, mas também com motivações políticas voltadas à inserção ativa do Brasil no cenário internacional como líder regional (aumentando seu poder de barganha e consequente capacidade de intervenção em assuntos globais) (RAMANZINI JÚNIOR, 2010). O Brasil se posiciona, então, como um ator relevante, negociador capaz, internacionalmente, e portador de projetos inovadores, em especial no tocante à cooperação técnica em saúde, estando esta área entre as três principais quanto à atuação do Brasil em projetos ofertados de cooperação técnica Sul-Sul (IPEA, 2016).

Dentro desta perspectiva, diversos são os atores envolvidos na cooperação em saúde do Brasil com outros países, sendo o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério das Relações Exteriores (MRE) os maiores protagonistas. Entretanto, além deles, há também a presença de universidades,

laboratórios, institutos, hospitais e Organizações Não Governamentais (ONGs), (nacionais, internacionais e transnacionais), no desenvolvimento de parcerias para a implementação e a execução de políticas públicas no setor saúde, sejam elas nacionais, regionais ou locais (BUSS, 2018). No início do século XXI, a saúde também passa a integrar, de forma mais intensa, as estratégias de políticas públicas e cooperação técnica de estados e municípios. Estas estratégias são viabilizadas por meio de mecanismos participativos, a exemplo de Conselhos e Conferências de Saúde, estaduais e municipais, que são compostos por usuários, profissionais de saúde e gestores, responsáveis por aprovar programas sanitários, fiscalizar sua execução e seu orçamento, bem como realizar conferências e fóruns periódicos de saúde nos âmbitos local, regional, nacional e internacional (FERREIRA NETO; ARAÚJO, 2014).

Em matéria de cooperação técnica e ativismo em fóruns multilaterais, e como parte da PEB e do resultado de articulação e aproximação inéditas entre MS e MRE, observou-se um crescimento da importância estratégica dada à saúde dentro dos blocos regionais e das coalizões políticas dos quais o Brasil faz parte, com especial ênfase à União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) e à Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (ALMEIDA, 2013). O Brasil passa, então, a defender o modelo de articulação entre o MRE e o MS no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), liderando esforços para tornar a saúde uma pedra angular da política externa oficial de todos os países (VENTURA, 2013). Ainda, segundo a autora (2013), o resultado destes esforços foi a assinatura da Declaração Ministerial de Oslo, em 2007, tendo como signatários os Ministros das Relações Exteriores de Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia. O objetivo da Declaração é a inserção da saúde global nas políticas externas dos países membros e o reconhecimento do papel fundamental da saúde nas relações internacionais.

Aliadas à experiência internacional positiva do Brasil, na área da saúde, desde os anos 90⁹, as novas diretrizes da PEB, na primeira década do século XXI, buscam priorizar o Sul como principal parceiro, alavancando a promoção de iniciativas de diplomacia e Cooperação Técnica Estruturante em Saúde (SOUZA, 2014). Passam estas, portanto, a ser incorporadas à estratégia de política externa, pautada na “autonomia pela diversificação”: adesão do país aos princípios e às normas internacionais por meio de alianças Sul-Sul, inclusive regionais, e de acordos com parceiros

⁹ Fato que se deve, especialmente, a posição brasileira sobre a governança global da saúde no tocante ao seu modelo de resposta à epidemia HIV/AIDS (sendo o primeiro país a oferecer tratamento gratuito a pessoas infectadas a partir de 1996), em particular à propriedade intelectual, à distribuição gratuita de medicamentos e à política de incentivo à produção farmacêutica local, pública ou privada (CASSIER; CORRÊA, 2009).

não tradicionais (China, Ásia-Pacífico, África, Europa Oriental, Oriente Médio etc.), tendo o multilateralismo como um dos seus pilares (VIGEVANI; CEPALUNI, 2007).

As iniciativas de Cooperação Técnica Estruturante em Saúde buscam promover a capacitação humana e institucional dentro de arranjos cooperativos, sejam estes firmados com entes públicos ou privados. Neste âmbito, a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em seu artigo 4º, reza que o Brasil é regido, em suas relações internacionais, pelo princípio de cooperação entre os povos, para o progresso da humanidade, como também, em seu artigo 196, consagra o acesso universal e gratuito à saúde e a reconhece como direito de todos e dever do Estado. Aliada à este reconhecimento, a solidariedade – representando instrumentos de proteção de interesses coletivos, entre estes, os direitos humanos e o desenvolvimento sustentável (BOURICHE, 2012) – constitui um dos princípios fundamentais da política externa brasileira e representa a *alma mater* do Sistema Único de Saúde (SUS) (AMORIM, 2010). Considerado como o sistema público de saúde de maior alcance no mundo, o SUS se funda nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, preconizando a cobertura universal, equitativa e integral dos serviços de saúde, servindo, assim, de inspiração para o conceito de “Cooperação Estruturante em Saúde” – conceito este desenvolvido pelo Brasil durante a primeira década do século XXI (VENTURA, 2013).

Como instrumento de capacitação humana e institucional, a Cooperação Técnica Estruturante se torna mais relevante com a criação de conselhos ou setores que tratam da saúde em processos de integração regional, a exemplo da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL), do Mercado Comum do Sul (Mercosul), da Comunidade Andina de Nações (CAN), da Organização do Tratado da Cooperação Amazônica (OTCA), da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e dos BRICS (acrônimo que se refere aos países membros fundadores – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul). O Brasil participou, ativamente, da construção de algumas destas organizações regionais e sub-regionais e de seus setores, especialmente no âmbito da cooperação técnica, em diversas áreas do campo da saúde, fazendo parte do escopo maior dos acordos políticos estabelecidos entre os países membros. Importante, também, ressaltar a presença do país na cooperação com o Haiti, liderando a Minustah (Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti) e oferecendo ajuda humanitária e Cooperação Técnica em saúde (BUSS *et. al.*, 2011).

Segundo a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) – estabelecida em 1987 para promover maior agilidade às atividades internacionais do país –, a cooperação técnica em saúde se

configura como instrumento indispensável da PEB e como recurso de *soft power* do Brasil (SANTOS; CERQUEIRA, 2015). Entre os anos de 2000 e 2014, a saúde foi o segmento com o segundo maior percentual de projetos ofertados pelo Brasil, no âmbito da Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento (CSSD), com 16%, perdendo apenas para o setor agrícola, com 19% (ABC, 2016). No que concerne aos investimentos financeiros, os gastos passaram de 2,78 milhões de reais em 2005, para 13,9 milhões em 2009, sendo o volume total da Cooperação Técnica brasileira no setor saúde para o mesmo período equivalente a 9% do total investido (IPEA, 2018).

Ainda na primeira década do século XXI, o Brasil tem um papel central e decisivo, no âmbito da saúde global, em discussões e aprovações da Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco no âmbito da OMS (CQCT/OMS), em 2003, como também na criação da *Unitaid*, em 2006 (ABC, 2016). A CQTC/OMS representa o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS e surge como uma resposta global contra o tabagismo. Adotada pelos 192 Estados-membros da Organização, em maio de 2003, entrou em vigor em 2005 e, desde então, é o tratado que agregou o maior número de adesões na história da Organização das Nações Unidas, tendo o Brasil coordenado o processo de elaboração e implementação da Convenção-Quadro durante os anos de 1999 e 2003 (BUSS, 2018). Ainda, segundo o autor (2018), o país também protagonizou o lançamento da *Unitaid*, em 2006, podendo este ser descrito como uma ação conjunta de países desenvolvidos e em desenvolvimento, reunindo países como França, Chile, Reino Unido e Noruega, bem como fundações privadas, facilitando o acesso de populações pobres a medicamentos. Hodiernamente, seu mandato abrange tratamentos não só contra AIDS, mas também contra tuberculose, malária e hepatite C.

Percebe-se que a grande maioria dos projetos que envolvem o Brasil, no âmbito da Cooperação Técnica Estruturante em Saúde, estão voltados para África, América do Sul e América Central, com sete temas específicos principais: 1) resposta à malária; 2) nutrição; 3) bancos de leite materno; 4) vigilância sanitária; 5) ensino/formação profissional; 6) sistemas de saúde; e, com maior relevância, 7) resposta ao HIV/Aids (SANTOS; CERQUEIRA, 2015). O modelo brasileiro de resposta à epidemia HIV/Aids projetou o Brasil, positivamente, perante a saúde global, em especial por ser o primeiro país em desenvolvimento a oferecer o tratamento gratuito a pessoas infectadas a partir de 1996 (CASSIER; CORRÊA, 2009). Ainda, segundo os autores (2019), a oferta universal de acesso aos antirretrovirais representa um dos mais importantes alicerces da posição brasileira sobre a governança global de saúde, particularmente no que concerne à

propriedade intelectual. Nesse âmbito, Brasil e Índia se posicionam no topo da cadeia entre os países em desenvolvimento quando da adoção da Declaração relativa ao Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relativos ao Comércio (ADPIC) e à Saúde Pública, também conhecido como *TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)*, ou Declaração de Doha, de 14 de novembro de 2001.

A Declaração de Doha sobre o *TRIPS* e a Saúde Pública reconhece que o Acordo *TRIPS* não impede seus membros de adotarem medidas para proteger a saúde coletiva, devendo ser interpretado de forma favorável ao direito dos membros da OMC de promover o acesso a medicamentos a todos (DELBRASOMC, 2017). Segundo a Delegação do Brasil, em 2017, junto à Organização Mundial do Comércio em Genebra, atualmente, o *TRIPS* representa o mais importante instrumento multilateral para a globalização das leis de propriedade intelectual e possuidor de um poderoso mecanismo de execução, em que países podem ser disciplinados, invocando-se o mecanismo de acordos de disputas da Organização Mundial do Comércio (BUSS, 2018).

Nesse âmbito, Melo e Souza (2012) afirmam que a política exterior brasileira referente à Aids (influenciada pelo ideário do movimento pela reforma sanitária) demonstra que o êxito do país se deu em um contexto de oposição por parte de alguns atores relevantes como: OMC, *United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS)*, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Banco Mundial e Fundação Bill Gates. O modelo de resposta do Brasil à epidemia conjuga as políticas de distribuição gratuita de medicamentos e de incentivo à produção farmacêutica local, seja ela pública ou privada (CASSIER; CORRÊA, 2009). Ainda, segundo os autores (2009), uma das mais exitosas iniciativas do governo brasileiro nesse sentido foi a criação de uma fábrica de medicamentos em Moçambique (um dos países mais atingidos pela Aids no mundo), representando o primeiro laboratório 100% público da África.

O desenvolvimento deste projeto, em Moçambique, foi alavancado em 2008, quando passa a ser conduzido pela Fiocruz e com a liderança de seu instituto farmacêutico, FARMANGUINHOS. Em novembro de 2012, o laboratório apresentou os primeiros medicamentos antirretrovirais ao governo moçambicano, com cerca de 40 milhões de reais investidos neste projeto entre 2008 e 2014, além dos custos de transferência de tecnologia relativos a 21 medicamentos (MATOS, 2012). O Brasil liderou este arranjo cooperativo, sem a exigência de uma contrapartida econômica advinda desta cooperação, diferenciando-o, assim, de países desenvolvidos e de outros emergentes, a exemplo da China (FOLLER, 2013). E é devido à sua

resposta à epidemia de HIV/Aids que o Brasil passa a figurar como um definidor de agenda (*agenda settler*) no domínio da saúde global (BLISS *et. al.*, 2012).

Nesse contexto, a ABC afirma que a Cooperação Técnica prestada pelo Brasil a países em desenvolvimento (Sul-Sul) se vale da capacidade instalada de instituições nacionais especializadas, sem necessidade de recorrer à mobilização de vultosos recursos financeiros. Estrutura-se a partir de uma demanda local específica, enfatizando a apropriação dos resultados pelas instituições locais e é desenvolvida sem condicionalidades – ou seja, sem a exigência de contrapartidas (ABC, 2018). As iniciativas de CSSD se tornaram mais relevantes na agenda tradicional da PEB, no início do novo milênio, por estarem acompanhadas de um ambiente externo favorável ao crescimento e à estabilidade econômica (VISENTINE, 2011). Havia, ainda, o alinhamento da PEB com o processo de integração regional, e ênfase na cooperação Sul-Sul com base em ideais democráticos e de justiça social (BRASIL, 2003). Como alguns dos principais elementos dessa cooperação, vale ressaltar a não condicionalidade, uma forte presença de “projetos estruturantes”, a implementação dos projetos como resposta à demanda dos países receptores (*demand-driven*), a transferência de conhecimento e a presença de múltiplos atores. Esta cooperação está voltada ao apoio às autoridades, ao fomento às escolas de formação de profissionais e ao enfrentamento das debilidades dos sistemas nacionais de saúde (VENTURA, 2013).

A atuação propositiva do país em foros internacionais específicos da área, como a Assembleia Mundial de Saúde, e seu ativismo em órgãos multilaterais, a exemplo da UNASUL e da CPLP, consolidam, definitivamente, o Brasil como um importante “*global player*” da diplomacia da saúde global (ALMEIDA *et. al.*, 2010). Criada, em maio de 2008, pelo Tratado de Brasília, a UNASUL representa a vontade brasileira de desenvolver uma integração regional voltada à totalidade da América do Sul e que não tenha como principal foco apenas sua dimensão comercial, objetivando, assim, o acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde (DABENE, 2010). Ela nasce da conscientização dos países integrantes do bloco quanto à necessidade de maior cooperação e aproximação entre eles, buscando corrigir assimetrias na região. Entre os conselhos setoriais da UNASUL, destaca-se o Conselho Sul-Americano de Saúde (UNASUL-Saúde), configurando uma instância permanente formada por Ministros e Ministras de Saúde dos países membros. O Órgão se constitui em um espaço de integração em matéria de saúde, promovendo políticas públicas regionais para problemas comuns e atividades coordenadas entre os países membros (ISAGS/UNASUL, 2018).

Um outro órgão de caráter permanente, porém secundário, é o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS). Criado, em maio de 2009, e instalado, no Rio de Janeiro, em julho de 2011, o ISAGS se torna o porta voz da UNASUL-Saúde e um comandante de iniciativas relevantes para o setor (TEMPORÃO, 2013). Ainda, segundo o autor (2013), seu papel é o de contribuir para melhorar a qualidade do governo em saúde, na América do Sul, por meio da formação de lideranças, gestão de conhecimento e apoio técnico aos sistemas de saúde. O ISAGS representa, portanto, uma inovação institucional que não encontra paralelo em outros processos de integração regional, e nasce do consenso entre os Ministérios da Saúde da região de que os mais graves problemas dos sistemas nacionais de saúde estão ligados à governança, ou seja, à capacidade de ação quanto à implementação de políticas públicas eficazes no setor saúde (PADILHA, 2011). O objetivo central do Instituto é o de se manter como um centro de altos estudos e debates de políticas para o desenvolvimento de líderes e de recursos humanos estratégicos em saúde, fomentando e oferecendo insumos para a governança da saúde nos países da América do Sul e para sua articulação regional na saúde global (CONSELHO SUL-AMERICANO DE SAÚDE, 2011).

As atividades da UNASUL-Saúde são coordenadas por meio de um Plano Quinquenal, cujas metas de cooperação estão organizadas em cinco eixos temáticos: 1) Vigilância e Resposta em Saúde; 2) Desenvolvimento de Sistemas Universais; 3) Acesso Universal a Medicamentos; 4) Promoção da Saúde e Determinantes Sociais; e 5) Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos. Estes eixos representam os princípios e as linhas norteadoras do Conselho Sul-Americano de Saúde (NEVES JÚNIOR, 2014). Segundo o autor (2014), o Conselho foi oficialmente instituído, em 2008, na cidade de Salvador, pelos chefes dos Estados membros, tendo sido um dos primeiros criados pela UNASUL, o que reforça o grau de interesse dos países da região em reunirem esforços no que concerne à saúde regional.

O Conselho de Saúde busca ampliar a aceitação política e social do tema, propondo que a saúde seja vista como um importante propulsor de concertação e integração dos Estados que participam do bloco, valorizando as capacidades regionais em saúde, impulsionando a articulação dos Estados e respeitando a diversidade e a interculturalidade da região (INSTITUTO SUL AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2018). A criação da UNASUL, por si só, já representaria um avanço por ser uma oportunidade de articular estratégias conjuntas que, a longo prazo, ofereçam mais equilíbrio e crescimento à toda região (CERVO, 2008). Ademais, a criação do ISAGS foi proposta e incentivada pelo Brasil, com o intuito de se ter um programa de bolsas da

UNASUL-Saúde, um programa de redes estruturantes e um sistema de informação, sendo o Instituto considerado o resultado de maior êxito do Conselho Sul-Americano de Saúde (BUSS, 2011).

Um outro exemplo paradigmático de atuação do Brasil em órgãos multilaterais é sua presença na CPLP. A Comunidade dos Países de Língua Portuguesa foi criada em 1996 e, atualmente, é composta de nove Estados-membros espalhados por diversos continentes: Brasil, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. Ela carrega consigo interesses e valores compartilhados que ultrapassam as fronteiras geográficas e traz como objetivos centrais em seus estatutos: 1) a concertação político-diplomática; 2) a cooperação em todos os domínios (inclusive em saúde); e 3) a promoção e a difusão da língua portuguesa (BUSS; FERREIRA, 2010). As decisões da Comunidade são tomadas por consenso e o diálogo se dá de forma horizontal e democrática, reconhecendo-se as assimetrias existentes, mas visando o fortalecimento de sua presença em fóruns internacionais. Operam, ainda, a favor desta cooperação, as identidades políticas, ideológicas e culturais semelhantes entre o Brasil e os demais países membros (MRE/CPLP, 2019).

A cooperação em saúde com a CPLP pode ser vista como uma escolha natural do Brasil, já que a maior parte dos profissionais dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop), e todos membros da CPLP, falam apenas o português, além das línguas locais. Entretanto, houve um lapso temporal de 12 anos entre a criação da CPLP e a I Reunião de Ministros de Saúde, que ocorreu em Praia, Cabo Verde (BUSS; FERREIRA, 2010). Até então, a cooperação em saúde no âmbito da CPLP se concentrava no combate ao HIV/Aids, à malária e à tuberculose. Após a I Reunião, ela passa a ser enquadrada no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 (PECS). Já em 2009, acontece a II Reunião dos Ministros de Saúde, quando são estabelecidos os sete eixos estratégicos da cooperação em saúde da CPLP: 1) formação e desenvolvimento da força de trabalho (formação de pessoal) em saúde; 2) comunicação; 3) pesquisa; 4) desenvolvimento de cadeias de produção; 5) vigilância epidemiológica; 6) catástrofes naturais; e 7) promoção da saúde (VENTURA, 2013).

Observa-se que a prioridade é dada ao eixo de formação de pessoal de saúde, com a maioria dos recursos (67% do orçamento total do PECS), o que permite ter uma noção mais ampla da chamada “cooperação estruturante” (ALMEIDA *et. al.*, 2010). Este tipo de cooperação envolve ações internacionais dirigidas ao fortalecimento institucional dos sistemas de saúde de países

parceiros, por meio de intervenções concretas para a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, incentivando o diálogo entre atores e seu protagonismo na promoção de uma agenda para o desenvolvimento do setor (FERREIRA; FONSECA, 2017). Segundo os autores (2017), verificou-se o apoio às autoridades sanitárias nacionais com o intuito de torná-las capazes de gerir seus respectivos sistemas de saúde de um modo eficaz e, ao mesmo tempo, durável, bem como o de oferecer uma formação complementar aos profissionais dessa área.

Neste sentido, há projetos no continente africano que são direcionados para o treinamento de recursos humanos e à construção de capacidades em pesquisa, por meio da criação de instituições estruturantes do sistema de saúde, tais como: Ministérios da Saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos técnicos (medicina, odontologia, enfermagem etc.), escolas politécnicas em saúde, além de institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos, incluindo fábricas de medicamentos. Ademais, uma cooperação dita “estruturante” precisa ser capaz de produzir ou gerar dados úteis ao processo de tomada de decisão política e realizar a promoção da pesquisa e do desenvolvimento, investindo-se, assim, em elementos de potencial mudança estrutural nos países parceiros (FONSECA *et. al.*, 2013).

Segundo a ABC (2019), a cooperação em saúde brasileira não está limitada à CPLP. Há projetos em andamento em Argélia, Benin, Botswana, Burkina-Faso, República do Congo, Gana, Quênia, Senegal e Tanzânia, formando o escopo do que se convencionou chamar de “política africana” brasileira. Esta política reflete uma estratégia concertada, entre o setor público e o empresariado brasileiro, para além da cooperação estruturante em saúde. A expansão do capitalismo do país, inclusive com o apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), é alavancada e promove a internacionalização de empresas brasileiras na África. Segundo Ventura (2013), embora a cooperação com a África apareça sob a égide de uma diplomacia solidária, o Brasil está, também, imerso em lógicas econômicas comuns às potências ditas emergentes, a exemplo da busca de matérias primas estratégicas e de mercado para escoamento de sua produção industrial.

Estima-se que foram realizados mais de três mil projetos de cooperação do Brasil para o exterior até o ano de 2018, por meio de parcerias com outros países e com organismos internacionais, em 108 países da África, da América Latina, da Ásia e da Oceania (BUSS, 2018). No contexto da CPLP, o Brasil conta hoje com cento e oito projetos concluídos na área de

cooperação internacional em saúde no continente africano e mais treze em fase de execução (ABC, 2019). A ABC reforça a ideia de indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento e defende que suas ações precisam estar voltadas para quatro temas centrais: 1) redução da mortalidade infantil e materna; 2) acesso universal aos cuidados integrais de saúde, com ênfase na atenção primária; 3) saúde reprodutiva; e 4) prevenção e combate à grandes endemias como HIV/Aids, tuberculose, malária e doenças emergentes - sem negligenciar a perspectiva de igualdade de gênero (ALMEIDA *et. al.*, 2013).

Em resposta à essa priorização do setor saúde na cooperação internacional brasileira, o MS criou, em 1998, a Assessoria Internacional da Saúde (AISA), cujos principais objetivos são: 1) elaboração de diretrizes; 2) coordenação e implementação da política internacional do Ministério da Saúde; e 3) preparação da posição brasileira sobre temas de saúde em âmbito internacional (BUSS, 2018). A AISA também é responsável por tornar a diplomacia da saúde do país horizontal - com a participação de vários órgãos governamentais, atuando em parceria com o Itamaraty, em suas áreas específicas de conhecimento e atuação (ZARPELON, 2013).

Na seara de atores protagonistas dessa cooperação, em 2005, foi assinado o Termo de Cooperação 41 (TC 41), objetivando estabelecer cooperação e assistência técnica entre MS, Fiocruz e OPAS para o desenvolvimento de ações conjuntas, combinando a capacitação de conhecimentos e recursos por parte do MS e da Fiocruz, e o consequente estabelecimento de um Programa de Saúde Internacional (BUSS, 2018). Ainda, segundo o autor (2018), o Termo foi implementado por instituições brasileiras sob a liderança do MS, com a gestão dos recursos financeiros brasileiros e a cooperação técnica efetivados pela OPAS, contribuindo para o fortalecimento da capacidade do Brasil para cooperar com o desenvolvimento dos sistemas de saúde, especialmente dos países da América do Sul e daqueles de língua portuguesa, no marco da Cooperação Científica em Saúde (CCS). No tocante à dimensão política e técnica do TC 41, houve uma fundamental contribuição, não apenas para o desenvolvimento dos planos e dos projetos governamentais, mas para o próprio desenvolvimento de conceitos e práticas de saúde coletiva, sendo esta a versão brasileira da saúde pública tradicional (SANTANA, 2017).

Há, portanto, uma dupla inovação em relação ao paradigma de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento do Brasil: 1) pretende-se romper com a tradição de transferência passiva de saberes e tecnologias, procurando, desta forma, capacitar profissionais e instituições envolvidos; 2) objetiva-se a criação ou o fortalecimento das principais instituições fundamentais dos sistemas

de saúde dos países beneficiários, com a exploração de capacidades locais (ABC, 2018). Para Ventura (2013), a construção e o desenvolvimento de capacidades locais no âmbito de políticas públicas são elementos basilares para que os resultados das parcerias de cooperação sejam longevos. Estas políticas poderão ser estabelecidas com outros atores das Relações Internacionais, além dos parceiros estatais, a exemplo dos mais diversos setores da sociedade civil, da Academia, dos movimentos sociais e, em especial, das Organizações Não Governamentais em todos os níveis (local, regional, nacional, internacional e transnacional).

1.3 A Participação das Organizações Não Governamentais na CID no Brasil

A relevância de atores não-estatais, nas Relações Internacionais (RI), é um fenômeno, historicamente, recente. Foi a partir da década de 1970 que entraram em cena teorias que buscam compreender o fenômeno econômico e social de atores emergentes do Sistema Internacional (SI) – compreendido como um conjunto constituído de atores, além dos Estados soberanos, que mantêm relações regulares entre si, e cuja interação repercute sobre o ambiente que os abriga (ALFAIA JUNIOR, 2008). Segundo o autor (2008), procura-se entender a natureza de novas variáveis e de novos atores (a exemplo das Organizações Internacionais e das Organizações Não Governamentais), que conformam as relações internacionais, e que servem como base nuclear para o estudo do conceito de Interdependência, que está baseada em três características principais: 1) múltiplos canais de negociação; 2) ausência de hierarquia entre temas da agenda internacional; e 3) menor papel da força militar (KEOHANE; NYE, 2001). Destacam-se como precursores deste conceito: Robert Keohane e Joseph Nye, com *Transnational Relations and World Politics* (1971) e *Power and Independence: World Politics in Transition* (1977); e Stephen Krasner, com *International Regimes* (1983), cujos trabalhos constituem o marco do pensamento liberal-institucionalista.

Pretende-se aqui, entretanto, destacar a Interdependência - assim como a contribuição dos autores supracitados - no tocante ao reconhecimento da pluralidade de atores que surgiram nas Relações Internacionais, e não, necessariamente, associar as ONGs aos interesses do Neoliberalismo Institucional. Estes atores emergem como representantes de uma suposta opinião pública internacional, que pode ser traduzida como “sociedade civil organizada”, e cuja relevância irá depender, singularmente, das unidades de análise escolhidas por cada uma das tradições teóricas

de RI (BUDINI, 2010). O Neoliberalismo traz consigo a relevância das chamadas interações transnacionais - contatos e interações, além das fronteiras estatais, que escapam ao controle das instituições de política externa dos governos -, que passam a ter um papel de destaque envolvendo atores não governamentais, como ONGs e outras organizações (KEOHANE; NYE, 1971). De acordo com os autores (1971), estas interações não excluem atores estatais, mas não envolverão apenas eles. Os efeitos causados, por meio dessas redes de cooperação, podem ser traduzidos pelas mudanças de atitude em relação à política mundial, ao pluralismo internacional, às restrições impostas aos Estados com a presença da dependência e da interdependência, e ao surgimento de atores autônomos, com políticas internas e externas próprias, que podem, eventualmente, não coincidir com as políticas estatais presentes nos Estados onde estas relações são estabelecidas.

As Organizações Não Governamentais representam, portanto, uma alternativa para as lacunas deixadas pelo Estado no tocante ao se encontrar soluções para as demandas sociais existentes nos mais diversos setores da sociedade. Pretende-se auxiliar o sistema estatal em relação a estas demandas, por meio da atuação de instituições não estatais, encontrando legitimidade para sua ação ao representarem anseios da sociedade civil organizada. Nesse sentido, o crescimento de ONGs, em número e importância, parece ser um caminho alternativo, porém, necessário ao Brasil, para que políticas públicas, nos mais diversos setores, incluindo o da saúde, possam ser, também, norteadas por integrantes do chamado Terceiro Setor (CALEGARE; SILVA JUNIOR, 2009).

Entende-se por “Terceiro Setor” um conjunto de organizações e iniciativas privadas, de utilidade pública e com origem na sociedade civil (com uma estrutura básica não governamental e gestão própria) que visa à produção de bens e serviços públicos (TENÓRIO, 2015), estando alguns de seus membros representados por Organizações Não Governamentais, fundações, entidades beneficentes e fundos comunitários. Ainda, segundo o autor (2015), os Estados soberanos (que fazem parte do Primeiro Setor) não mais configuram como os únicos atores da política mundial, e os fenômenos transnacionais sofrem a interferência de novos membros no cenário internacional - e no Segundo Setor (mercado) - com a presença de multinacionais, ONGs, movimentos sociais, redes científicas e de comunicações (que representam novos atores detentores de capacidade analítica e competência técnica para adoção e implementação de políticas públicas), mudando, assim, a dinâmica das Relações Internacionais na atualidade (LUVIZZOTO; OLIVEIRA, 2011).

Ao se projetarem para além das fronteiras do Estado, as ONGs, em especial, contribuem para a constituição de um espaço público transnacional e a globalização da sociedade civil, com o

surgimento de novas estruturas de cooperação. O conjunto de atores envolvidos nestas estruturas é capaz de desencadear transformações vitalizadoras nos planos social, cultural e educacional, bem como em instituições políticas (PEREIRA, 2007). As fronteiras entre o nacional e o transnacional parecem estar-se diluindo devido aos riscos que circundam os Estados, mundialmente, a exemplo de problemas ecológicos e ambientais, questões de saúde pública, organizações criminosas ligadas ao tráfico de drogas, de armas e de pessoas, terrorismo internacional, e, mais recentemente, a questão dos refugiados, aumentando tanto a vulnerabilidade dos Estados quanto a relevância da sociedade civil por meio de suas múltiplas representações (COHEN, 1999).

Para este campo teórico, o brasileiro e ex-presidente Fernando Henrique Cardoso liderou um grupo de doze personalidades mundiais e apresentou, em junho de 2004, na XI Conferência das Nações Unidas para o Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), sugestões sobre como reformar a ONU para que a entidade seja mais aberta à atuação de Organizações Não Governamentais (ONGs) e propôs a criação de um fundo internacional para financiar a participação da sociedade civil de países em desenvolvimento. Para ele, a governabilidade global (capacidade de identificar necessidades e anseios sociais e transformá-los em políticas públicas) ultrapassa os limites do Estado, não sendo mais de domínio único de governos. Para Cardoso, uma maior participação da sociedade civil ajudaria a moldar o multilateralismo (PEREIRA, 2007).

O termo “sociedade civil” é, atualmente, multifacetado, podendo ser usado para designar desde empreendimentos cívicos, associações voluntárias e organizações sem fins lucrativos até redes mundiais, Organizações Não Governamentais, grupos de defesa dos direitos humanos e movimentos sociais transnacionais, formando o que se convencionou chamar de Sociedade Civil Mundial, Global ou Transnacional (BUDINI, 2010). Esta sociedade civil representa, portanto, um componente vivo de uma ordem democrática, cujos fundamentos legais devem ser transformados, permanentemente, com o intuito de incorporar reivindicações sociais mutáveis e dinâmicas. Contudo, mesmo sendo considerada como esfera distinta de mercado (Segundo Setor) e Estado (Primeiro Setor), a sociedade civil não constitui um campo homogêneo de interações (COHEN, 2003).

Há um conjunto múltiplo de demandas provenientes de diferentes atores da sociedade civil – movimentos feminista, negro, ecológico, LGBTQIA etc. – que nem sempre são compatíveis entre si, mas que precisam ser tratadas com igual importância (DAGNINO, 2004). Nesse contexto, as associações da sociedade civil constituem uma força propulsora de transformações no arcabouço

institucional democrático, o qual deve sofrer, permanentemente, aperfeiçoamentos e adaptações, pretendendo-se, assim, atenuar as tensões inevitáveis entre a lei e a ordem, as instituições democráticas e as disposições e reivindicações sociais em mutação (COHEN, 2003). Como organização social, apresenta-se como representante imprescindível da democracia e como fonte principal de solidariedade e integração social, precisando estar assegurada de direitos fundamentais como liberdade, segurança e convivência pacífica, para que seus membros possam-se apresentar vinculados uns aos outros, promovendo o que se convencionou chamar de “espírito cívico” - consciência coletiva de participação conjunta em sociedade (DAGNINO, 2004).

Nesse âmbito, o emaranhado de redes transnacionais e a interdependência estão entre as mais diversas variáveis das relações econômicas, políticas e sociais mundiais multifacetadas, possibilitando o surgimento de novas formas de representação e democratização da ordem mundial (BUDINI, 2010). Segundo a autora (2010), surgem, assim, novos componentes da sociedade civil e suas representações, com a presença de ONGs, em níveis local, regional, nacional, internacional, e transnacional. As causas promovidas por ONGs representam interesses que deveriam ser objeto de atuação de governos (locais, regionais e nacionais), já que suas atividades são de caráter eminentemente público. Estas Organizações representariam, então, a sociedade civil que se organiza em defesa de seus interesses coletivos, participando de arranjos cooperativos regionais, nacionais e transnacionais, no âmbito das relações internacionais, e consideradas como patrimônio desta sociedade (TENÓRIO, 2015).

Dentro desta perspectiva de atores não estatais na Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, as ONGs se destacam por representarem *a priori* os anseios da sociedade civil por melhorias em setores deficitários, como o da saúde, especialmente em países de renda baixa, mas também naqueles de renda média, como é caso o do Brasil. A denominação Organização Não Governamental (ONG) provém do inglês *Non-Governmental Organization* (NGO), originada, em 1945, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), em que foi pela primeira vez utilizada como referência a organizações supranacionais e internacionais (MENESCAL, 1996). Entretanto, a tradição internacional das organizações da sociedade civil remonta à 1863, com a criação da *Red Cross* em Genebra, na Suíça, e com representação fundada no Brasil, em 05 de dezembro de 1908, com a Cruz Vermelha Brasileira (VIEIRA, 2001). Doravante, segundo o autor (2001), as ONGs são reconhecidas, internacionalmente, como participantes essenciais na luta pela paz e pela justiça

social e mundial, com atuação prevista desde a primeira Convenção de Genebra, em 1863, que representou o marco de criação da Cruz Vermelha.

O reconhecimento social da expressão “ONG”, ou seja, a criação de sua identidade institucional, ocorreu a partir das décadas de 1980 e 1990, como o modelo que se afirmava, socialmente, contextualizado por discussões e acontecimentos que compuseram seu pano de fundo, no final do século XX, destacando-se a fragilização das fronteiras nacionais e as transformações das relações entre Estado e sociedade (LANDIM, 2007). A autora (2007) ainda destaca que as ONGs emergem como “novidades institucionais” que integram um novo campo associativo, representando papéis em movimentos sociais e em redes relacionadas a modos diversificados de ação social e política, nos mais diversos setores, como os de saúde, educação e assistência social.

No Brasil, as ONGs se institucionalizaram e implantaram seu campo associativo, delineado a partir da última década do regime militar (nos anos 1980), crescendo em um campo de esquerda pós-1964, cujo terreno de consolidação seria antes o da sociedade civil, do que o Estado, em que a Assembleia Constituinte de 1988 foi um espaço de demonstração da presença, na sociedade, desse campo de entidades, culminando com a fundação, em 1991, da Associação Brasileira de ONGs - ABONG (LANDIM, 2007). No ano seguinte, em 1992, o Brasil sediou a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92, ECO 92 ou Cúpula da Terra), concretizando o conceito de Desenvolvimento Sustentável (DS). Este conceito é composto pelas dimensões econômica, ambiental e empresarial, com o objetivo de preservar o meio ambiente, respeitando-se os anseios dos mais diversos agentes sociais, e que, no âmbito da ECO 92, foram representados, principalmente, por Organizações Não Governamentais, que atuaram com proposições, pressões e *lobby* (TENÓRIO, 2015). Embora as ONGs brasileiras de defesa do meio ambiente não tenham expressivo destaque internacional, o Brasil possui quatro das 100 ONGs mais relevantes do mundo que, no *ranking* global, é liderado pela organização Médicos Sem Fronteiras (CHADE, 2015). O autor (2015) complementa, ainda, que, neste *ranking*, situam-se as ONGs brasileiras nas respectivas posições: “Saúde Criança” na 21^a; “Viva Rio” na 57^a; “Instituto da Criança” na 84^a; e o “Centro de Inclusão Digital” na 94^a.

Nesse contexto, as relações internacionais cooperativas, com base em interesses mútuos, também podem prevalecer, por meio de ligações não governamentais transnacionais, entre sociedades. O século XX presenciou a multiplicação de atores transnacionais, cuja atuação na política mundial parece ser irreversível, e que continua com um crescimento exponencial nas

primeiras décadas do século XXI (BUDINI, 2010). A busca dos Estados por diferentes objetivos e atores não governamentais – locais, regionais, nacionais ou transnacionais -, como ONGs e as mais diversas corporações e organizações internacionais, seria resultado de uma interdependência complexa, em que a preocupação dos Estados estaria mais concentrada na política do bem-estar e menos na política da segurança nacional (KEOHANE & NYE, 1977). Há, portanto, uma crença na possibilidade de progresso, na Cooperação Internacional, nas transformações resultantes da globalização, nas instituições internacionais como instrumentos de auxílio nestas mudanças, na democracia, e também nos valores universais como a solidariedade - que representa as formas de comportamento implícitas, e que são necessárias para que se viva em sociedade de forma harmoniosa e pacífica (BUSS; FERREIRA, 2011).

Percebem-se, todavia, lacunas no tocante à implementação e à execução de políticas públicas eficazes, que são, sobretudo, essenciais ao bem-estar das populações, especialmente nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil (VENTURA, 2013). Dessa forma, a contribuição de Organizações Não Governamentais se mostra necessária por mobilizarem recursos para projetos de desenvolvimento e colaborarem para assistência humanitária em situações de emergência. Elas desempenham, ainda, papel de influência quando se engajam em trabalhos de educação e de assistência social, nos mais diversos setores, sendo perseverantes em exigir dos governos locais e nacionais ações mais conscientes em nível de países, estados e municípios. Suas atuações também podem ser consideradas multilaterais ao fixarem altos padrões de direitos humanos e ambientais, estabelecerem e manterem a paz e procurarem atender às aspirações e às necessidades básicas dos cidadãos (VIEIRA, 2001).

De acordo com a avaliação do Movimento Federalista Mundial, especialmente a partir do início do século XXI, vem ocorrendo um aumento significativo do envolvimento de ONGs nas tomadas de decisão, na elaboração de tratados e de políticas públicas nos planos local, regional, nacional e internacional, bem como um aumento significativo da participação de grupos de cidadãos em arranjos colaborativos com entes governamentais (LANDIM, 2007). No contexto brasileiro, cerca de 80% das consideradas mais relevantes ONGs estão localizadas nas regiões Sul e Sudeste do país, com atuações nas áreas de educação, saúde e assistência social, como associações ou fundações vinculadas a Hospitais e Casas de Saúde (CHADE, 2015). O autor (2015) complementa que as de maior destaque, nas mídias nacional e internacional, dedicam-se a ações de preservação do meio ambiente, envolvendo organizações nacionais e transnacionais.

Uma maior visibilidade e ênfase na atuação destas organizações estão voltadas, principalmente, às mais importantes ONGs transnacionais instaladas aqui no país, a saber: *World Wildlife Fund* (WWF), *Action Aid*, *Save the Children*, *Conservation International*, *Médecins Sans Frontières* (MSF) e *Greenpeace*, além de órgãos multilaterais da ONU, a exemplo do UNICEF (*United Nations Children's Fund*) (CHADE,2015). Embora a maioria das ONGs nacionais também tenha uma maior atuação nas regiões Sul e Sudeste, o número de projetos implementados e organizações instaladas na região Nordeste vem aumentando, mesmo que de forma ainda modesta, a exemplo da ONG *Círculo do Coração* (CirCor) de Pernambuco, que mantém parcerias com governos e instituições internacionais e, em 2011, estabeleceu arranjo cooperativo - por meio de convênio - com o Estado da Paraíba, no setor saúde.

Como resultado de parcerias firmadas com as mais diversas representações da sociedade civil, tais como ONGs, dois projetos desenvolvidos pelo Governo da Paraíba – Rede de Cardiologia Pediátrica (em parceria com o *Círculo do Coração*) e Paraíba Unida pela Paz – foram selecionados para concorrer ao Prêmio do Serviço Público das Nações Unidas 2017 (UNPSA), sendo considerado o maior reconhecimento internacional para excelência na área do serviço público. Por meio dele, a ONU premia realizações criativas e contribuições de instituições de serviço público que levam à uma administração pública mais eficiente, inovadora e sensível em seus países membros. A Rede de Cardiologia Pediátrica ganhou como melhor prática do Brasil e ficou em terceiro lugar, em nível mundial, com aderência direta aos seguintes Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Objetivos estes que serão, detalhadamente, trabalhados no Capítulo II): 1) Saúde e Bem-Estar; 2) Indústria, Inovação e Infraestrutura; e 3) Redução das Desigualdades (LEGOS, 2018). Além deste, o projeto “Caravanas do Coração”, também desenvolvido pelo Governo do Estado, por meio da RCP, e em parceria com o CirCor, ganhou, em 2016, o prêmio de melhor trabalho multidisciplinar, no âmbito do 24º Congresso Brasileiro de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, tendo concorrido com mais de 300 trabalhos inscritos de todo país (CÍRCULO DO CORAÇÃO, 2017a).

Percebe-se, então, um maior interesse da comunidade internacional no movimento de cooperação, a partir do século XX, com sua inserção nas agendas de política externa de diversos países em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil. Mais notadamente no início do século XXI, outros atores, como Organizações Internacionais, ONGs, Universidades, Estados e Municípios também passam a ser incorporados ao movimento de Cooperação Internacional para o

Desenvolvimento, apresentando-se como um mecanismo eficiente de estreitamento de vínculos de cooperação com outros Estados (RAMANZINI JÚNIOR, 2010). Este tipo de movimento possibilita a criação de acordos e parcerias internacionais para resolver problemas em setores específicos, como o da saúde, sem uma intervenção direta do governo central (JUNQUEIRA, 2017). Torna-se possível, portanto, que entes municipais e estaduais – instâncias subnacionais de governo - firmem parcerias com atores privados, governamentais e não governamentais no exterior, conduzindo ao desenvolvimento de arranjos cooperativos descentralizados, em uma perspectiva de diplomacia federativa.

1.4 A Paradiplomacia e a Influência de Comunidades Epistêmicas na CID em Saúde na Paraíba: a Criação da Rede de Cardiologia Pediátrica (RCP) e de suas Caravanas do Coração

O Brasil, historicamente, apresenta um quadro de escassez de investimentos em saúde, desigualdades econômicas e sociais e falta de políticas públicas eficazes para o setor, nos âmbitos nacional e subnacional, deixando a maioria da população à mercê do Sistema Único de Saúde (SUS), com grande envergadura, enorme abrangência e que está sujeito, também, a problemas de implementação e execução de políticas públicas eficazes que se concentram sob a tutela do Estado. A partir da virada deste século, percebe-se a possibilidade de envolvimento cada vez maior de atores subnacionais (tais como governos locais e regionais) na prática de acordos e parcerias internacionais, com o objetivo de sanar demandas em áreas específicas, como a da saúde, sem uma intervenção direta do governo central (BANZATO, 2016). Considerando-se um contexto de readequação contemporânea, em que os Estados estão passando por adaptações devido à inclusão de outros atores no Sistema Internacional (SI) – entendendo-se o SI como um conjunto constituído por unidades políticas, que mantém relações regulares entre si e cuja característica principal é a configuração de relações de poder (ARON, 1986) –, surge o que se convencionou chamar de paradiplomacia (neologismo criado como abreviação de diplomacia paralela), e que também pode ser denominada de “cooperação internacional descentralizada”, “diplomacia municipal” ou “diplomacia federativa” no âmbito das Relações Internacionais (RODRIGUES, 2011; LUVIZOTTO; OLIVEIRA, 2011). A paradiplomacia representaria, então, uma política subnacional de vertente pública, com um gestor ou encarregado público à frente das relações

internacionais de um ator subnacional, podendo, assim, complementar as políticas centrais do Estado (JUNQUEIRA, 2017).

A descentralização dessa cooperação internacional pode representar uma contribuição para diminuir desigualdades regionais, trazendo, assim, benefícios ao Estado Nacional (BANZATO, 2016). Ainda sob a tutela do Estado, estão os temas ligados à segurança, ou paz e guerra, o que se convencionou chamar de *high politics* nas Relações Internacionais; as questões de interesse local como intercâmbio cultural, turismo, economia e saúde (*low politics*) poderiam, em uma perspectiva de paradiplomacia, ser conduzidas por estes entes subnacionais, como estados, municípios, departamentos, conselhos distritais, comunidades autônomas e quaisquer outros entes políticos circunscritos ao crivo político do Estado-soberano (JUNQUEIRA, 2014). Por conseguinte, o Estado não mais tem a capacidade isolada de elaboração, implementação e execução de políticas públicas, já que decisões políticas também sofrem influência de forças internas do Estado, a exemplo de governos estaduais e municipais (MARIANO, 2007).

A expansão do escopo das relações internacionais, abordando temas como comércio, meio-ambiente, saúde, cooperação, desenvolvimento e migração, torna mais estreita e complexa a relação entre política externa e política doméstica, aumentando, assim, o grau de interação entre processos decisórios dentro do âmbito do Estado-nação (LUVIZOTTO; OLIVEIRA, 2011). Ainda, segundo os autores (2011), a *high politics* passa a ter uma maior convivência com a *low politics*, fazendo com que governos subnacionais participem de iniciativas de cooperação que ultrapassam as fronteiras de seus respectivos Estados. As diversas ramificações destes entes subnacionais, por vezes, conseguem chegar onde governos centrais não alcançam, reduzindo, assim, o distanciamento entre a política externa e os anseios da população por meio de práticas de cooperação (SANTANA, 2009).

O resultado desses arranjos cooperativos é uma maior proximidade entre o poder público e a população, no tocante à formulação, à implementação e ao desenvolvimento de políticas públicas, que possam atender às principais demandas da sociedade em áreas como educação, saúde, meio ambiente e assistência social (BONZATTO, 2016). De acordo com o autor (2016), o Estado não mais consegue prover todos os bens públicos e serviços essenciais às populações (a exemplo de educação, saúde, segurança, saneamento e assistência social) e o estatocentrismo perde força à medida em que as relações internacionais habitam, agora, um campo de atuação de composição mista, envolvendo os mais diversos atores, públicos e privados. Este tipo de cooperação carrega

consigo uma forma alternativa e eficaz de fundamental importância para a inserção internacional ativa dos mais variados entes, em especial de estados e municípios, mas, também, com a inserção de entes privados, como ONGs, em arranjos cooperativos, em uma perspectiva de Cooperação Triangular para o Desenvolvimento (HOCKING, 2004).

Embora seja chamada de triangular ou tripartite, este tipo de cooperação pressupõe a atuação de três “ou mais” agentes ou países, que se unem em uma relação de associação ou parceria, com a essência de complementaridade, pautada na combinação de recursos e capacidades dos agentes, sendo pelo menos um deles com menor nível de desenvolvimento (AYLLON, 2013). Segundo o autor (2013), as possibilidades de participação de diversos agentes neste tipo de cooperação vão além das relações intergovernamentais, tendo como desafio a inclusão da sociedade civil em arranjos de associação público-privada. Nesse contexto, pode-se ter a formação de uma Cooperação Triangular Descentralizada (CTD) – articulação de uma entidade subnacional de um país da OCDE com outra instituição similar de um país emergente e um terceiro agente local de um País Menos Avançado (PMA), havendo, ainda, a possibilidade de participação de organismos multilaterais e ONGs (AYLLÓN; ALBARRÁN, 2011). Esta seria apenas uma das possibilidades de formação de um arranjo cooperativo triangular descentralizado. A diversidade de formas e temas abarcados pela CTD torna possível o crescimento e a criação de novas arquiteturas cooperativas com os mais variados agentes (PEREIRA, 2008), a exemplo da parceria estabelecida - por meio de convênio firmado em 2011 - entre o Governo da Paraíba, a ONG Círculo do Coração e seus parceiros internacionais.

Estas interconexões entre a esfera global e local deram origem ao termo “glocalização” – neologismo que representa o encontro de tendências da globalização e da localização, partindo-se da ideia de que a globalização não promove a negação do território, mas se materializa em espaços geográficos concretos, especialmente no âmbito de cidades e estados, com efeitos diretos em suas populações (GOMES FILHO, 2011). Nesse âmbito, Fry (1996) prefere usar o termo “globolocalismo”, para representar esse intervencionismo de autoridades subnacionais em atividades que transcendem fronteiras nacionais e que seria resultado da interação entre os seguintes fatores: 1) proteção e esforço de coletividades locais; 2) necessidade de receitas mais elevadas; 3) assimetrias e desigualdades do sistema nacional; 4) acessibilidade no estabelecimento de ligações internacionais; 5) questões eleitorais; 6) ampliação das esferas de ação de comitês regionais; 7) maior inter-relação entre o local e o global; 8) protecionismo; 9) defesa de princípios

de moralidade internacional; e 10) diferentes interpretações de dispositivos constitucionais (FRY, 1996). Nesse contexto, a difusão de governança, como capacidade de ação para implementação de políticas públicas, abrangeria três setores: 1) Privado; 2) Público; e 3) Terceiro setor, distribuídos em três níveis de análise: 1) Supranacional; 2) Nacional; e 3) Subnacional (NYE, 2002). O quadro a seguir representa a difusão desta governança:

Quadro 11 – Setores e níveis de análise de governança da Cooperação Triangular Descentralizada no século XXI

	Privado	Público	Terceiro Setor
Supranacional	Corporações Transnacionais	Organizações Internacionais	ONGs Internacionais
Nacional	Corporações Nacionais	Governos Centrais	ONGs Nacionais
Subnacional	Empresas Locais	Governos Locais	Grupos Sociais Locais

Fonte: elaboração de Banzatto (2016) e usado com base em dados de pesquisa do autor (2020).

No tocante à atuação de membros do Terceiro Setor, em especial de ONGs, pode-se destacar a relevância dos esforços destas organizações para o alcance dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável – ODS (objeto de estudo do Capítulo II). Por meio das metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, é necessária a implementação de um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade, buscando, assim, fortalecer a paz universal com mais liberdade, por meio do estabelecimento dos 17 ODS e suas 169 metas (PNUD, 2016). A erradicação da pobreza, em todas as suas formas e dimensões, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável, em que o PNUD é o mobilizador para engajamento da Sociedade Civil, da Academia, de ONGs e de outros níveis de governo para implementação dos ODS (PNUD, 2016).

Na região nordeste, mais especificamente no Estado da Pernambuco, a ONG Círculo do Coração, embora não elencada entre as mais relevantes do país, vem-se destacando pela sua atuação com aderência aos ODS. Além de parcerias locais e internacionais, estabelecidas no âmbito da cooperação técnica e científica em saúde, a ONG está envolvida no estabelecimento e no desenvolvimento de políticas públicas no setor. O CirCor de Pernambuco é uma entidade civil, sem fins lucrativos, fundada em julho de 1994 pelos integrantes da Unidade de Cardiologia e Medicina

Fetal (UCMF) do Real Hospital Português (RHP), em Recife/PE. A ONG mantém um projeto de cooperação internacional em saúde com diversos especialistas e pesquisadores de instituições estrangeiras (departamentos, governos e institutos de pesquisa), cujo vínculo se faz presente em países como Alemanha, Bélgica, Estados Unidos, França, Japão, Noruega, Portugal, e Reino Unido (ALLEN, 2016), formando um conjunto de relações e redes transnacionais, entre profissionais com grau reconhecido de especialização e competência, em uma área temática específica (com crença compartilhada na veracidade e na aplicabilidade de formas particulares de conhecimento ou de verdades específicas), que é definido por Haas (1992) como “Comunidade Epistêmica” (CE) (CARAYANNIS *et. al.*, 2011).

Estas redes de profissionais passaram a ser investigadas, com maior intensidade, a partir da ideia de *thought collective* (grupo sociológico com um estilo comum de pensamento) de Fleck (1981) em sua obra *Genesis and Development of a Scientific Fact*, e da adaptação de Foucault (1973;1980) para o conceito grego de *episteme* - paradigma segundo o qual são estruturados, em determinada época, os múltiplos saberes científicos e que, por esta razão, compartilham, a despeito de suas especificidades e diferentes objetos, determinadas formas ou características gerais – em sua obra *The Order of Things*, que ressalta o fato de *epistemes* serem capazes de fornecer pressupostos para moldar e definir políticas em determinado recorte histórico-temporal (CROSS, 2013). Sendo assim, a ideia de CE envolve redes de profissionais que compartilham de: 1) crenças - derivam de suas análises de práticas e contribuem para adoção de determinadas políticas públicas; 2) convicções normativas - fornecem a lógica, baseada em valores, para ação social dos membros da Comunidade; 3) conceito de validade – representa critérios definidos para produzir, aplicar e validar o conhecimento no domínio de sua especialidade; e 4) conjunto de iniciativas – práticas e discursos comuns, associados ao conjunto de problemas para os quais sua competência profissional está direcionada, com a presunção de que o bem-estar humano será melhorado em consequência de suas práticas (HAAS, 1992). Um bom exemplo deste “conjunto de iniciativas” está refletido na ampla gama de publicações científicas produzidas por integrantes da RCP e suas CC (que serão objeto de estudo mais aprofundado no Capítulo II), cujos resultados estão alinhados, diretamente, com os ODS 3, 9 e 10, a saber: Saúde e Bem-Estar; Indústria, Inovação e Infraestrutura; e Redução das Desigualdades. Segundo Hass (1992), estas comunidades são detentoras de *expertise* e competências reconhecidas para fomentar a produção de ciência e influenciar tomadores de decisão

e elaboradores de políticas públicas, por meio de informação e conhecimento, ao tratarem de determinado campo do saber, a exemplo de questões sanitárias.

Nesse âmbito, a saúde representa uma área importante, que tem fornecido alicerces para tomadas de decisão no tocante a políticas públicas no setor, devido à sua natureza técnica e complexa, dentro de uma agenda local, regional, nacional, internacional e transnacional. O aumento da complexidade do sistema político (em termos de atores, extensão de interações e agendas doméstica e internacional) faz com que entes públicos levem em consideração interações com outras áreas para eficácia de políticas públicas adotadas (HAAS, 1992). De acordo com o autor (1992), tomadores de decisão precisam estar cientes de que seu entendimento sobre questões complexas e suas conexões é limitado, precisando-se, muitas vezes, superar uma inércia institucional e procurar ajuda de Comunidades Epistêmicas. Dessa forma, a formulação e a implementação de políticas públicas passam a decorrer de uma miríade de arranjos, entre atores públicos e privados, ajudando, assim, a antecipar conflitos de interesse relacionados à especificidades do setor na construção de alianças (RUGGIE, 1975).

As CEs podem, portanto, configurar como atores nos mais diversos níveis (local, regional, nacional, internacional e transnacional), contribuindo para resultados exitosos de políticas adotadas por um ente público, associadas a responsabilidades de governança, podendo levar governos a recorrer a diferentes canais de aconselhamento para melhor coordenar e gerenciar suas políticas públicas, por meio de órgãos como Ministérios, Agências e Secretarias (COSTA, 2014). Estas responsabilidades estão diretamente ligadas à capacidade que os atores têm de prever consequências e resultados de decisões políticas adotadas, produzir consenso sobre a implementação de políticas públicas e maximizar interesses e valores de membros de CEs, envolvendo atores com os quais estas Comunidades estabelecem parcerias (WU *et al.*, 2012). Com a proliferação de órgãos para coordenar e lidar com múltiplas e novas funções, o *know-how* necessário tem-se estendido à uma gama maior de disciplinas e especialistas, tornando a governança, assim, mais técnica. Estes canais técnicos, representados por CEs, diferenciam-se de outros, como movimentos sociais e grupos de interesses, pelo fato de compartilharem critérios para avaliar o nível de especialização de seus membros, em uma dada área, e poderem influenciar decisões políticas quanto à adoção de políticas públicas (HAAS, 2001).

Os membros de uma CE se tornam, então, uma via necessária de aconselhamento, já que tomadores de decisão solicitam suas informações e, após uma transferência de convicções bem-

sucedida, delegam-lhes responsabilidades dentro da administração pública, consolidando, assim, seu poder burocrático (MACHÓN, *et. al.*; 2019) Um exemplo disto foi, exatamente, o convênio firmado, em outubro de 2011, entre o Governo da Paraíba (ente subnacional) e a ONG Círculo do Coração (Comunidade Epistêmica), quando da implementação da Rede de Cardiologia Pediátrica no Estado, institucionalizando, portanto, sua influência e, conseqüentemente, seus posicionamentos. O CirCor representou a fonte de informações e aconselhamento (iluminando as dimensões do problema, as relações de causa e efeito e as possibilidades de solução) sobre uma demanda que afetava diretamente a população da Paraíba, a saber: escassez de estruturas adequadas de redes de atenção à saúde, na Paraíba, para tratar de cardiopatias congênitas em crianças.

Esta escassez impossibilitou diagnósticos e tratamento de centenas de crianças, levando-as à uma longa espera que ficou conhecida como “fila da morte”, o que levou o Ministério Público Federal (MPF) a instaurar, em agosto de 2011, o Inquérito Civil Público de nº 1.24.000.000840/2003-36 (ANEXO B). Dados de Secretaria de Atenção à Saúde do MS apontavam, em 2010, um déficit de 67,16% de serviços especializados em cardiologia pediátrica no Nordeste, sendo que, no Estado da Paraíba, este déficit era de 78,72% (BRASIL/SAS, 2011). Segundo Ata do MPF (ANEXO C), as crianças eram diagnosticadas ao acaso e acompanhadas sem organização definida em serviços terciários de saúde de outros Estados da federação. Esta crise no setor saúde provocou o que Blau (1986) chama de “elasticidade de demanda por aconselhamento”, em que o MPF forçou o Governo da Paraíba a reavaliar escolhas e a recorrer a Comunidades Epistêmicas, firmando, então, o convênio com o CirCor, que passou a monitorar cerca de 70% dos nascimentos do Estado em maternidades da Paraíba, por meio de Telemedicina, e a triar crianças com cardiopatias congênitas para posterior correção de patologias cirúrgicas (MOSER *et al.*, 2013); estabeleceu-se, doravante, um padrão inusitado de cooperação triangular descentralizada e aprendizagem institucional do Estado no setor.

Este convênio representou o que Carayannis *et al.* (2011) convencionaram chamar de “acesso direto” da Comunidade Epistêmica – no caso em epígrafe, por meio de processo consultivo e contratação do CirCor - na tomada de decisão, e conseqüente corresponsabilidade pela criação e pela implementação da Rede de Cardiologia Pediátrica no Estado. As CEs podem, portanto, convencionar novos padrões de raciocínio para tomadores de decisão, encorajando-os a perseguir novas trilhas para adoção de políticas públicas, especialmente, quando surgem problemas complexos (com difícil identificação de relações de causa e efeito) e com elementos de incerteza

quanto aos resultados que se deseja obter (REEN, 2015). Para que este arranjo cooperativo fosse possível, no âmbito da RCP e suas anuais Caravanas do Coração, foi preciso haver uma integração institucional entre vários órgãos e níveis de atenção à saúde, a exemplo de Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e redes de atenção primária, secundária e terciária, estando esta última rede envolvida com atendimentos de alta complexidade na Paraíba e em Pernambuco.

Desta forma, segundo Hechter (1987), o aconselhamento destas Comunidades dependerá das circunstâncias do problema, de crenças normativas e causais, bem como de reivindicações de conhecimento com base em testes de eficácia (elementos que legitimam suas atividades e conferem influência sobre a adoção de políticas públicas) e será mais consistente quando houver preferências e interesses políticos pré-existentes, advindos de tomadores de decisão de alto escalão, a exemplo do Governador da Paraíba, que, quando da implantação da RCP, procurava sanar o problema de altas taxas de morbimortalidade¹⁰ na população de crianças que apresentavam cardiopatias congênitas no Estado (LEGOS, 2018). A análise política no setor saúde passou, então, a dialogar com profissionais e especialistas da área para implementar a Rede, reconhecendo-a como legítima e necessária para a Paraíba, por meio de fundamentos intelectuais e financeiros, que foram apresentados por membros da Comunidade Epistêmica representada pela ONG Círculo do Coração de Pernambuco. Esta interação social entre membros de Comunidades Epistêmicas, que estabelece o papel de uma determinada profissão, é o que Cross (2013) chama de profissionalização. Segundo a autora (2013), há o reforço da coesão interna da Comunidade, ao contribuir para formular, adotar e difundir ideias (a exemplo das Caravanas do Coração, reunindo profissionais e especialistas de diversos países e de várias instituições diferentes), em que opiniões comuns, normas compartilhadas e identidade profissional são formuladas e modificadas (CROSS, 2015).

A atuação do CirCor na Paraíba – e mesmo antes do convênio firmado com o Governo do Estado, em 2011 –, apresenta essa profissionalização delimitada por seis critérios principais que, segundo Machoñ (2019), estão representados por: 1) convicções normativas e de valores (regras que criam comportamentos aceitáveis ou proibidos usando a razão moral); 2) convicções causais (por meio do estabelecimento da natureza do problema, de relações de causa e efeito e evolução do conhecimento consensual); 3) noções de validade (referentes ao conhecimento produzido e adquirido); 4) seleção de novos membros e seu desenvolvimento profissional (assegurando que o

¹⁰ Conceito da medicina que se refere ao índice de pessoas mortas em decorrência de uma doença específica e dentro de um determinado grupo populacional (LEGOS, 2018).

nível de *expertise* e conhecimentos compartilhados permaneça alto); 5) reuniões – fortalecem procedimentos internos, protocolos e padrões de construção de consenso, reforçando, assim, o “*esprit de corps*” (sentimento - de cooperação, solidariedade, lealdade e orgulho - compartilhado por membros de uma determinada Comunidade); e 6) cultura comum, que compreende cinco elementos: a) objetivos (valores comuns declarados, publicamente, para alcançar progresso científico e acumular verdades científicas); b) simbolismo (conjunto de características comuns assinaladas em materiais oficiais, como espaço físico, equipamento de trabalho e apresentação na internet); c) patrimônio (contribuição socioeconômica, alicerçada em valores democráticos, para as gerações futuras); d) identidade (princípios ideológicos e modelos mentais - baseados em neutralidade, imparcialidade e resistência - usados para determinar o modo de percepção, pensamento e atuação de membros de Comunidades Epistêmicas; e, por fim, e) consenso - formulação e modificação de visões comuns, normas compartilhadas e identidade profissional – viabilizando, dessa forma, a aplicação de conhecimento consensual em políticas públicas (HAAS, 1992; CROSS, 2013).

Os critérios acima elencados moldam a atuação da ONG Círculo do Coração, desde sua fundação, em 1994. Neste mesmo ano, um projeto denominado de “Célula C” foi concebido – projeto integrado de cardiologia materno fetal e infantil, que contempla saúde privada, pública, filantrópica, profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares, bem como pesquisa e formação profissional permanentes em saúde. O projeto, em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), divide-se em três campos de atuação: 1) Unidade de Cardiologia Materno Fetal (UCMF), localizada no Real Hospital Português, em Recife, no Estado de Pernambuco, com uma equipe especializada em diagnósticos de cardiopatias congênitas, e responsável por assistência em cardiologia fetal e neonatal; 2) Círculo do Coração (CirCor), responsável por toda articulação entre profissionais nacionais e internacionais, atuantes em parcerias técnicas e científicas, envolvendo equipes multidisciplinares de saúde (médicos, psicólogos, nutricionistas etc.), pacientes, familiares e complexos hospitalares; e 3) Centro de Estudos CADUCEUS – referência em pesquisa, formação, soluções e tecnologias para prática de saúde, em uma ampla perspectiva, que envolve propriedades intelectuais na forma de patentes, marcas e direitos autorais (CIRCOR, 2019).

Por meio de convênio, envolvendo os três campos de atuação supracitados, o Governo do Estado da Paraíba e o CirCor implementaram no Estado, em 2011, a já citada Rede de Cardiologia

Pediátrica (RCP) da Paraíba, em uma perspectiva de Cooperação Estruturante em Saúde (com a troca de *expertise* entre profissionais envolvidos na Rede e conscientização das equipes locais para darem continuidade ao trabalho (o que, atualmente, é feito na Rede Cuidar), após o término da parceria, que se deu em 2018). A iniciativa de criação e implementação da RCP se deu, principalmente, devido à: 1) escassez e má distribuição de profissionais de saúde especializados na Paraíba; 2) quantidade e qualidade insuficientes de dados sobre crianças, tipo de severidade das cardiopatias apresentadas e acesso a cuidados médicos; e 3) ausência de infraestrutura de rede de assistência para crianças cardiopatas, levando ao que era conhecido como “fila da morte” (crianças nascidas com cardiopatias congênitas esperavam por tratamento, que não era prestado em tempo hábil, resultando em demandas judiciais e gerando, em consequência delas, custos exorbitantes para o SUS). (MATTOS *et. al.*, 2015).

Essa influência política de Comunidades Epistêmicas, em instituições como Secretarias e Governos (a exemplo da Secretaria de Estado de Saúde e o Governo da Paraíba), pavimenta o caminho para construção adequada da realidade social, em determinado setor, criando expectativas mútuas quanto à previsibilidade de intenções (HAAS, 1992). Neste caso, a influência dos profissionais de saúde que compõem a ONG Círculo do Coração foi, centralmente, conquistada pela análise oportuna, pontual e propositiva de um problema, no setor saúde, que carecia de intervenção imediata, identificando estruturas precárias de atenção à saúde no Estado, para, posteriormente, focar em três aspectos centrais: 1) qualificar recursos locais para garantir maior eficiência e resolutividade às demandas do sistema de saúde do Estado, implementando protocolos e soluções existentes e potencializando resultados a médio e longo prazos; 2) implantar uma linha integral de cuidado, a partir da triagem até o tratamento clínico e cirúrgico, e, ainda, o seguimento pós-operatório de crianças cardiopatas; e 3) estabelecer uma articulação de rede, capaz de modificar realidades locais, a partir de capacitação dos profissionais envolvidos e corresponsabilidade dos pacientes (LEGOS, 2018).

A autoridade científica e organizacional do CirCor conseguiu, portanto, superar dúvidas sobre a adequação e a plausibilidade da implantação da RCP, por meio de especialistas que legitimaram seu alinhamento entre argumentos e evidências científicas (MAJONE, 1989). Entre os anos de 2011 e 2018, em consequência da implementação da Rede de Cardiologia Pediátrica na Paraíba, houve um aumento significativo na seleção e no engajamento de novos membros da Comunidade Epistêmica, em todos os níveis (local, regional, nacional e internacional), incluindo

profissionais (nacionais e internacionais) dos mais diversos setores: cirurgia, diagnóstico, secretariado, contabilidade, arte-terapia, psicologia, informática e gestão, além de pacientes, familiares, voluntários e complexos hospitalares (LEGOS, 2018). Ainda, segundo o Banco de Práticas ODS (2018), a prática da RCP mostrou, ao longo dos oito anos de parceria, sinergia com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde do Brasil e pelo artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988¹¹.

Nesse âmbito, segundo o boletim da OMS (2018), os objetivos primordiais se concentraram em melhorar o atendimento médico, produzir e disseminar conhecimento e esclarecer a população sobre a realidade da doença cardíaca, prezando por valores comuns compartilhados, dentro da Comunidade Epistêmica, como excelência, cuidado, afetividade, responsabilidade social e compromisso ético e humano com a vida. Nasceram, então, parcerias com instituições brasileiras e estrangeiras (a exemplo de Portugal, Inglaterra e Bélgica), no âmbito da RCP, com o intuito de, também, colaborar com processos desenvolvidos em outros países como Japão e Estados Unidos (LEGOS, 2018). Para realização dessa CTD em saúde no Estado, especialmente no âmbito das anuais Caravanas do Coração, destaca-se a presença de atores internacionais, tais como: *University College London* (Inglaterra), *Harvard University* (Estados Unidos), *Massachusetts Institute of Technology* (Estados Unidos), Governo Japonês, *Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow* (Reino Unido), Universidade do Porto e Instituto de Telecomunicações (Portugal) e o *Central Control and Communicable Disease Prevention* (CDC) (Estados Unidos) (CÍRCULO DO CORAÇÃO, 2018).

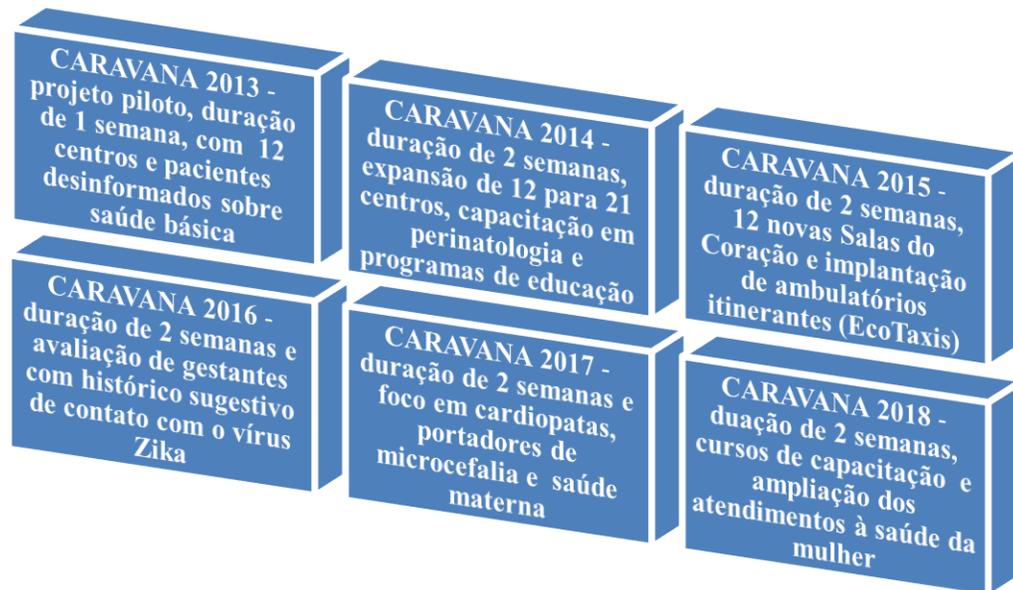
Este convênio firmado entre o Governo do Estado da Paraíba e a ONG Círculo do Coração de Pernambuco envolve, como já citado, atores públicos (governos locais), atores privados (ONGs e instituições de ensino e pesquisa) e atores internacionais (governos e instituições de pesquisa estrangeiros) - no período de 2011 a 2018 – em uma perspectiva de CES, pautada pela abordagem de “construção de capacidades” para o desenvolvimento e seguindo uma tendência mundial de estímulo à consecução de parcerias que tragam resultados mais duradouros. Estas parcerias podem, também, ser desenvolvidas com a participação de atores regionais ou locais (a exemplo de governos estaduais ou municipais), no âmbito da adoção de políticas públicas, nos mais variados setores,

¹¹ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art. 196).

incluindo-se o da saúde. Não é incomum que o estabelecimento de parcerias (no caso em epígrafe, por meio de convênios) com atores estatais seja consolidado com outros da sociedade civil, ou do chamado Terceiro Setor, mais notadamente com as chamadas Organizações Não Governamentais (a exemplo do CirCor), sejam elas locais, regionais, nacionais, internacionais ou transnacionais (TENÓRIO, 2015).

O convênio supracitado integrou 21 maternidades e o Complexo de Pediatria Arlinda Marques, com atendimento abrangendo, além da capital João Pessoa, outras unidades hospitalares, descentralizando o atendimento para as cidades de: Campina Grande, Patos, Sousa, Cajazeiras, Guarabira, Monteiro, Esperança, Itaporanga, Picuí, Santa Rita, Catolé do Rocha, Princesa Isabel e Pombal (MATTOS *et. al.*, 2015). A partir de 2013, a RCP colocou em prática o já referido projeto chamado “Caravanas do Coração”, objetivando aprimorar o programa de triagem e facilitar o acesso da população à equipe de especialistas. As Caravanas aconteceram anualmente, entre os anos de 2013 e 2018, tratando-se de uma visita de uma equipe multiprofissional (composta, majoritariamente, por voluntários) e incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, professores e estudantes universitários (do Brasil e do exterior) às cidades do interior da Paraíba que integram a RCP. Uma constatação desta troca de *expertise*, entre profissionais locais e internacionais, foi a presença do CDC dos Estados Unidos, na Caravana de 2016, com diversos profissionais nas áreas de pediatria, neurologia, oftalmologia e ultrassonografia. Além da equipe estadunidense, o Reino Unido trouxe um infectologista e um jornalista; Portugal, três engenheiros da computação; o Japão, especialistas de doenças infecciosas, patologia e imagem, compondo uma equipe transdisciplinar e transnacional com cerca de vinte professores, profissionais da saúde e pesquisadores, aumentando, portanto, o número de membros da Comunidade Epistêmica envolvida na parceria (CÍRCULO DO CORAÇÃO, 2017b). A figura abaixo mostra a evolução destas Caravanas do Coração ao longo de seis anos de atuação no Estado.

Figura 4: Evolução das Caravanas do Coração entre os anos de 2013 e 2018



Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa

Desenvolveu-se, doravante, um projeto de triagem de saúde materna do Estado, checando a situação clínica das gestantes, além de reavaliar as crianças com Microcefalia, principalmente a partir de 2015, quando a OMS passou a considerar a Microcefalia uma Emergência de Saúde Pública e uma Preocupação Internacional. De acordo com o Banco de Práticas ODS (2018), a Paraíba é, na atualidade, um dos Estados da Federação com melhor documentação sobre casos de cardiopatias congênitas, sendo este fato um grande aliado da Rede em trabalhos relacionados à outras doenças, a exemplo da Microcefalia (o que fez aumentar a quantidade de cooperações internacionais estabelecidas com países como Bélgica, Estados Unidos, Inglaterra, Japão, Noruega e Portugal). Importante salientar, porém, que a ONG Círculo do Coração já vinha desenvolvendo um projeto de cooperação técnica em saúde com universidades e profissionais internacionais, estando países como Portugal e Japão entre os principais parceiros, e, mesmo antes da implantação da RCP e suas Caravanas do Coração, já mantinha arranjos cooperativos consolidados com o CirCor no âmbito de uma Cooperação Técnica e Científica Estruturante em saúde (KROW-LUCAL *et al.*, 2018).

Neste âmbito, em outubro de 2017, durante o encerramento do VI Simpósio da Rede de Cardiologia Pediátrica e Capacitação em Perinatologia da Paraíba, foram apresentados os

resultados dos seis primeiros anos de sua atuação na Paraíba, quando se conseguiu integrar 21 maternidades do Estado (todas conectadas 24 horas por dia e sete dias por semana), por meio de uma rede de Telemedicina, para prestar serviços de cardiologia pediátrica, mesmo nos lugares mais remotos. Houve um total de 196.717 mil pacientes atendidos e a realização de 510 cirurgias, apenas na Paraíba, o que possibilitou, devido ao trabalho da Rede entre 2011 e 2016, registrar uma queda de 19,8% na mortalidade infantil entre crianças cardíacas na Paraíba (LEGOS, 2018). Já quando a análise engloba os sete anos da parceria (de outubro de 2011 à outubro de 2018), o projeto atendeu 210.388 pacientes (sendo 201.287 recém-nascidos), realizou 189.640 oximetrias, 11.403 ecocardiogramas pediátricos, 20.765 consultas médicas, além de registrar, como já supracitado, mais de 500 cirurgias realizadas na Paraíba e o encaminhamento de uma quantidade semelhante para tratamento, especialmente em Pernambuco, via Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) – sistema que controla a regulação de procedimentos da alta complexidade, no âmbito interestadual, com o objetivo de garantir o acesso à população de Estados com oferta de serviços ausentes ou insuficientes –, totalizando mais de 1.000 cirurgias cardíacas, entre outubro de 2011 e maio de 2018.

Houve, também: 1) a capacitação de mais de 5.000 profissionais no processo de triagem cardíaca e em outras áreas; 2) a realização de seis Caravanas do Coração (com a presença de dezenas de profissionais estrangeiros), com busca ativa por crianças cardiopatas nos centros mais distantes; 3) a criação de 15 Salas do Coração¹² (espaços destinados ao atendimento continuado das crianças atendidas pelo convênio); 4) a implantação de uma rede de perinatologia em todo o Estado; e 5) a criação de um sistema itinerante de alocação de equipamentos cardíacos denominado de Eco-Taxi (LEGOS, 2018). Iniciativas como estas devem funcionar como um campo de promoção e investimento, em busca de uma vida saudável e de bem-estar para todos (representando o ODS 3), fomento à pesquisa e à inovação tecnológica (representando o ODS 9) para que, em conjunto, possam contribuir para redução das desigualdades em todo mundo (representando o ODS 10). O caminho para o alcance destes objetivos deve ser permeado pelo desenvolvimento de parcerias semelhantes, nesta ou em outras(os) áreas/setores, por meio de engajamento e

¹² As Salas do Coração, idealizadas para regionalizar a assistência a crianças e gestantes paraibanas (sem haver necessidade de deslocamento para grandes centros), foram instaladas nas cidades de: João Pessoa, Campina Grande, Patos, Sousa, Catolé do Rocha, Pombal, Itaporanga, Princesa Isabel, Monteiro, Sumé, Esperança, Picuí, Guarabira, Itabaiana e Mamanguape (LEGOS, 2018).

sensibilização de entes públicos e da sociedade civil, para que parcerias desta relevância tenham apoio e acesso universais.

CAPÍTULO II – A COOPERAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICO-INFORMACIONAL DA REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (RCP) DA PARAÍBA E SUA RELAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS)

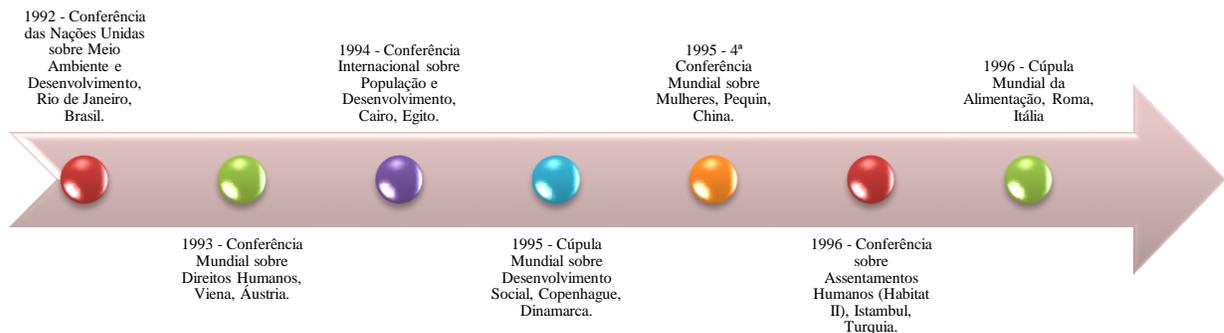
A implementação da RCP e das CC, na Paraíba, trouxe consigo uma mudança de paradigma para o Estado no tocante a práticas sanitárias e à produção científica decorrente delas. Os resultados das ações da RCP atingiram altos níveis de reconhecimento, nacional e internacional, reforçando a importância da descentralização da assistência sanitária e promovendo a ascensão do Estado da Paraíba como ator paradiplomático. As publicações científicas, compiladas nos Quadros 12, 13 e 14 (frutos de elaboração, implementação e execução de ações para garantir o acesso da população da Paraíba à saúde materno-infantil), demonstram a sinergia produzida entre os membros (locais, nacionais e internacionais) desta Comunidade Epistêmica, formada na esteira das CC, e os entes públicos envolvidos na materialização destas ações para fortalecer as redes de atenção à saúde do Estado. Nesse âmbito, percebe-se que a Cooperação Técnico-Científico-Informacional, construída e fortalecida com a criação da RCP, representa a difusão de uma rede de colaboração técnica e científica, estabelecida desde a criação do convênio, em 2011, entre o CirCor e o Governo da Paraíba, envolvendo atores e instituições, dos mais diversos países, como já citado anteriormente. A Secretaria de Estado da Saúde, o Governo da Paraíba e o CirCor passam, então, a dialogar com profissionais e especialistas do setor, promovendo, simultaneamente, ações socialmente inclusivas e ambientalmente sustentáveis.

2.1 Um Panorama sobre a Noção de Sustentabilidade: dos ODM aos ODS

O final do século XX trouxe consigo uma diversidade de temas e agendas em cenários locais, regionais, nacionais, internacionais e transnacionais, demandando um novo olhar de estudiosos e atores de Relações Internacionais sobre esta variedade, para que desafios, como o do Desenvolvimento Sustentável (DS) de Estados soberanos e entes subnacionais (a exemplo do Estado da Paraíba), estivessem no bojo das discussões da comunidade científica, de governos, de empresas e da sociedade civil. Este período coincide com a terceira fase da CID (fase de globalização), em que o paradigma de DS passa a nortear ações da ONU e a ser considerado um alicerce indispensável para direitos fundamentais, a exemplo do acesso à educação e à saúde. Nesse

contexto, Okado e Quinelli (2016) ressaltam que, na década de 1990, uma série de conferências globais sobre população, meio ambiente, gênero, direitos humanos, desenvolvimento social etc. (ver Figura 5), no âmbito da ONU, fez da noção de sustentabilidade uma pauta indispensável em discussões sobre o futuro do planeta, com ampla participação de governos, de instituições nacionais e internacionais, de ONGs, do setor privado e da sociedade civil, com o propósito de promover um futuro global comum, baseado na responsabilidade de salvaguardar a dignidade humana.

Figura 5 – Linha do tempo das principais conferências da ONU realizadas na década de 1990



Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Surgem, então, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), como um projeto ambicioso de governança global solidária, refletindo as preocupações dos Estados em engendrar estratégias de combate à pobreza em suas múltiplas facetas (UNDP, 2015). Os ODM foram apresentados na Cúpula do Milênio (com a presença de chefes de Estado e de Governo de 191 países), no ano 2000, estabelecendo oito objetivos, 21 metas e 60 indicadores oficiais a serem atingidos por todos os Estados até o ano de 2015¹³, representando o 1º documento – Declaração do Milênio – com objetivos mundiais (a exemplo da redução da mortalidade infantil e da melhoria da saúde materna, que estão ligados, diretamente, à criação da RCP da Paraíba) a serem alcançados

¹³ Para consulta de uma avaliação mais detalhada e crítica dos objetivos e das metas dos ODM, ver Carvalho e Barcellos (2014).

em todos os níveis (local, regional, nacional e internacional) e enfrentando desafios sociais, econômicos e ecológicos da busca pela sustentabilidade (ALVES, 2015).

Pós-2015, uma nova série de objetivos e metas para o período de 2015/2030, a saber, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), foi adotada como resolução da conferência Rio + 20, em 2012, e lançados, oficialmente, na 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2015, tratando-se de uma agenda mundial com 17 objetivos, 169 metas e mais de 300 indicadores¹⁴, que vieram na esteira dos ODM, expandindo este movimento, agora atrelado à preocupação de promover, simultânea e universalmente, o desenvolvimento sustentável. Os ODS também foram fruto de conferências mundiais, que permearam as duas primeiras décadas dos anos 2000 (ver Figura 6), coincidindo com a “fase de ressurgimento da CSS” (renovando a importância de relações de parceria entre os mais diversos atores com intercâmbio de conhecimento e experiências) e servindo para renovar e reforçar a relevância política de se ter uma orientação futura – comum e compartilhada por todos, das Nações Unidas aos cidadãos – e conclamando países, instituições, organizações (governamentais e não governamentais), empresas privadas, Academia, mídia e sociedade civil a agir em prol do planeta e das pessoas, com o objetivo de salvaguardar os denominados 5Ps da nova agenda, a saber: 1) pessoas; 2) planeta; 3) parcerias¹⁵; 4) prosperidade; e 5) paz (OKADO; QUINELLI, 2016).

Figura 6: Linha do tempo das principais conferências da ONU realizadas nas duas primeiras décadas dos anos 2000



Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

¹⁴ A lista completa com todos os objetivos e todas as metas dos ODS podem ser encontrados nos documentos: “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” em ONU (2015), e no “Roteiro para a Localização dos ODS” em ONU BRASIL (2016).

¹⁵ Apenas a título de informação, a palavra “parceria”, por ser extremamente abrangente, é usada ao longo do texto, com referência ao convênio firmado em 2011, para uma melhor compreensão da noção da CE criada no âmbito do CirCor e da RCP.

Os ODS preveem ações mundiais em áreas estratégicas¹⁶, podendo-se destacar as seguintes: 1) erradicação da pobreza; 2) segurança alimentar; 3) agricultura; 4) saúde; 5) educação; 6) igualdade de gênero; 7) redução das desigualdades; 8) energia; 9) água e saneamento; 10) padrões sustentáveis de produção e de consumo; 11) mudança do clima; 12) cidades sustentáveis; 13) proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres; 14) crescimento econômico inclusivo; 15) infraestrutura; e 16) industrialização (BRASIL, 2017). Segundo Alves (2015), os temas relacionados aos ODS podem ser divididos em quatro dimensões principais, a saber: 1) social – relacionada às necessidades humanas e, por este motivo, ligadas à saúde, à educação, à melhoria da qualidade de vida e à justiça; 2) ambiental – refere-se à preservação do meio ambiente, por meio de ações que combatam o desmatamento, protejam as florestas e a biodiversidade, combatam a desertificação, defendam o uso sustentável dos oceanos e dos recursos marinhos e clamem pela adoção de medidas efetivas contra mudanças climáticas; 3) econômica – diz respeito, principalmente, ao uso e ao esgotamento de recursos naturais, à produção de resíduos e ao consumo de energia; e 4) institucional – relacionada à capacidade de implementação dos ODS por meio de ações de entes públicos e privados.

Para Okada e Quinelli (2016), entretanto, para uma melhor compreensão das dimensões supracitadas, precisa-se levar em consideração a interação entre os ODS e as megatendências mundiais 2030¹⁷ – eventos que já estão em curso, com direção e sentido bem definidos (a exemplo do aumento das queimadas no Brasil em 2019), cujos efeitos podem-se intensificar nos próximos anos. Tomando-se por base que essas megatendências são transversais e se influenciam, mutuamente, suas dimensões estariam delineadas em cinco e da seguinte forma: 1) população e sociedade – marcada por transição demográfica, com novo perfil populacional (população mais velha, urbana, migrante e de classe média), que exigirá de seus governos, nacionais e subnacionais, melhor qualidade de vida, mediante políticas públicas eficazes; 2) geopolítica – representada pela redistribuição do poder global, com ascensão de novas potências, a exemplo da China, porém com incerteza (quanto à cooperação e ao conflito) em relação aos efeitos desta redistribuição; 3) ciência e tecnologia – alinhada ao ODS 9 e marcada pelo avanço científico e tecnológico, impulsionado pela economia da inovação, como automação, robótica, nanotecnologia e biotecnologia (a exemplo

¹⁶ Ver plano de estrutura (deliberada, pelo Governo Federal, para implementação dos ODS e prevista no Decreto Presidencial nº 8.8992 de 27 de outubro de 2016) em KASTRUP *et al.* (2018).

¹⁷ Para detalhamento de todas as megatendências mundiais 2030 e suas dimensões, ver Marcial *et al.* (2015).

do *DigiScope* e do Marcador Biológico, desenvolvidos no âmbito da RCP e que serão melhormente tratados mais adiante); 4) economia – marcada pela necessidade de um novo modelo econômico, que seja capaz de atenuar distorções na distribuição do capital e da renda, entre e nos governos (nacionais e subnacionais), envolvendo maior demanda por energia, água e alimentos; e 5) meio ambiente – representada pela degradação ambiental constante e pela conseqüente escassez de recursos naturais, esta dimensão clama por um novo paradigma ambiental, embasado em desenvolvimento sustentável, para que o risco de ocorrência de eventos climáticos extremos (a exemplo das enchentes que atingiram a região sudeste do Brasil no verão 2019/2020) seja atenuado (MARCIAL *et al.*, 2015).

Os ODS reforçam, então, a ideia de uma metamorfose (em se tratando da exploração de recursos naturais, do direcionamento de inovações tecnológicas multidisciplinares – cada vez mais integradas – e de investimentos econômicos e sociais) que precisa acontecer em um futuro próximo, respeitando-se, obviamente, potencialidades e prioridades internas de desenvolvimento de governos, nacionais e subnacionais, que necessitam de autonomia para planejar políticas e estratégias que incorporem os ODS (OKADO; QUINELLI, 2016). Esta autonomia propiciou, ao Governo da Paraíba, o estabelecimento do já citado convênio com o CirCor, havendo alinhamento com os ODS, especialmente com os de números 3 – Saúde e Bem-Estar, 9 – Indústria, Inovação e Infraestrutura e 10 – Redução das Desigualdades, evoluindo-se para uma produção científica inusitada de integrantes da RCP da Paraíba e do CirCor (que, juntos, fazem parte da mesma Comunidade Epistêmica, fruto do convênio estabelecido em 2011), com publicações nacionais e internacionais, inclusive configurando em boletins relevantes publicados pela própria OMS.

Nesse contexto, com desígnio mais didático que exaustivo e para manter uma verticalidade de informações, foram elaborados, separadamente, três quadros (Quadros 12, 13 e 14), compilando publicações relevantes, de membros da RCP, cujos resultados demonstram o progresso alcançado, no que diz respeito ao alcance dos ODS, em especial os de números 3, 9 e 10. Nessa perspectiva, os Quadros 12, 13 e 14, apresentados neste capítulo, trazem publicações científicas que refletem a difusão transnacional de conhecimento científico e de desfechos obtidos, no âmbito da RCP e de suas CC, com participação ativa de profissionais internacionais e membros regionais da RCP que, conjuntamente, apresentaram resultados exitosos, provenientes de ações e intervenções da Rede e de suas CC, abrangendo todo o Estado da Paraíba e com aderência aos ODS de números: 3) Saúde e Bem-Estar, 9) Indústria, Inovação e Infraestrutura e 10) Redução das Desigualdades. As

publicações foram agrupadas em alinhamento aos ODS 3 e 9 (Quadro 12), aos ODS 3 e 10 (Quadro 13) e, por fim, aos ODS 3,9 e 10 simultaneamente (Quadro 14).

2.2 A RCP como Espaço Transnacional de Retroalimentação Científica e Tecnológica no Setor Saúde: Produção Científica Alinhada, Simultaneamente, aos ODS 3 e 9

As Relações Internacionais ressaltam o quão relevante é a existência de canais transnacionais, por meio de parcerias técnico-científicas e troca de informações sobre questões técnicas, envolvendo atores não governamentais (a exemplo de comunidades de cientistas, professores e pesquisadores envolvidos nas ações da RCP) que, operando em cooperação, podem promover suas ideias e seus objetivos específicos, quanto a determinadas políticas públicas, nos mais diversos países e governos, bem como em regiões e localidades, geograficamente, remotas. Uma vez firmado o arranjo cooperativo, por meio de contribuições sistemáticas que refletem preferências, crenças e ideias de seus integrantes, outros membros passam a integrar as Comunidades Epistêmicas, por meio de um processo de negociação, que se realiza dentro delas, e de sua interação com outros atores (SEBENIUS, 1992). Em uma perspectiva de abordagem estruturante de sistemas de saúde, a detenção e a acessibilidade ao conhecimento científico e tecnológico alteram, portanto, as dinâmicas da sociedade, uma vez que este conhecimento é difundido e passa a encurtar distâncias, entre a ciência e os membros da sociedade em geral, gerando, também, evidências científicas conducentes a novas políticas e a novos modelos de gestão pública no setor (FERREIRA, FONSECA, 2017).

Como resultado desta difusão, surgem as CEs transnacionais, com ideias e convicções normativas e causais, trazidas por meio de conferências, jornais, revistas científicas, colaborações em pesquisas (a exemplo das publicações - de integrantes da RCP - presentes nos Quadros 12, 13 e 14 deste Capítulo), palestras, relatos biográficos, depoimentos, bem como contatos e comunicações informais, como entrevistas. Segundo Birkland (2011), esta difusão inclui três formas principais de persuasão, que estarão presentes nas publicações dos Quadros supracitados: 1) indicadores estatísticos - representados por um método exato, com precisão e objetividade, por meio de medição rigorosa; 2) eventos focados – representados por problemas que exigem decisões que são fundamentais para sua resolução; e 3) narrativas – representadas por meios de comunicação que incluem quatro elementos: a) o quadro da narrativa (contexto de um problema em particular);

b) personagens (dividindo-se entre os que resolvem, provocam ou são vítimas de determinado problema); c) enredo (define a relação entre personagens e história); e d) lições a serem aprendidas (resultados de experiências e práticas de atores em arranjos colaborativos). Sendo assim, de acordo com Cross (2013), esse processo de difusão e de colaboração técnicas e científicas, vinculando atores de diferentes países, já configura a existência, no âmbito da RCP e de seus integrantes, de uma CE transnacional.

Nesse contexto, o acesso da população do Estado da Paraíba (em especial aquela mais carente e que vive em localidades mais remotas) à saúde constitui o elemento primordial e fundacional da criação da RCP, representando, aqui, uma espaço coletivo, fruto da construção de um processo técnico e político, que visa um progresso socio sanitário e ambiental e o alcance de um modelo de desenvolvimento que permita avançar, simultaneamente, em suas dimensões social, econômica e ambiental (BUSS *et al.*, 2012). Ainda, segundo os autores (2012), faz-se necessário considerar a governança de conexões entre saúde e meio ambiente, com elaboração de planos compartilhados de desenvolvimento sustentável, ambiente e saúde, na esfera territorial local, ou seja, na esfera subnacional, guardando coerência com a governança nacional, tanto no que se refere a políticas públicas, quanto no âmbito de estrutura institucional, englobando políticas integradas de governo nos campos social, econômico e sanitário do desenvolvimento sustentável.

No caso em epígrafe, o Estado da Paraíba desenvolveu (com os municípios envolvidos na RCP e suas CC) uma institucionalidade capaz de responder às necessidades sanitárias referentes à saúde materno-infantil, com elaboração de estratégias de atenção primária em saúde, a exemplo dos atendimentos prestados pelas CC, que representam uma estratégia de ação preventiva e participativa, em municípios do Estado, que reconhece o direito do ser humano a viver em um ambiente saudável e adequado e a ser informado sobre riscos ambientais voltados à saúde, ao bem-estar e à sobrevivência (BUSS *et al.*, 2014). De acordo com os autores (2014), esta estratégia precisa definir responsabilidades (direitos e deveres dos atores envolvidos), representando fator essencial para proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde, assegurando, assim, uma atuação conjunta - intersetorial e interdisciplinar - que seja capaz de avaliar e acompanhar, sistematicamente, os impactos do ambiente à saúde. Aliada à esta estratégia, precisa-se construir um processo político e técnico permanente, entre as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, a exemplo da criação e da manutenção da RCP da Paraíba (denominada, atualmente, Rede Cuidar), que visa harmonizar agendas relacionadas à saúde, ao desenvolvimento e ao meio ambiente e

buscar sinergias – quanto ao desenvolvimento compartilhado de conceitos e políticas – que possam culminar na implementação destas agendas.

Precisa-se focar, portanto, não apenas no controle e na redução de doenças e/ou mortes, mas, também, na compreensão da saúde como fenômeno social que, hoje, depende da ação intersetorial sobre os ODS que, segundo Buss *et al.* (2014), representam Determinantes Sociais da Saúde (DSS) – fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, cuja ocorrência influencia, diretamente, na ocorrência de problemas de saúde e de seus fatores de risco na população de um Estado, de uma região ou de uma determinada localidade (KRIEGER, 2001). Para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), estes fatores podem, eventualmente, ser alterados, por meio de ações baseadas em pesquisa, prevenção e informação, que representam, aqui, os alicerces das ações da RCP e de suas CC no Estado. Nesse contexto, o quadro a seguir apresenta publicações científicas que refletem a difusão, nacional e internacional, de conhecimento científico, refletindo algumas das bem-sucedidas ações da RCP e de suas CC, com participação ativa de vários membros da Comunidade Epistêmica transnacional que se formou a partir da colaboração, em conjunto, de atores regionais e internacionais e com aderência aos ODS de números: 3) Saúde e Bem-Estar e 9) Indústria, Inovação e Infraestrutura.

Quadro 12 – Produção de publicações referentes à Rede de Cardiologia Pediátrica e às suas Caravanas do Coração, com aderência, de forma simultânea, ao ODS 3 - Saúde e Bem-Estar e ao ODS 9 - Indústria, Inovação e Infraestrutura

AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO/EVENTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
ARAÚJO <i>et al.</i> , 2016	<i>Impact of Telemedicine in the Screening for Congenital Heart Disease in a Centre from Northeast Brazil</i>	<i>Journal of Tropical Paediatrics ,Oxford University Press, vol. 62, issue 10, p. 471-476</i>	Descrever a incidência de cardiopatias congenitas, antes e após o programa de telemedicina na Paraíba.	Deteção de problemas cardíacos comparada à de países desenvolvidos.

COIMBRA <i>et al.</i> , 2016	<i>Can we screen 40k children per year using DigiScope?</i>	IEEE, Instituto de Telecomunicações, Universidade do Porto, v. 4, n. 1, p. 401-438	Descrever as fases de desenvolvimento e de testes do <i>DigiScope</i> (estetoscópio digital) na Paraíba.	Maior agilidade e precisão nos diagnósticos com mais de 1.000 auscultações anuais nas Caravanas do Coração.
DIOGENES <i>et al.</i> , 2014	Novo Modelo de Teletriagem das Cardiopatias Congênitas	Jornal Brasileiro de TeleSSaúde, v. 3, n. 1, p. 229-231.	Descrever um novo modelo de teletriagem de cardiopatias congênitas.	Viabilidade do modelo, reduzindo custos e distâncias geográficas para fornecer diagnósticos de cardiopatias congênitas infantis.
MENDES <i>et al.</i> , 2014	A Rede de Cuidado da Cardiologia Pediátrica PB/PE: um Importante Elo na Formação de Profissionais de Saúde	Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, v. 1, n. 1, p. 87-98.	Inserir os alunos de graduação e pós-graduação da área de saúde na Rede de Cuidado e Cardiologia Pediátrica.	Integração entre ensino, pesquisa e extensão na formação profissional em saúde.
MOSER <i>et al.</i> , 2013	Sistema Interativo em Ambiente Móvel para o Diagnóstico	<i>Journal of Health Informatics</i> , vol. 5, issue. 4, p. 127-131	Descrever a elaboração de um sistema especialista interativo para	Desenvolvimento de um aplicativo móvel para diagnosticar cardiopatias

	Diferencial de Cardiopatias Congênitas.		dispositivos móveis, com o objetivo de auxiliar no diagnóstico diferencial de cardiopatias congênitas.	congênitas, mostrando-se como uma ferramenta tecnológica revolucionária na medicina e no setor saúde em geral.
OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2017	<i>Development and Assessment of an E-learning Course on Pediatric Cardiology Basics</i>	<i>Journal of Medical Internet Research, JMIR Medical Education, vol. 3, issue 1, p. 1-13.</i>	Desenvolver um curso de <i>e-learning</i> em cardiologia pediátrica e avaliar o impacto em seus usuários.	Diferentes níveis de conhecimento, adesão, satisfação e dedicação ao curso entre os usuários especialistas.

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Os artigos compilados, no Quadro 12, representam o fruto de atividades de cooperação científico-tecnológico transnacional, na Paraíba, sendo responsáveis pela divulgação de inovações sanitárias, no âmbito de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Saúde (PD&IS), trazendo informações relevantes sobre avanços para garantir a capacitação de profissionais e instituições, em uma perspectiva de CES, e para assegurar o acesso à saúde materno-infantil das camadas mais carentes da população, atenuando, assim, vulnerabilidades e iniquidades no setor saúde do Estado. Segundo o Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde da OMS, este fomento científico e tecnológico em saúde precisa focar, prioritariamente, dentre outras áreas, em: 1) morbimortalidade materno-infantil; 2) doenças não transmissíveis e agravos, a exemplo de cardiopatias congênitas; e 3) equidade em saúde e eficiência de sistemas e serviços de saúde (ANDRADE; CARVALHO, 2015), que, juntas, representam o foco de atuação da RCP e de suas CC.

Neste sentido, faz-se necessário salientar que, na Paraíba, até o ano de 2011, não havia nenhum programa estruturado de cardiologia pediátrica, clínica ou cirúrgica, com poucos profissionais especializados e nenhum treinamento básico para profissionais de outras especialidades, como neonatologia e fisioterapia, havendo ausência de programas de triagem de cardiopatia e assistência clínico-cirúrgica no Estado (MENDES *et al.*, 2014). Os autores (2014) afirmam, ainda, que a RCP possibilitou a integração entre ensino, pesquisa e extensão, com participação de estudantes, nacionais e internacionais, de graduação e pós-graduação, de cursos como medicina, fisioterapia e enfermagem. Nesse contexto, Araújo *et al.* (2016) realizaram um estudo comparativo, baseado em dados institucionais e publicado no *Journal of Tropical Pediatrics*, comparando análises de dados do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC), entre 2001 e 2011, e os registros da RCP/CirCor, entre 2012 e 2015. Os autores (2016) afirmam que Cardiopatias Congênitas – em inglês, *Congenital Heart Diseases* (CHD) –, afetam de oito à dez recém-nascidos em cada grupo de 1.000, representando uma questão relevante se saúde pública e se originando não apenas devido a fatores genéticos, mas também ambientais, ou seja, adquiridos, sendo importante, portanto, que se tenha um processo de triagem eficaz na detecção de crianças com CHD no Estado.

Ainda, segundo os autores (2016), desde 2012, um programa de triagem foi estabelecido, no Estado da Paraíba, como parte da RCP e por meio de Telemedicina (supervisão online de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, utilizando-se de chamadas de vídeo, conferências virtuais e prontuários eletrônicos), que torna possível encurtar distâncias e uniformizar condutas médicas, entre pacientes e especialistas, para melhor diagnóstico, acompanhamento e encaminhamento de pacientes a procedimentos cirúrgicos no Estado. Em 2014, 20 unidades já estavam em pleno funcionamento, com enfermeiros treinados pela própria RCP, e as crianças detectadas com CHD (em um intervalo máximo de três dias entre o nascimento e o diagnóstico) eram monitoradas, via Telemedicina, com o apoio de cardiologistas pediátricos, resultando em 330 cirurgias realizadas pela RCP, entre 2012 e 2014, representando, assim, um produto eficaz e importante de PD&IS (ARAÚJO *et al.*, 2016).

De acordo com estudo conduzido pelo ECLAMC, 70.857 nascimentos consecutivos foram monitorados, durante um período de dez anos (2001-2011), com detecção de 290 casos de CHD, com incidência de, aproximadamente, 3,2 em cada 1.000 nascimentos (ARAÚJO *et al.*, 2016). Segundo os autores (2016), após a implementação do sistema de triagem, houve 30.663

nascimentos no principal centro de referência do Estado, Hospital Arlinda Marques, entre 2012 e 2015, apresentando um total de 545 crianças com CHD, resultando em uma incidência de 17.7 em cada 1.000 nascimentos, chegando-se a conclusão que esta estratégia possibilitou o diagnóstico precoce de um maior número de pacientes com CHD, permitindo, assim, tratamento imediato (cirúrgico ou intervencionista) e evitando, portanto, o aumento dos índices de morbimortalidade, decorrentes das CHD, que são, indubitavelmente, uma questão de saúde pública na Paraíba. Foi possível perceber, ainda, que, antes da implementação do sistema de triagem, via Telemedicina, a incidência das principais CDH era próxima àquela do continente africano, onde a maioria dos países são subdesenvolvidos e possuem serviços de saúde deficitários. Após sua implementação, todas as incidências de CDH, em relação às aquelas que eram subdiagnosticadas (com diagnósticos deficientes, incompletos ou tardios), na região, aumentaram, comparando-se às aquelas de países da Europa e da América do Norte, como mostra, detalhadamente, estudo realizado por Hazin *et al.* (2015) (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Percebe-se, então, que o uso de ferramentas de Telemedicina – como telediagnósticos, teleconferências, teleconsultas e telecursos – possibilitou a integração de diversas maternidades do Estado, a promoção de saúde eficiente e independente de barreiras físicas e o fomento à educação continuada a distância em um contexto de PD&IS. As redes de assistência adotaram, então, a educação em saúde, no ambiente assistencial, como prioritária, valendo-se de uma articulação multicêntrica (envolvendo centros de saúde de baixa, média e alta complexidades¹⁸ na Paraíba), com todos os processos documentados, por meio de bancos de dados eletrônicos, para evitar futuras sequelas advindas de diagnósticos tardios de cardiopatias congênitas (MATTOS *et al.*, 2002). Sendo assim, para Andrade & Carvalho (2015), os três componentes – pesquisa, tecnologia e inovação em saúde – são responsáveis por formar sistemas interdependentes que precisam estar, no caso em tela, integrados e voltados aos interesses do Estado e às possibilidades de sua inserção como ator paradiplomático, no cenário internacional, formando, portanto, um ciclo virtuoso e contínuo de aprendizagem e interação entre diferentes centros e atores.

Nesse contexto, Oliveira *et al.* (2017) publicaram estudo, na *JMIR Medical Education*, sobre o desenvolvimento e a avaliação de um “curso de cardiologia pediátrica básica a distância”

¹⁸ O SUS hierarquiza o sistema público de saúde do Brasil em três níveis: 1) baixa complexidade (representado por unidades básicas de saúde); 2) média complexidade (representado por hospitais secundários e ambulatórios de especialidades); e 3) alta complexidade (representado por hospitais terciários) (BRASIL, 2011).

– um *e-learning course* –, envolvendo 62 profissionais de saúde (incluindo médicos, enfermeiros e estudantes de medicina) de 20 hospitais, todos conectados pela RCP via Telemedicina. Devido ao avanço de tecnologias de informação e comunicação, a Educação a Distância (EAD) se tornou uma modalidade aceita, amplamente, em educação sanitária, tornando-se popular, na comunidade médica internacional, principalmente, por reduzir custos (podendo chegar à uma redução de 50% em relação à educação tradicional) e proporcionar acesso a grupos de profissionais desfavorecidos, financeiramente, em áreas remotas, como é o caso de alguns profissionais paraibanos (SOARES *et al.*, 2013). O curso foi desenvolvido com base em um “sistema de gerenciamento de aprendizagem”, chamado *Moodle (Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment; Modular Pty Ltd, Perth, Australia)*, com conteúdos adaptados sobre cardiopatias, capítulo a capítulo, e avaliação de seu impacto pedagógico nos participantes. Segundo Oliveira *et al.* (2017), os resultados deste impacto revelaram diferenças quanto à verificação de conhecimento, antes e depois do curso, bem como altos índices de satisfação e aderência (cerca de 79%), embora tenha havido, até o final do curso, desistência em torno dos 39%, especialmente em seus primeiros capítulos. A aquisição de conhecimento também variou de acordo com cada profissão e cada especialidade, sendo proporcional ao tempo dedicado por cada profissional ao curso¹⁹.

Seguindo esta verticalidade de pensamento, as principais contribuições do estudo publicado por Oliveira *et al.* (2017) englobam a criação e o desenvolvimento de um novo *e-learning course* assíncrono (com comunicação não simultânea entre emissor e receptor de determinada mensagem), em língua portuguesa (uma vez que os poucos cursos disponíveis estão em língua inglesa) e baseado no livro “Cardiologia para o Pediatra”, que foi lançado, em 2004, pelo Caduceus e escrito pela coordenadora geral da RCP da Paraíba (2011-2018), Dra. Sandra Mattos, trazendo conceitos básicos sobre triagem neonatal das CHD, incluindo protocolos clínicos e padrões sugeridos pela Associação Americana de Cardiologia e pela Associação Europeia de Pediatria e Cardiologia Congênita. Baseado no *Moodle* – considerado um dos melhores sistemas de gerenciamento de aprendizagem do mundo e já utilizado, por profissionais portugueses, integrantes da RCP, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que hospedou o sistema *Modle* para o desenvolvimento do curso –, foi possível fazer uma avaliação de seu impacto pedagógico, confirmando que o *e-learning* representa uma ferramenta tecnológica viável para

¹⁹ Para detalhamento completo dos indicadores estatísticos, resultantes do estudo supracitado, ver Oliveira *et al.* (2017).

capacitar profissionais de saúde que lidam com cardiopatias congênitas neonatais (reduzindo, assim, a escassez destes profissionais na região), superando barreiras de custo e distância e se adaptando ao reduzido tempo disponível da maioria dos profissionais de saúde em atividade.

Neste mesmo contexto, Diogenes *et al.* (2014) publicaram estudo, no Jornal Brasileiro de TeleSaúde, sobre esse modelo de triagem das CHD, na Paraíba, associando a Telemedicina à capacitação de imagens ecocardiográficas básicas, por neonatologistas, baseando-se em treinamento presencial, adição de competências para outros profissionais de saúde (a exemplo de enfermeiros) e orientação de casos, feita por cardiologistas pediátricos²⁰, via *internet*, para encurtar custos e distâncias quanto ao diagnóstico precoce das CHD, assemelhando-se aos estudos supracitados. Segundo os autores (2014), o modelo é viável por dois motivos principais: 1) o Estado possui uma estrutura de saúde composta por duas “ilhas”: uma que engloba a capital, João Pessoa, e cidades circunvizinhas, com acesso a serviços de alta complexidade; e uma segunda ilha, composta por vastas regiões isoladas, no interior do Estado, com precário acesso a especialistas; e 2) este modelo precisa estar sob tutela de cardiologistas pediátricos, que são profissionais concentrados, geralmente, em capitais e/ou grandes cidades, dificultando o diagnóstico precoce em regiões mais isoladas e levando o neonato a condições ameaçadoras da vida.

Um outro exemplo bem-sucedido de PD&IS da RCP foi o desenvolvimento e implementação de um estetoscópio digital inteligente para rastreios cardíacos: o *DigiScope* (*Digitally Enhanced Stethoscope for Clinical Usage*). Devido ao fato da auscultação ser o método mais eficaz de promover diagnósticos e o mais usado, mundialmente, integrantes da RCP e do Cadeceus, em parceria com a Universidade do Porto, desenvolveram o *DigiScope*, permitindo o rastreio de cardiopatias, com gravação de auscultações cardíacas alteradas, que podem ser analisadas a distância e retransmitidas, durante discussões clínicas, por meio da Telemedicina (SOARES *et al.*, 2013). Coimbra *et al.* (2016) afirmam que 80% dos erros de diagnóstico, no exame físico, são provenientes da auscultação, e apenas 20% dos médicos e dos estudantes de medicina, em treinamento, são capazes de detectar, com precisão, sons cardíacos anormais, sendo necessário, portanto, fazer uso de ferramentas tecnológicas mais precisas, a exemplo de estetoscópios eletrônicos, para reduzir diagnósticos errados ou imprecisos. Ainda, segundo os autores (2016), chegou-se ao primeiro protótipo do *DigiScope*, em 2008, (com capacidade para gravar, transmitir

²⁰ Para saber mais sobre o processo de elaboração e de implementação deste novo modelo de triagem, ver Diogenes *et al.* (2014).

e processar sons cardíacos com auxílio de um computador), mas, foram necessários, ao todo, nove anos de pesquisa em auscultação interativa e transferência de tecnologia para se chegar ao modelo desejado.

Em 2012, o *DigiScope 2.0* foi testado em Campina Grande, na Paraíba, e, logo em seguida, em 2013, foi utilizado no projeto Caaporã – em que foram realizadas 3.088 auscultações – e na primeira Caravana do Coração, totalizando 434 auscultações realizadas, entre os dias 20 e 28 de julho, nas cidades de Patos, Sousa, Itaporanga, Cajazeiras, Monteiro, Esperança, Picuí e Guarabira (COIMBRA *et al.*, 2016). Segundo os autores (2016), houve capacitação de profissionais de saúde envolvidos, diretamente, com a RCP, para correto manuseio do estetoscópio digital e, conseqüentemente, para detecção de alterações cardíacas nos pacientes; em 2014, o número de auscultações coletadas subiu para 1.019 e, em 2015, mais de 1.000 crianças foram triadas quanto à hipertensão pulmonar. Os autores (2016) afirmam que, na quarta edição da CC, em 2016, a Paraíba se encontrava pronta e os profissionais de saúde capacitados, oficialmente, para levar o projeto *DigiScope* adiante nas 13 cidades percorridas pela Caravana; entretanto, não havia produtos suficientes disponíveis para demanda local; fato este que se repetiu nos anos de 2017 e de 2018, quando o *DigiScope* não mais foi utilizado. Embora o motivo da não utilização do estetoscópio digital, em 2017 e 2018, não tenha ficado claro, Andrade & Carvalho (2015) afirmam que o conhecimento gerado, no âmbito da PD&IS, pode ser transferido para países em desenvolvimento e para seus entes subnacionais (a exemplo da Paraíba), porém com a imposição de preço, advinda do setor produtivo de países desenvolvidos, criando, assim, um ciclo de interdependência, que resulta em alto custo econômico, impossibilitando, por vezes, que a tecnologia e o produto cheguem aos mercados de países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil.

Além das inovações tecnológicas supracitadas, Moser *et al.* (2013) publicaram estudo, no *Journal of Health Informatics*, descrevendo a elaboração de um sistema especialista interativo para dispositivos móveis, objetivando auxiliar no diagnóstico de cardiopatias congênitas em recém-nascidos. Para captação da Base de Conhecimento, cardiologistas pediátricos elaboraram um fluxograma sobre sinais e sintomas das cardiopatias congênitas, de forma hierarquizada, passando-se, então, à construção do sistema, por meio do ambiente de desenvolvimento para Sistema *Android* “*App Inventor*” - elaborado pelo *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) –, cujo objetivo principal é a construção de aplicativos para dispositivos móveis, utilizando-se de uma Plataforma

de Código Aberto para o Sistema Operacional *Android*²¹, traduzindo-se em um objeto hodierno fundamental de PD&IS e um produto de informática que visa à utilização de conhecimento humano para solucionar problemas (neste caso, o diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas) que necessitam da presença de um especialista (Moser *et al.*, 2013). Segundo os autores (2013), sistemas de apoio à decisão, a exemplo deste, não substituem o médico, mas auxiliam na tomada de decisão, diminuindo, assim, as chances de diagnósticos errôneos ou imprecisos e, por ser de fácil acesso, já que vários dispositivos móveis podem contê-lo, facilitam o trabalho dos profissionais de saúde utilizadores do aplicativo.

Em concordância com os demais autores do Quadro 12, Moser *et al.* (2013) afirmam que o uso de ferramentas tecnológicas, no setor saúde, vem revolucionando a medicina e sendo aceito, amplamente, por profissionais de saúde (em especial aqueles que lidam com pediatria), já que são raros os aplicativos destinados à cardiologia pediátrica. Ademais, a adoção de sistemas integrados de fácil utilização (como é o caso do *App Inventor*) permite que aplicativos sejam desenvolvidos – por profissionais da área de saúde com conhecimentos básicos de programação –, abrindo-se, assim, um leque de possibilidades para elaboração de outros aplicativos semelhantes, de forma rápida e direcionada às necessidades do setor (Moser *et al.*, 2013).

Nesse âmbito, estas publicações de integrantes da RCP (alinhadas aos ODS 3 e 9) representam ações de consolidação do fomento científico e tecnológico, na gestão em saúde do Estado, com promoção de PD&IS, desenvolvimento e aperfeiçoamento da capacidade de pesquisa e distribuição de resultados, que estão acessíveis à comunidade científica, nacional e internacional, por meio destas publicações. Muito embora essa produção de conhecimento seja complexa e não linear, a atividade de pesquisa é o alicerce para o desenvolvimento de tecnologias e inovações, representando, segundo a ONU BRASIL (2017), um dos objetivos fundamentais do ODS 9²² (GUIMARÃES, 2005). Outrossim, esse processo de cooperação científico-tecnológica, entre a RCP e seus parceiros, nacionais e internacionais, ajuda a corrigir o desequilíbrio histórico do “*gap 10/90*” – expressão utilizada para sinalizar que menos de 10% dos recursos financeiros, de origem pública ou privada, destinados à pesquisa em saúde, são direcionados a estudos sobre doenças e agravos, que correspondem a 90% dos problemas de saúde que afetam a população mundial – tendo

²¹ Para maior detalhamento (com imagens ilustrativas) do sistema interativo, da estruturação do aplicativo e do fluxograma simplificado do diagnóstico diferencial de cardiopatias congênitas, ver Moser *et al.* (2013).

²² Para um estudo mais aprofundado sobre os objetivos e as metas do ODS 9, ver Documentos Temáticos – Nações Unidas do Brasil – em ONU BRASIL (2017).

a Paraíba investido, entre 2011 e 2018, no âmbito da RCP e de suas CC, incluindo-se investimentos em PD&IS, um total de R\$43.714.666.00 (LEGOS, 2018).

Sendo assim, no âmbito de tecnologias de informação e comunicação, percebeu-se, na Paraíba, uma mudança de paradigma, quanto à cultura de consultas presenciais, incorporando-se o uso da tecnologia e da interação *online*, representando uma infraestrutura capaz de transmitir, armazenar, criar, exibir, compartilhar e trocar informações importantes e necessárias ao diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas em recém-nascidos, por meio de computadores, internet, tecnologias de emissão ao vivo, tecnologias de emissão gravada e telefonia, criando-se, desta forma, condições para um desenvolvimento, no setor saúde (socialmente inclusivo e ambientalmente sustentável), garantindo a descentralização e a regionalização de serviços sanitários para áreas remotas do Estado e fomentando pesquisa científica que gera benefícios à sociedade e ajuda a diminuir desigualdades (sobretudo sociais e econômicas) no acesso à saúde materno-infantil no Estado.

2.3 A RCP a Serviço da Redução das Desigualdades: Produção Científica Alinhada, de Forma Simultânea, aos ODS 3 e 10

Os 17 ODS estão entrelaçados, intrinsecamente, significando que avanços em cada um deles promoverão progressos nos demais. Portanto, para que a prosperidade da Agenda 2030 aconteça, com conseqüente redução das desigualdades, as infraestruturas precisam ser resilientes (capazes de resistir, absorver, acomodar ou se recuperar de impactos de maneira rápida e eficiente) e, ao mesmo tempo, sustentáveis (fornecendo oportunidades para reconhecimento e ampliação de direitos fundamentais, a exemplo do acesso à saúde, de liberdades essenciais, a exemplo da liberdade de expressão, e da proteção do meio ambiente) (ONU BRASIL, 2017). Nesse âmbito, a desigualdade social e no acesso a essas infraestruturas também afetam a resiliência das pessoas, ou seja, reduz a capacidade pessoal de resistir e se adaptar a choques econômicos, sociais e ambientais (KASTRUP *et al.*, 2018). Segundo os autores (2018), para que esta resiliência não seja afetada, precisa-se combater, prioritariamente, fatores que impedem os governos (nacionais e subnacionais) de alcançarem o ODS 3, a saber: 1) má gestão; 2) corrupção em sistemas de saúde; e 3) baixa participação da sociedade em decisões e acompanhamento de políticas públicas de saúde. Este combate contribui para promoção de crescimento social e econômico sustentáveis e,

consequentemente, para alcançar cobertura universal da saúde, erradicar a pobreza e reduzir as desigualdades (KHAMIS; ALVES, 2018).

Nesse âmbito, a saúde precisa ser compreendida como resultado de um esforço comum para assegurar que ela seja, ao mesmo tempo, um direito humano e um bem público global, englobando metas de resultados que sejam justos para toda população (nas esferas internacional, transnacional, nacional e subnacional) e que possam contribuir para reduzir a pobreza e, consequentemente, aumentar a igualdade (KICKBUSCH; BERGER, 2010). Faz-se necessário, pois, que haja o engajamento de entidades governamentais e não governamentais, na busca de formas para garantir a igualdade entre as pessoas e os povos, eliminando-se processos discriminatórios de quaisquer naturezas que possam, porventura, afastar o indivíduo do acesso à saúde (KHAMIS; ALVES 2018). Ainda, segundo os autores (2018), a igualdade tem o objetivo de exercer direitos e, ao mesmo tempo, garanti-los, podendo-se chamar de “sociedade igualitária” aquela que não apenas oferece oportunidades iguais aos seus cidadãos, mas está empenhada, também, em promover condições de vida menos desiguais para os indivíduos que dela fazem parte.

No caso do Brasil e de seus entes subnacionais, como o Estado da Paraíba, a despeito de avanços na redução das desigualdades (a exemplo da implementação e da manutenção de programas do Governo Federal, como o Bolsa Família), o país continua a viver em uma situação de extrema desigualdade, em que poucos detém a maior parte dos recursos - incluindo os recursos políticos - e das oportunidades, ferindo direitos individuais e coletivos, especialmente de populações vulneráveis (OXFAM, 2017). Ainda, segundo este relatório da OXFAM, intitulado “A distância que nos une”, publicado em setembro de 2017, o 1% mais rico da população detém, em média, mais de 25% da renda nacional e os 5% mais ricos concentram, ainda, o mesmo que os demais 95% da população brasileira. Portanto, para que haja inclusão e participação sociais e políticas, medidas efetivas - como investimentos em educação, segurança pública, saneamento básico, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e saúde - são indispensáveis no combate à pobreza e no apoio à redução das desigualdades, eliminando, consequentemente, práticas discriminatórias e promovendo a elaboração de legislação e de políticas públicas inclusivas, a exemplo da criação da RCP e de suas CC. Nesse âmbito, o quadro a seguir traz uma série de publicações relevantes que, de forma transversal, englobam ações e iniciativas de promoção da saúde e de redução das desigualdades na Paraíba.

Quadro 13 – Produção de publicações referentes à Rede de Cardiologia Pediátrica e às suas Caravanas do Coração, com aderência, de forma simultânea, ao ODS 3 - Saúde e Bem-Estar e ao ODS 10 - Redução das Desigualdades

AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO/EVENTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
ALLEN, Samuel, 2016	<i>Zica in Northeast Brazil</i>	<i>Scholarship Report, Scholarships Committee, Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow, sections 1-5, v.1, issue.1, p. 1-5.</i>	Trocar conhecimentos técnicos e científicos nas Caravanas do Coração.	Infecção pelo Zika vírus como a causa mais provável de microcefalia entre 2015 e 2016 na Paraíba.
ASSUNÇÃO et al., 2016	<i>Microcephaly in north east Brazil: a retrospective study on neonates born between 2012 and 2015</i>	<i>Bulletin of the World Health Organization, v. 94, issue 13, p. 835-840.</i>	Estabelecer a etiologia e o significado clínico do surto de microcefalia no nordeste do Brasil em 2015.	Criação de uma força-tarefa para analisar a incidência de microcefalia e os critérios para diagnóstico e notificação.
COSTA, et al., 2017	<i>A Preliminary Approach for the Segmentation of Mitral Valve Regurgitation Jet in Doppler Ecocardiography Images</i>	<i>International Joint Scientific Conference Proceedings on Biomedical Engineering Systems and Technologies (BIOSTEC), Porto, v.10, n.1, p. 47-54</i>	Diagnosticar precisa e precocemente febre reumática e doenças cardíacas reumáticas em crianças.	O uso da técnica de segmentação automática reduz custos e aumenta a acessibilidade do diagnóstico à mais pacientes.

DINIZ; MARIANO, 2019	Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na rede de cardiologia pediátrica Pernambuco-Paraíba na cidade de Patos (PB)	Revista Ciências em Saúde, v. 9, n. 1, p. 10-14	Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela RCP na cidade de Patos (PB)	O atendimento e o diagnóstico precoce fazem do ambulatório da RCP em Patos um instrumento importante de garantia de melhor qualidade de vida aos cardiopatas e suas famílias.
KROW- LUCAL <i>et al.</i> , 2018	<i>Association of birth prevalence of microcephaly attributable to Zika virus infection among infants in Paraíba.</i>	<i>The Lancet Child and Adolescent Health, vol. 2, issue 3, p. 1-9</i>	Investigar a associação entre o Zika vírus e a incidência de microcefalia na Paraíba.	87% dos casos de microcefalia diagnosticados durante a investigação foram atribuídos ao Zika vírus.

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

O conjunto de artigos em epígrafe, presentes no Quadro 13, trazem um alinhamento simultâneo, como já citado, aos ODS 3 e 10, representando esforços e resultados da RCP e de suas CC para redução das desigualdades quanto ao acesso a serviços sanitários da população mais carente do Estado da Paraíba. Nesse contexto e como já ponderado, a Telemedicina se mostra útil na detecção e resolução conjuntas de problemas em saúde pública (a exemplo de sua ampla utilização durante a pandemia da COVID-19), como uma das principais ferramentas de comunicação e consolidação de ações de cuidado, em áreas com grande extensão geográfica e dificuldades de acesso, como é o caso do Estado da Paraíba. Segundo Araújo (2016), o uso da Telemedicina vem sendo incentivado, por meio de um Plano de Telemedicina Nacional, aprovado pelo Ministério da Saúde, em 2007, e se enquadra nos seis temas de que trata o documento de

resposta a Emergências de Saúde Pública de Preocupação Internacional - PHEIC (*Public Health Emergency of International Concern*) – a saber: 1) fiscalização; 2) envolvimento da comunidade e comunicação de riscos; 3) controle de vetores e proteção social; 4) assistência às pessoas afetadas; 5) pesquisa; e 6) resposta internacional coordenada (WHO *et al.*, 2016).

Nesse contexto, em 2015, uma crise de saúde pública se instalou no Estado, quando se percebeu que a Paraíba estava no epicentro de uma epidemia de microcefalia²³, considerada, pela OMS, como uma emergência de saúde global à época (ARAÚJO, 2016). Segundo a autora (2016), a partir de então, a RCP e a sua construção de cuidado em rede (conseguindo triar 95% de crianças nascidas na rede pública de saúde (SUS) e envolvendo os três níveis de atenção à saúde nas áreas de cardiologia pediátrica e perinatologia) serviram de alicerce para iniciar o processo de investigação das possíveis causas da microcefalia, na Paraíba, envolvendo processos de triagem, capacitação e assistência em todos os níveis de atenção, fazendo-se busca ativa segura e, também, qualificando e quantificando informações para que as tomadas de decisão da Comunidade Epistêmica, envolvida neste processo, fossem acertadas.

De acordo com pesquisa realizada por Assunção *et al.* (2016) e publicada em boletim da OMS (ver Quadro 13), foram feitos estudos clínicos e epidemiológicos - para o esclarecimento das causas de microcefalia e sua relação com o vírus Zika (ZIKV) – em um total de, aproximadamente, 2.900 casos suspeitos, relatados em 20 estados brasileiros, sendo a sua maioria notificados no Nordeste (86,3%), com quase 500 casos na Paraíba, observando-se a presença do Zika vírus no líquido amniótico de fetos que apresentavam microcefalia intra útero. A RCP propôs, então, uma força-tarefa - em parceria com o Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (LIKA – UFPE) -, que foi dividida em três etapas²⁴, a saber: 1) em um intervalo de quatro semanas (de 1º a 31 de dezembro de 2015), a RCP resgatou informações de medidas de perímetro cefálico de 16.208 neonatos, nascidos entre os anos de 2012 e 2015; 2) neste mesmo intervalo de quatro semanas, também, a RCP realizou busca ativa de crianças, que estavam incluídas no ponto de corte de microcefalia, e intensificaram o uso da Telemedicina, com a realização de telediagnósticos e teleconsultas para auxiliar na investigação de crianças com suspeita de microcefalia; e 3) em um

²³ A microcefalia é considerada um achado clínico (não uma doença) e é definida como uma circunferência da cabeça occipito-frontal (COF), menor que o esperado para a idade gestacional e para o sexo, indicador de um cérebro subdimensionado e tendo a ocorrência de um em cada 6.250 a 8.500 nascidos vivos (ASHWAL *et al.*, 2009).

²⁴ Para maior detalhamento de etapas, procedimentos e discussões, no tocante aos estudos realizados, ver Assunção *et al.* (2016).

período de duas semanas (entre 4 e 17 de julho de 2016 e com a adesão e a presença de profissionais de Alemanha, Escócia, Estados Unidos, Inglaterra, Japão e Portugal), a RCP realizou sua quarta Caravana do Coração – acompanhada e documentada pela *British Broadcasting Corporation* (BBC), sediada em Londres –, no interior do Estado, com consultas de especialistas e equipes multiprofissionais, integradas e direcionadas ao diagnóstico e ao tratamento de casos confirmados de microcefalia na Paraíba (ARAÚJO, 2016).

Entre novembro de 2015 e fevereiro de 2016, o número de casos relatados (de recém-nascidos com microcefalia) atingiu um total de 5.280, em 25 dos 27 estados da federação, sendo que 80% deles foram detectados na região Nordeste, com a Paraíba tendo relatado 776 neonatos com microcefalia (ASSUNÇÃO, 2016). O Brasil passa, então, a enfrentar a primeira epidemia do ZIKV e, paralelamente, um surto de microcefalia (em especial na região Nordeste), com possível associação ao ZIKV, tornando-se uma emergência de saúde pública de importância internacional (PHEIC declarada pela OMS em 1º de fevereiro de 2016) (ARAÚJO, 2016). O alto número de casos, relatados na região, chamou a atenção da comunidade internacional e levou a OMS, em fevereiro de 2016, a declarar a Zica como “Emergência Internacional de Saúde”, levando ao interesse e ao engajamento de profissionais de outros países, na 4ª Caravana do Coração, realizada pela RCP da Paraíba, a saber: 1) Estados Unidos – o CDC estadunidense trouxe um pediatra, um neurologista, um oftalmologista, um geneticista e um ultrassonografista; 2) Inglaterra – a equipe contou com um infectologista e um jornalista; 3) Portugal – três engenheiros da computação; e 4) Japão – quatro especialistas em doenças infecciosas, patologia e imagem (LEGOS, 2018).

Estas Caravanas configuram o que Cross (2015) chama de “Reuniões Necessárias de Comunidades Epistêmicas”, com anúncio de resultados de anos anteriores, premiações e discussões sobre atividades profissionais, presentes e futuras, reforçando o *esprit de corps* da Comunidade. Vale ressaltar que o CirCor foi o ator responsável por viabilizar a vinda de profissionais de outros países, por meio de redes transnacionais construídas entre a ONG e instituições de origem destes profissionais, no âmbito de PD&IS, com a UFPE e o RHP. Realizava-se, então, um mutirão de triagens, consultas e exames cardiológicos em crianças e gestantes, além de um projeto de arte-educação, voltado para crianças e pais, e capacitação para os profissionais de saúde envolvidos, respeitando-se, portanto, os alicerces de uma Cooperação Estruturante em Saúde (LEGOS, 2018). Os profissionais, nacionais e internacionais, envolvidos nas Caravanas do Coração, atuavam nas áreas de: infraestrutura de redes, clínica médica, obstetrícia, ecocardiografia, cardiologia,

enfermagem, psicologia, nutrição, arte-educação, ultrassonografia, fisioterapia, fonaudiologia e odontologia (MATTOS *et al.*, 2015).

Nesse contexto, com o intuito de melhorar o acesso da população paraibana aos serviços de saúde e, assim, reduzir as desigualdades, profissionais estrangeiros passam a integrar as CC, presencialmente, com os seguintes objetivos: 1) facilitar a missão da anual CC, oferecendo avaliações pediátricas especializadas em crianças paraibanas; 2) desenvolver o modelo de prestação de serviços de saúde das CC para avaliar mães e filhos afetados pelo ZIKV na Paraíba; 3) contribuir com informações de política de saúde pública, por meio de pesquisa, sobre o *status* emergente do ZIKV e de seu vetor (o mosquito *Aedes aegypti*); 4) oferecer treinamento especializado para profissionais de saúde integrantes da RCP da Paraíba; e 5) coletar e armazenar dados clínicos e laboratoriais para avançar no entendimento e na epidemiologia da infecção pelo ZIKV (ALLEN, 2016). Segundo o autor (2016), que participou, de forma presencial, da Caravana de 2016, um número aproximado de 900 pacientes foram atendidos; 300 mulheres grávidas foram triadas para a infecção pelo ZIKV e mais de 60 crianças foram diagnosticadas com microcefalia, estabelecendo-se, a partir dos resultados, uma alta probabilidade do ZIKV ser a causa dos casos confirmados de microcefalia, na Paraíba, em crianças nascidas entre 2015 e 2016 no Estado.

Em uma perspectiva de cooperação técnico-científico-transnacional, estudo publicado pela revista *The Lancet Child & Adolescent Health* (uma das mais respeitadas e prestigiadas revistas científicas do mundo desde 1823), estabeleceu, também, a associação entre ZIKV e microcefalia, em neonatos na Paraíba, nascidos entre agosto de 2015 e fevereiro de 2016. O estudo, segundo Krow-Lucal *et al.* (2018), contou com a participação de 17 especialistas do CDC estadunidense, nove integrantes do MS brasileiro e de especialistas em saúde do governo da Paraíba e foi patrocinado pelo CDC dos Estados Unidos da América (órgão que mantém acordo de cooperação com o governo brasileiro, para questões de saúde, desde 2012), cujos membros foram responsáveis por desenhar a pesquisa, bem como por coletar, analisar e interpretar os dados fornecidos pela RCP. O estudo (liderado por Erin Staples, infectologista integrante do CDC) concluiu – baseando-se na presença de anticorpos do ZIKV nos bebês – que até 87% dos casos de microcefalia, detectados durante a investigação do CDC no Estado, poderiam ser atribuídos ao ZIKV, estimando-se, assim, uma prevalência de dois a cinco casos de microcefalia, ligados ao ZIKV, para cada 1.000

nascimentos na Paraíba²⁵ (KROW-LUCAL *et al.*, 2018). Ainda, segundo os autores, o tempo de exposição e a evidência de infecção dos neonatos, relacionados ao ZIKV, foram os únicos fatores de risco associados à microcefalia. A investigação, portanto, aprimorou o entendimento sobre o surto de microcefalia no Nordeste brasileiro, em especial na Paraíba, e ressaltou a necessidade de se fazer pesquisa para otimizar os critérios de testes para detecção de infecção congênita causada pelo ZIKV, uma vez que, antes de 2015, a incidência de microcefalia no Brasil não era, apropriadamente, documentada (KROW-LUCAL *et al.*, 2018).

Percebe-se, então, que essa cooperação estruturante em saúde (envolvendo o Governo Federal, o Governo da Paraíba, especialistas locais e pesquisadores internacionais) se fez necessária para que houvesse maior e melhor capacitação de recursos humanos e melhorias em redes de atenção à saúde, tornando possível a diversificação e a descentralização da assistência materno-infantil, no Estado, por meio de ações e dados fornecidos pela RCP e pelas CC. As publicações científicas do Quadro 13 evidenciam, portanto, a possibilidade de transformação da assistência sanitária, estabelecendo um relacionamento institucional entre entes subnacionais, nacionais e internacionais e gerando evidências científicas que podem, eventualmente, conduzir a novas políticas e novos modelos de gestão no setor (FERREIRA; FONSECA, 2017). Embora este tipo de cooperação não possa ser considerado como panaceia para todos os problemas sanitários da Paraíba, ela abre caminhos para que o intercâmbio de experiências de políticas públicas de saúde exitosas possa acontecer, baseando-se na construção de capacidades, na geração de conhecimentos locais, na promoção de diálogo entre atores e, sobretudo, na construção de uma agenda (política, social, econômica, técnica e científica) adequada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

2.4 A Infraestrutura da Inovação em Saúde da RCP: Produção Científica Alinhada, Transversalmente, aos ODS 3, 9 e 10

O engajamento conjunto de entidades governamentais e não governamentais, dos poderes públicos, da Academia e da sociedade civil, em uma busca incessante por formas de garantir a igualdade, entre populações e dentro delas, é condição *sine qua non* para que se tenha a garantia do acesso à saúde a todos os cidadãos. Este engajamento resulta, inevitavelmente, em inclusão

²⁵ O detalhamento completo de métodos, procedimentos, gráficos, resultados e discussões, envolvendo este estudo, pode ser encontrado em Krow-Lucal *et al.* (2018).

social, política e econômica, por meio de ações que visam combater exclusão de acesso aos benefícios da vida em sociedade e oferecer alcance a bens e a serviços para todos (KHAMIS; ALVES, 2018). Ainda, segundo os autores (2018), a disseminação de conhecimento científico para além da Academia (como capacitações para profissionais de saúde e para a população em geral) promove o encurtamento de distâncias, entre ciência e sociedade, e potencializa a conscientização de cidadãos para que eles possam ser capazes de reivindicar seus direitos e, também, cumprir com seus deveres. Nesse contexto, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu Artigo 25, preconiza que “todo indivíduo tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, para si e para sua família, saúde, bem estar e serviços sociais indispensáveis, bem como o direito de ter meios de subsistência assegurados, em circunstâncias fora de seu controle” (BRASIL, 1948), a exemplo da pandemia causada pela COVID-19 no Brasil e no restante do mundo.

Nesse contexto, há, no Brasil, o reconhecimento da relação entre redução de desigualdades (sociais e regionais) e desenvolvimento, com o objetivo de promover o “bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3º, inciso IV). Este desenvolvimento pressupõe melhoria na qualidade de vida das pessoas, englobando progresso no enfrentamento de questões relacionadas, dentre outras, à pobreza, ao acesso à saúde e à discriminação (JACCOUD, 2014). Ainda, segundo a autora (2014), o combate às desigualdades está ligado, diretamente, ao enfrentamento de situações de exclusão de parcelas da população, em especial as mais vulneráveis, economicamente, e depende de ações transversais, que envolvem diversos níveis e setores do poder público, para promoção de equidade. Sendo assim, a cidadania plena da população passa pelo acesso adequado – e de qualidade – aos bens e direitos garantidos, institucionalmente, pela Constituição da República Federativa do Brasil, em seu art. 5º, tendo os entes subnacionais papel importante no estabelecimento de parcerias para fortalecer dinâmicas sociais de inclusão (a exemplo do já citado convênio entre Circor e Governo da Paraíba) e na promoção de cooperação técnico-científica em prol da articulação de políticas públicas no setor saúde. É preciso ressaltar, ainda, que a cobertura, de natureza universal, de determinados sistemas, como o SUS, é aliado imprescindível no combate à redução de desigualdades (JACCOUD, 2014). Nesse contexto, o quadro a seguir traz alguns resultados relevantes, presentes em publicações científicas de integrantes da CE que se formou a partir da RCP e que, transversalmente, contemplam os ODS 3, 9 e 10:

Quadro 14 – Produção de publicações referentes à Rede de Cardiologia Pediátrica e às suas Caravanas do Coração, com aderência, de forma simultânea, ao ODS 3 - Saúde e Bem-Estar, ao ODS 9 - Indústria, Inovação e Infraestrutura e ao ODS 10 - Redução das Desigualdades

AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO/EVENTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
ALBUQUERQUE <i>et al.</i> , 2018	<i>Impact of a Telemedicine Network on Neonatal Mortality in a State in Northeast Brazil</i>	<i>Population Health Management, Lieberty Pubmed., vol. 21, issue 6, p. 35-48</i>	Investigar indicadores de saúde a partir da mortalidade infantil na Paraíba.	Doenças, infecções e anomalias congênitas identificadas no perinatal influenciam diretamente na mortalidade neonatal.
CASTRO <i>et al.</i> , 2016	<i>Comparison Between Users of a New Methodology for Heart Sound Auscultation</i>	<i>Scientific Conference Proceedings on Engineering in Medicine and Biological Society, v. 38, issue 1, p. 5388-5391</i>	Comparar usuários de uma nova tecnologia (<i>DigiScope</i>) para auscultação cardíaca na Paraíba.	O acesso limitado à assistência médica especializada pode ser superado com o <i>DigiScope</i> .
CASTRO <i>et al.</i> , 2013	<i>Heart Sound Segmentation of Pediatric Auscultations Using Wavelet Analysis</i>	<i>IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, Osaka, Japan, v. 35, issue 1, p. 121-125</i>	Propor um novo tipo de auscultação clínica mediante segmentação para extrair componentes	Criação de uma nova metodologia para segmentar auscultação cardíaca com margem de precisão de

			de sons cardíacos.	detecção de 92.1%.
COIMBRA <i>et al.</i> , 2019	<i>Mitral Valve Leaflets Segmentation in Echocardiography Using Convolutional Neural Networks</i>	<i>Scientific Conference Proceedings on Medical Imaging with Deep Learning, ENBENG, Lisbon, v. 6, issue 1, p. 1-9</i>	Utilizar o modelo <i>U Net</i> para fazer a segmentação dos folhetos da valva mitral.	Avaliação clínica de resultados, com dados provenientes da Caravana do Coração de 2016, em concordância com resultados quantitativos.
DINIZ; MARIANO, 2019	Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na rede de cardiologia pediátrica Pernambuco-Paraíba na cidade de Patos (PB)	Revista Ciências em Saúde, v.9, n.1, p. 10-14	Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na RCP na cidade de Patos (PB)	Atendimento e diagnóstico precoces e a localização da cidade de Patos são instrumentos que garantem melhor qualidade de vida aos cardiopatas e às suas famílias.
GALDINO <i>et al.</i> , 2015	<i>Diagnosis and management of Transposition of great arteries within a pediatric cardiology network with the aid of telemedicine</i>	<i>Journal of Telemedicine and Telecare, , v. 22, issue 3, p. 27-36</i>	Produzir um estudo de caso sobre um recém-nascido cardiopata na Paraíba.	Estabelecimento do diagnóstico e resolução do problema nas primeiras horas de vida com o auxílio da telemedicina.

HAZIN <i>et al.</i> , 2015	<i>A telemedicine network for remote paediatric cardiology services in northeast Brazil</i>	<i>Bulletin of the World Health Organization</i> , v. 93, issue 12, p. 881-887	Fornecer assistência médica a crianças com cardiopatias congênitas na Paraíba.	Implantação de uma Rede de Cardiologia Pediátrica na Paraíba com o auxílio da Telemedicina.
MATTOS <i>et al.</i> , 2015	<i>Clinical Examination and Pulse Oximetry to Detect Congenital Heart Defects</i>	<i>International Journal of Cardiovascular Sciences</i> , v. 28, issue 2, p. 148-151	Analisar dados primários de cardiopatias congênitas por meio de triagem clínica e oximetria arterial e de pulso em uma maternidade no interior do nordeste.	As técnicas de triagem usadas aumentaram a detecção de cardiopatias congênitas no hospital maternidade, embora a maioria tenha sido detectada mediante exame clínico.
MOURATO <i>et al.</i> , 2015	<i>Impact of a Virtual Clinic in a Paediatric Cardiology Network in Northeast Brazil</i>	<i>International Journal of Telemedicine and Applications</i> , v. 2015, issue 1, p. 1-4	Analisar o impacto da implementação de uma clínica virtual em uma Rede de Cardiologia Pediátrica na Paraíba.	A implementação de clínicas virtuais e o uso da telemedicina podem ajudar no tratamento de crianças cardiopatas.
SOARES <i>et al.</i> , 2013	Uso da Telemedicina como instrumento inovador nos	Anais do XIV Encontro de Extensão da Universidade Federal da	Apresentar os resultados da RCP e fornecer dados sobre o	2,336 crianças foram triadas por oximetrias; realizaram-se

	cuidados às cardiopatias congênitas na cidade de Patos – PB pela RCP	Paraíba, v. 13, n. 1, p. 1-5, 2013.	atendimento da rede com o uso da Telemedicina.	mais de 100 ecocardiogramas, com 47 crianças e 1 gestante diagnosticadas com cardiopatias.
--	--	-------------------------------------	--	--

Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

O desenvolvimento de um trabalho sanitário exitoso, fruto da implementação da RCP da Paraíba, está retratado no Quadro 14, por meio dos artigos científicos nele compilados, cuja produção contou com o empenho coletivo de integrantes da Comunidade Epistêmica da RCP, resultando no reconhecimento, pela OMS, da superação de obstáculos de infraestrutura e de recursos humanos e financeiros para promover assistência de qualidade à crianças cardiopatas, atendidas pelo SUS, no Estado da Paraíba. Segundo estudo conduzido por Hazin *et al* (2015), em boletim publicado pela OMS (que deu visibilidade mundial ao projeto sanitário desenvolvido pela RCP), até outubro de 2011, a Paraíba não tinha uma programa estruturado de atenção a crianças cardiopatas, havendo uma deficiência de serviços especializados de cardiologia pediátrica (aproximadamente 78.72%), segundo o próprio MS; entre 2012 e 2014, já com a Rede em funcionamento, 73.751 neonatos foram triados²⁶ e, dentre estes, 957 anormalidades foram identificadas, aumentando a detecção de cardiopatias congênitas, em bebês, de 4.09 para 11.62 a cada 1.000 nascimentos²⁷. Neste mesmo período, mais de 6.000 consultas e ecocardiogramas foram realizados e supervisionados, via internet, diminuindo, assim, o tempo para se chegar a diagnósticos e reduzindo, conseqüentemente, as internações, chegando-se a um total de 330 procedimentos cirúrgicos e uma taxa de mortalidade de 6.7%, que está dentro das expectativas para programas sanitários em desenvolvimento, relacionados às CHD (HAZIN *et al.*, 2015). Segundo os autores (2015), a estrutura da RCP contou, inicialmente, com as doze maiores maternidades

²⁶ Este número representa, aproximadamente, 80% da população alvo (73.751/91.615 – neonatos com 34 ou mais semanas de idade gestacional nos centros participantes da RCP) e mais de 60% (73.751/120.484) de todos os nascimentos do SUS, na Paraíba, para este período (HAZIN *et al.*, 2015).

²⁷ O quadro completo e detalhado sobre o nível de detecção da prevalência de cardiopatias congênitas na África, na Ásia, nas Américas do Norte e do Sul, na Oceania e na Europa, em nascidos vivos a cada 1.000 nascimentos, trazendo, também, a comparação destes números com os da Paraíba, antes e após a implementação da RCP, pode ser encontrado em Hazin *et al.* (2015).

públicas do Estado, servindo como centros para todas as regiões, e com o Hospital Arlinda Marques, seguindo a seguinte hierarquia de níveis: Nível I – centros equipados com *tablets* e oxímetros de pulso; Nível II – três maternidades equipadas com máquinas de ecocardiograma; e Nível III – Hospital Arlinda Marques equipado para se tornar um centro de referência em cardiologia no Estado.

Neste mesmo contexto, Mourato *et al.* (2015), em estudo publicado no *International Journal of Telemedicine and Applications*, afirmam que, para a Rede começar a funcionar, um *website* foi desenvolvido e um programa de *software* para teleconferências – *Webex teleconference software* (*Webex Communications Inc., Milpitas, California*) – foi adquirido, fornecendo segurança digital para as clínicas virtuais desenvolverem suas atividades. Esta iniciativa permitiu que pediatras locais examinassem crianças cardiopatas, com a supervisão de cardiologistas pediátricos, *via internet*, reduzindo, assim, custos com viagens e oferecendo maior agilidade no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento de crianças com CHD (GALDINO *et al.*, 2016). Doravante, com o auxílio do já mencionado *DigiScope*, nas CC, tornou-se possível processar e armazenar auscultas feitas em pacientes de todo o Estado da Paraíba, por meio de um aplicativo para *Android* chamado *DigiScope Collector* (que faz o emparelhamento do dispositivo com o estetoscópio, *via bluetooth*, mantendo a conexão até o final do exame)²⁸, de maneira mais rápida e eficiente, permitindo diagnósticos mais precisos e o compartilhamento de resultados, por meio de Telemedicina, com outros profissionais de saúde ligados à RCP (CASTRO *et al.*, 2016). Segundo os autores (2016), a análise de dados era feita, também, por integrantes da Universidade do Porto (com aprovação prévia dos Comitês de Ética em Pesquisa do Real Hospital Português e da Universidade do Porto), em Portugal, que, por meio do Circor, foram atores relevantes deste processo de Cooperação Triangular Descentralizada, estabelecido no âmbito da RCP da Paraíba.

Devido a entraves geográficos e à escassez de profissionais de saúde especializados, em áreas remotas, a coleta destas auscultas cardíacas, feitas, também, por agentes comunitários de saúde (após receberem cursos de capacitação da RCP), representa uma alternativa eficaz para realizar avaliações remotas de pacientes que se encontram distantes de hospitais de referência (CASTRO *et al.*, 2016). Esta alternativa sinaliza, ao mesmo tempo, uma mudança de paradigma, no tocante à coleta de auscultas que, anteriormente, eram feitas por meio de estetoscópios comuns

²⁸ Para obter informações detalhadas sobre procedimentos para realização de auscultas digitais, por meio do *DigiScope Collector*, incluindo gráficos, ver Castro *et al.* (2013) e Castro *et al.* (2016).

e que, agora, renascem como primeira ferramenta de apoio clínico para obtenção de diagnósticos viabilizados por meio de estetoscópios digitais (CASTRO *et al.*, 2013). Ainda, segundo Mourato *et al.* (2015), um time de sete cardiologistas pediátricos, três residentes e quatro profissionais de saúde (localizados em Recife) estava trabalhando, em regime de plantões diários e intermitentes, vinte e quatro horas por dia, dando suporte remoto a todas as unidades neonatais e mantendo a supervisão das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), inclusive com cursos de capacitação clínica e cirúrgica; uma equipe de perinatologia (composta por treze neonatologistas) complementou a equipe, em 2014, com o objetivo de, também, capacitar profissionais de saúde da RCP e atender pacientes dentro de maternidades. Houve, portanto, a estruturação de uma rede de assistência à saúde, caracterizada pela construção de relações horizontais, entre pontos de atenção na Paraíba e um centro de comunicação em Pernambuco, integrados a partir de complementaridades de diferentes densidades tecnológicas, com o intuito de evitar mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal) e de promover saúde baseada em atenção contínua, integral, de qualidade, humanizada e responsável (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

Vale salientar, ainda, que quatro protocolos iniciais foram desenvolvidos pelo CirCor e apresentados aos membros de todas as unidades da RCP, a saber: 1) um protocolo de treinamento, com informações e explicações detalhadas, sobre o uso de todos os equipamentos e do *software* para teleconferências; 2) um protocolo de exame clínico para clínicos gerais, objetivado ressaltar todos os detalhes do exame de cardiologia neonatal antes de alta hospitalar; 3) um protocolo para testes de oximetria de pulso em todos os bebês nascidos após 34 semanas de gestação, uma vez que a combinação destes testes com exame clínico de pacientes é crucial para detecção de cardiopatias congênitas; e 4) um protocolo para exames de ecocardiograma para neonatologistas (MOURATO *et al.*, 2015; HAZIN *et al.*, 2015; MATTOS *et al.*, 2015). Segundo os autores (2015), cada centro era gerido por três coordenadores (um médico, um enfermeiro e um *expert* em computação), que eram responsáveis por relatar quaisquer problemas ao centro de referência (importante ressaltar que não há casos de litígios relacionados à Má Prática Médica dentro da RCP) e por fazer o acompanhamento dos dados que eram alimentados no sistema, sobre a situação clínica dos pacientes, permitindo, assim, que a Rede pudesse fazer uma busca ativa por pacientes e acompanhar todos os casos de testes clínicos considerados anormais, por meio de clínicas ambulatoriais virtuais de cardiologia pediátrica, reduzindo, conseqüentemente, períodos de internação e o número de transferências de pacientes. As clínicas virtuais foram distribuídas,

estrategicamente, em todas as regiões do Estado da Paraíba²⁹, otimizando a assistência sanitária, em um cenário de longas distâncias e escassez de recursos, promovendo, desta forma, a regionalização dos serviços de saúde oferecidos pela RCP e alicerçados sob apoio profissional remoto (MOURATO *et al.*, 2015).

Um exemplo desta regionalização está contido em estudo conduzido por Soares *et al.* (2013), evidenciando a estrutura de assistência a fetos, a recém-nascidos e a crianças, atendidos pelo SUS, no maior centro público de referência obstétrica e pediátrica do sertão paraibano, na cidade de Patos (Maternidade Peregrino Filho), prestando, também, serviços de atendimentos a gestantes, de alto e baixo riscos, contando com uma Unidade Neonatal de Cuidados Intermediários, uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e uma banco de leite materno. A implementação da RCP, em Patos, foi realizada, inicialmente, como um centro de baixa complexidade, em que eram realizadas triagens, por meio de oximetrias de pulso, em crianças nascidas na maternidade, e a equipe de enfermagem passou, também, a realizar o exame físico de recém-nascidos (SOARES *et al.*, 2013). Segundo os autores (2013), posteriormente, por se tratar de um centro de referência para cidades do sertão paraibano, Patos passou a receber crianças com triagem alterada, provenientes do outras cidades (a exemplo de Cajazeiras, Sousa e Itaporanga), para realização de Ecocardiogramas, totalizando cerca de 8000 atendimentos anuais³⁰, em pacientes provenientes de 90 cidades paraibanas e de Estados circunvizinhos, promovendo a união entre a medicina tradicional e a Telemedicina e integrando os centros de assistência à saúde no Estado.

Esta iniciativa da RCP buscou eliminar iniquidades geográficas em saúde – desigualdades espaciais específicas e sistemáticas que denotam distribuição injusta de riscos e recursos em saúde –, promovendo, assim, proximidade de populações de lugares mais remotos a serviços de saúde, com uma melhor distribuição espacial dos centros integrantes da Rede, uma vez que o impacto da região sobre a saúde é não apenas potente, mas, também, persistente (ARCAYA *et al.*, 2015). Para se ter uma ideia da relevância desta proximidade, apenas durante a passagem da CC de 2013, na cidade de Patos, foram atendidos 72 pacientes (71 crianças de 0 a 13 anos e uma gestante), resultando em 47 diagnósticos de cardiopatias em crianças (66,1%) e um diagnóstico em gestantes (100%) do total de atendimentos (SOARES *et al.*, 2013). Portanto, a RCP exerce papel fundamental

²⁹ A localização das clínicas virtuais, por região, envolvendo os Estados de Pernambuco e da Paraíba, pode ser encontrada em mapas disponibilizados nos estudos de Mourato *et al.* (2015) e Hazin *et al.* (2015).

³⁰ Para detalhamento completo sobre a realização de atendimentos e procedimentos da RCP e das CC, na cidade de Patos, ver Soares *et al.* (2013).

para o sertão paraibano, já que ela representa a única forma de acesso da população local (dependente do SUS) ao serviço de cardiologia pediátrica, atuando, assim, na redução de distâncias, na uniformização de condutas e na diminuição do tempo corrente entre diagnóstico e resolução de casos (DINIZ; MARIANO, 2019). De acordo com os autores (2019), atualmente, 21 maternidades integram a Rede, distribuídas em 16 municípios paraibanos, que estão espalhados nas quatro mesorregiões do Estado³¹ – Mata Paraibana, Agreste Paraibano, Borborema e Sertão Paraibano – com centros de triagem e seguimento, nas cidades de Patos, Campina Grande e João Pessoa, objetivando melhorar o acompanhamento de pacientes atendidos pela Rede.

Embora a atuação presencial de profissionais estrangeiros, nas CC da RCP, tenha-se concentrado nos anos de 2016 e 2017 (após a OMS declarar, em 2015, a microcefalia como uma Emergência de Saúde Pública e uma Preocupação Internacional), as publicações científicas da Rede, em periódicos respeitados pela comunidade científica internacional (ver Quadros 12, 13 e 14), são frutos de esforços da Comunidade Epistêmica da RCP e representam a difusão de ideias, convicções e resultados, que norteiam as ações de seus integrantes e, ao mesmo tempo, simbolizam a diplomacia federativa (ou paradiplomacia), exercida pelo Estado da Paraíba, no setor saúde. Esta difusão, no âmbito destas publicações de integrantes da RCP, deu notoriedade mundial às ações da Rede e foi materializada por meio de três formas principais de persuasão, já citadas no capítulo anterior e elencadas por Birkland (2011): 1) indicadores estatísticos (a exemplo do número de atendimentos realizados, dos diagnósticos obtidos e das taxas de mortalidade apresentadas); 2) eventos focados (a exemplo da escassez de profissionais de saúde em regiões remotas do Estado e a falta de assistência especializada em cardiologia pediátrica até 2011); e 3) narrativas compostas por um quadro da narrativa (a exemplo da escassez de Centros de Referência em cardiologia pediátrica na Paraíba); por personagens (a exemplo de vítimas, como crianças acometidas de cardiopatias congênitas, de mães contaminadas pelo ZIKV e de neonatos com microcefalia); e por lições a serem aprendidas (a exemplo da incorporação do uso da Telemedicina e da capacitação de equipes locais para darem continuidade às ações da RCP após o término do convênio com o CirCor em 2018).

Nesse âmbito, as ações coordenadas da RCP demonstram que formuladores de políticas públicas – que priorizam a eliminação de desigualdades em saúde, frente àquelas centradas na

³¹ A lista completa das maternidades e dos municípios paraibanos, integrantes da RCP, pode ser encontrada em Mourato *et al.* (2015), Coimbra *et al.* (2016) e Diniz; Mariano (2019).

elevação do padrão geral de saúde de uma população –, pesquisadores e profissionais de saúde buscam não apenas melhorar a assistência sanitária à população, mas, também, reduzir desigualdades, quanto à esta assistência, baseadas em região e outros fatores – a exemplo de condições socioeconômicas – que, conjuntamente, refletem estruturas sociais injustas (ARCAYA *et al.*, 2015). Estas desigualdades se tornam empecilhos à dignidade humana, ao exercício de direitos e à mobilidade social³² e são, indiscutivelmente, inaceitáveis, à medida em que o combate às desigualdades representa um fim em si mesmo e que diferenças socioeconômicas não condizem com os ideais de igualdade e solidariedade, sobre os quais a Carta Magna brasileira se apoia, em seu Artigo 3º, inciso III, quando estabelece que a erradicação da pobreza e da marginalização, bem como a redução das desigualdades sociais e regionais, constituem objetivos fundamentais do país (BRASIL, 1988).

Percebe-se, portanto, que a cooperação estruturante em saúde se destaca no combate a essas desigualdades, não só pelo treinamento de recursos humanos e pela construção de capacidades, nos três níveis de atenção à saúde, mas, também, pela iniciativa de Comunidades Epistêmicas, a exemplo da RCP da Paraíba, em trocar informações e publicar estudos que contribuem para promoção da saúde e consequente redução de desigualdades entre as populações e dentro delas. Neste sentido, as atividades de cooperação científica devem, então, cumprir com a finalidade de gerar novos conhecimentos que promovam o adequado funcionamento dos sistemas de saúde e que possam atuar em uma possível renovação e em uma necessária adequação de políticas públicas no setor (FERREIRA; FONSECA, 2017). Além de assessorias diretas de especialistas estrangeiros e trocas de experiências e boas práticas, que representam normas de procedimentos para atingir determinado padrão de identidade e qualidade de um produto e/ou de um serviço no setor saúde (a exemplo dos serviços prestados pelas CC de 2016 na Paraíba), a cooperação internacional e estruturante em saúde precisa focar em um esforço conjunto, com atores públicos e privados locais (secretários estaduais e municipais de saúde, profissionais de saúde, Academia, ONGs etc.), com o intuito de promover uma participação coletiva no processo de introdução de transformações necessárias para aprimorar os sistemas de saúde (NETO, 2014).

³² Mobilidade social pode ser conceituada como um fenômeno em que um indivíduo (ou um grupo), que pertence à determinada posição social, transita para outra, de acordo com o sistema de estratificação social, representando o deslocamento de indivíduos (ou grupos) entre posições socioeconômicas diferentes (COELHO; DIAS, 2015).

O engajamento coletivo desses diferentes atores deve implicar em uma liderança de partícipes locais para formular uma agenda de desenvolvimento da saúde, levando-se em consideração as dimensões de desenvolvimento sustentável e, em especial, o cumprimento dos objetivos e das metas dos ODS. Ainda nesse sentido, segundo Coelho & Dias (2015), no Brasil, a redução de desigualdades está ligada, diretamente, à maior garantia de acesso a serviços sanitários essenciais (incluindo-se oferta de água e de remédios), a menores taxas de mortalidade infantil e à maior expectativa de vida ao nascer. Desta forma, o combate às desigualdades, o fomento à infraestrutura da inovação e a garantia de assistência sanitária à população exigem, prioritariamente, políticas públicas, sustentadas ao longo do tempo e implementadas por sucessivos governos, a exemplo da continuidade das atividades da RCP na Paraíba (atual Rede Cuidar), surgindo como modelo de expansão para assistência em outras especialidades, além da cardiologia pediátrica, que segue seu trabalho para dissipar clivagens entre regiões (especialmente as mais remotas geograficamente) e entre indivíduos com condições socioeconômicas e sanitárias distintas.

CAPÍTULO III – AVANÇOS E DESAFIOS PARA FORTALECER A ASSISTÊNCIA NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA

Com o intuito de elucidar a estruturação deste Capítulo, faz-se necessário retomar alguns procedimentos utilizados para apresentação de informações relevantes e essenciais à compreensão dos dados aqui compilados. É importante salientar que o Capítulo III é composto, majoritariamente, pelo conteúdo das falas dos entrevistados, a saber: um representante da ONG Círculo do Coração, identificado por ROCC; um membro integrante da gestão pública de saúde da Paraíba, identificado por GPSP; um profissional de saúde à frente da coordenação da RCP da Paraíba, identificado por CRCP; e um profissional de saúde à frente da direção de um hospital de referência da RCP, identificado por DHRP. O sigilo quanto às identidades dos entrevistados foi preservado, em conformidade com as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e o Termo de Autorização para Gravação de Voz (APÊNDICE C), assinados pelos entrevistados e pelo pesquisador principal, a fim de garantir, legalmente, a utilização dos conteúdos expostos nas entrevistas. Após a transcrição, a leitura, a exploração e o tratamento do material coletado, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2016), para formação de Categorias Iniciais e Intermediárias de Análise (ver Quadros 1, 2, 3, 4, 5 e 6) que, posteriormente, deram origem às Categorias Finais de Análise, compondo os subcapítulos vindouros, a saber: 3.1) A Consolidação e a Continuidade da RCP da Paraíba: a Rede Cuidar; 3.2) O Exemplo da Rede de Referência Materno-Infantil de Portugal para RCP e a Participação de Profissionais Portugueses na RCP e nas suas CC; e 3.3) O Alcance da Cooperação Internacional nas Atividades da RCP e das CC.

3.1 A Consolidação e a Continuidade da RCP da Paraíba: a Rede Cuidar

As instâncias técnico-científicas do setor saúde, compostas por quadros de profissionais concursados, permanentes e, portanto, menos apensos às mudanças político-administrativas, são elementos basilares para que sistemas de saúde, por meio de seus Ministérios e de suas Secretarias, possam dar continuidade a programas de assistência de saúde, a exemplo da RCP (por meio de abordagem estruturante que envolve desenvolvimento simultâneo de recursos humanos e instituições) e gerar evidências necessárias para eventuais mudanças nestes programas, que

precisam, também, fortalecer a participação da sociedade civil (por meio de Conselhos de Saúde) e aprofundar a concretização de uma democracia representativa, participativa e direta. As desigualdades no acesso à saúde representam, assim, o produto da ação (ou inação) de sucessivos governos (nacionais ou subnacionais), ao longo da história, e não são, portanto, inevitáveis, desde que canais de influência (que interfiram, negativamente, na definição e na continuidade de políticas públicas benéficas à população) sejam evitados (COELHOS; DIAS, 2015). Trata-se de promover a saúde, tomando em conta, além de seus aspectos biomédicos, os determinantes socioambientais que podem afetá-la, bem como a sinergia dos DSS com os ODS, em um contexto de cooperação estruturante, com atores locais, regionais, nacionais e/ou internacionais, ampliando o fomento à pesquisa, ao desenvolvimento tecnológico e à inovação e fornecendo arcabouço à implementação da estratégia de Saúde em Todas as Políticas, defendida pela OMS para a Agenda 2030 (FERREIRA; FONSECA, 2017).

Nesse contexto, o governo do Estado da Paraíba, por meio da Portaria nº 207/GS (ANEXO D), de 07 de maio de 2019, assegura e reafirma a ampliação das ações da Rede para além da cardiologia pediátrica, direcionadas, também, à neonatologia e à obstetrícia, incorporando estratégias que visam assegurar o princípio da equidade na assistência às crianças, aos neonatos e às mulheres, em períodos gravídico e puerperal, e ampliando a utilização da Telemedicina como ferramenta principal de trabalho nas ações de triagem, diagnóstico precoce e assistência integral, com suporte técnico aos profissionais que compõe a rede de serviços de saúde no Estado (PARAÍBA, 2019). Objetivando executar estas ações, o Estado da Paraíba, por meio de seu novo quadro governamental (eleito em 2018), passa a adotar a Rede Cuidar como Política que, segundo CRCP (2019), ROCC (2019) e GPSP (2019), representa uma “Política de Estado Não Institucionalizada” por não haver previsão orçamentária para esta Política, embora a publicação desta Portaria (com toda a estruturação da Rede), no Diário Oficial do Estado, sinalize o interesse do Governo em não interromper este ciclo virtuoso (DHRP, 2019).

Ainda, segundo afirma CRCP (2019), “nenhum governador vai ter peito de desmontar a Rede Cuidar porque cada profissional, cada hospital beneficiado, vai brigar pela importância dela e por estar dentro dela; os atores podem mudar, mas não acho que a estrutura vá mudar porque ela é boa e funciona.” Ademais, o Governo do Estado continua preservando a computação ubíqua, como forma de eliminar distâncias geográficas e custos operacionais de deslocamento, tanto de profissionais quanto de usuários da Rede, devido à escassez de assistência especializada em áreas

remotas do Estado (DINIZ; MARIANO, 2019). Segundo ROCC (2019), esta prestação de assistência, auxiliada pela Telemedicina (em locais remotos e onde não há especialistas, a exemplo de vários municípios do interior da Paraíba), precisa ser feita por uma equipe composta de profissionais locais (médicos e enfermeiros, mesmo que não sejam especializados em determinada área médica) e profissionais especialistas, residentes em qualquer lugar do mundo, reduzindo custos e potencializando a assistência sanitária às populações mais carentes.

O início desta prestação de assistência supracitada foi viabilizada pelo já citado convênio com o CirCor que, segundo GPSP (2019), CRCP (2019) e ROCC (2019), era algo de extrema necessidade para o Estado (já que a Paraíba não realizava cirurgias de alta complexidade em cardiologia pediátrica e carecia de uma linha de cuidado materno-infantil eficaz) e que foi fruto de diálogos, entre os anos de 2008 e 2011, envolvendo gestões políticas distintas e profissionais de saúde de Pernambuco e da Paraíba. Entretanto, houve uma certa resistência inicial, por parte de profissionais de saúde da Paraíba, que não achavam necessária a vinda de profissionais de fora do Estado, já que, na opinião deles, a estrutura para realizar cirurgias precisaria, apenas, ser melhorada (ROCC, 2019). Com o agravamento de dificuldades no setor saúde do Estado (com escassez de leitos, falta de comunicação entre as equipes, ausência de profissionais especializados em diagnósticos, sem estrutura adequada para realizar cirurgias cardíacas complexas e com gastos exorbitantes³³ para realizá-las no RHP), houve uma nova rodada de conversas e negociações, em 2011, culminado, doravante, em sete anos de parceria com esta ONG, que é referência em atendimento de alta complexidade em cardiologia pediátrica e com sede no RHP (ROCC, 2019; CRCP, 2019).

Nesse âmbito, a decisão política do Governo do Estado, que sinalizava uma gestão preocupada com o setor saúde, foi determinante no enfrentamento de dificuldades operacionais da SES, à época (GPSP, 2019), em especial com a regionalização da RCP para lugares mais remotos do Estado, por meio de ações conjuntas da Rede com as Comissões Intergestores Regionais (CIRs)³⁴ –, viabilizadas após processos anuais de negociação, entre profissionais da Rede e as

³³ A título de exemplo, apenas um paciente, residente no interior da Paraíba, custou, antes do convênio ser firmado, cerca de um milhão de reais aos cofres público, incluindo-se, neste montante, gastos com consultas, cirurgias, internações, transporte aéreo e medicamentos (ROCC, 2019).

³⁴ As Comissões Intergestores Regionais representam uma instância de cogestão, no espaço regional, com o objetivo de construir um canal permanente e contínuo de negociação e de decisão, entre gestores municipais e os estados, para constituição de redes regionalizadas que, consensualmente, pactuem na definição de regras para uma gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011).

CIRs, para rateio de despesas com alimentação e hospedagem dos profissionais de saúde que integram as Caravanas (CRCP, 2019; ROCC, 2019) –, principalmente para operacionalização de ações das CC, que se tornaram uma causa suprapartidária (GPSP, 2019). Segundo CRCP (2019), estes processos de negociação são iniciados, via de regra, por meio de conversas com os enfermeiros das Salas do Coração (geralmente são, também, os coordenadores dos hospitais), que têm um canal aberto de comunicação com os gestores dos hospitais, que, por sua vez, entram em contato com as CIRs (ver Figura 7). Ainda, segundo GPSP (2019), houve tentativas de diálogo com o Governo Federal, no âmbito do CONASS e do MS, para que houvesse financiamento da RCP, mas sem sucesso. Vale salientar que, embora o Termo de Autorização Institucional (ANEXO E) tenha sido fornecido pela SES e aceito pelo CEP da UEPB (ANEXO A), nenhum dos documentos requeridos – incluindo Atas de Reuniões com as CIRs, Termos de Convênio, Registros de Cursos de Capacitação, Listas de Presença nas CC, Ofícios, Portarias etc. (APÊNDICE H) – foi disponibilizado para análise (ANEXO F), impossibilitando, portanto, a realização de uma análise documental aprofundada.

Figura 7: Agentes responsáveis pela aderência de municípios às Caravanas do Coração



Fonte: elaboração do autor (2020) com base em dados de pesquisa.

Pretende-se, portanto, com a continuidade e a ampliação dos trabalhos da Rede, cumprir com cinco objetivos principais, a saber: 1) garantir escala de plantões *online* de profissionais (cardiologistas, pediatras, neonatologistas e obstetras), em caráter permanente e ininterrupto; 2) monitorar e acompanhar todos os serviços da Rede; 3) orientar os profissionais, quanto à conduta médica adequada, incluindo a avaliação de exames (a exemplo de ecocardiogramas, ecofetais e avaliações clínico-cirúrgicas); 4) qualificar, de forma contínua, os profissionais de saúde, a fim de melhorar a assistência prestada pela Rede; e 5) identificar, precocemente, crianças cardiopatas,

neonatos em situação de risco e mulheres em períodos gravídico e puerperal (PARAÍBA, 2019). Vale salientar que, segundo ROCC (2019), esta garantia de escala de plantões *online*, de forma permanente e ininterrupta, já é algo garantido desde o início do convênio com o CirCor, em 2011, quando uma equipe de médicos cardiologistas foi contratada, envolvendo profissionais da Paraíba e de Pernambuco, para que os plantões pudessem acontecer 24 horas por dia, sete dias por semana, em um contato diário e permanente com todas as maternidades ligadas à RCP e a realização de reuniões semanais (as já citadas Reuniões Necessárias de Comunidades Epistêmicas), com todos os profissionais envolvidos, a exemplo de médicos pediatras, enfermeiros e profissionais (nacionais e estrangeiros, especialmente de Portugal) ligados à Tecnologia da Informação (TI). Por meio destas ações e consequente criação da RCP, tentava-se sanar a falta de leitos, de pessoal especializado para dar diagnósticos e, acima de tudo, a completa falta de comunicação entre as equipes de saúde do Estado (ROCC, 2019).

O funcionamento e a coordenação das ações supracitadas estão divididas em cinco eixos integrados, a saber: 1) Cardiologia Pediátrica – composto de médicos plantonistas, atendimento ambulatorial, exames, avaliação clínico-cirúrgica e treinamentos em serviços sanitários; 2) Neonatologia – composto de médicos plantonistas (com consultoria *online* em serviços de difícil acesso geográfico) e otimização para utilizar de leitos de UTI neonatal e pediátrica; 3) Saúde Materna – composto de médicos plantonistas, atendimento ambulatorial *online* (em parceria com ambulatorios que atendem o pré-natal de alto risco), em uma perspectiva de cuidado integral e prezando pela equidade para mulheres em períodos gravídico ou puerperal, exames de ecografia obstétrica com triagem fetal para anomalias congênitas e treinamentos em serviços sanitários; 4) Enfermagem – composto de suporte na assistência aos profissionais da Rede, integração e administração das ações de ambulatorios virtuais e de ambulatorios de pré-natal de alto risco, reuniões clínico-cirúrgicas, bem como de acompanhamento, monitoramento e rastreamento dos pacientes na Rede; e 5) Sistemas, Telecomunicações e Estatística – composto por uma equipe de suporte técnico e desenvolvimento, cujas funções são: atendimento *online* de profissionais da Rede, administração e monitoramento de dados, acompanhamento e rastreamento de pacientes, monitoramento de equipamentos, treinamento e qualificação de profissionais de saúde e gerenciamento de produção técnico-científica (PARAÍBA, 2019).

Quanto aos serviços que integram a Rede Cuidar, no âmbito de sua estrutura física e de logística, para acomodar profissionais de saúde e usuários, vinte maternidades (de níveis I e II) e

dois complexos especializados fornecem assistência permanente, seguindo os seguintes critérios: Maternidades de Nível I – referência em baixa complexidade, com competência para realizarem testes de triagem por oximetria de pulso, darem assistência inicial aos neonatos e às mulheres em períodos gravídico e puerperal (em situação de risco); Maternidades de Nível II – além de realizarem todas as atividades desenvolvidas nas maternidades de nível I, elas abrangem, também, a realização de ecocardiogramas de triagem (por neonatologistas) e atendem neonatos e mulheres, em situação de risco, no âmbito da assistência de média e alta complexidades; Hospital Especializado de Referência – representado pelo Complexo de Pediatria Arlinda Marques (localizado na capital João Pessoa e sede da Rede Cuidar), é referência no seguimento ambulatorial de crianças portadoras de cardiopatias congênitas e tem competência para: emitir diagnósticos iniciais, seguir casos não cirúrgicos de baixa e média complexidades, implementar estruturas física e logística de comunicação entre os centros participantes, desenvolver ensino e pesquisa para produzir protocolos entre os centros, realizar atividades de capacitação, fazer busca ativa de pacientes (em situação de risco) nos eixos estruturais e dar suporte de tecnologia da informação para executar ações em rede; e Centro de Referência em Cirurgia Cardíaca Pediátrica – representado pelo Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires (localizado na cidade de Santa Rita, região metropolitana de João Pessoa), que dispõe de estruturas física e de logística para realizar cirurgias cardíacas e tratamento clínico especializado de crianças com cardiopatias de alta complexidade na Paraíba (PARAÍBA, 2019). O Hospital Metropolitano fez parte da última etapa do convênio, desafogando, assim, o CPAM, quanto aos serviços ambulatoriais e aos procedimentos de alta complexidade em cardiologia, uma vez que ele recebe demandas de outras especialidades (GPSP, 2019). Apenas em 2019, o número de cirurgias realizadas no Hospital Metropolitano, no âmbito da Rede Cuidar, duplicou (de seis para doze cirurgias mensais aproximadamente), chegando a realizar, entre janeiro e dezembro de 2019, 114 cirurgias (CRCP, 2019).

Levando-se em consideração a estrutura supracitada, todos os 223 municípios do Estado usufruem de serviços de saúde, disponibilizados pela Rede, por meio do SUS, fortalecendo, principalmente, as redes do cuidado de cardiologia pediátrica, neonatologia e obstetrícia, garantindo seu funcionamento em tempo integral e durante todo o ano, viabilizado com o apoio dos municípios, por meio da Atenção Básica³⁵, que realizam triagens e apresentam suas demandas

³⁵ A Atenção Básica em Saúde (ou Atenção Primária em Saúde) é conhecida como “a porta de entrada” de usuários, nos sistemas de saúde, e é responsável pelo atendimento inicial, cujos objetivos são: 1) orientar sobre prevenção de

à Rede Cuidar (PUPPE, 2019). Durante a Caravana de 2019, foram realizados cerca de 4.000 atendimentos (incluindo, também, atendimentos em psicologia, fisioterapia, serviço social, odontologia, enfermagem, clínica médica e nutrição), em treze cidades paraibanas, contando com a participação de 201 profissionais voluntários (e mais 60 que estavam presentes durante toda a Caravana), além da participação do Hemocentro da Paraíba (com 167 pessoas que doaram sangue e 163 que fizeram cadastro para doação de medula óssea) e do Banco de Leite, com arrecadação de mais de 80 frascos para doação de leite materno (CARAVANA, 2019; PUPPE, 2019).

Corroborando um tema prioritário para projetos de Cooperação Técnica Estruturante em saúde (envolvendo países da América do Sul, da América Central e da África), a criação e a manutenção destes bancos de leite materno na fase de ressurgimento da CSS – durante as primeiras décadas do século XXI – fazem parte da Política Nacional de Aleitamento Materno, que alia baixo custo à alta qualidade (SANTOS; CERQUEIRA, 2015). Os chamados Bancos de Leite Humano estão distribuídos em todos os Estados do território nacional, realizando coleta domiciliar, atendimento de orientação e apoio à amamentação, contribuindo, assim, para redução da mortalidade neonatal e fortalecendo a Rede Brasileira De Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), criada, em 1998, pelo MS e pela Fundação Oswaldo Cruz e reconhecida pela OMS, em 2001, como uma das ações que mais contribuíram para diminuição da mortalidade infantil no mundo (na década de 1990) e no Brasil, que teve uma redução de 70,5% entre os anos de 1990 e 2012 (BRASIL, 2011).

Houve, ainda, a capacitação de 559 profissionais de saúde (capacitando profissionais que trabalham em hospitais, unidades do SAMU, UPAs e maternidades), sendo 309 em obstetrícia e 250 em neonatologia, e a distribuição de *kits* de sobrevivência obstétrica para as unidades de saúde que atendem gestantes (CARAVANA, 2019). Além de insumos e medicamentos, estes *kits* são acompanhados por materiais impressos, que reproduzem Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) para toda a rede de assistência de saúde do Estado – instruções detalhadas para alcançar uniformidade na execução de determinado serviço, resultando em melhorias na condução de atendimentos, na promoção de processos sanitários e na uniformização de procedimentos – e são de extrema importância para o alcance de resultados exitosos, acompanhando orientações e *checklist* para procedimentos, exames e condutas adequadas para cada

doenças; 2) solucionar os possíveis casos de agravos; e 3) direcionar os casos mais graves para níveis de atendimentos superiores em complexidade (BRASIL, 2011).

caso, a exemplo de Trabalho de Parto Prematuro, de Hemorragia, de Pré-Eclâmpcia e de Sepses (doença potencialmente grave, desencadeada por inflamação, que se espalha pelo organismo, diante de uma infecção, podendo levar à queda de pressão arterial e à falência de órgãos) (CARAVANA, 2019; CRCP, 2019).

Importante salientar que, na edição da Caravana de 2019, todos os profissionais envolvidos eram paraibanos, não tendo havido, portanto, a participação de quaisquer profissionais estrangeiros ou a presença de vínculo de cooperação com outros países (PUPPE, 2019; CRCP, 2019). Ainda, de acordo com CRCP (2019), quando os trabalhos da RCP foram iniciados, não havia nenhum cardiologista pediátrico paraibano na Rede, motivo pelo qual os especialistas do CirCor passaram a integrá-la. Sete anos depois, a Rede conta, em 2020, com doze cardiologistas pediátricos, residentes na Paraíba, que complementaram sua formação, fora do Estado, e retornaram para supervisionar as Regiões de Saúde e as Salas de Ambulatórios Virtuais presentes na Paraíba.

Uma constatação do reconhecimento deste trabalho de assistência no setor saúde da Paraíba foi a premiação do documentário “Corações Paraibanos” (fruto do acompanhamento do trabalho da Rede Cuidar na Caravana de 2019), do diretor e cineasta Ricardo Puppe (integrante do Departamento de Comunicação da SES), na VI Mostra VideoSaúde da Fiocruz, tendo sido o único trabalho da Paraíba a concorrer à Mostra (juntamente com 36 produções de todo país), tornando-se vencedor na categoria Júri Popular. Ricardo Puppe acompanha as CC, anualmente, registrando, de forma presencial, as ações desenvolvidas pela Rede em todas as cidades percorridas pela Caravana no interior do Estado (CRCP, 2019). O objetivo das Mostras VideoSaúde é o de ampliar a circulação de produções e debates sociais acerca de temas, conflitos, histórias e desafios da saúde pública e da ciência, que representam elementos fundamentais para consolidação do SUS no Brasil (PUPPE, 2019). Vale salientar que o histórico de premiações concedidas à RCP (algumas já elencadas ao longo desta pesquisa) tem seu início, ainda em 2012 (apenas um ano após a assinatura do convênio com o CirCor), com a outorga do prêmio “Nicola Albano” (um dos mais prestigiados do Brasil e concedido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia), durante realização do XXXIII Congresso Brasileiro de Perinatologia, em Curitiba, em novembro de 2012, tendo sido a primeira vez que o prêmio foi concedido à um equipe fora do eixo Sul/Sudeste do país, reconhecendo, assim, a eficácia das ações da rede de assistência materno-infantil no Estado da Paraíba (ROCC, 2019; DHRP, 2019).

Nesse âmbito, após o término do convênio entre o Governo do Estado e a ONG Círculo do Coração (que estabeleceram uma relação de Cooperação Estruturante em Saúde), em outubro de 2018, a Secretaria de Estado da Saúde passa a comandar a agora intitulada “Rede Cuidar”, com o intuito de dar continuidade ao trabalho iniciado em 2011 e que agora conta com profissionais bem treinados, apesar de ter havido, durante a vigência do convênio, trocas de equipes, devido a substituições em gestão hospitalar, a cortes econômicos e a mudanças políticas (LEGOS, 2018). Ainda, de acordo com CRPC (2019), os objetivos da Rede Cuidar são coincidentes com os da então RCP, priorizando ações coletivas e sistemáticas para redução da mortalidade materno-infantil e investindo em qualificação dos profissionais da Rede, incluindo os intensivistas, que são aqueles profissionais especializados em medicina intensiva e que prestam suporte avançado nas Unidades de Terapia Intensiva, em especial no Hospital Metropolitano que, desde 2018, vem realizando a maioria das cirurgias cardíacas no Estado.

Portanto, a regionalização e a hierarquização da atenção à saúde materno-infantil continuam sendo estratégias fundamentais para melhoria de sua qualidade, focando-se, continuamente, na interiorização de assistência especializada em terapia intensiva e nas relações de complementaridade entre todos os centros de saúde (DHRP, 2019; CRCP, 2019). Estas iniciativas fazem parte do projeto-piloto da RCP, de junho de 2011, intitulado “Projeto de Melhoria da Qualidade da Assistência Neonatal e Materna no Estado da Paraíba”, apresentado por profissionais de saúde da Paraíba à ONG Círculo do Coração e que foi inspirado no modelo assistencial português, implementado no final da década de 1980, garantindo o acesso de todos os cidadãos a serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, por meio de um sistema integrado de informação interinstitucional, englobando um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias que dão suporte aos sistemas locais de saúde, objetivando, assim, uma melhor distribuição de equipamentos, instalações e recursos humanos no setor saúde.

3.2 O Exemplo da Rede de Referência Materno-Infantil de Portugal para RCP e a Participação de Profissionais Portugueses na RCP e nas CC

Os pilares de um sistema de saúde sólido e eficaz estão ligados, diretamente, à qualidade da Atenção Primária à Saúde, colocando-se as pessoas no âmago das preocupações de assistência, neste setor, de um determinado ente (nacional ou subnacional) e ressaltando a necessidade de ação

de todos os governos – em prol da saúde aliada ao desenvolvimento sustentável –, com foco no completo bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e não apenas na ausência de doenças ou enfermidades. Nesse contexto, já na década de 1970, Portugal passa a investir na implementação da Atenção Primária à Saúde Pública, com centros de saúde focados em cuidados preventivos e na saúde materno-infantil, esforçando-se para cumprir o objetivo “saúde para todos”, com a implementação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, buscando-se a equidade, a melhoria do acesso à saúde e uma maior capacidade de resposta, com destaque para a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) (BISCAIA *et al.*, 2019). Ainda, segundo os autores (2019), a Atenção Primária à Saúde de Portugal possui seu marco fundacional, em 1982, quando passa a instituir carreiras profissionais públicas para médicos, e um outro marco, em 2005, quando passa a valorizar, de maneira mais acentuada, o trabalho em equipe, com foco em objetivos e auto-organização, sem descuidar do dia a dia pessoal, social e familiar que as pessoas têm com a saúde. Este trabalho organizacional e em equipe, focado no alcance de objetivos, serve de alicerce para a trindade “Autonomia-Responsabilização-Solidariedade” – organização aliada à responsabilização (pessoal, profissional e institucional) e baseada na solidariedade da equipe (BISCAIA *et al.*, 2019).

Nesse âmbito, a RCP da Paraíba foi inspirada em um projeto intitulado “Projeto de Melhoria da Qualidade da Assistência Neonatal e Materna no Estado da Paraíba” (acompanhando planilhas fornecidas por CRCP (2019), com a relação das maternidades públicas e privadas do Estado e estatísticas relacionadas aos números de nascimentos, em cada uma delas, para melhoria da assistência neonatal), com contribuição majoritária de DHRP (2019), em sua elaboração, e entregue ao CirCor, em junho de 2011, baseando-se em uma amostra da experiência de Portugal, no final dos anos de 1980, com a ideia principal de se ter Centros de Saúde de menor porte, localizados no interior do Estado, atrelados a Centros de Saúde de maior porte, localizados em grandes centros urbanos, a exemplo da capital João Pessoa, para levar assistência materno-infantil a todos os municípios da Paraíba (DHRP, 2019). Ainda, segundo DHRP (2019), vislumbrava-se, à época, que todas as centrais paraibanas do SAMU seriam qualificadas, para evitar deslocamentos de grandes distâncias de suas ambulâncias, evitando, assim, que áreas do interior do Estado ficassem descobertas devido à ausência destes veículos em lugares remotos.

A experiência portuguesa exitosa foi adaptada, parcialmente, para formação da RCP, uma vez que, após a implementação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil de Portugal (PNSMI), os indicadores de saúde materno-infantil (que eram similares aos de países

subdesenvolvidos) tiveram melhora significativa (com importante diminuição nos índices de morbimortalidade materna, fetal, neonatal e infantil), a ponto de Portugal passar a integrar, no início do século XXI, o grupo de países que mais evoluíram, mundialmente, nesta área³⁶, devido a alguns fatores decisivos para alcançar e manter a consistência desta evolução, tais como: melhoria socioeconômica, mudança política, investimento generalizado nos cuidados da Atenção Primária, cobertura nacional de Centros de Saúde e de médicos de família e, principalmente, a consolidação progressiva do PNSMI, iniciado em 1989 (PORTUGAL, 2006). Entre 1989 e 1994, Portugal estabeleceu um programa de investimentos, particularmente na melhoria de instalações e recursos técnicos e humanos, de serviços de obstetrícia e neonatologia, assim como aquisição de equipamentos para Centros de Saúde, objetivando intensificar ações de vigilância da gravidez, do puerpério e da saúde infantil (PORTUGAL, 2001), tal qual aconteceu na Paraíba, entre os anos de 2011 e 2018, com a implantação da RCP. Em alguns destes Centros de Saúde, em Lisboa e no Porto, desenvolveu-se um Projeto de Intervenção Especial³⁷, em comunidades consideradas “bolsas de pobreza”, com o apoio de Unidades Móveis (similares aos EcoTaxis no âmbito das CC), que chegou a receber, em 1998, o “Prêmio de Excelência da OMS” e, em 2000, o “Prêmio Europeu” (PORTUGAL, 2001). Para que se tenha uma maior compreensão do motivo desta experiência ter servido de inspiração para RCP, faz-se necessário um melhor entendimento de como o programa português surgiu e evoluiu ao longo dos anos, passando a ser considerado “Patrimônio Nacional”.

A estratégia para implementação deste programa contava com as seguintes linhas de trabalho: 1) criação da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), em 1989, responsável pela elaboração do PNSMI e constituída por médicos, diretores de serviços de obstetrícia, pediatria e neonatologia, de Hospitais Centrais Universitários de todo país, com o objetivo de assegurar equidade no acesso à vigilância da grávida, do recém-nascido, da criança e do adolescente em nível nacional; 2) garantia de segurança e qualidade, no parto e no nascimento, por meio de um programa de recursos humanos e de uma distribuição regional de equipamentos, para combater assimetrias e garantir equidade na assistência; 3) hierarquização dos hospitais em Hospitais de Apoio Perinatal (HAP), para garantir serviços de urgência com a presença física de profissionais, e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD), com capacidade de assistência

³⁶ Para maior detalhamento destes indicadores e da relação dos países que mais evoluíram no tocante à saúde materno-infantil, ver “Relatório Eurostat” e “Relatório Unicef 2006” em Portugal (2006).

³⁷ Para saber mais sobre este projeto, ver Biscaia *et al.* (2019), Portugal (2001) e Portugal (2006).

multidisciplinar a todas as situações com patologias associadas à gravidez; 4) integralização dos Hospitais e dos Centros de Saúde em Redes de Referência Materno-Infantis (RRMI), com definição de áreas geográficas e responsabilidades assistenciais; 5) implementação progressiva de uma cultura de cooperação e complementaridade; 6) criação de condições para assegurar a circulação de informações clínicas entre os diferentes níveis de cuidado; 7) nomeação das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCFs), com implementação de um sistema de monitorização, avaliação e formação dentro das RRMI; e 8) motivação e adesão dos profissionais envolvidos no programa, criação de organizações científicas locais, denominadas de Centros de Estudos, colaboração de Sociedades Científicas (a exemplo da Sociedade Portuguesa de Pediatria e da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia), integrando, também, os Departamentos de Saúde Materno-Infantil e os Colégios de Especialidades da Ordem dos Médicos.

As linhas de trabalho acima elencadas guardam similaridades com as linhas preconizadas pela então RCP - atual Rede Cuidar. Embora as denominações sejam diferentes, percebe-se, claramente, o intuito de se fazer a interiorização e a regionalização da assistência materno-infantil (prezando-se por uma distribuição espacial equitativa de profissionais qualificados), em ambas as Redes, com a hierarquização de hospitais e a natural formação de Comunidades Epistêmicas (a exemplo de organizações científicas locais, regionais, nacionais ou transnacionais), integradas, majoritariamente, por profissionais de saúde das mais diversas especialidades. Estes fatores foram fundamentais para o sucesso da assistência materno-infantil, tanto em Portugal quanto na Paraíba, por permitirem a continuidade das ações do PSNMI e da RCP, apesar de mudanças ministeriais, em Portugal, e de mudanças nas gestões de Governo, na Paraíba, solidificando estas redes de assistência, por meio de relações de cooperação e complementaridade, entre instituições e profissionais, e com combate progressivo às assimetrias regionais. Ademais, a responsabilidade profissional e o papel voluntário das Comissões Nacionais e Regionais Portuguesas - desprovidas de quaisquer interesses políticos ou partidários e nomeadas com base em competência, disponibilidade e motivação – são imprescindíveis para monitoramento de indicadores, formulação e avaliação de programas de intervenção e garantia de uma coordenação satisfatória do Programa (PORTUGAL, 20106). Este papel voluntário pode ser percebido, similarmente, nas anuais CC (entre 2013 e 2018), que contaram com a presença de profissionais, nacionais e estrangeiros, sem nenhuma contrapartida remuneratória e que, por vezes, eram auxiliados, financeiramente, por suas

instituições de pesquisa e ensino de origem ou garantiam sua participação por meio de financiamento próprio (ROCC, 2019).

Nesse âmbito, a participação de profissionais portugueses, na RCP e nas CC, foi viabilizada, por meio do CirCor, estendendo este vínculo de cooperação para Paraíba, em um contexto de Cooperação Triangular Descentralizada, envolvendo profissionais de saúde e de TIC, responsáveis, juntamente com pesquisadores brasileiros, por capacitar profissionais ligados à Rede e desenvolver algoritmos e ferramentas (a exemplo do *DigiScope*), que são usados para estabelecer diagnósticos de cardiopatia congênitas de forma mais precisa (ROCC, 2019; CRCP, 2019). Esta participação se deu, mais intensamente, atrelada ao ODS 9 e no âmbito de PD&IS, como demonstrado nos estudos analisados, detalhadamente, no Capítulo II, de Castro *et al.* (2016), Coimbra *et al.* (2016), Soares *et al.* (2013) e Moser *et al.* (2013), não significando, porém, a ausência de atuação presencial de profissionais portugueses na Paraíba, que foi facilitada, inclusive, pelo fato de Portugal e Brasil serem membros da CPLP e, portanto, terem o português como língua materna, banindo, assim, quaisquer empecilhos que comprometam uma boa comunicação entre profissionais de saúde e pesquisadores da RCP (ROCC, 2019).

Um exemplo desta participação presencial portuguesa, nas CC, foi o de Miguel Coimbra (professor da Universidade do Porto), principal idealizador do *DigiScope*, que teve, dentre outros brasileiros, o também integrante do CirCor, Fábio Ralaiolo, como um de seus colaboradores, com Mestrado e Doutorado em Portugal (também por intermédio do CirCor e de seus vínculos com instituições de pesquisa e ensino de Portugal, a exemplo da Universidade do Porto) e, hoje, residente na Inglaterra, atuando na área de TIC, mas mantendo seu vínculo com a ONG (ROCC, 2019). A equipe do CirCor, que se uniu aos profissionais paraibanos na formação da RCP, foi responsável por montar e instalar, em 2016 (quarto ano consecutivo com presença de pesquisadores portugueses nas CC), seis Estações Inteligentes com o *DigiScope* – três móveis (que circulam em EcoTaxis entre maternidades da Paraíba) e três fixas (em maternidades nas cidades de João Pessoa, Campina Grande e Patos) para agilizar consultas e diagnósticos e detectar, de forma mais rápida e precisa, cardiopatias congênitas em todos os recantos do Estado (ROCC, 2019). De acordo com o já analisado estudo de Coimbra *et al.* (2016), a instalação destas Estações foi possível após três anos de participação portuguesa nas CC (em 2013, 2014 e 2015), com destaque para um projeto desenvolvido em Caaporã, em que todas as crianças, dos Ensinos Infantil e Fundamental, foram auscultadas e rastreadas, com o auxílio do *DigiScope*, implementando-se, doravante, ações

regulares de saúde coletiva na cidade (CRCP, 2019). Houve, neste contexto, ausculta de cerca de 1000 crianças, anualmente, entre 2013 e 2015, em Unidades de Saúde das 13 cidades percorridas durante a CC, para que dados pudessem ser coletados e usados em publicações científicas posteriores, no âmbito da RCP, a exemplo do já citado estudo de Coimbra *et al.* (2016) (DHRP, 2019).

Além de Miguel Coimbra, uma equipe de investigadores, da Universidade do Porto e do Instituto de Telecomunicações, também se fez presente na Caravana de 2016: Pedro Brandão (docente do Departamento de Ciência de Computadores da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto); Ana Castro (investigadora de pós-doutoramento da Universidade do Porto); e Pedro Gomes (doutorando do Programa Doutoral em Informática das Universidades do Minho, Aveiro e Porto) (ROCC, 2019; DHRP, 2019; CRCP, 2019). Estes membros da delegação portuguesa integraram uma equipe multidisciplinar (composta por 40 profissionais) com o intuito de realizar uma busca ativa de pacientes e identificar patologias cardíacas, em populações residentes longe dos grandes centros urbanos, utilizando os estetoscópios digitais (*DigiScope*), que permitem a detecção automática de sopros e de pressão arterial, e contando com uma tecnologia inédita, testada pela primeira vez em ambientes com baixo IDH (como é o caso da maioria das cidades paraibanas), chamada de *HeathKiosks* (Quiosques de Saúde), permitindo que um indivíduo adulto realize uma automonitorização de seus dados vitais, tais como pressão arterial, peso e quantidade de oxigênio no sangue (ROCC, 2019). Estas tecnologias demonstram os resultados mais avançados de uma linha de investigação, iniciada na primeira década do século XXI e liderada pela IT Porto, dentro de um projeto chamado “Cidades do Futuro”, com participação de membros do CirCor, das Faculdades de Ciências, Medicina, Engenharia e Belas Artes da Universidade do Porto, além de outros centros de investigação, a exemplo do Caduceus, que também conta com integrantes da então RCP (ROCC, 2019).

Nesta ocasião, Miguel Coimbra, juntamente com a delegação portuguesa (todos voluntários ou patrocinados pelas instituições de ensino e pesquisa que representavam), foi responsável por oferecer, também, cursos presenciais de capacitação, no RHP, para enfermeiros e outros profissionais de saúde do CPAM, para uso correto da “ferramenta” *DigiScope*, objetivando-se, à época, além da detecção de patologias cardíacas (funcionando como um primeiro nível de rastreio destas doenças), a obtenção de dados antropométricos e genéticos de crianças com suspeita de Microcefalia (CRCP, 2019; ROCC, 2019). Vale salientar que, para CRCP (2019), o *DigiScope*,

embora útil e utilizado em CC, nunca funcionou como estratégia para RCP; ele sempre foi uma ferramenta de ensino e pesquisa que, por motivos alheios ao conhecimento dos entrevistados, parou de ser utilizado a partir de 2017. Nesse âmbito, segundo DHRP (2019) e CRCP (2019), o legado desta cooperação internacional (triangular e descentralizada) está, principalmente, em publicações científicas, nacionais e internacionais (com apresentação de resultados obtidos pela RCP) e não em adoção de estratégias ou protocolos inéditos internacionais trazidos por profissionais estrangeiros. Reforça-se, portanto, a ideia de que a cooperação técnico-científico-informacional foi exitosa e deu visibilidade à RCP e à Paraíba, uma vez que a Comunidade Epistêmica, formada por pesquisadores da Rede dos mais diversos países, produziu estudos relevantes para comunidade científica internacional, reconhecidos, inclusive, pela própria OMS.

Com o término do convênio, em 2018, os vínculos internacionais, existentes no âmbito da Rede e que eram viabilizados, por meio do CirCor, terminaram e, com isto, as verbas destinadas ao ensino e à pesquisa, com parceiros internacionais, também (CRCP, 2019; DHRP, 2019). Durante a vigência do convênio, a ONG tinha liberdade de alocar os recursos destinados a ele, da maneira que achasse mais conveniente, direcionando parte do financiamento às “rubricas técnico-científicas”, investindo, fortemente, em PD&IS (CRCP, 2019). Segundo as palavras de CRCP (2019), “hoje, não existe convênio; existe a necessidade do Estado em manter o trabalho e nós, sistematicamente, precisamos pedir auxílio financeiro ao Estado, abrir licitações, negociar com a SES, para que este trabalho não se perca; tudo é mais difícil.” Ainda nesse contexto, DHRP (2019) afirma que “quando a ONG recebe um recurso para executar ações, é muito mais fácil e de muito menos satisfação; não satisfação no sentido de não prestar contas, mas no sentido de execução; vamos depender de licitações e de previsões de recursos em um determinado momento.”

Há, porém, projetos, ainda embrionários, quanto à continuidade da cooperação internacional na Rede Cuidar, por meio de convite para o desenvolvimento de um trabalho multicêntrico, com instituições de pesquisa e ensino da Espanha e a Universidade de São Paulo (USP), envolvendo Terapia Intensiva, Ventilação Mecânica e Telemedicina (DHRP, 2019). Este interesse, segundo DHRP (2019), acontece, principalmente, pela quantidade maior de nascimentos registrados na Paraíba (comparados com números europeus), que viabilizam uma coleta de dados estatísticos mais robustos, para pesquisas posteriores, aproveitando-se de uma estrutura de trabalho e de bancos de dados já existentes, na Paraíba, ao longo de oito anos de existência da Rede. Percebe-se, então, que, com a saída do CirCor, não há muitos avanços quanto a arranjos de cooperação

internacional, já que a ONG representava o principal elo de articulação com profissionais estrangeiros. Lamenta-se, inclusive, a saída do CirCor da Rede, por não terem sido estabelecidos, para o futuro, projetos de parceria, com o Governo do Estado e no âmbito de PD&IS, tendo havido uma quebra neste ciclo virtuoso, que poderá, segundo ROCC (2019), representar perda significativa para as comunidades científicas nacional e internacional.

Percebe-se, portanto, que o estímulo para um processo de trabalho colaborativo e integrado, atrelado ao ODS 10 (reafirmando o significado da saúde como direito humano fundamental e como meta social mundial), entre profissionais dos mais diversos setores, regiões e países, mostra-se de fundamental importância para CID, no setor saúde, em suas mais diversas formas, conforme análise detalhada e presente no Capítulo I. A partilha de saberes e de boas práticas é necessária para que se tenha conhecimento de realidades locais, regionais, nacionais e internacionais, quanto ao funcionamento de serviços de saúde, em diferentes áreas de intervenção, proporcionando avaliação de resultados e mudança de estratégias, no setor saúde, quando necessário for (XAVIER, 2014).

Na Paraíba, as ações da RCP e, principalmente, de suas CC, envolvendo não só o Governo do Estado, mas também prefeituras do interior da Paraíba, que são, em sua maioria, responsáveis pela gestão da Atenção Primária à Saúde e necessitam de cuidados de saúde mais urgentes, são responsáveis por levar assistência a territórios de pobreza e de alta vulnerabilidade social, caracterizados por precárias condições de saneamento, moradia e transporte. Estas CC, como já enfatizado, contaram com a participação de profissionais vindos de outros países, a exemplo de profissionais japoneses, agregando valor à Rede, em especial devido à preocupação da população brasileira e da comunidade médico-científica internacional com o avanço do ZIKV no país. Esta participação foi potencializada, em 2016 e 2017, com o advento da Microcefalia (e sua relação com o ZIKV), atraindo os holofotes da comunidade científica internacional para esta Emergência de Saúde Pública e, em especial, para as atividades da RCP na Paraíba.

3.3 O Alcance da Cooperação Internacional nas Atividades da RCP e de suas CC

Mesmo antes de estabelecer o convênio com o Governo da Paraíba, o CirCor já mantinha vínculos de cooperação internacional, em especial com japoneses, por meio do Laboratório de Imunopatologia Keiso Asami (LIKA), inaugurado em 1986, tendo sua sede na UFPE e cujo nome homenageia o já falecido cientista Keiso Asami, que, juntamente com o professor brasileiro Aggeu

Magalhães, foram responsáveis pela idealização e pela construção do Laboratório. Estabeleceu-se, doravante, uma relação de cooperação, entre a Universidade Keio, sediada em Tóquio, e a UFPE. O LIKA conduz diversos estudos, em parceria com o CirCor, não apenas relacionados à patologia, mas, a outras áreas, tais como à parasitologia, à imunologia, à microbiologia e à bioquímica, com foco especial em pesquisas que envolvem doenças tropicais (JICA, 2009; ROCC, 2019). Contando com o apoio do Governo Japonês e em cooperação com o Estado de Pernambuco, há o envio de especialistas da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), por meio de projetos, a exemplo do “Projeto de Saúde Pública no Nordeste do Brasil” e do “Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil”³⁸, mantendo-se este intercâmbio, entre pesquisadores brasileiros e japoneses, desde 1985 (JICA, 2009; ROCC, 2019). Nesse âmbito, o “Programa de Treinamento para Terceiros Países” (TCTP) e o “Programa de Parceria Brasil-Japão” (JBPP) mantêm projetos de CTD (como foco em geração de renda e/ou melhoria da qualidade de vida da população de países em desenvolvimento, a exemplo da RCP), no setor saúde, tendo, dentre suas instituições executoras, o “Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da UFPE” (UFPE – NUSP), o LIKA e o próprio MS do Brasil (JICA, 2009). Com a advento do já citado convênio com o Governo da Paraíba, o CirCor passa a liderar esse processo de CTD, no Estado, e suas relações de cooperação internacional se unem em uma mesma Comunidade Epistêmica, chamada Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba.

Em meados de 2015, quando a OMS declara o ZIKV como “Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional”, o interesse e a participação estrangeiros na RCP, em especial na CC de 2016 (com o número recorde de 85 especialistas e investigadores de diferentes instituições internacionais, incluindo Alemanha, Estados Unidos e Reino Unido) são potencializados e o LIKA passa a ser um dos principais parceiros de uma pesquisa, liderada pelo Governo da Paraíba, no âmbito da RCP, sobre a relação entre o ZIKV e a Microcefalia, especialmente na Região Nordeste do Brasil (ROCC, 2019; CRCP, 2019; DHRP, 2019). Os primeiros resultados desta pesquisa (presente no Quadro 13) estão em estudo conduzido por Assunção *et al.* (2016) e foram publicados, em Boletim da OMS, ratificando o aumento de casos de Microcefalia atrelada ao ZIKV, na Paraíba, entre os anos de 2012 e 2015, mostrando uma incidência de 2% a 8% de casos de Microcefalia, de leves a extremos, em bebês paraibanos no período estudado. Nesse contexto, em março de 2016,

³⁸ Para detalhamento e exemplos de projetos comunitários, possibilidades de atuação da JICA, processos seletivos e modalidades de parcerias, ver JICA (2009).

chegou, ao LIKA, uma comitiva japonesa para discutir projetos de cooperação, ligados ao estudo da relação entre Microcefalia e ZIKA, composta por seis pesquisadores e liderada por Seiki Tateno (representante *do National Center for Global Health and Medicine*) e por Yukio Nakatani (*Director of Pandemic Influenza Preparedness and Responses Office – Ministry of Health, Labor and Welfare*) (ROCC, 2019). Esta e outras pesquisas, desenvolvidas no LIKA, mantêm parcerias, também, com: *University College London* (Inglaterra), *Harvard University* (Estados Unidos), *Massachusetts Institute of Technology – MIT* (Estados Unidos), Governo Japonês, Universidade de São Paulo – USP, Porto Digital, Prefeitura do Recife e Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco (Fiocruz – PE) (ROCC, 2019).

O próprio diretor do LIKA, à época, José Luiz de Lima, reconhece que, sem a estrutura e a organização do Governo da Paraíba, no âmbito da RCP, não teria sido possível a formação de bancos de dados (epidemiológicos e moleculares) que pudessem dar respostas aos casos de Microcefalia no Nordeste (ROCC, 2019; DHRP, 2019; CRCP, 2019). Estes bancos de dados (que começaram a ser formados, em 2012, em razão do convênio firmado com o CirCor) possibilitaram o exame de mais de 100 mil amostras de recém-nascidos, coletadas em 21 centros médicos públicos da Paraíba, prestando suporte aos estudos sobre má-formação cerebral e sua relação com o ZIKV, com foco na procura de possíveis biomarcadores (marcas individuais que podem ser expressadas ou inibidas por processo infeccioso e que são relacionadas à doença), essenciais para futuro desenvolvimento de medicamentos e vacinas contra o vírus (DHRP, 2019). Segundo CRCP (2019), a capacidade estrangeira de financiar pesquisas e os bancos de dados já existentes na RCP convergiram, naturalmente, para esta interação transnacional, em torno do ZIKV, já que há um subfinanciamento crônico do SUS, especialmente na área de PD&IS no país. Houve, doravante, busca ativa por crianças e gestantes com doenças exantemáticas (doenças agudas e infecciosas, causadoras de erupção na pele ou lesão avermelhada), coletando-se o sangue para detectar a presença, ou não, do ZIKV e utilizar estes dados para pesquisas posteriores (ROCC, 2019; CRCP, 2019; GPSP, 2019; DHRP, 2019).

Nesse âmbito, a união de esforços, de todos os profissionais envolvidos, em prol de bens públicos comuns (neste caso, fornecimento de medicamentos e vacinais, de forma gratuita, às populações afetadas) representa, exatamente, a função epistêmica. Esta função seria, então, a de formular métodos e recursos adequados, para organizar o conhecimento, articulando-se as relações de causa e efeito para problemas complexos (a exemplo do estabelecimento da relação entre ZIKV

e Microcefalia) em setores como saúde, educação e meio ambiente, que precisam de estratégias intersectoriais para garantir um Desenvolvimento Sustentável para entes nacionais e subnacionais (MACHÔN *et. al.*, 2018). De acordo com os autores (2018), o controle e a difusão deste conhecimento poderão levar a novos padrões de comportamento de atores públicos e determinar a adoção de políticas públicas específicas, uma vez que tomadores de decisão passam a estar familiarizados com os aspectos técnicos de um problema específico. Sendo assim, as Comunidades Epistêmicas (CEs) consistem de papéis interrelacionados, que crescem ao redor de uma *episteme*, e que delimitam, para seus membros, a construção adequada da realidade social (RUGGIE, 1975). A construção desta realidade local, feita a partir de problemas sanitários, enfrentados pela população paraibana, e pelo combate a eles, pelas ações da Rede e das CC, foi crucial para a permanência desta rede de assistência materno-infantil, no Estado, após o término do convênio em 2018.

Percebe-se, entretanto, que muito do interesse internacional, na RCP, ocorreu devido ao *boom* de Microcefalia no Estado, que teve repercussão mundial, envolvendo, inclusive, profissionais noruegueses e ingleses, das área de sociologia e antropologia, que vieram realizar estudos, com mães infectadas pelo ZIKV e cujos filhos nasceram com Microcefalia (ROCC, 2019). Sendo assim, quando se percebeu que o problema não iria atingir proporções mundiais (como afirmado, anteriormente, pela própria OMS) e que não representaria uma ameaça às populações de países desenvolvidos (similar à da COVID-19, por exemplo), o interesse internacional se esvaiu, a partir de 2018, e a participação destes profissionais estrangeiros, na RCP e suas CC, resumiu-se, basicamente, à coleta de dados, com exceção de antigos parceiros, como é o caso dos japoneses (com representações do Ministério da Saúde do Japão), que continuaram a realizar programas de arte-educação para comunidade em geral e capacitação presencial de enfermeiros (contando com a ajuda de alunos de Medicina nas traduções e em visitas frequentes a municípios paraibanos) para melhor atuarem em saúde materno-infantil (CRCP, 2019; DHRP, 2019; ROCC, 2019). Além disso, os profissionais japoneses chegaram a desenvolver (com dados coletados nas CC) um “Marcador Biológico” (com promessa de financiamento para produção, em larga escala, da multinacional japonesa *Canon*) capaz de identificar a presença do ZIKV, por meio de um nano chip, com apenas uma única gota de sangue do paciente, apresentado diagnóstico seguro e preciso (CRCP, 2019). Este aparelho, produzido em parceria com o LIKA, precisa ser habilitado, por órgãos sanitários competentes, a exemplo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – por se tratar de

pesquisa com seres humanos –, para que sua produção e sua comercialização sejam aprovadas e a testagem em massa, em populações mais afetadas pelo vírus, possa ser feita, havendo, inclusive, um pedido formal da RCP para que essa testagem seja feita, gratuita e primeiramente, na Paraíba (CRCP, 2019).

A participação japonesa é, também, representada por programas de pós-graduação, dentro do LIKA, envolvendo profissionais paraibanos da Rede, a exemplo de uma das fundadoras da RCP e atual coordenadora geral da Rede Cuidar, Dra. Juliana Sousa Soares de Araújo, hoje Doutora em Biologia Aplicada à Saúde pelo LIKA-UFPE. Nesse âmbito, a convite de Japão e Estados Unidos, os resultados de pesquisas (sobre a relação entre ZIKV e Microcefalia) foram apresentados no “*Second Workshop on Cooperation Studies for Zika Virus between Brazil and Japan*”, entre os dias 23 e 28 de julho de 2018, em Tóquio, por Sandra Mattos e Juliana Silveira, representando a RCP e a Paraíba, em uma perspectiva de cooperação técnico-científico-informacional, envolvendo o Governo da Paraíba, o CirCor, o LIKA e o *National Institute of Infectious Diseases* do Japão (CRCP, 2019; ROCC, 2019; GPSP, 2019). Houve, também, neste mesmo ano, reconhecimento internacional pelo estudo publicado na revista *Population Health Management*, intitulado “*Impact of a Telemedicine Network on Neonatal Mortality in a State in Northeast Brazil*”, eleito pela *World Society for Pediatric and Congenital Heart Disease* como melhor trabalho mundial em cardiologia pediátrica em 2018 (MATTOS *et al.*, 2018).

Para DHRP (2019), entretanto, este interesse internacional pelas ações da Rede, ligadas à Microcefalia, foi desencadeado, principalmente, pela disponibilidade da Rede em ceder seus bancos de dados para análise, que atraiu pesquisadores estrangeiros (incluindo 17 pesquisadores do CDC estadunidense, como analisado no Capítulo II), gerando, conseqüentemente, impacto positivo na literatura científica internacional, por meio da difusão (nacional e internacional) de pesquisas realizadas, no âmbito da RCP, como demonstrado nos Quadros 12, 13 e 14. Em outras palavras, houve exploração dos bancos de dados já existentes na RCP como, também, a coleta de novos dados nas CC de 2016 e 2017, em benefício de pesquisas internacionais sobre ZIKV e Microcefalia, muitas das quais, segundo DHRP (2019) e CRCP (2019), não mencionavam a participação de colaboradores da RCP, tampouco tiveram seus nomes inseridos nestas publicações, aproveitando-se, apenas, de matéria-prima local para pesquisas: sangue de mulheres paraibanas infectadas pelo ZIKV e de seus filhos acometidos pela Microcefalia. Ainda, segundo DHRP (2019) e CRCP (2019), há projetos de ensino, pesquisa e assistência, desenvolvidos em universidades

paraibanas, a exemplo da Universidade Federal da Paraíba, que acolhem crianças com Microcefalia e que precisam de apoio financeiro (nacional e/ou internacional), escasso nestas instituições, embora fundamentais para permanência da Trindade “Ensino-Pesquisa-Assistência” da Rede.

Nesse contexto, a capacitação (presencial ou remota) de profissionais de cada Centro da Rede precisa ser algo contínuo e ininterrupto, por meio de ações descentralizadas, que atinjam todos os municípios de Estado e sendo facilitada pela Telemedicina (capaz de conectar profissionais e centros de pesquisa de todo mundo), atrelando-se, à esta capacitação, assistência à saúde, com o intuito de proporcionar geração de novos dados para pesquisas vindouras, no âmbito de PD&IS, e garantir o Desenvolvimento Sustentável da Rede (CRCP, 2019; ROCC, 2019). O grande desafio, segundo CRCP (2019), é conseguir sincronizar as equipes da Rede, em todas as regiões do Estado e com base na metodologia LEGOS (Liderar e Empoderar Grupos para Otimizar Soluções), para que haja verticalidade de estratégias e ações de Vigilância Epidemiológica, que abrange um conjunto de ações capazes de proporcionar o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança, em fatores determinantes e condicionantes, de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e de controle de doenças ou agravos, como previsto na Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (CRCP, 2019).

A metodologia LEGOS (que traz a ideia de partes separadas formando um todo) está associada, diretamente, à dialética presente na CE da RCP, representando processos de diálogos, debates e trocas de experiências, para construção de um “Cenário Prospectivo”, ou seja, há previsibilidade de um futuro desejável, baseado em uma cadeia de acontecimentos (representados, aqui, por ações coordenadas e exitosas da RCP desde 2011), que permitem passar de uma situação de origem (neste caso, escassez de infraestrutura em cardiologia pediátrica no Estado) à uma situação futura (descentralização, cada vez maior, da assistência materno-infantil e inclusão de outras especialidades médicas nesta assistência) (GODET; DURANCE, 2011). Esta metodologia rendeu à RCP, como já citado, o Prêmio ODS Brasil 2018, reconhecendo a sustentabilidade da Rede (compatível com os princípios de universalidade, equidade e integralidade) e a possibilidade de sua replicação (com capacidade de adaptação a mudanças, em políticas de saúde, e incorporação de soluções locais para o setor), para além das fronteiras da Paraíba, atraindo, inclusive, o interesse do UNICEF em desenvolver projetos semelhantes, na África, reforçando a importância de relações paradiplomáticas, multilaterais e descentralizadas, envolvendo entes subnacionais (CRCP, 2019; ROCC, 2019).

Importante salientar que relações de cooperação precisam envolver esforços para compartilhar bens coletivos (a exemplo de conhecimento científico-tecnológico em saúde), incorporando regras, valores e comportamentos comuns, entre os atores envolvidos, culminando na adoção de políticas públicas que estimulem negociações e intercâmbios em favor de diferentes formas de cooperação (CERVO, 2008). Ainda, segundo Andrade & Carvalho (2015), o fortalecimento de entes subnacionais (como o Estado da Paraíba) e de agentes não estatais (como o CirCor), nestes intercâmbios, continua sendo um desafio para melhorar a gestão, as políticas, os sistemas e os serviços de saúde. Neste setor, segundo Andrade & Carvalho (2015), os benefícios para a coletividade não podem restringir-se apenas aos resultados de ações de vigilância em saúde (para controle de doenças transmissíveis com incidência global, a exemplo da atual pandemia da COVID-19), mas também no acesso à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças, como se vê na assistência à saúde materno-infantil, no Estado da Paraíba, desde a criação da RCP em 2011, e, similarmente, em Portugal, com sua Rede de Referência Materno-Infantil.

Percebe-se, porém, que o alcance da cooperação internacional, no âmbito da Rede, ficou mais visível e reconhecida na difusão, nacional e internacional, de sua produção científica, deixando um legado de ações a serem adotadas no setor saúde, mundialmente, e menos perceptível em ações, de profissionais estrangeiros, que pudessem ter beneficiado, diretamente, crianças e gestantes paraibanas atendidas pela RCP. Entretanto, é inegável que a difusão do conhecimento, envolvendo PD&IS, significa que os resultados obtidos pela RCP, com auxílio de profissionais estrangeiros (seja por meio de ferramentas utilizadas nas CC, a exemplo do *DigiScope*, seja por meio de promessas a serem cumpridas, a exemplo da utilização do Marcador Biológico, na Paraíba, para detecção do ZIKV), representam ineditismo para o setor saúde da Paraíba, reafirmando o significado da saúde como direito humano fundamental e destacando a importância do fomento científico e tecnológico no setor, culminando em intervenções custo-efetivas para prevenir, diagnosticar e tratar doenças que são, muitas vezes, negligenciadas por gestores públicos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização da cooperação internacional representa uma contribuição importante para diminuir desigualdades regionais e aumentar o grau de interação, entre processos decisórios, dentro do Estado Nacional e envolvendo entes subnacionais, no âmbito das Relações Internacionais, a exemplo da inserção da Paraíba como ator paradiplomático, nos cenários nacional e internacional, após firmar convênio com a ONG Círculo do Coração em 2011. Temas ligados a *low politics*, como o da saúde, em uma perspectiva de paradiplomacia, podem ser conduzidos por entes subnacionais, como estados, municípios, departamentos, conselhos distritais, comunidades autônomas e secretarias, desenvolvidos no âmbito de sua autonomia e visando uma inserção internacional, de forma individual ou coletiva (BANZATO, 2016; JUNQUEIRA, 2014), uma vez que o Estado Nacional e seus entes passam a ser auxiliados por atores não estatais, a exemplo de ONGs, para elaboração, implementação e execução de políticas públicas, com decisões políticas sofrendo, outrossim, influência de forças internas, dos mais diversos setores, a exemplo de secretarias estaduais e municipais de saúde e de Comunidades Epistêmicas, com capacidade técnica e legitimidade técnico-política para aconselhar gestores públicos e reivindicar o cumprimento de metas sanitárias em prol de benefícios para coletividade (MARIANO, 2007).

Nesse âmbito, a RCP representa um exemplo de Cooperação Triangular Descentralizada (CTD), não tendo havido, portanto, transferência total de autoridade (de saúde ou científica) para um grupo específico de especialistas (membros nacionais e estrangeiros do CirCor), mas o estabelecimento de uma parceria, fruto de diálogos e consequente estabelecimento do convênio em epígrafe, considerando as condições socioeconômicas da população e sem ignorar os fins sociais de políticas públicas, no setor saúde, como a consequente diminuição das altas taxas de morbimortalidade de crianças no Estado e a gradativa descentralização e regionalização da assistência materno-infantil na Paraíba (MATTOS *et. al.*, 2015). Este empreendimento do Governo do Estado da Paraíba, em associação com a ONG Círculo do Coração de Pernambuco, representou um projeto de Cooperação Estruturante em Saúde (CES), em uma perspectiva de CTD, envolvendo atores públicos (governos locais), atores privados nacionais (ONGs e instituições de ensino e pesquisa) e atores internacionais (governos e instituições de pesquisa estrangeiros), tendo-se mostrado eficaz, entre os anos de 2011 à 2018, com subsequente regulamentação da Rede, em

2019, prevista em Decreto estadual e publicada em Diário Oficial, em 14 de maio de 2019 (ANEXO D), para a continuidade de suas ações pela agora denominada Rede Cuidar.

Os resultados já alcançados pela RCP foram fundamentais para tornar essa regulamentação possível e garantir que esse modelo de assistência sanitária materno-infantil pudesse ter continuidade e sofrer aprimoramentos em prol do benefício da assistência à saúde que, além de direito humano assegurado, representa dever do poder público constituído. Nesse âmbito, a RCP conseguiu realizar, entre outubro de 2011 e maio de 2018, mais de 200.000 atendimentos e cerca de 1.000 cirurgias cardíacas infantis, capacitou mais de 5.000 profissionais, em triagem cardíaca e em outras áreas, realizou seis Caravanas do Coração (com participação ativa de profissionais e pesquisadores estrangeiros de diversos países), estabeleceu 15 Salas do Coração, implantou uma rede de perinatologia em todo o Estado e implementou, ainda, um sistema itinerante de equipamentos cardíacos, denominado de Eco-Taxi (LEGOS, 2018). Graças à Telemedicina, houve a integração de 21 maternidades do Estado, que estavam conectadas 24 horas por dia e sete dias por semana, prestando serviços de cardiologia pediátrica, em todas as regiões da Paraíba, descentralizando o atendimento, encurtando distâncias geográficas e diminuindo custos financeiros (LEGOS, 2018). Todas estas ações compõem uma rede de assistência estruturante de saúde, composta de arranjos cooperativos com atores locais, nacionais, internacionais e transnacionais, possibilitando capacitação humana e institucional dentro da RCP.

Nesse sentido, a CES, presenciada na RCP e nas suas CC, segue uma tendência global de estímulo à consecução de projetos de cooperação, que tragam resultados mais longevos e que podem ser, também, desenvolvidos com a participação de atores regionais ou locais (a exemplo de governos estaduais ou municipais), no âmbito de políticas públicas, nos mais variados setores, incluindo-se o da saúde (VENTURA, 2013). Não é incomum, portanto, que o estabelecimento de parcerias com atores estatais seja consolidado com ONGs, sejam estas locais, regionais, nacionais, internacionais ou transnacionais (TENÓRIO, 2015), seguindo um movimento internacional, iniciado na década de 1990, de ampliação da interface entre as agendas de desenvolvimento e de saúde global, liderado, conjuntamente, pela OMS e pela OMC, coincidindo com o início da “fase de globalização da CID”, quando houve reorientação de suas prioridades para atender à natureza multidimensional do Desenvolvimento Sustentável (ANDRADE; CARVALHO, 2015). Ainda, segundo os autores (2015), este movimento precisa estar associado ao fomento científico e tecnológico, na gestão em saúde, promovendo-se a PD&IS, desenvolvendo capacidade de pesquisa,

agilizando transferência de tecnologias e aperfeiçoando a distribuição de resultados de atividades de PD&IS com garantia de acesso a eles por toda população.

Nesse contexto, a persuasão política do CirCor, como Comunidade Epistêmica, na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba e no Governo do Estado, pavimentou o caminho para construção adequada da realidade social da saúde na Paraíba, criando expectativas mútuas quanto à previsibilidade de intenções (HAAS, 1992) e culminado em uma produção científica relevante, no âmbito da RCP, que foi difundida, internacionalmente, em periódicos com fator de alto impacto, a exemplo de Boletins da OMS e com aderência direta aos ODS, em especial aos ODS 3, 9 E 10. Desta forma, além da necessidade de se ter um amplo debate político em torno da definição de uma agenda de desenvolvimento, precisa-se avançar na produção de mudanças significativas quanto à aquisição e à divulgação de informações e conhecimento, compartilhando-se, assim, o que se tem e o que se sabe, com o objetivo de traçar estratégias a serem empregadas para o desenvolvimento sustentável em diferentes níveis – internacional, nacional, regional e local (ANDRADE; CARVALHO, 2015).

Percebe-se, portanto, nesse âmbito, que a RCP e as suas CC implementaram inovações relevantes, no setor saúde (como mostram as publicações dos Quadros 12, 13 e 14), produzindo inovações tecnológicas (a exemplo do *DigiScope* para auscultas cardíacas e do Marcador Biológico para detecção do ZIKV), capacitando profissionais e instituições, em uma perspectiva de CES, para garantir o acesso à saúde materno-infantil das camadas mais necessitadas da população, por meio de Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde (PD&IS) e implementando atividades de cooperação científico-tecnológica que buscam minimizar vulnerabilidades e iniquidades no setor saúde do Estado. Nesse sentido, o Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde da OMS preconiza que o fomento científico e tecnológico em saúde precisa focar, de forma prioritária, em morbimortalidade materno-infantil, doenças não transmissíveis e agravos (a exemplo de cardiopatias congênitas), equidade em saúde e eficiência de sistemas e serviços de saúde (ANDRADE; CARVALHO, 2015), que, como visto nesta pesquisa, alicerçam a atuação da RCP e de suas CC.

É fato, entretanto, que países desenvolvidos, como Estados Unidos, Inglaterra e Japão (que enviaram pesquisadores para algumas das CC) podem-se beneficiar do conhecimento disponível e da capacidade de PD&IS de países em desenvolvimento e de seus entes subnacionais, a exemplo do Brasil e da Paraíba, respectivamente, como um mecanismo para reduzir custos de empresas

transnacionais (como é o exemplo da *Cannon* japonesa), com a fabricação e a comercialização de determinado produto, em larga escala, a exemplo do Marcador Biológico, produzido, em parceria com o LIKA, para detectar a presença do ZIKV em sangue humano. Nesta arquitetura de cooperação, a influência dos profissionais de saúde que compõem o CirCor foi conquistada, centralmente, pela análise propositiva de um problema de saúde pública, que carecia de intervenção imediata, identificando-se estruturas precárias de atenção à saúde no Estado, abrindo-se, doravante, possibilidades de participação de diversos agentes, além das relações intergovernamentais e transnacionais, em uma perspectiva de CTD, e envolvendo parceiros internacionais.

Percebeu-se, portanto, a presença de interconexões, entre as esferas global e local, dentro do que se convencionou chamar de “glocalização”, representando o encontro de tendências da globalização e da localização, partindo-se da ideia de que a globalização não promove a negação do território, mas se materializa em espaços geográficos concretos, no âmbito de estados e cidades, e com efeito direto em suas populações (GOMES FILHO, 2011). Este fenômeno pode ser percebido, por meio da implementação da RCP, que trouxe reconhecimento internacional para o Estado do Paraíba, por meio da difusão de suas ações, em publicações científicas, pavimentando o caminho para levar a novos padrões de comportamento de atores públicos (tendo-se como exemplos o atual Governador do Estado e o seu antecessor) em determinar a adoção de políticas públicas, no setor saúde, estando estes gestores familiarizados com aspectos técnicos de um problema específico que assolava o Estado (escassez de estrutura adequada para assistência à saúde materno-infantil do Estado) e com os resultados advindos de determinada intervenção, representada, aqui, pelo convênio entre CirCor e Governo da Paraíba.

Outrossim, o aumento da complexidade do sistema político, em termos de atores, extensão de interações e agendas doméstica e internacional, faz com que entes públicos e privados levem em consideração conexões entre os mais diversos setores, como saúde, educação, meio-ambiente, segurança e assistência social, buscando construir agendas multissetoriais e preocupadas com os ODS. Nesse âmbito, a expansão do escopo das relações internacionais sinaliza o compartilhamento de responsabilidades de governança, que envolvem, diretamente, processos de interação e tomadas de decisão, entre atores envolvidos em arranjos de cooperação e em canais de aconselhamento, para melhor gerenciamento de políticas públicas, em que todos os atores atuam como condutores da implementação de planos de ação para pessoas, para o planeta e para prosperidade, fortalecendo

a paz universal com liberdade e objetivando o bem estar das populações (LUVIZOTTO; OLIVEIRA, 2011).

Observa-se, então, que as parcerias (locais, regionais, nacionais, internacionais e transnacionais) trazidas para RCP, por intermédio do CirCor, garantiram constante troca de saberes e informações, especialmente nas CC, transpondo barreiras de comunicação que, via de regra, estão presentes, entre entes estatais e não estatais, por estes entes não compartilharem, muitas vezes, das mesmas práticas e culturas no âmbito da implementação de políticas públicas. Nesse contexto, a adoção da metodologia LEGOS foi condição *sine qua non* para estabelecer e manter uma cultura de Cooperação Estruturante em Saúde, entre os membros da RCP, facilitada pelo uso da Telemedicina em capacitações, consultas, diagnósticos e trocas de experiências, fortalecendo o *esprit de corps* desta CE transnacional. Os resultados obtidos por este trabalho de assistência em rede, reconhecido nacional e internacionalmente, estão associados à ideia da promoção e da proteção à saúde como elementos basilares e indispensáveis para o contínuo desenvolvimento econômico e social dos povos, provando que é possível lidar com desafios múltiplos e complexos, no setor saúde, quando há disponibilidade de força de trabalho colaborativa, integrada e ajustada às mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas e, sobretudo, às necessidades da população.

REFERÊNCIAS

ABARCA, E. **El nuevo rostro de la cooperación técnica entre países em desarrollo y las nuevas tendencias internacionales**. Revista de Ciencias Sociales. Costa Rica, v. 4, n. 94, p. 169-188, 2001.

ABC (Agência Brasileira de Cooperação) **A política exterior: de Cardoso a Lula**. Revista Brasileira de Política Internacional, [s l.]. v. 46, n. 1, p.5-11 jan.-jun. 2018.

ABC/IPEA, **Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 2010-2013**. Brasília: IPEA/ ABC. 2016.

ALBUQUERQUE, Fernanda; ARAÚJO, Juliana, MATTOS, Sandra *et al.* **Impact of a Telemedicine Network on Neonatal Mortality in a State in Northeast Brazil**. Population Health Management, vol. 21, n.6, p. 35-48, USA, Dec. 2018.

ALFAIA JUNIOR, José Roberto Gióia. **O impacto social da atuação das organizações transnacionais na elaboração de Políticas Públicas no Estado Brasileiro para a Região Amazônica**. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais). Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais. Instituto de Relações Internacionais da Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

ALLEN, Samuel. **Zica in NE Brazil**. Scholarship Report. Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow, 2016.

ALMEIDA, C. *et al.* **A concepção brasileira de “cooperação sul-sul estruturante em saúde”**. RECIIS-R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde, Rio de Janeiro. v. 4, n. 1. p. 25-35, março de 2010.

ALMEIDA, Celia. **Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para reflexão sobre o caso do Brasil**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde, 2013. Americanas (ISAGS/UNASUL). 2013a. Informe, Rio de Janeiro, maio de 2013.

AL-RODHAN, N. R. F.; STAUDMANN, G. **Definitions of globalization: a comprehensive overview and a proposed definition**. Genebra, Genebre Centre for Security Policy, Mimeo, 2006.

ALVES, J. E. Diniz. **O mito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável(ODS)**. Revista EcoDebate, ISSN 2446-9394. Disponível em: <<https://www.ecodebate.com.br/2015/09/23/o-mito-dos-objetivosde-desenvolvimento-sustentavel-ods-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>>. 2015. Acesso em: 10 de dezembro de 2019.

AMORIM, Celso. 2010. Em entrevista. **Cooperação em Saúde**, Boletim da Atuação, Brasil. Ministério da Saúde. Ministério das Relações Exteriores. Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ANDRADE, Edjane. **Parceria entre ONG e Estado**: análise do Projeto Círculo do Coração. Curso de Especialização em Gestão Pública. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, Mari, 2018.

ANDRADE, Priscila Almeida; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche. **Cooperação internacional para o desenvolvimento científico e tecnológico**: um caminho para equidade em saúde. *História, Ciência e Saúde*, v. 22, n. 1, p. 49-67, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2015.

ARAÚJO, Juliana Sousa Soares. **O impacto de uma rede de telemedicina no enfrentamento da microcefalia no Estado da Paraíba**. 2016. 66f. Tese (Doutorado em Biologia Aplicada à Saúde) – Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2016.

ARAÚJO, Juliana; GOMES, Renata; MATTOS, Sandra *et. al.* **Impact of Telemedicine in the Screening for Congenital Heart Disease in a Centre from Northeast Brazil**. *Journal of Tropical Pediatrics*, Oxford University Press, vol. 62, issue 10, Oxford, 2016.

ARCAYA, MC *et al.* **Inequalities in health**: definitions, concepts and theories. *Global Health Action*, v. 8, n. 27, p. 1-11, 2015.

ARRETCHE, Marta. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais**: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

ARRETCHE, Marta. **Trajetórias da desigualdade**: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos. Editora Unesp, 1ed., São Paulo, 2015.

ASHWAL, Stephen *et al.* **Practice Parameter**: Evaluation of the child with microcephaly (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, v. 73, n. 11, p. 887-897, 2009.

ASSUNÇÃO, Patrícia; BEZERRA, Bruno; MATTOS, Sandra *et. al.* **Microcephaly in north-east Brazil: a retrospective study on neonates born between 2012 and 2015**. *Bulletin of the World Health Organization*, v.94, p. 835-840, World Health Organization, Feb. 2016.

AXELROD, Robert. **Structure of Decision**: The Cognitive Maps of Political Elites. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1976.

AYLLON, Bruno. **Repensando a CID**. Brasília: IPEA, 2014.

BANZATO, A. P. Azevedo. **As interconexões entre o global e o local**: governos subnacionais nas Relações Internacionais. *Estudos Internacionais*, v. 4 n. 1, Belo horizonte, nov. 2016.

BARNES, Barry; EDGE, David. **General Introduction**, *Science in Context*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1982.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BAUER, Martin; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

BAUMAN, Zygmund. **A riqueza de poucos beneficia todos nós?** São Paulo: Zahar, 2015.

BERRIDGE, Geoff. **Diplomacy: Theory and practice**, London and New York: Palgrave, Macmillan, 2005.

BESHARATI, Neissan Alessandro. **Common goals and differential commitments: the role of emerging economies in global development**. Discussion Paper, n.26, Johannesburg: German Development Institute, 2013.

BIRKLAND, Thomas. **An Introduction to the Public Policy Process: Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making**. Armonk: Sharpe, 2011.

BIRN, Anne-Emanuelle. **The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history?** Global Public Health, v.4, n.1, p.50-68, 2009.

BISCAIA, André Rosa; FEHN, Amanda Cavada; PEREIRA, Antônio. **O médico de família português: uma narrativa**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 12-17, 2019.

BLAU, Peter M. **Exchange and Power in Social Life**. New York: Wiley, 1986.

BLISS, Katherine; BUSS, Paulo; ROSENBERG, Felix. (2012). **New Approaches to Global Health Cooperation** - perspectives from Brazil. Brasil: Ministério da Saúde/Fiocruz; Washington, D.C: Center for Strategic and International Studies, set. Disponível em: <http://csis.org/files/publication/120927_Bliss_NewApproachesBrazil_Web.pdf>. Último acesso em: 10 de Agosto de 2019.

BOURICHE, Marie. **Les instruments de solidarité em droit international public**. Paris: Connaissances et savoirs, 2012.

BOUTROS-GHALI, Boutros. **La Unión hace la fuerza**. Red Voltaire, 2006.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**, Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 24 de novembro de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos->

Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.1948.html>. Acesso em: 26 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Presidência da República**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Código Civil. Lei nº 10.246 de 10 de Janeiro de 2002. Disponível em<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 23 de novembro de 2018.

BRASIL. **Presidência da República**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.127 de 28 de junho de 2005, altera os arts. 54, 57, 59, 60 e 2.031 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil, e o art. 192 da Lei nº 11.101, de 9 de fevereiro de 2005, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11127.htm>. Acesso em: 23 de novembro de 2018.

BRASIL. **Relatório voluntário nacional sobre os ODS**, disponível em: <http://www.secretariadegoverno.gov.br/snasdokumentos/relatoriovoluntario_brasil2017port.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

BROWN, Theodore; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. **A transição de saúde pública “internacional” para “global” e a Organização Mundial da Saúde**. História, Ciências, Saúde – Maguinhos, v. 13, n. 3, p. 623-47, 2006.

BUDINI, Terra Friedrich. **Reflexões sobre a ideia de sociedade civil global e a ação política não-estatal além das fronteiras**. 2010. 104 f. Dissertação (mestrado) - UNESP/UNICAMP/PUC-SP, Programa San Tiago Dantas, 2010. Available at: <<http://hdl.handle.net/11449/98110>>. Acesso em: 28 de agosto de 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. **Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 6, p. 2699-2711, 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. **Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1881-1889, 2018.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* **Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, n. 6, p. 1479-1491, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* **Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2555-2570, 2014.

BUTHE, Tim; MAJOR, Salomon; MELLO E SOUZA, André. **The politics of private foreign aid**: humanitarian principles, economic development objectives, and organization interests in NGO private aid allocation. *International organization*, Cambridge, v. 66, p. 571-607, out. 2012.

CALEGARE, Marcelo Gustavo Aguilar; SILVA JUNIOR, Nelson. **A “construção” do terceiro setor no Brasil**: da questão social à organizacional. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 129-148, jun. 2009.

CARAVANA da **Rede Cuidar** visita 13 cidades com ações de saúde. Notícias. Rede Cuidar, 15 de julho de 2019. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/caravana-da-rede-cuidar-deve-realizar-6-500-atendimentos-ate-sabado>. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

CARAYANNIS, Elias; PIRZADEH, Ali; POPESCU, Denisa. **Institutional learning and knowledge transfer across epistemic communities**: new tools of global governance. Spring Science & Business Media, 2011.

CARVALHO, Paulo Gonzaga Mibielli; BARCELLOS, Frederico Cavadas. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM**: Uma avaliação crítica. *Sustentabilidade em Debate*, Brasília, v. 5, n. 3, p. 222-244, 2014.

CASSIER, Maurice; CORRÊA, Marilena. **Éloge de la copie**: le reverse engineering des antirétroviraux contre le VIH/Sida dans les laboratoires brésiliens. *Sciences sociales et santé*, v. 27, n. 3, p. 77-103, 2009.

CASTRO, Ana; COIMBRA, Miguel; GOMES, Pedro; MATTOS, Sandra. **Comparison between Users of a New Methodology for Heart Sound Auscultation**. 38TH Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), USA, Orlando, Florida, v. 38, issue 1, p. 5388-5391, August, 2017.

CASTRO, Ana; COIMBRA, Miguel; MATTOS, Sandra; VINHOZA, Tiago. **Heart Sound Segmentation of Pediatric Auscultations Using Wavelet Analysis**. 35TH Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), Osaka, Japan, v. 35, issue 1, p. 121-125, 2013.

CERNEA, Michael M. **Nongovernmental Organizations and Local Development**. World Bank Discussion, paper n. 40, Washington, D.C., 1988.

CERVO, A. L. **Inserção Internacional**: formação dos conceitos brasileiros. São Paulo: Saraiva, 2008.

CHADE, Jamil. **Brasil tem 4 das 100 ONGs mais relevantes do mundo**. O ranking global é liderado pela organização Médicos Sem Fronteira, por sua ação contra o Ebola. *EXAME*, 26 jan 2015, 10h11. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/brasil-tem-4-das-100-ongs-mais-relevantes-do-mundo/>. Acesso em: 23 de novembro de 2017.

CHATURVEDI, Sachin; FUES, Thomas; SIDIROPOULOS, Elizabeth. **Development cooperation and emerging powers: new partners or old partners?** New York: Zed Books, 2012.

CHAVES, C. L. **Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889.** História, Ciências e Saúde, Manguinhos/RJ. V. 20, n. 2, p. 411-434, abr-jun. 2013.

CÍRCULO do Coração coordena mais uma edição da **Caravana do Coração**. Notícias. Circulo do Coração, julho 18th, 2017a. Disponível em: <https://www.circulodocoracao.com.br/sites/circor/2017/07/18/v-caravana-do-coracao/> . Acesso em: 23 de novembro de 2017.

CÍRCULO do Coração, durante realização do **VI Simpósio RCP**, apresenta os resultados dos 6 anos de rede. Notícias. Circulo do Coração, outubro 19th, 2017b. Disponível em: <https://www.circulodocoracao.com.br/sites/circor/2017/10/19/vi-simposio-rcp-circor/> . Acesso em: 23 de novembro de 2017.

COELHO, Vera Schattan; DIAS, Marcelo. **Saúde e desigualdade no Brasil.** In: Arretche, Marta (org.). *Trajetória das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos.* Centro de Estudos da Metrópole – CEM. Editora Unesp, São Paulo, p. 249-276, 2015.

COELHO NETO, Giliane Cardoso; ANTUNES, Valeska Holst; OLIVEIRA, Aristides. **A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 70-74, 2019.

COHEN, Jean L. **Sociedade Civil e Globalização: Repensando Categorias.** Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 46, n. 3, 2003.

COIMBRA, Miguel *et al.* **Can we screen 40k children per year using DigiScope?** IEEE - Instituto de Telecomunicações, Universidade do Porto, v. 4, n. 1, p. 401-438, 2016.

COIMBRA, Miguel; MATTOS, Sandra; VEIGA, Diana *et al.* **Mitral Valve Leaflets Segmentation in Echocardiography Using Convolutional Neural Networks.** IEEE 6th Portuguese Meeting on Bioengineering (ENBENG), Portugal, Lisbon v. 6, issue 1, p. 1-9, 2019.

COSTA, Eva. MARTINS, Nelson; MATTOS, Sandra *et al.* **A Preliminary Approach for the Segmentation of Mitral Valve Regurgitation Jet in Doppler Ecocardiography Images.** Proc International Joint Conf. On Biomedical Engineering Systems and Technologies – BIOSTEC, Portugal, Porto, v.10, n.1, p. 47-54, February, 2017.

COSTA, Nilson do Rosário. **Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 809-829, 2014.

COX, Robert W. **Social forces, States and World Orders: beyond International Relations Theory.** In KEOHANE, Robert O. (ed) *Neorealism and its critics.* Columbia: Columbia University Press. p. 204-254. 1986.

CRCP, Coordenadora de Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba. **Entrevista III**. [nov. 2019]. Entrevistador: José Wagner de Oliveira Tavares. João Pessoa, 2019. 1 arquivo .mpeg4áudio (51 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta Dissertação.

CROSS, Mai'a. **Rethinking Epistemic Communities Twenty Years Later**. Forthcoming Review of International Studies. vol. 39, n. 1, p. 137-160, 2013.

CROSS, Mai'a. **The Limits of Epistemic Communities: EU Security Agencies. Politics and Governance**, v.3, n. 1, p. 90-100, 2015.

DAGNINO, Evelina “**Sociedade Civil, participação e cidadania: de que estamos falando?**” Em Daniel Mato (coord), Políticas de ciudadanía y sociedade civil em tempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004.

DELBRASOMC – Delegação do Brasil junto à Organização Mundial do Comércio. **O Acordo TRIPS: Um panorama; TRIPS e Saúde Pública**, Genebra, 2017.

DHRP, Diretor de Hospital de Referência na Paraíba. **Entrevista IV**. [dez. 2019]. Entrevistador: José Wagner de Oliveira Tavares. João Pessoa, 2019. 1 arquivo .mpeg4áudio (55 min.). A entrevista na íntegra encontra-se no Apêndice D desta Dissertação.

DI CIOMMO, Mariella. **Development cooperation for the future: the increasing role of emerging providers**. Bristol: Development Initiatives, 2014.

DINIZ, Andressa; MARIANO, Nicolay. **Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na rede de cardiologia pediátrica Pernambuco-Paraíba na cidade de Patos (PB)**. Revista Ciências em Saúde, v. 9, n. 1, p. 10-14, 2019.

DIOGENES, Tereza; MATTOS, Sandra; OLIVEIRA, Alyne *et. al.* **Novo Modelo de Teletriagem das Cardiopatias Congênitas**. Jornal Brasileiro de TeleSaúde, vol. 3, n. 1, p. 229-231, 2014.

DUNNE, Tim; HANSEN, Lene; WIGHT, Colin. **The end of international relations theory?** European Journal of International Relations, v. 19, n. 3, p. 405-425, 2013.

EASTERLY, William. **The tyranny of experts: economists, dictators, and the forgotten right of the poor**. New York: Zed Books, 2012.

FERNANDES, Rubem César. **Privado, porém Público: o terceiro setor na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FERREIRA NETO, Joao Leite; ARAÚJO, Jose Newton. **Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasse em tempos neoliberais**. Psicologia & Sociedade, v. 26, n. 3, p. 675-684, 2014.

FERREIRA, José Roberto; FONSECA, Luiz Eduardo. **Cooperação estruturante: a experiência da Fiocruz**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 7, p. 2129-2133, 2017.

FIDLER, David. **Reflections on the revolution in health and foreign policy**. Bulletin of the World Health Organization, v. 85, n. 3, p. 243-244, 2007.

FLECK, Ludwig. **Genesis and Development of a Scientific Fact**. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Artmed, 2009.

FOLLER, Maj-Lis. **Cooperação Sul-Sul**: a Parceria Brasileira com Moçambique e a Construção de uma Fábrica de Medicamentos de Combate à AIDS. Austral, Revista Brasileira de Estratégia e Relações Internacionais, v. 2, n. 3, p. 181-207, 2013.

FONSECA, Luiz Eduardo *et. al.* **Meio século de cooperação para o desenvolvimento e sua influência no setor saúde**. Anais do IV Encontro da ABRI, Belo Horizonte, julho de 2013.

FOUCAULT, Michel. **The Order of Things**: An archaeology of the human sciences. Vintage Books, New York, 1973.

FREIRE, P. **Conscientização, teoria e prática da libertação**. São Paulo: Editora Moraes, 1980.

FRY, Earl H. **La perméabilisation de l'état-nation dans un monde d'interdépendance internationale globale et de mutations sous-nationales**. In PHILIP, Christian *et al.* Au-delà et en deçà de l'état-nation. Bruxelas: Bruylant, p. 21-52, 1996.

FUKUDA-PARR, Sakiko; KUMAR, A. K. Shiva. **Readings in human development**: concepts, measures and policies for a development paradigm. New Delhi: Oxford University Press, 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – **FIOCRUZ**. Disponível em <http://portal.fiocruz.br>. Acesso em: 20 de dezembro de 2018.

GALDINO, Milena; HAZIN, Sheila; MATTOS, Sandra *et. al.* **Diagnosis and management of transportation of great arteries within a pediatric cardiology network with the aid of telemedicine**: A case report from Brazil. Journal of Telemedicine and Telecare, vol. 22, issue 3, p. 27-36, 2016.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. **Saúde Pública, bioética e equidade**. Revista Bioética, v.5, n. 1, p. 27-33, 1997.

GEORGE, Alexander L.; MCKEOWN, Timothy J. **Case Studies and Theories of Organizational Decision Making** in Advances in Information Processing in Organizations. Greenwich, Conn.: JAI Press, v.2, p. 21-58, 1985.

GERRING, John. **What Is a Case Study and What Is It Good for?** American Political Science Review, Boston, vol. 98, n. 2, 2004.

GODET, Michael. **Scenarios and strategic management.** Londres: Butterworths Scientific, 1987.

GODET, Michael; DURANCE, Philippe. **A perspectiva estratégica:** para as empresas e os territórios. Paris: Dunod; Unesco, 2011.

GOMES FILHO, F. **A paradiplomacia subnacional no Brasil:** uma análise da política de atuação internacional dos governos estaduais fronteiriços da Amazônia. 2011.276f. Tese (Doutorado em Relações Internacionais e Desenvolvimento Regional) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011.

GPSP, Gestora Pública de Saúde da Paraíba. **Entrevista II.** [out. 2019]. Entrevistador: José Wagner de Oliveira Tavares. João Pessoa, 2019. 1 arquivo .mpeg4áudio (48 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice B desta Dissertação.

GROVOGUI, Siba. **The Global South:** a metaphor, not an etymology. Global studies review, Virgínia, v. 6, n. 3, 2010.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Ciência, tecnologia e inovação:** um paradoxo na reforma sanitária. In: Lima, Nísia Trindade *et al.* (Org.). Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 235-256, 2005.

HANNAH, J. A. **New directions in foreign aid for the 1970's.** American journal of agricultural economics, v. 52, n. 2, p. 302-307, May 1970.

HAAS, P. M. **Epistemic Communities and International Policy Coordination:** Introduction. International Organization, v. 46, n.1. p. 1-35, 1992.

HAAS, Peter. **Policy Knowledge:** Epistemic Communities. In: BATTLES, Paul; NEIL, Smelser (eds.), International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Oxford: Pergamon, p. 11578-11586, 2001.

HAZIN, Sheila; REGIS, Cláudio; SOARES, Juliana; ALBUQUERQUE. *et. al.* **A telemedicine network for remote paediatric cardiology services in northeast Brazil.** Bulletin of the World Health Organization, vol. 93, issue 12, p. 881 - 887. World Health Organization, 2015.

HECHTER, Michael. **Principles of Group Solidarity.** University of California Press, Berkeley, 1987.

HOCKING, B. **Regionalismo:** uma perspectiva das Relações Internacionais. In: VIGEVANI, T. *et al.* (Org.). A dimensão subnacional e as relações internacionais. São Paulo: Editora Unesp, p. 77-107, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **As Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos no Brasil – 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. (Estudos e pesquisas. Informação econômica, n. 20), Rio de Janeiro, 2018.

IDA – International Development Association. **Aid Architecture: an overview of the main trends in official development assistance**. IDA, World Bank, Washington, 2007.

IGLESIAS, C. A. **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: Fundação Alexandre de Gusmão, 2010.

INSTITUTO SUL AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. **Decision for the Establishment of the South American Health Council of UNASUR (2011)**. Disponível em <http://isags-unasur.org>. Acesso em: 28 de dezembro de 2018.

IPEA- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; ABC – AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2010**. Brasília: Ipea; ABC, 2013.

JABRI, Vivienne. **Reflections on the study of international relations**. In: SALMON, T. C.; IMBER, M. F. (Org.). *Issues in International Relations*. 2. ed. Nova Iorque: Routledge, p. 11-32, 2008.

JACCOUD, Luciana. **Aprendizados recentes no enfrentamento da desigualdade**. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *O Brasil sem Miséria*. Brasília: MDS, 2014.

JACKSON, Robert; SORENSEN, George. **Introdução Às Relações Internacionais**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

JICA – Japan International Cooperation Agency. Guia Informativo: **Cooperação Técnica para Projetos Comunitários**. Brasília: Agência de Cooperação Internacional do Japão, 2009.

JUNQUEIRA, C. G. B. **A inserção internacional dos atores subnacionais e os processos de integração regional: uma análise da União Europeia e do Mercosul**. 2014. 267 f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

JUNQUEIRA, C. G. B.; MARIANO, K. L. P. **A internacionalização dos entes subnacionais federativos: notas sobre os casos do Brasil e da Argentina**. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIA POLÍTICA, 9, 2017, Montevideú, Uruguai. *Anais...* Montevideú: Asociación Latinoamericana de Ciencia Política, p. 1-20, 2017.

KASTRUP, Erica *et al.* **Percepção de especialistas em saúde sobre a Agenda 2030**. Futuros do Brasil: relatórios de pesquisa. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE/Fiocruz, v.1, n. 1, 2018.

KEMER, Thaíse; PEREIRA, Alessandro Eugenio; BLANCO, Ramon. **A construção da paz em um mundo em transformação e a crítica sobre o conceito de *peacebuilding***. Revista de Sociologia e Política, v. 24, n. 60, p. 137-150, 2016.

KEOHANE, Robert. O.; NYE JR, Joseph S. **Power and Interdependence: World Politics in Transition**. Boston: Scott, Foresman and Company, 2001.

KEOHANE, Robert O.; NYE JR., Joseph S. **Transnational Relations and World Politics: an Introduction**. In: International Organizations. Vol.25, no 3, Transnational Relations and World Politics, 1971.

KERN, A.; WEISTAUBB, L. **El debate sobre la cooperación Sur-Sur y su lugar em la política exterior argentina**. Revista española de desarrollo y cooperación. Madri, n.27, p. 83-95, 2011.

KHAMIS, Renato Braz Mehanna; ALVES, Juliana da Silva. **A redução das desigualdades no Brasil e o objetivo de desenvolvimento sustentável nº 10**. JURIS – Revista da Faculdade de Direito, v. 28, n. 2, p. 135-154, 2018.

KICKBUSCH, Ilona; BERGER, Chantal. **Diplomacia da saúde global**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (RECIIS), Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-24, 2010.

KRASNER, Stephen. **International Regimes**. New York: Cornell University Press, 1983.

KRIEGER, Nancy. **A Glossary for social epidemiology**. J. Epidemiology Community Health, n. 55, p. 693-700, 2001.

KROW-LUCAL, Elizabeth; ANDRADE, Maria; CABRAL, Cibele *et. al.* **Association and birth prevalence of microcephaly attributable to Zika vírus infection among infants in Paraíba, Brazil, in 2015-16: a case-control study**. The Lancet Child & Adolescent Health, Volume 2, Issue 3, p. 1-9, March 2018.

LANDIM, Leilah. **Organizações Não Governamentais**. FGV CPDOC. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/organizacoes-nao-governamentais>
Acesso em: 17 de novembro de 2017.

LAWSON, Max *et al.* **Tempo de Cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade**. Documento informativo da Oxfam, Oxfam Brasil, janeiro de 2020. Disponível em: www.oxfam.org.br. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

LEGOS (**Liderar e Empoderar Grupos para Otimizar Soluções**): um modelo inovador para soluções de saúde em regiões em desenvolvimento. Prêmio ODS Brasil, 2018. Banco de Práticas ODS, 2018.

LIMA, Carlos Eduardo Dantas de Oliveira. **Parcerias Público-Privadas**: a reforma de 2012 e a possibilidade de pagamento imediato dos aportes financeiros pelo parceiro público. *Revista Jus Navigandi*, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 19, n. 3928, 3 abr. 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/27176>. Acesso em: 10 de janeiro de 2020.

LOPES, Carlos. **Cooperação e desenvolvimento humano**: agenda emergente para o novo milênio. Editora Unesp, São Paulo, 2005.

LUVIZOTTO, Caroline; OLIVEIRA, Marcelo. **Cooperação técnica internacional**: aportes teóricos. *Revista Brasileira de Política Internacional*, Brasília, vol. 54, n. 2, p. 5-21, 2011.

MACHOÑ M; KOHOUTOVÁ, J; BURESOVÁ, J; BOBKOVÁ, J (2018). "As **comunidades epistêmicas e a sua influência na política internacional**: atualização do conceito". *JANUS.NET e-journal of International Relations*, Vol. 9, N.º 2, Novembro 2018-Abril 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26619/1647-7251.9.2.1>. Acesso em: 10 de julho de 2019.

MAGALHÃES, Diego. **Globalizadores do século XXI**: países emergentes e a globalização Sul-Sul. *Revista conjuntura austral*, Porto Alegre, v. 2, n. 8, p. 82-89, 2011.

MAIORES ONGs do Brasil. **Eficiência em Impacto Social**. Sd. Disponível em: < <https://inkinspira.com.br/maiores-ongs-brasil/> > . Acesso em: 23 de novembro de 2017.

MAJONE, G. **Evidence, arguments and persuasion in the policy process**. New Haven: Yale University Press, 1989.

MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. **Rediscovering Institutions**: The Organizational Basis of Politics. The Free Press, Macmillan, New York, 1989.

MARCIAL, Elaine C. **Análise estratégica**: estudos de futuro no contexto da inteligência competitiva. Brasília: Thesaurus, 2011.

MARCIAL, Elaine C. *et al.* **Megatendências mundiais 2030**: o que entidades e personalidades internacionais pensam sobre o futuro do mundo? Brasília: Ipea, 2015.

MARIANO, Karina Lilia Pasquariello. **Globalização, Integração e o Estado**. *Lua Nova*, São Paulo, v. 71, p. 123-168, 2007.

MATTOS, Sandra. **Cardiologia para o Pediatra** - Manual Prático para o Reconhecimento e Manuseio das Cardiopatias na Infância. Brasil: Caduceus, 2004.

MATTOS, Sandra; MOURATO, Felipe Alves *et al.* **Clinical Examination and Pulse Oximetry to Detect Congenital Heart Defects**. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 28, n. 2, p. 148-151, 2015.

MATTOS, Sandra; REGIS, Cláudio; SOARES, Juliana *et al.* **Pediatric cardiology in public health**: a tele-network covering over 55000 km² of underserved regions in Brazil. *Cardiovascular Journal of Africa*, vol. 24, n. 1, 2013.

MATTOS, Sandra; MOSER, Lúcia *et al.* **Telemedicina em Cardiologia Pediátrica e Fetal**. *Revista Brasileira de Ecocardiografia*, v. 2, n.1, p. 63-70, 2002.

MATTOS, Sandra; MOURATO, Felipe; SOARES, Juliana *et al.* **Impact of a Telemedicine Network on Neonatal Mortality in a State in Northeast Brazil**. *Population Health Management*, v. 31, p. 1059-1065, 2018.

MEMMI, Albert. **Retrato do colonizado precedido de retrato do colonizador**. *Civilização Brasileira*, Rio de Janeiro, 2007.

MENDES, Cristina Teixeira *et al.* **A Rede de Cuidado de Cardiologia Pediátrica PB/PE: um Importante Passo na Formação de Profissionais de Saúde**. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, v. 1, n. 1, Associação Brasileira da Rede UNIDA, 2014.

MENESCAL, Andréa Koury. **História e Gênese das Organizações Não-Governamentais**. *Estação Liberdade*, São Paulo, 1996.

MIRANDA, Jaime; ZAMAN, Justin. **Exporting “failure”**: why research from rich countries may not benefit the developing world. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 185-189, 2010.

MORAES, M. **South-South cooperation**: past and present of this conceptualization and practice. *New York: Columbia University*, p. 39-62, 2009.

MOSER, Lúcia; MOURATO, Felipe; MATTOS, Sandra. **Sistema Interativo em Ambiente Móvel para o Diagnóstico Diferencial de Cardiopatias Congênitas**. *Journal of Health Informatics*, v. 5, n. 4, p. 127-131, 2013.

MOURATO, Felipe; MATTOS, Sandra; RODRIGUES, Klecida *et al.* **Impact of a Virtual Clinic in a Pediatric Cardiology Network on Northeast Brazil**. *International Journal of Telemedicine and Applications*, Hindawi Publishing Corporation, Jul. 2015.

MUSSI, Carlos. **Cooperação Sul-sul**: conceitos, tipologia e desafios. *Nota Conceitual do Sistema das Nações Unidas*, Brasília, 2007.

NAÇÕES UNIDAS, ASSEMBLEIA GERAL. **An agenda for development**. Documento A/48/935, de 6 de maio de 1994.

NAÇÕES UNIDAS. A/RES/55/2. **Declaração do milênio**. Nova Iorque, Nações Unidas. Disponível em: <www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2019.

NETO, Walter Antonio Desiderá. **A cooperação internacional para o desenvolvimento como uma expressão específica da cooperação internacional**: um levantamento teórico. OIKOS, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 115-128, 2014.

NYE, Joseph. **O paradoxo do poder americano**: por que a única superpotência do mundo não pode prosseguir isolada. Tradução Luiz Antônio de Oliveira Araújo. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

OKADO, Giovanni Hideki Chinaglia; QUINELLI, Larissa. **Megatendências Mundiais 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**: Uma Reflexão Preliminar sobre a “Nova Agenda” das Nações Unidas. Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos, Goiânia, v. 2, n. 2, p. 111-129, 2016.

OLIVEIRA, Ana; COIMBRA, Miguel; MATTOS, Sandra. **Development and Assessment of an E-learning Course on Pediatric Cardiology Basics**. JMIR Medical Education, vol. 3, issue 1, Toronto, Canada, 2017.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação para promover e realizar cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD) ou Plano de Ação de Buenos Aires**. Resolução nº 22/134, de 19 de dezembro de 1978, Assembleia Geral da ONU, 1978.

ONU BRASIL. Documentos Temáticos: **Indústria, Inovação e Infraestrutura**. Documento elaborado pelo subgrupo do ODS 9 do Grupo Assessor das Nações Unidas no Brasil sobre a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, Junho de 2017.

ONUBR – Nações Unidas do Brasil. Documentos Temáticos: **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**, PNUD, Brasília, 2018.

ONU BRASIL. **Roteiro para a Localização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**: Implementação e Acompanhamento no nível subnacional. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/ODS/undp-br-roterio-localizacao-objetivos-desenvolvimento-2017.pdf?download>>. Acesso em: 10 dezembro de 2019.

ONU. **Transformando Nosso Mundo**: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, Setembro de 2015. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 10 de novembro de 2019.

OXFAM – Oxford Committee for Famine Relief – Relatório (2017): “**A distância que nos une.**” <https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/Relatorio_A_distancia_que_nos_une.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

PADILHA, Alexandre. **A Intervenção do Ministro de Estado da Saúde do Brasil na I Reunião de Ministros da Saúde dos BRICS**. Pequim, Julho de 2011.

PARAÍBA. Governo do Estado. Portaria nº 207/GS, de 07 de maio de 2019. **Institui o regulamento da Rede Cuidar no Estado da Paraíba**. Diário Oficial do Estado da Paraíba, p. 12-13, João Pessoa, PB, 14 de maio de 2019.

PARAÍBA. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Gerência de Planejamento e Gestão: **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Resolução Nº 0123/16, João Pessoa: SES, 2016.

PEREIRA, Antonio Celso Alves. **Apontamentos sobre a Reforma do Conselho de Segurança das Nações Unidas**. Direito Internacional Público Contemporâneo. Anais do XV Encontro Preparatório para o Congresso Nacional do CONPEDI - Campos dos Goytacazes: 2007 (p1061-1079).

PEREIRA, J. M. M. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro: 1944-2008**. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2010.

PEREZ, F. A. **Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: **os objetivos do desenvolvimento sustentável** - dos ODM aos ODS. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ods.aspx>>. Acesso em: 27 de outubro de 2019.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>>. Acesso em: 23 de novembro de 2017.

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: **um século de luta pelo direito à saúde**. Direção de Renato Tapajós. Roteiro: Renato Tapajós. Rio de Janeiro: [s.i.], 2013.

PORTA, Donatella Della; KEATING, Michael. **Approaches and Methodologies in the Social Sciences: A Pluralist Perspective**. New York: Cambridge University Press, 2008.

PORTARIA. Nº 1.727, 11 de julho de 2017. **Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/31/portaria-1727> Acesso em: 16 de janeiro de 2020.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. **Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 72p, 2001.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. **Organização Perinatal Nacional: Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal**. Lisboa, março de 2006.

PUPPE, Ricardo. **Corações Paraibanos**. Semana Nacional de Ciência e Tecnologia (SNCT). VI Mostra VideoSaúde da Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/coracoes-paraibanos-premiado-na-mostra-videosaude-da-fiocruz>. Acesso em: 28 de novembro de 2019.

RAMANZINI JÚNIOR, H. **Uma Análise da Política Externa do Governo Lula da Silva**. Revista Debates, Porto Alegre, jul.-dez., p.60-80, 2010.

RENN, Ortwin. **Risk**. In: PATTBERG, Phillipp; ZELLI, Faribors (eds.): Encyclopedia of Global Environmental Governance and Politics. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, p. 53-60, 2015.

RICHARDSON, Robert Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

RIST, Gilbert. **Lé développement: historie d'une croyance accidentale**. Presses de Sciences Po, Paris, 1996.

ROCC, Representante da ONG Círculo do Coração. **Entrevista I**. [fev. 2019]. Entrevistador: José Wagner de Oliveira Tavares. Recife, 2019. 1 arquivo .mpeg4áudio (43 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta Dissertação.

RODRIGUES, Gilberto Marcos Antônio. **Marco jurídico para a cooperação internacional descentralizada**. São Paulo: Frente Nacional de Prefeitos, 2011.

RUGGIE, John Gerald. **International Responses to Technology**. International Organization, v. 29, Summer, 1975.

SACHS, Ignacy. **Desenvolvimento e cultura: desenvolvimento da cultura, cultura do desenvolvimento**. Organização e sociedade, v. 12, n. 33, 2005.

SAMUEL, Allen. **Zica in NE Brazil**. Scholarship Report. Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow, UK, 2016.

SANTANA, João L. **O papel da paradiplomacia nas Relações Internacionais: a ascensão das unidades subnacionais num contexto mundial globalizado**. Monografia. Programa de Graduação em Línguas Estrangeras Aplicadas às Negociações Internacionais. Bahia, Universidade Estadual de Santa Cruz, 2009. Disponível em <http://www.uesc.br/cursos/lea/paradiplomacia.pdf>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2019

SANTANA, JP; PIRES-ALVES, F. **Desenvolvimento, desigualdade e cooperação internacional em saúde**. Cien Saúde Colet, 2017.

SANTOS, M.H.C. **Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte**. DADOS – Revista de Ciências Sociais, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.

SANTOS, Roberta de Freitas; CERQUEIRA, Mateus Rodrigues. **Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África.** História, Ciências, Saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 23-47, 2015.

SATO, Eiiti. **Conflito e cooperação nas relações internacionais: as organizações internacionais no século XXI.** Revista Brasileira de Política Internacional, vol. 46, n. 2, p. 161-176, 2003.

SEBENIUS, James. **Challenging conventional explanations of international cooperation: negotiation analysis and the case of epistemic communities.** International Organization, v.46, n. 1, p. 323-365, 1992.

SILVA, Andressa Henning; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos.** Qualit@s Revista Eletrônica, vol. 17, n. 1, p. 1-14, 2015.

SMITH, Richard. **Global public goods and health.** Bulletin of the World Health Organization, v. 81, n.7, p. 475, 2003.

SOARES, Guido F.S. **As ONGS e o Direito Internacional do Meio Ambiente.** Revista de Direito Ambiental. São Paulo. 2011.

SOARES, Juliana Sousa *et al.* **Uso da Telemedicina como Instrumento Inovador nos Cuidados às Cardiopatias Congênitas na Cidade de Patos – Paraíba pela Rede de Cardiologia Pediátrica (RCP).** Anais do XIV Encontro de Extensão da Universidade Federal da Paraíba. A Construção do Conhecimento no Cotidiano Acadêmico: Práticas e Reflexões, v. 13, n. 1, p. 1-5, 2013.

SOUZA, André de Melo. **Repensando a CID.** Brasília: IPEA, 2014.

TEMPORÃO, José Gomes. 2012. José Gomes Temporão fala sobre: **a necessidade de se melhorar a saúde na América do Sul**, Entrevista concedida a Ana Cappelano. ISAGS Notícias, 17 de Abril de 2012.

TENÓRIO, Fernando Guilherme (org.). **Gestão de ONGs: principais funções gerenciais.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

UN. United Nations. A/70/1. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.** Nova Iorque, UN. 2015. Disponível em: <www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E>. Acesso em: 12 de outubro de 2019.

UNDP. United Nations Development Programme. 2015. **MDGs produced most successful anti-poverty movement in history: UN report.** Disponível em: <<http://www.undp.org/content/undp/en/home/presscenter/pressreleases/2015/07/06/mdg-s->

produced-most-successful-anti-poverty-movement-in-history-un-report.html>. Acesso em: 27 de outubro de 2019.

VALLER, Wladimir. **O Brasil e a crise haitiana**: a cooperação técnica como instrumento de solidariedade e de ação diplomática. FUNAG, Brasília, 2007.

VENTURA, Deisy. **Saúde pública e política externa brasileira**. Revista Sur, v. 10. n. 19, p. 98-117, 2013.

VIEIRA, Liszt. **Os argonautas da cidadania**. A sociedade civil na globalização. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2001.

VIGEVANI, T.; CEPALUNI, G. **A política externa de Lula da Silva**: a estratégia da autonomia pela diversificação. Contexto Internacional, v. 29, n. 2, p. 273-335, 2007.

VISENTINI, Paulo Fagundes. O Brasil de Lula: **uma diplomacia global e afirmativa (2003-2010)**. Iberoamérica, v.1, n. 4, p. 56-68, 2011.

XAVIER, Júlio Bilhota. **25 Anos das Comissões Nacionais de Saúde Materna e da Criança**. Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), 2014.

ZARPELON, J. T. G. **A diplomacia da saúde brasileira**: Cooperação Sul-Sul no governo Lula (2003-2010). Mundorama.net., jul. 2013. Disponível em: <<http://mundorama.net/2013/07/19/a-diplomacia-da-saude-brasileira-cooperacao-sul-sul-no-governo-lula-2003-2010-por-janiffer-tammy-gusso-zarpelon/>> Acesso em: 20 de dezembro de 2018.

WEN, Chao Lung. **Telemedicina e telessaúde**: um panorama no Brasil. Informática Pública, v. 10, n. 2, p. 7-15, 2008.

WEYLAND, Kurt. **Theories of policy diffusion**: lessons from Latin American pension reform. World Politics, v. 57, p. 262-295, 2005.

WORLD BANK. **Governance and Development**. Washington: World Bank, 1992.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Zika strategic response framework and joint operations plan**. January-June, 2016.

WU, Xun; RAMESH, Martin; HOWLETT, Michael; FRITZEN, Scott. **The public policy primer**: Managing the policy process. Londres: Routledge, 2012.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas Semiestruturadas com Membros da RCP

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS COM MEMBROS DA REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA DA PARAÍBA

Questões Norteadoras:

1. Que fatores desencadearam o estabelecimento da parceria entre a ONG Círculo do Coração de Pernambuco e o Governo do Estado da Paraíba?
2. Como se deu a efetivação de assistência, no setor saúde, a crianças e gestantes paraibanas, envolvendo cooperação internacional e com transferência de tecnologias e saberes, entre atores nacionais e internacionais, por meio da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba (RCP)?
3. Quais os principais desafios enfrentados para o estabelecimento de parcerias, no âmbito de uma cooperação estruturante em saúde, envolvendo atores estatais e não estatais, e quais as principais metas a serem atingidas?
4. Qual a importância de se ter uma Rede de Cardiologia Pediátrica, na Paraíba, quais os resultados já alcançados e quem são os maiores beneficiados com a Rede?
5. Dentro da filosofia LEGOS (Liderar e Empoderar Grupos para Otimizar Soluções), como se deu a incorporação de soluções locais, para problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para levar assistência à população?
6. Qual a possibilidade de replicação deste convênio, nos âmbitos nacional e internacional, e seria de adotá-lo como política pública em diferentes realidades de outros estados ou países?
7. Pode-se dizer que houve uma revolução técnico-científico-informacional, no setor saúde do Estado, envolvendo parcerias internacionais no âmbito da RCP e de suas Caravanas do Coração (CC)?
8. Como se deu a participação de profissionais estrangeiros, nas ações da RCP e de suas CC, e qual o alcance internacional da produção científica realizada no âmbito da RCP da Paraíba?
9. Quais as principais frustrações, os maiores insucessos e as lições a serem aprendidas com a RCP e as suas CC?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS V – JOÃO PESSOA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, eu _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA ASSISTÊNCIA NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA: A REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA E AS CARAVANAS DO CORAÇÃO”**.

Declaro ser esclarecido (a) e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA ASSISTÊNCIA NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA: A REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA E AS CARAVANAS DO CORAÇÃO”** terá como objetivo geral Analisar a efetivação de cooperação e de assistência internacional, por meio de parceria entre a ONG Círculo do Coração e o Estado da Paraíba, à crianças e gestantes paraibanas, entre os anos de 2011 e 2018.

Ao voluntário caberá a autorização para estudo de caso sobre a efetivação de cooperação internacional, por meio de parceria entre atores estatais e membros do terceiro setor, no Estado da Paraíba, Brasil.

O universo da pesquisa incluirá o Terceiro Setor, cuja população será de atores atuantes no Brasil, especificamente na Região Nordeste, com amostra composta pelas que atuam na Paraíba. Optou-se por incluir as ONGs que atuam no área/setor da Saúde por terem apresentado parcerias mais evidentes neste Estado. Todavia, a priori deve-se excluir aquelas que atuam em outros setores.

Os instrumento para coleta de dados consistem em roteiros semiestruturados para realização de entrevistas e formulário para análise de documentos. Além disso, serão utilizarão dados do Perfil

das Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos em 2010, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD no Brasil. Como procedimentos para coleta de dados, utilizar-se-ão fontes de dados secundários supracitados para agregar aos instrumentos de coleta para que possamos identificar por seleção de variáveis de contexto, os impactos e melhorias das condições de vida e desenvolvimento. Outra abordagem complementar será a realização de entrevistas junto aos responsáveis pelas ONGs e os atores estatais.

Os dados serão organizados e separados em arquivos eletrônicos. Para os dados quantitativos, elaborar-se-á um Plano de Análise para as variáveis dos bancos de dados para serem submetidos à análise estatística. Entretanto, para os dados qualitativos será construído outro Plano de Análise classificado por categorias originadas dos relatos dos entrevistados sobre as questões norteadoras submetidos à técnica de análise de conteúdo.

Os aspetos éticos deste protocolo de pesquisa tem base nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde: nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprovou diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012)³⁹; e nº 510, de 07 de abril de 2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016)⁴⁰. Para tanto, foi submetido à revisão ética, por meio de lançamento na Plataforma Brasil, do Sistema CEP/CONEP, direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

De acordo com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, toda pesquisa envolve risco, em tipos e gradações variados, sendo o risco, previsto no protocolo, graduado nos níveis mínimo, baixo, moderado ou elevado, considerando-se sua magnitude em função de características e circunstâncias do projeto. Para tanto, a Resolução nº 510/2016 em seu Capítulo IV - Dos Riscos, definiu:

Art. 21. O risco previsto no protocolo será graduado nos níveis mínimo, baixo, moderado ou elevado, considerando sua magnitude em função de características e circunstâncias do projeto, conforme definição de Resolução específica sobre tipificação e gradação de risco e sobre tramitação dos protocolos.

§ 1º A tramitação dos protocolos será diferenciada de acordo com a gradação de risco.

§ 2º A gradação do risco deve distinguir diferentes níveis de precaução e proteção em relação ao participante da pesquisa (BRASIL, 2016).

³⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 05 nov. de 2019.

⁴⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 05 nov. de 2019.

E a Resolução nº 466/2012 nos termos e definições apresentou:

II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente (BRASIL, 2012).

Assim, esta pesquisa é de risco mínimo, por utilizar como fontes de dados: o conteúdo de falas, resultantes de entrevistas com profissionais de saúde, e o Inteiro Teor de documentos arquivados na Secretaria do Estado da Saúde da Paraíba, não se realizando nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos indivíduos que participam do estudo.

Considerando-se as dimensões supracitadas, e não havendo identificação do participante ou intervenção considerada invasiva à intimidade do indivíduo, o nível mínimo de risco pode ser representado por: 1) possibilidade de constrangimento ao responder determinada(s) pergunta(s) da entrevista; 2) desconforto; 3) medo; 4) vergonha; 5) estresse; 6) quebra de sigilo (ainda que involuntária e não intencional); 7) cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas da entrevista; 8) divulgação de dados confidenciais registrados no TCLE; 9) invasão de privacidade; e 10) discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado na fala do entrevistado. Neste protocolo, o grau de ‘risco mínimo’ corresponde à:

Estudos que empregam técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa e aqueles em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, entre os quais se consideram: questionários, entrevistas, revisão de prontuários clínicos e outros, nos quais não se identifique nem seja invasivo à intimidade do indivíduo (FASURGS, 2016.).⁴¹

Algumas medidas, porém, podem ser adotadas para minimizar as possibilidades de risco mínimo, dentre elas: 1) garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos; 2) minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões que possam ser constrangedoras; 3) garantir que o(s) pesquisador(es) sejam habilitados ao método de coleta de dados; 4) estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto; 5) limitar o acesso ao conteúdo de documentos apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa; 6) garantir a não violação e a integridade dos documentos; 7) assegurar a confidencialidade, a privacidade e a não estigmatização, garantindo a não utilização de informação de prejuízo dos indivíduos, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou em termo

⁴¹ FASURGS. Orientação nº 01/2016 – Comitê de Ética em Pesquisa da FASURGS. *O Fator “Risco” em Pesquisas com Seres Humanos*

Disponível em: <https://www.fasurgs.edu.br/cep/site/orientacoes/FASURGS-Orientacao-01-2016-OfatorRISCOempesquisascomsereshumanos.pdf>. Acesso em: 05 de Out. de 2019.

econômico-financeiro; 8) o patrocinador e a instituição devem assegurar a responsabilidade de prestar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos; 9) garantir que os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano, previsto ou não no TCLE e resultante de sua participação, além do direito de assistência integral, tenham direito a indenização; e 10) garantir que serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos participantes da pesquisa, bem como os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem indivíduos e comunidades

Os benefícios deste estudo consistem na colaboração para a análise de informações sobre a assistência à crianças e gestantes paraibanas no setor saúde, por meio de parcerias firmadas entre o Governo do Estado da Paraíba e integrantes do Terceiro Setor, a exemplo de Organizações Não Governamentais, com transferência ativa de saberes entre atores nacionais e internacionais.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 99998-9851; e-mail do pesquisador (José Wagner de Oliveira Tavares). para contato: wagnerrengaw90@hotmail.com.

Se houver dúvidas em relação aos aspectos éticos ou denúncias, o Sr(a) poderá consultar o CEP/UEPB no endereço: Avenida das Baraúnas, 351- Complexo Administrativo da Reitoria, 2º andar, sala 229; Bairro do Bodocongó – Campina Grande-PB, nos seguintes dias: Segunda, Terça, Quinta e Sexta-feira, das 07h00 às 13h00, ou entrar em contato através do telefone: (83) 3315-3373.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura dactiloscópica do participante da pesquisa (quando não for possível a coleta da assinatura).

APÊNDICE C – Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGA)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
CAMPUS V- JOÃO PESSOA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada (**A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA ASSISTÊNCIA NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA: A REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA E AS CARAVANAS DO CORAÇÃO**) poderá trazer e entender, especialmente, os métodos que serão usados para coleta de dados, assim como estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, o pesquisador (José Wagner de Oliveira Tavares) a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros e nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso do pesquisador acima citado em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados, exclusivamente, para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos, entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;

4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;

5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do pesquisador da pesquisa (José Wagner de Oliveira Tavares) e, após esse período, serão destruídos;

6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e da transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Humanos.

_____ Cidade (data)

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

APÊNDICE D – Transcrição da Entrevista Realizada com ROCC

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA REALIZADA COM ROCC, EM 14 DEZEMBRO DE 2019, EM RECIFE- PE

Wagner: A senhora pode começar me falando um pouco sobre o projeto de Telemedicina?

ROCC: O projeto “Telemedicina” na verdade sempre foi uma vontade minha de fazer porque eu vejo o potencial de ajuda. No momento há inclusive uma celeuma muito grande porque o Conselho Federal passou uma norma que regula uma outra Telemedicina. Você ter um local remoto, onde não há profissionais especializados e você colocar esses profissionais- não é olhar o menino sem nada- mas você colocar profissionais especialistas junto com profissionais que não são especialistas numa determinada área, você potencializa tremendamente a ajuda. Então, o que a gente fez, por exemplo, na Rede na Paraíba: nós estávamos aqui e nós conversávamos com os médicos e com os enfermeiros de vários outros centros e, dessa forma, eu não consigo ver a Telemedicina não ajudando. Uma mãe ligar pra você e você fazer a coisa toda por telefone, isso eu acho que ainda precisa ser mais estudado, você precisa validar primeiro um modelo único. Mas com essa ONG, durante muitos anos, eu fiz a tentativa de montar esse projeto.

Wagner: E os recursos eram conseguidos só entre os médicos?

ROCC: Médicos, conhecidos, colaboradores, aquelas coisinhas pequenas, e tentamos por muito tempo, mas sempre uma dificuldade aqui, outra ali, em geral, algumas dificuldades, mas por questões políticas mesmo, coisas assim, como quem vai coordenar, eu vou ficar com qual função, aquelas coisas que a gente conhece muito bem. Tentamos isto até o ano de 2010, eu me lembro bem porque iria fazer 30 anos de formada, e já estava bom, eu já tinha cumprido minha cota. Então eu disse, vou ficar em meu consultório e não faço mais nada além disso. Na verdade, a Paraíba me chamou pela primeira vez em 2008. Existia uma mortalidade muito alta, era um outro governador que não era esse atual, outra SES e nós fomos chamados pra ver se a gente ajudava. Eu apresentei pela 1ª vez o projeto à SES da gestão anterior, não a desses 8 anos agora.

Wagner: Inclusive eu acho que nessa época as crianças precisavam se deslocar para outros estados, longe, porque a Paraíba não oferecia condições adequadas de tratamento.

ROCC: Inclusive na época o governador chamava-se Maranhão. E aí a gente fez uma apresentação e quando ela foi feita, ele gostou e disse que queria. Mas aí um grupo de colegas do próprio estado (cirurgiões) disse que não havia necessidade porque a estrutura estava boa e que dava pra eles operarem e tudo, e que se fossem dadas à eles as condições, eles operariam. Eu disse que tudo bem, que a gente trabalharia como parceiros, mas que eu não iria ficar insistindo por isso. Daí voltamos em 2009 e 2010, nós ficamos com um backup. Nesse período, infelizmente, muitas dificuldades continuaram ainda a existir e eles ficaram pedindo muito que nós continuássemos a receber

pacientes. Mas como era difícil receber todos os pacientes pelo SUS, gerou-se um momento onde se fazia um pedido e o hospital aceitava “pagar” e depois cobrava e o governo da Paraíba direto aqui, e os valores altíssimos, a maioria feito dessa forma. Você sabe, na hora que o juiz diz que tem que operar, tem que fazer. Mas aí você perde, deixa de ser secretário de saúde, tem que ir, ...

Wagner: E os atendimentos eram todos feitos aqui no Hospital Português?

ROCC: Eram sim. Em 2008, 2009, por aí. E aí nessa fase, é claro que tem paciente que sai também porque não dá pra gente tomar conta de tudo.

Wagner: Mas aqui era só a parte cirúrgica, os casos mais complexos?

ROCC: Sim, sim. Centro Cirúrgico. E então tivemos uma paciente que veio pra uma grande cirurgia, demorou muito, ela ficou muito tempo na Paraíba, voltou, depois de alguns meses, complicou novamente, teve cirurgias em etapas. Da segunda vez, ela passou 4 meses internada na UTI, num hospital como esse, com a conta rolando e particular. Eu sei que quando se juntou todos os internamentos na Paraíba, helicóptero que pra vir de lá pra cá custa em média 60, 80 mil reais só uma vinda de helicóptero, mais ou menos isso, porque são muito caros, então a criança usou tudo o que poderia em termos de recursos e a conta final, quando foram somados os trechos da Paraíba, os trechos daqui do hospital, tudo, essa criança provavelmente custou ao estado aproximadamente 1 milhão de reais. Aí a gente cai no eterno drama de que a vida humana não tem preço, se discute muito sobre isso. E aí nesse momento, houve uma nova eleição no estado e uma mudança de gestor, de governador na Paraíba, que foi a eleição do governador Ricardo Coutinho, que foi quem formou tudo isso, a Rede de Cardiologia Pediátrica. O governador não só pagou todas as dívidas, as contas altíssimas, honrou com todos os compromissos, como também nos chamou pra conversar. E aí foi quando eu disse que por esse valor que 1 criança custou ao estado, cerca de 1 milhão de reais, com menos de 4 vezes esse valor, vamos dizer assim, com cerca de 3 milhões e pouco, a gente passa 1 ano no estado, fazendo 48 cirurgias, comprando equipamentos, distribuindo, treinando as equipes, enfim, fiz uma divisão. E um valor aparentemente grande num 1º momento, 3 milhões e 700 mil reais, era o valor pra fazer a montagem da Rede, mas com isso, eram 12 centros de saúde, todos com os equipamentos básicos, 3 deles com equipamentos mais sofisticados, com máquinas de Eco que custam 100 mil reais, 150 mil reais, e tudo isso dentro do convênio.

Wagner: A partir do 1º ano, essas maternidades já eram integradas?

ROCC: Não. A interligação fomos nós que fizemos. Na verdade, quando a gente estuda, a gente usa uma coisa chamada LEGOS (liderar para empoderar grupos e otimizar soluções), então vamos entender qual é o problema. Quando a gente fez a análise, a gente viu que existiam 3 situações: a 1ª coisa, realmente faltavam leitos, faltava pessoal especializado para dar diagnóstico, mas acima de tudo, faltava muita comunicação entre as equipes. Então assim, uma coisa que já é um pouco carente, e você não conversa um com o outro. Então o ponto principal da coisa foi exatamente dizer que iríamos montar a Rede do começo. Porque a ideia inicial, na verdade, quando o governo nos

abordou era “vamos montar um centro de cirurgia cardíaca na Paraíba”, e o meu contra argumento sempre foi esse, não que o centro de cirurgia não seja importante, mas se você não tiver uma rede para identificar crianças cedo e trazê-las, o centro não vai ter o resultado que a gente gostaria. Então, vamos focar 1º em identificar, treinar o pessoal pra identificar, pra subir essas crianças rápido na Rede pra que elas possam então ser ajudadas. Eles aceitaram e então a gente foi pra o papel do SUS, quer dizer, onde nasciam crianças no estado da Paraíba. Percebemos que em 12 maternidades nasciam 50%, quase 60% das crianças do estado. Como a gente não tinha absolutamente nenhuma linha de base, e também se fosse aumentar o número de maternidades poderia aumentar muito os custos, a questão do custo-benefício, resolvemos passar uma linha nesses 60% de nascimentos e nessas 12 maternidades, e então montamos o projeto. Quando olhamos no mapa, as maternidades ficaram bem divididas entre região da mata, aquela região do agreste, Borborema, e sertão. Então ficaram 4 lá no sertão, 4 no meio do caminho e 4 na região da mata. E de cada uma dessas 4, a gente identificou 1 que era a maternidade onde nascia de nível II – então nesta a gente botou os equipamentos mais sofisticados, máquinas de Eco de mais de 100 mil reais e tudo, e nas outras a gente colocou os equipamentos mais básicos, e em todas colocamos “Telemedicina”. Aqui o que eu fiz foi contratar uma equipe de médicos cardiologistas pra ficarem 24 horas de plantão, 7 dias por semana, e todos os dias esses cardiologistas tinham que ligar pra cada maternidade e saber se nascia criança, se fizeram exames, e assim por diante.

Wagner: Acho que li algo sobre isto, era o chamado atendimento e plantão “oncall”, né isto?

ROCC: Sim, sim. E outra coisa era o tratamento. Nós tínhamos uma reunião semanal com todas as maternidades, chamávamos todo o pessoal de maternidade pra que em algum momento, pediatras, enfermeiros e pessoal de tecnologia da informação, o pessoal da internet vinha aqui pra gente mostrar os modelos, fazer a coisa toda, treinar, fomos lá, e aí fizemos reuniões com CREMESP, COREM, enfim, todo o pessoal. Fomos lá nos centros pra ver e aí começamos o trabalho. A ideia era essa, primeiro vamos identificar as crianças pra depois tratarmos. Já do primeiro pro segundo ano a gente a perceber que a identificação do neonato era algo que dava pra fazer, que precisava de treino, mas daí a gente começou a identificar mais crianças. O exame do coraçãozinho era feito, mas não digitavam o exame, mandavam a criança pra casa, aí depois a criança voltava roxa. Bem, o que fizemos, criamos uma história em que, toda vez que você digitava um número considerado anormal, nos nossos celulares era emitido um sinal que dizia assim: “potencial cardiopata em Cajazeiras, por exemplo”, então a gente pegava o telefone e ligava perguntado onde estava a criança. Se dissessem que tinham mandado a criança de volta pra casa, eu ameaçava logo ligar pra SES e descredenciar o centro e pedia para irem buscar a criança de volta imediatamente. Então nós fomos criando mecanismos, desenhando um modelo à medida em que ele ia funcionando. Colocamos também pequenos Ipedes, e na hora que os colocamos, diziam assim: “você vai perder esse equipamento todo, vão roubar, eles vão sumir” e aí eu dizia: “vai nada, existe um sistema de geoprocessamento e rastreamento em todos eles”. Logo no começo um iped saiu do interior e veio pra capital no final de semana, passeou nas baladas, e eu só monitorando, acompanhando todos os passos dele; quando foi na segunda-feira na reunião eu disse: “olha, eu só

queria comunicar que 1 iped saiu do Centro e veio à João Pessoa, sem querer, é claro, mas se eu souber que isso aconteceu de novo, o Centro será descredenciado na hora... não vou dizer o nome do centro, nunca vou dizer, ninguém vai precisar saber, mas se eu vir outro iped saindo do lugar, já sabem. Daí foram 7 anos com os mesmos ipeds e não saiu mais nenhum. Muita coisa é de equipe. Mas aí fizemos a 1ª triagem em relação as crianças. Depois a gente percebeu que com a criança mais velha, a gente não conseguia. As que estavam nascendo na maternidade estavam fazendo o processo e a gente identificava. Então começamos a identificar muito, houve um índice de identificação incrívelna Paraíba. Inclusive há um trabalho bem legal lá nos boletins da OMS mostrando esse aumento e tal...

Wagner: Acho inclusive que o trabalho que a senhora se refere é este aqui, essa publicação da OMS, não é? Inclusive há um TEDx seu no youtube de março de 2018 mostrando exatamente esses avanços...

ROCC: Isso mesmo, esse mesmo aí. Eles mostram a subida dos índices de identificação na Paraíba; há um outro também mostrando a queda na mortalidade infantil, principalmente a neonatal... depois a gente vai ali e eu te mostro, te mostro os trabalhos que a gente tem. Então fizemos isto, mas aí a gente descobriu que a criança que tinha nascido antes da gente começar esse trabalho, essa a gente não achava facilmente.

Wagner: Eu percebi uma forte ligação com um grupo de Portugal, sendo Miguel Coimbra um dos seus parceiros mais presentes de publicações.

ROCC: Esses 3 aqui nesse trabalho (um dos artigos que eu estava mostrando) fazem parte da equipe que desenvolve algoritmos pra ajudar em diagnósticos... esse pessoal é de TI mesmo, informática mesmo, eles não são da medicina.

Wagner: Pegando essa deixa, o que é o chamado DigiScope?

ROCC: A segunda fase foi exatamente esta... vamos lá. Na ponta, para identificar as crianças mais velhas; na 1ª Caravana saíram daqui 36 pessoas (30 pernambucanos e 6 paraibanos), e passamos 1 semana na estrada.

Wagner: A primeira foi em 2013, né isto?

ROCC: Foi sim. Então foram 7, 8 dias eu acho, em 7 cidades, 500 e poucos pacientes, foi menorzinho. Esse ano (2018) fomos com 120 profissionais, mantivemos os 30 pernambucanos e todos os demais foram paraibanos... passamos 2 semanas. Depois da 2ª Caravana já passamos pra 2 semanas, vimos perto de 2000 pacientes e capacitamos 2000 pessoas, o que passou a ser outra coisa grande da Caravana. A gente vai fazer a busca ativa da cardiopatia, muito legal, a gente identifica, diz antes, “criança com sopro, criança com não sei o que, vem e tal... mas aí a gente percebeu que os profissionais de saúde também vinham porque muitos não sabiam ainda como lidar, como fazer. Daí, a partir da Caravana seguinte, a gente começou a fazer a capacitação dos

profissionais, e isso foi uma das coisas mais importantes da Caravana, porque aí você vai em “locus”, entra na maternidade, descobre que o concentrado de oxigênio não está funcionando, faz capacitação prática, então isso também é uma coisa importante.

Wagner: Principalmente em relação aos profissionais de atenção básica, não é?

ROCC: Principalmente esse grupo de pessoas, mas entram também mais maternidades... pra checar estrutura, equipamentos... então a gente vai desde o agente de saúde até o médico e a enfermeira na maternidade, pediatra e tal... porque a Caravana foi crescendo, foi aumentando; começou com cardio...

Wagner: Pronto, pegando esse gancho aí, qual era o papel desses profissionais de outros países nessa capacitação, eles eram capacitados também ou eles auxiliavam nessa capacitação?

ROCC: Eles ajudavam. Na verdade, os portugueses são nossos parceiros antigos. Eles vem, nos ajudam na capacitação, até pela questão da língua. Os demais parceiros, embora tenhamos alguns que nos ajudem sempre, por exemplo, a gente trabalha com os japoneses há muito tempo, porque são daqui do LIKA, uma parceria grande que a gente tem com o Japão; então com os japoneses a gente já trabalhava há muito tempo e continuamos trabalhando com esse grupo.

Wagner: No âmbito do Círculo do Coração?

ROCC: No âmbito do CirCor. A parceria com os portugueses, com os ingleses e com os japoneses existe no âmbito do Círculo do Coração. Mas naquele ano em particular, 2016, muito do interesse da comunidade internacional foi na microcefalia.

Wagner: Microcefalia e Zica, né isto? Era isso que eu iria perguntar... então quer dizer que o maior interesse internacional foi exatamente a partir de 2016 com a microcefalia e o Zica?

ROCC: Sim, porque foi uma grande repercussão no mundo. A gente também tem um trabalho grande publicado sobre isso.

Wagner: Eu perguntei exatamente sobre o papel internacional aqui porque encontrei esse relatório de um aluno do Reino Unido e pelo que ele relatou aqui, o trabalho dele era ativo, ou seja, ele estava ajudando a capacitar as pessoas, inclusive com fundos da própria Royal College.

ROCC: Exatamente. Muitos vieram dessa forma. Nós tivemos uma menina que veio nos ajudar da Noruega também... essa moça era da área de sociologia, antropologia, mas ouviu sobre o trabalho da Rede fora e veio fazer entrevistas com as mães. Ela não foi de 2016, foi do ano seguinte, 2017, mas enfim, muitos profissionais vieram. O grande problema do Zica, o que mais ou menos a gente previa, foi que houve aquele boom inicial porque todo mundo achava que seria uma ameaça para todos. Então aquelas mães se sentiam pop stars da mídia, do cinema, da TV, todo mundo queria ver. No momento que se viu que a coisa era fechada e tudo, o interesse internacional foi embora, e

hoje as mães estão com as crianças entre 2 e 3 anos de idade e com uma carga enorme, pesada sobre elas.

Wagner: Como assim “quando perceberam que a coisa era fechada”?

ROCC: Quando perceberam que não havia uma grande probabilidade do Zica se espalhar tanto como se dizia. Num primeiro momento, a OMS achou que iria ser.

Wagner: No caso naquele 1º de fevereiro de 2016 quando a OMS declarou que seria algo de proporções mundiais?

ROCC: Isso. Corre todo mundo e tal... é aquela história, tem muita coisa ainda a se aprender.

Wagner: Quer dizer então que o maior interesse internacional ocorreu no ano de 2016, em 2017 e 2018, esse interesse já não foi expressivo?

ROCC: Em 2017, um pouquinho ainda, mas em 2018 não foi ninguém.

Wagner: Dra. Adriana melo, a médica de Campina Grande, participou de alguma Caravana?

ROCC: Não. Adriana, na verdade, constitui um centro em Campina Grande e aquele centro já estava funcionando. Também não havia uma grande afinidade com o governo do estado, mas ela é uma grande amiga.

Wagner: Então pegando essa questão do Zica em si, qual foi a real participação desses profissionais estrangeiros nessas Caravanas... apenas coleta de dados?

ROCC: Coleta de dados. Bem, nós tínhamos um programa de capacitação dos profissionais e eles participaram. Os japoneses fizeram um trabalho muito grande de capacitação das enfermeiras para trabalharem com placenta, para coletar espécime; o trabalho dos japoneses é totalmente à parte e muito ativo. Inclusive continuamos trabalhando juntos. A parceria com os japoneses existe e é algo permanente.

Wagner: Ótimo então. Deixa eu só esclarecer a minha preocupação. Minha preocupação era exatamente a dificuldade em identificar o vínculo internacional nessa parceria já que meu mestrado é em Relações Internacionais. Existe portanto essa exigência de se ter um gancho internacional, embora tudo hoje gire em torno do chamado Glocal, a influência do local no global e vice-versa. Então saber que essa parceria é intensa e não apenas só em 1 semana de Caravana me tranquiliza bastante.

ROCC: Agora veja, eu não sei como está a situação com a Paraíba agora porque quando o governo terminou com a parceria, o estado decidiu que iria dar rumo à coisa de uma forma completamente independente.

Wagner: Mas a intenção de vocês no início era a de tornar esses profissionais autônomos para que eles pudessem levar esse projeto adiante de uma forma independente, não?

ROCC: A ideia era essa: 2 anos pra construir, 2 anos pra tocar e 2 anos pra sair. A ideia sempre foi essa. Talvez a gente tivesse que ter ido um pouquinho a mais na saída porque as coisas demoraram. O Hospital Metropolitano demorou a inaugurar e tal. Então, assim, talvez uma das coisas que a gente tivesse desejado um pouquinho mais é que no momento da saída, se tivesse deixado amarrado alguns projetos de parceria, não necessariamente economicamente funcionando, mas assim, que continuasse com algumas áreas de pesquisa, que se continuasse com algumas coisas para continuar a beneficiar (para haver maior benefício), porque a pesquisa, isso tudo, ela beneficia sempre. E aí houve uma certa quebra até por parte das pessoas novas que chegaram para coordenar e que não eram pessoas que estavam dentro do processo antes.

Wagner: Mas a minha intenção é analisar exatamente esse período em que vocês atuaram antes, até 2018 (o recorte temporal da minha pesquisa será de 2011 à 2018), o tempo em que o CirCor esteve lá.

ROCC: Estivemos lá todo esse tempo. Inclusive a parceria com Portugal é mantida e até com projetos novos

Wagner: Essa parceria com Portugal vem da história do RHP, os vínculos, correto?

ROCC: Sim, sim.

Wagner: Então sempre houve esse vínculo com os profissionais de saúde?

ROCC: Com esse grupo específico, não. Esse grupo específico foi uma coisa curiosa. Um aluno de informática veio fazer um trabalho aqui conosco e fez o 1º modelo de “telestetoscópio” em 1990, aqui no IMIP.

Wagner: Foi o Miguel Coimbra?

ROCC: Não. Miguel é professor dele. Ele se chama Fábio Ralaiolo. Esse menino foi pra lá, fez mestrado e doutorado lá, e hoje mora na Inglaterra, esse aluno brasileiro. Então quando ele ganhou o prêmio aqui, ele quis no ano seguinte sair, e aí nós descobrimos que Miguel trabalhava também com processamento de dados

Wagner: Esse Fábio era do CirCor?

ROCC: Ele é do CirCor. Ele hoje é psicólogo de Kates, na Inglaterra.

Wagner: Então já é uma pergunta que vou eliminar daqui. Eu queria exatamente saber se essa transferência de expertise se deu também daqui pra lá, de brasileiros daqui do CirCor indo pra fora fazer algum curso, capacitação, mestrado, doutorado, no âmbito do CirCor.

ROCC: Fábio fez mestrado e doutorado lá no âmbito do CirCor. Ele na verdade começou ainda um pouquinho antes do projeto da Paraíba, mas ainda entrou e participa com a gente, mas ele é desde antes.

Wagner: E isso tá tudo registrado, há um banco de dados de acesso público que tem todo o registro desses profissionais no âmbito do Cir Cor, que saem daqui pra outros países e vice-versa, e que fornecem algum tipo de assistência a essas parcerias, há algum registro disso?

ROCC: Tenho, mas tá um pouco bagunçado. Talvez uma pessoa boa como você possa me ajudar e dizer como melhorar isso, mas existe. Acha-se por exemplo os contatos de Fábio inicialmente, a carta inicial que ele manda, carta de aceitação, essas coisas todas existem.

Wagner: Eu já ia perguntar em relação a esses profissionais...

ROCC: Da Paraíba, a gente tem Juliana Soares (fez doutorado aqui no LIKA), fez junto com o pessoal de fora, temos Renata que fez doutorado com a gente, a gente tem uns profissionais da Paraíba que fizeram doutorado aqui conosco e que consequentemente entraram nesses vínculos internacionais e tudo.

Wagner: Então a gente consegue identificar esses convênios, editais, cartas de convite, aceite... sei que pode dar um pouco de trabalho organizar e coletar isso tudo, mas conseguimos fazer isso?

ROCC: Consegue-se sim.

Wagner: Então voltando um pouco à questão da microcefalia e zica, os portugueses continuaram como parceiros fortes e o restante dos parceiros internacionais perderam o interesse?

ROCC: Portugueses primordialmente, os ingleses que já tínhamos antes e os japoneses... esse parceiros continuaram.

Wagner: O interesse maior dos japoneses foi a partir de 2016 também?

ROCC: Não, não. Os japoneses já estão com a gente há muito tempo. Foram na Caravana em 2016, depois continuaram voltando, mas não vieram pra Caravana. Mas foram à Paraíba, vem pra cá pro LIKA, dissecam placenta, inclusive foram à Monteiro outro dia.

Wagner: Foi mencionado que o trabalho, a contribuição mais relevante dos japoneses é exatamente na questão da placenta, né isto?

ROCC: Sim, sim.

Wagner: E o registro das ocorrências nessas Caravanas do Coração é de acesso público, ou estão tipo no CirCor, em um banco de dados à parte... porque não tem como vincular tudo no site ou algo assim, tem? Pelo que pude perceber através dos sites, eles trazem muitos números quanto aos atendimentos, às crianças que foram salvas, os índices de mortalidade infantil, se foram reduzidos

ou não, mas esses dados, por exemplo, dessa participação ativa dos japoneses, essa questão da placenta, essa troca de expertise e experiências e seus resultados... há um banco de dados com tudo isso registrado, mesmo que não esteja tão bem organizado?

ROCC: Sim. O banco de dados em relação aos pacientes não só existe como é bem organizado, o que a gente não tenha talvez seja, dentro disso que você fala, o banco de dados com relação às visitas; isso existe, existe uma publicação, existe em um outro local, mas talvez não seja assim, uma coisa tão clara pra gente ver esse banco de dados em relação aos visitantes, tipo: “quando eles vieram, por quanto tempo estiveram aqui”, pode existir um registro fotográfico ou algo do tipo.

Wagner: Mas eu consigo provar de qualquer forma que há esse vínculo, por exemplo, do circor com essas parcerias com japoneses, portugueses, inglese, tranquilamente né?

ROCC: Dra. Juliana acabou de chegar. Eu recebi um convite, nós tínhamos uma coisa muito gostosa no final do ano passado que foi, é, eu submeti um trabalho pros EUA e os japoneses me convidaram pra apresentar lá, contar essa história.

Wagner: Pelo que li, a senhora é professora visitante nos Estados Unidos...

ROCC: Não. Eu fui lá para um congresso, eu fui à convite pro Japão. Mas quando eu vou, eu vou quando me chamam pra um lugar ou outro. Então eu aceitei o do Japão e a resposta dos EUA demorou muito e eu achei até que o trabalho não tinha sido aceito. Daí quando aceitei o do Japão, chegou o aceite dos EUA. Então convidei Dra. Juliana da Paraíba e ela foi pro Japão com convite, com tudo pago e ela apresentou os dados lá ano passado (2018).

Wagner: Ela participou da Caravana também?

ROCC: Participou, claro. Tudo isso foi dentro da mesma coisa. E eu fui pros Estados Unidos e a gente apresentou os resultados desse trabalho que tirou em 1º lugar (prêmio de melhor trabalho mundial em cardiologia) nos EUA, cardiologia pediátrica. Então assim, a gente teve um resultado muito bom no finalzinho agora.

Wagner: Vocês concorreram também, no âmbito da ONU... a Paraíba concorreu com 2 projetos e 1 era o de vocês, a RCP, não foi?

ROCC: Fomos o 3º lugar, a melhor prática do Brasil, inclusive a gente deixou o governador receber. Tem o Niko Lobano também. Niko Lobano foi o melhor trabalho de neonatologia do país em 2014 em pediatria. Eu tenho uns prêmios, mas essa parte eu tenho pra passar pra você, o currículo com os prêmios, os certificados e tudo.

Wagner: Quanto a transferência de tecnologia do DigiScope, houve a participação de brasileiros no projeto, ou foi algo 100% português?

ROCC: Não, não. Teve a participação de muitos brasileiros, muitos brasileiros mesmo.

Wagner: Pelo que vi, foram pelo menos 9 anos em fase de desenvolvimento, inclusive eu tenho até aqui a apresentação do projeto de Miguel Coimbra, e ele foi testado pela 1ª vez no Brasil em Campina Grande, mas não no âmbito da Caravana, foi?

ROCC: Não, não. Foi só pra fazer o teste. Primeiro a gente fez os testes, e no ano seguinte levamos pra Caravana, quando já tinha sido testado.

Wagner: Aqui ele fala que levou pra Caravana, só que não havia o produto no mercado ainda.

ROCC: Não havia naquela época, agora já tem.

Wagner: Então as 6 estações com o DigiScope, que salvo engano era um dos objetivos da Caravana 2018, as 6 foram instaladas, as 3 móveis e as 3 fixas que eram em Patos, Campina Grande e João Pessoa?

ROCC: Sim. Montou-se o telestetoscópio em todas elas.

Wagner: Só que agora não há mais assistência de vocês nem de ninguém de Portugal, eles vão ter que se virar literalmente sozinhos.

ROCC: Isso mesmo.

Wagner: Acha que tem como eles levarem esse projeto a frente sem o suporte de vocês, eles estão realmente preparados pra isso ou precisam de um pouco mais de acompanhamento?

ROCC: Eu acho que temos que checar isto. É muito difícil a gente julgar. A forma como foi interrompido, talvez pudesse ter sido um pouco mais suave. É difícil quando a interrupção de algo é assim brusca, e ainda tem as pessoas que não conhecem. Não é que as pessoas tenham má vontade, mas é o desconhecimento, e o programa é muito complexo e com muita coisa. Mas assim, eu acho que vai organizar, eu acho que a continuidade vai chegar. Passa por uma fase de reestruturação, como tudo, mas vai chegar lá porque as raízes estão bem fincadas.

Wagner: Vocês veem alguma probabilidade de renovação dessa parceria ou não se conversou sobre isto?

ROCC: Pois é, a única coisa que eu acho que foi totalmente errada, eu jamais poderia imaginar isso... é que em outubro não é um mês de se fechar um projeto desses, um projeto político. Pior ainda, era um projeto de 6 anos. Então em 2017, ao completar o sexto ano, nós estávamos prontos pra entregar o projeto, fazer a transição, e eu tinha pedido que fossem 6 meses pra montar uma equipe na Paraíba trabalhando. Só que aí em outubro foi ficando complicado, não dava pra fazer, e chegou da Paraíba a colocação que o Hospital Metropolitano não estaria pronto e perguntaram se a gente ficaria o sétimo ano, e ficamos. Mas aí no 7º ano a ideia era exatamente: “agora vamos colocar a equipe junta”, mas aí demorou um pouquinho pro Metropolitano ficar pronto e quando

se chegou próximo da coisa, “cadê a equipe, cadê a equipe”. Existia uma corrida política, uma eleição, e aí não tinha ninguém disponível naquela hora.

Wagner: Mas pelo êxito, por todas essas experiências exitosas, principalmente com a Caravana do Coração, isso realmente virou uma política de estado, independentemente do governo?

ROCC: Eu gostaria que a gente tivesse feito isso. Essa, na minha opinião, foi a falha. Nós deveríamos ter transformado em política de estado, assim pela Assembleia, algo assim, não sei, eu sei que existe um caminho, um trâmite legal pra isso; e se tivesse ficado como uma política de estado, nós teríamos uma garantia maior. Eu espero que esse grupo que tá agora a frente, ainda com muita garra, com muita influência de tudo o que aconteceu, que eles se coordenem e façam a coisa acontecer.

Wagner: Inclusive é o mesmo grupo político também.

ROCC: Pois é, então que eles transformem isso numa política de estado para garantir que isso tudo não se perca.

Wagner: Deixe-me perguntar algo, há alguma ligação do CirCor, entre 2011 e 2018, que é meu recorte temporal, com alguma outra ONG transnacional, por exemplo, com a Children’s Heart Link?

ROCC: Nenhum. Só de conhecimento mesmo. A gente apresenta os projetos, mas vinculação mesmo, não. A CirCor tem vínculos com o governo da Paraíba e com instituições de pesquisa, ensino e tal, até por conta de nosso perfil da coordenação. Hoje o CirCor desenvolveu muito, dentro do ponto de vista do trabalho assistencial médico; mas uma equipe administrativa paralela, uma equipe de captação de recursos, isso não temos ainda.

Wagner: Quer dizer que 100% dos profissionais que vinham de fora, embora fossem financiados pelas instituições de origem, ou tivessem algum tipo de ajuda de custo, eram voluntários, aqueles que participavam das Caravanas?

ROCC: Da Caravana do Coração, a gente não dá um centavo à ninguém. Todo mundo tem que vir por conta própria. Você paga do seu bolso ou consegue alguma instituição ou alguém pra lhe patrocinar. Um dos japoneses que veio inclusive do Ministério da Saúde do Japão participou da Caravana em todas as cidades. Essa moça que entrou aqui agora tem uma habilidade muito grande pra fazer música. E aí um dos projetos grandes do Círculo é educação através da música, é arte e educação. E aí nesse ano ela transformou uma música de Michel Teló, tinha q ser ele, e aí falava sobre Zica, dengue, febre amarela, chicungunha... e o japonês, quando a gente chegou na 2ª cidade, já tinha decorado a coisa toda. Então ele cantou em todas as cidades, a gente tem esses vídeos, ele cantando e tal. E o outro japonês dava aula ao pessoal sobre como se proteger em relação ao Zica com um estudante de medicina nosso fazendo a tradução; então ele dava aula em todas as cidades.

Wagner: Só uma última pergunta, a gente falou do DigiScope, mas esse HeathKyosk, os portugueses falam que foi implementado pela 1ª vez nesse tipo de ambiente.

ROCC: Foi testado na Caravana. Porque na verdade é assim, é um local onde o próprio paciente vai e faz a avaliação. E daí ele recebe uma coisinha dizendo como ele está; coloca o braço ali e tal e depois recebe sua avaliação.

Wagner: Funciona como essas ações de cidadania que a gente tem as vezes nos finais de semana?

ROCC: Bem nessa linha. Mas é um auto diagnóstico dentro de um projeto que Portugal tem junto com o “Cade” que são as chamadas cidades do futuro que são aquelas onde você vai andando na rua e tem uns Kyosks e aí você entra e lá te dá diagnóstico e faz não sei o que... um pouco já nessa ideia.

Wagner: Então é bem mais sofisticado que essas ações que a gente tem na rua, por isso que eles disseram que foi a 1ª vez que foi testado? Foi exitoso?

ROCC: Foi. Testaram, bons resultados e eles trabalham hoje com isso dentro do projeto “cidade do futuro”.

Wagner: Ótimo. Esse projeto da Caravana, que se tenha conhecimento, está em alguma outra parte do Brasil ou do mundo, ou seja, ele foi replicado de alguma forma ou pelo menos parcialmente em outros lugares?

ROCC: Não. Inclusive sexta passada a UNICEF estava aqui comigo conversando sobre a possibilidade de copiar esse modelo na África; assim, a gente tem conversado com vários locais pra tentar replicar. No momento, não temos. Esse ano, eu pretendo replicar tudo, e é por isso que eu preciso de captação de recursos. Eu preciso tornar a ONG forte o bastante pra poder fazer essa coisa; porque lá é o seguinte: eu sempre tive e tenho essa equipe médica, profissionais e tudo. Em dezembro desse ano (2018) eu tinha uma escola precisando de assistência, e eu chamei todo mundo pra fazer uma Caravana, só que foi 1 dia só: 100 meninos, mães gestantes, consegui doações de remédios de verme, tudo muito rápido. Então, eu consigo mobilizar com uma certa rapidez uma equipe de profissionais de saúde pra fazer atendimentos, mas eu não tenho uma infraestrutura hoje de dizer que eu posso, por exemplo, fazer uma ação dessa sem haver um custeio, sem recursos financeiros. Então a Caravana era 1 ônibus, 15 dias, ao custo de 15 mil reais e a gente levava 2. Então são 2 ônibus, e se você imaginar 100 pessoas hospedadas num hotel (a 100 reais pra fazer a conta fácil), então você multiplica isso e aí depois multiplique por 13 dias. Então 1 Caravana não sai por menos de uns 300, 400 mil reais, é nessa faixa dependendo do que a gente se propõe a fazer. No estado da Paraíba, o que acontecia; parte da verba do convênio a gente dedicava já, tinha uma verba certa que era da Caravana; as cidades do estado da Paraíba pagavam a hospedagem, havia uma série de reuniões prévias e tudo. Tipo, vai ser em Patos, por exemplo, fica na macrorregião, e aí havia as outras cidades envolvidas, se decidia tudo, e daí as cidades arcavam com a hospedagem e alimentação, e aí já é uma quantia grande, nós tínhamos os ônibus, todos os profissionais

voluntários, e um ki ou uma coisa ou outra que precisasse comprar, a gente pedia. Mas nunca pedia ao governo a mais porque o valor que o governo dava era fechado. Mas aí a gente saía jogando com isso. Hoje a gente tem vontade de fazer outras versões semelhantes, mas ou há uma parceria fechada com algum órgão, com governo do estado, porque aí envolve todos os municípios e tudo, ou a gente não tem condição.

Wagner: Algo que me deixou curioso, Pernambuco nunca se interessou por isso como uma política de governo?

ROCC: Se interessou. Mas aí Pernambuco é complicado. Uma vez fui chamada até o Conselho de Medicina daqui pra explicar porque eu tinha desenvolvido um projeto tão bonito assim primeiro na Paraíba e não aqui. Mas a explicação que eu dei no CRM eu repito; eu adoro música, então eu disse: “se você chegar num local onde você tem uma série de bons músicos, mas todos meio dispersos e não estão tocando nada”, você diz: “gente, vamos tocar essa partitura, e chama eles.”, aí eles dizem: “legal, pronto, a partitura é essa, aqui está o maestro, vamos todo mundo junto”, aí aquilo começa a funcionar e é uma beleza. Mas se você chegar num local e você encontra uma série de músicos, mesmo cenário, com uma diferença: 5 deles estão aqui tocando jazz, 10 tocando clássico, cada 1 tocando uma coisa diferente e cada 1 já tem seu maestro daquela linha que eles querem, você chega e diz; “pessoal, bora tocar um Tchaykovisk; e aí eles dizem “não, quero não, só toco isso; e o outro diz: “só toco samba” e tal. Então aqui é mais ou menos assim. Aqui a gente tem 6 centros de cirurgia cardíaca, uma gama de médicos cirurgiões renomados, tem todo o ego envolvido. Não é nem tanto a questão do governo, são os profissionais envolvidos.

Wagner: A gente pode dizer então que o projeto da Paraíba foi pioneiro no mundo?

ROCC: Eu acho que igual não tem. Mas todas essas ações que a gente aplicou na Telemedicina, ou outras ações, já foram utilizadas, a gente não inventou nada. Agora a gente vê assim, a Telemedicina do Einstein em São Paulo pro Sírío e tal. Aí a gente disse: “como o Einstein tem muita gente, vamos falar com a ponta; então tem uma criança na Paraíba que é vista por uma médica norte-americana que é uma das mais famosas, porque o caso dela era muito grave; chegou na hora, falou comigo e eu disse: “deixa eu falar com um médico americano”, então a médica disse: “é algo incomum, não sei, mas eu conheço a maior especialista disso aqui nos Estados Unidos, quer que eu chame?”. Uma disponibilidade incrível, entrou na hora na Rede, conversou com a mãe na Paraíba, aí ele disse: “Dra., dá pra gente falar com Dra. Jane?”, eu disse que sim, dava.

Wagner: Esse caso tá documentado, tá registrado em algum lugar?

ROCC: Tá. Bem, esse tipo de coisa não sei como encontrar; simplesmente acontecem, tá acontecendo. Por exemplo, a mãe pode ter alguma coisa, talvez algo com a assinatura de Jane. Mas eu tenho aqui uma história que é linda sobre a menininha da transposição. A criança saiu do interior da Paraíba, perto de Patos, entra em Patos e nasce roxinha; a gente estava lá na hora, chamou a pediatra e disse: “liga a máquina aí”, aí disseram que não sabiam e eu dizia pra ligar na hora. Bem,

foi feito o diagnóstico e a menina tinha uma das doenças mais graves da cardiologia. Foram nas primeiras 2 horas de vida e a gente fez uma reunião. Ligamos pro SAMU, conseguimos uma ambulância, trouxemos a menina pra João Pessoa, deixamos ela lá tomando o remédio pra estabilizar, passou 1 dia, veio pra Recife, operou, e com 1, 2 semanas a menina estava em casa. Esse caso foi publicado internacionalmente, tudo direitinho, com diagnóstico nas primeiras horas de vida com transposição. Esse paper eu tenho e posso lhe dar. Eu publiquei porque eu disse: “rapaz, isso não tem no Brasil não.”

Wagner: Há inúmeras publicações entre 2011 e 2018, elas estão todas no seu Lattes?

ROCC: Tenho muito menos do que gostaria, mas acho que a maioria tá lá sim. E se tiver faltando alguma coisa, garanto que lhe complemento.

Wagner: Pode me passar o email de alguém que lhe ajuda a organizar o site do CirCor com publicações, documentos e coisas do tipo, eu consigo ter acesso a maioria dessas informações no próprio site?

ROCC: Bom, eu estou precisando de alguém assim como você pra me ajudar a organizar isso tudo. E também pra me ajudar a saber como eu faço captação de recursos, mas a gente conversa sobre isso depois porque eu tenho outra reunião marcada e o grupo já tá aí fora esperando por mim.

APÊNDICE E – Transcrição da Entrevista Realizada com GPSP

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM GPSP, REALIZADA EM JOÃO PESSOA, EM 9 DEZEMBRO DE 2019

Wagner: Bom dia. Farei algumas perguntas mais genéricas, sem entrar agora na cooperação internacional em si, e o que você puder me falar sobre esses anos que você participou, inclusive se puder indicar outras pessoas que eu possa entrevistar, que tenham tido mais contato com esses voluntários, alunos, profissionais que vieram de outros países, seria ótimo. Pelo que prof. Bonifácio e Dra. Sandra me falaram, Juliana Soares inclusive realizou reuniões com esses alunos e profissionais.

GPSP: Provavelmente.

Wagner: Inclusive com a participação de alunos daqui que falassem inglês para se conseguir fazer essa interação, comunicação com os voluntários. Ela também me falou da ajuda das prefeituras na logística das caravanas, com alimentação e hospedagem, a questão dos 2 ônibus, de início era apenas 1. Então vamos lá, primeiramente queria saber (já que a senhora estava no processo desde 2011) quais os fatores que desencadearam o estabelecimento desta parceria entre o Governo do Estado e o CirCor.

GPSP: Pronto, aí eu vou te explicar. A situação era a seguinte: eu também já trabalhei na Secretaria de Saúde de João Pessoa, e já conhecia um pouco, digamos assim, as demandas que o Estado da Paraíba tinha em relação ao atendimento de alta complexidade, e especialmente na cardiologia pediátrica. O Círculo do Coração é uma Organização Não Governamental, que estava atuando, e atua..., e tem uma sede, mas funciona relacionada a um serviço que funciona no Hospital Real Português do Recife, e o Hospital Português tem uma referência de alta complexidade em pediatria, e, assim, houve um diálogo... inclusive pelo que Dra. Sandra depois contou, ela já tinha tido um contato anterior com o Governo do Estado, no sentido de tentar fazer um trabalho em parceria, mas que não foi concretizado naquele momento.

Wagner: Que foi na gestão anterior à 2010, né isto?

GPSP: Que foi a gestão até 2010, exatamente. Então assim, quando foi em 2011, eu estava trabalhando na Secretaria de Saúde, não como Secretária, mas como Gerente Executiva de Atenção à Saúde, e fui inclusive responsável, junto com a Diretoria, com a Gerência Executiva de Regulação, a fazer uns diálogos com o pessoal de Pernambuco, que foi quando começou a se desenhar a ideia desse projeto. Tem uma pessoa, que além da Juliana Soares, que é neonatologista, que estava nessa discussão, tem o Cláudio Regis, não sei se você já teve contato com ele. O Cláudio é pediatra, atualmente diretor do Hospital Arlinda Marques, e ele inclusive estava nas primeiras

discussões da idealização desse projeto, e foi ele, juntamente com Juliana Soares, que hoje coordenam esse trabalho.

Wagner: Quer dizer que ele continua lá.

GPSP: Continua aqui na Paraíba, diretor do Hospital Arlinda Marques, mas continua na Rede, que é denominada hoje “Rede Cuidar”. Mas enfim, então assim, essa parceria do Círculo do Coração, ela nasceu primeiro pelo fato de que o Estado da Paraíba não realizava cirurgias de alta complexidade em cardiologia pediátrica, especialmente nos bebês de menor peso, nos bebês menores e tal... isso sempre foi um problema, é, essas crianças ficavam numa fila de regulação... ou elas iam para fila da regulação da Central Nacional de Regulação, para irem pra qualquer lugar do país, ou elas iam pra judicialização.

Wagner: Inclusive essa fila era aquela denominada “fila da morte”.

GPSP: É. Já teve coisa da mídia que saiu isso, como “fila da morte” ... porque por exemplo, na Central Nacional de Regulação, é uma fila para o Brasil inteiro, e muitas vezes quando essa criança... abria vaga noutra lugar... a criança ia fazer a cirurgia em Porto Alegre, São Paulo... quando chegava lá, ela já estava mais fraquinha, já estava com infecção... enfim, era bem mais complexo, e a ideia dessa cooperação com o Círculo do Coração, ela teria basicamente uma parte, digamos assim, uma parte de ensino, de ensino no intuito de qualificar profissionais. Ela tinha uma parte de pesquisa, porque ela sempre gerou uma enorme quantidade de dados coletados, que logicamente favoreceu aí muitas pessoas a, digamos assim, a elaborarem estudos.

Wagner: Eu já li vários artigos, encontrei pelo menos uns 17, a maioria publicada internacionalmente. Não lembro agora se seu nome consta de algum ou alguns deles.

GPSP: Não, provavelmente não.

Wagner: O projeto inclusive foi bastante premiado, né isto?

GPSP: Ele ganhou um prêmio do PNUD, e também ganhou alguns outros prêmios da cardiologia, mas ele ganhou um prêmio do PNUD, que foi em dezembro de 2018, que era de práticas do desenvolvimento sustentável.

Wagner: Esse foi o LEGOS, né isto?

GPSP: Foi, exatamente, que era a metodologia e tal.

Wagner: Eu vi sim... inclusive tem o seu nome e o e-mail lá no projeto. Eu tenho inclusive esse projeto impresso aqui... há também boletins publicados pela OMS...

GPSP: Acho que sim.

Wagner: É. Esse material todo aí, eu tenho... fora outros prêmios nacionais, né?

GPSP: Pois é, exatamente. Aí o que é que acontece...

Wagner: Desculpa, só um parênteses...vocês têm na SES, você sabe dizer, se tem isso tudo catalogado... porque assim, eu consegui alguns na internet, porque são de domínio público, mas aí a SES inclusive já liberou os Termos de Autorização Institucional, tanto pra documentos quanto pra arquivos também. Então eu queria saber se é fácil para eu acessar essas premiações, número de atendimentos... vocês têm tudo isso arquivado?

GPSP: Tem, tem. Na verdade, tem muito registro disso. A equipe de assessoria, inclusive de comunicação da Secretaria de Saúde, tem muita informação sobre isso, e a própria área técnica lá e tal...

Wagner: Então seria fácil eu conseguir acessar tudo isso...

GPSP: Sim, sim. Acho que sim. Então, aí o que acontece é o seguinte... complementando aqui, há uma outra parte disso, é, que era ensino, ensino para qualificar os profissionais, a parte da pesquisa, e a parte assistencial propriamente dita. Porque a ideia era, primeiro utilizando a ferramenta da Telemedicina, é, qualificar os profissionais, depois, qualificando os profissionais, por exemplo, “ah, você não tem um cardiologista pediatra lá na maternidade de Cajazeiras, mas você um pediatra que tá lá, que participa das qualificações, né... tinham momentos presenciais, mas poucos, eram mais à distância, aí você participaria, e a ideia era, tipo, nasceu um bebezinho... então implementou-se um sistema de triagem, todos os bebês eram triados com essa coisa que é a oximetria de pulso, que era para medir... e se houvesse algum tipo de alteração, o bebezinho era submetido à uma outra avaliação.

Wagner: Certo. Só uma pergunta. Então havia médicos em alguns centros no programa “oncall”, né isto? Eles ficavam de plantão?

GPSP: É isso. Exatamente. Aí sempre tinha... é, eles iam utilizando essa ferramenta da Telemedicina.

Wagner: Estas 2 primeiras partes aqui (ensino/pesquisa e qualificação), a minha pergunta é: você tem conhecimento desses profissionais, de alguns profissionais, que participaram, que eram de fora, que conseguiram fazer, que conseguiram qualificar esses profissionais da atenção básica?

GPSP: De fora, de fora do Brasil?

Wagner: Sim. De fora do Brasil, através do CirCor... porque alguns deles vieram, inclusive Sandra Mattos me falou que alguns deles deram alguns cursos, com ajuda de alunos de medicina, que iam fazendo a tradução...

GPSP: O que eu me recordo é que muitas dessas reuniões aconteciam num ambiente “web”, utilizando a plataforma “webex”, tinham reuniões todas as segundas-feiras, se não me engano, na hora do almoço, e muitas dessas... as agendas tinham, digamos assim, a participação de pessoas

que estavam em outros centros, especialmente, salvo engano, uma parte em Portugal e outra na Inglaterra.

Wagner: Só abrindo um parêntese, Portugal praticamente está presente em todos os artigos que consegui identificar no âmbito da RCP e Caravanas, que foram publicados internacionalmente, têm a participação de portugueses, principalmente um chamado Miguel Coimbra, que, salvo engano, foi o principal responsável pelo desenvolvimento daquele “DigiScope”, o estetoscópio digital, que passou cerca de 10 anos para que o projeto fosse concluído, em 2011, eu acho... depois foi testado em Campina Grande, mas o grande teste mesmo foi nas cidades das Caravanas do Coração, a partir de 2013. Minha pergunta é: você tem conhecimento se Miguel Coimbra veio pessoalmente participar de alguma Caravana, ou se deu apenas a transferência tecnológica do “DigiScope”?

GPSP: É, não tenho. Confesso que, assim, durante a Caravana propriamente dita, eu não lembro. Porque, assim, a SES sempre foi uma coisa de múltiplas agendas... assim, eu acompanhava uma parte, mas assim, nunca acompanhei especificamente isso... porque eu acompanhava muitas outras coisas.

Wagner: Eu estou te perguntando isto porque o foco do meu projeto é exatamente essa “cooperação internacional”, que não precisa ser uma cooperação direta. Isto, por exemplo, que foi desenvolvido lá em Portugal, que Dra. Sandra inclusive me disse que vários alunos de mestrado e doutorado de Portugal e daqui tiveram esse intercâmbio... há até fotos que a SES publicou, que publicava periodicamente quando as Caravanas aconteciam.

GPSP: Mas aí eu acho que esse pessoal foi para... não sei se foram fazer esses cursos do Lika, no Recife, na UFPE...

Wagner: Mas alguns participaram das Caravanas... há inclusive fotos publicadas no site da SES. Mas vinham por intermédio do CirCor e do Lika... era esse o intercâmbio.

GPSP: Isso, isso.

Wagner: Minha pergunta é ... na SES, você acha que tem registro disso aí ou só quem tem registro disso é o Círculo do Coração? Por exemplo, há algum tipo de registro desses voluntários (da UFPE, do Lika) que participaram das Caravanas? Porque se tiver registrado, obviamente os nomes deles vão aparecer, porque eram 2 semanas com todos eles, né isto?

GPSP: Eram 2 semanas sim. Sempre teve uma equipe... é, talvez você possa falar com ... tem 2 meninas que eu vou te dar os nomes, uma delas acompanhou a Caravana de 2018, que é Priscilla Araújo, e a outra acompanhou como Gerente de Atenção à Saúde, pelo menos 2 anos, ou na verdade, mais... ela eu acho que é ... Patrícia ...

Wagner: Patrícia Assunção? Eu já conversei informalmente com ela, mas não a entrevistei.

GPSP: Ah, você já falou com ela então.

Wagner: Quando você... você ou a senhora?

GPSP: Ah, me chame de você, por favor.

Wagner: Pois é, então ... quando você ainda era Secretária de Saúde, fui lá e falei com ela sobre a submissão de meu projeto ao Comitê de Ética, e aí ela me disse que era melhor submeter à UEPB, porque pela Secretaria poderia ser mais demorado. Aí foi quando conversei com ela, mas não cheguei a entrevistá-la, mas vi que em várias postagens da SES, ela participava das reuniões.

GPSP: Isso, isso.

Wagner: Então, provavelmente, ela teve contato com esses voluntários de fora...

GPSP: Olha, eu não sei ... porque assim, como a Caravana, nesses anos que o Círculo do Coração estava atuando, a própria coordenação era da própria equipe do Círculo ... inclusive a Juliana Abath foi a pessoa que coordenou alguns anos, acho que a Juliana coordenou 2015, 2016, essa é professora do UNIPÊ... ela é prima da ex-Secretária, Roberta Abath. Então assim, nesse período aí, eu confesso pra você que eu não sei ... eu sei que nos anos que eu estava, quando o Círculo estava é ... estava atuando, aí eles que coordenavam.

Wagner: Então você, pessoalmente, não teve nenhum contato com esses alunos ou pesquisadores de outros países, não chegou a fazer nenhuma reunião com eles, nem nada?

GPSP: Não, pessoalmente não. Nenhuma reunião presencial.

Wagner: Mas soube da presença deles...

GPSP: Aí é que tá. Como eu estou te dizendo, tinha muita agenda, era muita agenda do Círculo do Coração. Então eventualmente eu ficava sabendo... “olha, teve essa reunião” ... mas aí ... hoje eu não vou conseguir diferenciar pra você se foi uma reunião presencial, se foi uma reunião “online” ...

Wagner: Quem provavelmente esteve nessas reuniões com esses profissionais de fora, Juliana Abath, Patrícia Assunção?

GPSP: Bem, a Juliana Soares esteve em todas as Caravanas.

Wagner: Juliana Soares e Sandra Mattos são 2 nomes que aparecem praticamente em todas as publicações internacionais referentes às Caravanas. Faz sentido, então.

GPSP: É. Realmente Juliana Soares era muito presente.

Wagner: Inclusive a tese de doutorado dela foi em cima da RCP. Bem, não sei se você consegue me responder, mas como foi o processo de integração de todas essas maternidades para que elas ficassem interligadas 24 horas por dia... você participou desse processo?

GPSP: Como foi o que?

Wagner: Não houve um processo de integração dessas maternidades para que elas ficassem conectadas 24 horas por dia com esse programa de Telemedicina, não era exatamente pra isso?

GPSP: Todas as unidades daqui.

Wagner: Pelo menos é o que consta no site da SES...

GPSP: Ficavam, ficavam. Na verdade, com um dispositivo móvel, com ipeds, que ficavam nas maternidades que compunham a Rede. Na verdade, tinham vários serviços, eu acho que 20 serviços... é porque, por exemplo, Campina Grande tinha mais de 1, João Pessoa tinha mais de 1, entendeu... mas tinham vários pontos. Mas deixa eu terminar aquele ponto. Veja bem, quando começou, a ideia era essa. Primeiro, tinha a utilização do dispositivo da Telemedicina, a utilização dos centros de referência... então tinha um centro de referência, inicialmente, no Hospital Português, certo... e depois, à medida em que as pessoas foram sendo qualificadas, também aqui em João Pessoa, no Arlinda Marques. De toda forma, tinham profissionais, digamos assim, disponíveis online... aí tinham os centros de referência ambulatorial também, foi montado um em Campina Grande e um em João Pessoa, no Arlinda Marques. Posteriormente, aí mais na frente eu explico, mas posteriormente, também teve a instalação de um dispositivo que acabaram chamando de Eco Taxi; era um transporte que levava um aparelho de ecocardiografia portátil, tipo “ah, o aparelho tá aqui em Patos, o bebezinho nasceu em Pombal... então vai, leva lá em Pombal” ... porque se o bebê teve alteração da frequência cardíaca, faz o eco, aí se ele faz o eco e tá tudo bem... e na época, tinha a possibilidade de ir transmitindo ali a imagem do eco e o cardiologista lá dizia: “olha, tá assim, tá assim, não sei o que, faz isso” ... enfim, a movimentação era essa, tiveram vários cursos, digamos assim, tinham as reuniões clínicas nas segundas-feiras e tinham alguns cursos, eventualmente presenciais, mas tinham umas qualificações e tal. Ao longo do tempo, realmente foram qualificadas muitas pessoas no Estado da Paraíba. Essa parte, por exemplo, da relação com outros centros, quando esse processo iniciou, ele, de fato, pelo menos pelo que eu consigo aqui identificar, é ... ele, de fato, teve um protagonismo muito grande da Dra. Sandra, que é quem tinha muita vinculação com essas pessoas. Então assim, ao longo do período, de fato, muitas pessoas. Por exemplo, tinha uma menina que era estatística, ela começou (até já tinha trabalhado comigo na Secretaria da Saúde), ela começou a fazer análises de dados, é ... dos dados que iam sendo coletados nesse processo, acabou que hoje ela já tem doutorado, acabou que ela fez doutorado nessa área, como a própria Juliana Soares. Então assim, eu sei de muitas pessoas que tinham... sei da interação de Dra. Sandra, da relação dessas pessoas com os projetos... eu lembro, por exemplo, especificamente na época da, da... depois da epidemia da microcefalia, veio um professor do Japão, que tinha uma...é, a vinculação dele era uma “coisa” da coleta, eu acho, de sangue, da coleta de sangue do cordão umbilical, células-tronco, não me lembro muito claramente, mas eram umas “coisas” bem ligadas à tecnologia, de tecnologia.

Wagner: E daí eles aproveitaram as Caravanas para fazer isto, não foi?

GPSP: Aí eu não lembro detalhes disso, desse tipo de coisa, entendeu... mas eu sei que durante o processo, assim, particularmente, me apresentavam, assim, literalmente no momento da saída da Caravana. A própria Dra. Sandra me apresentou uma moça que era de... não me lembro de onde ela era, não sei se era da Suécia, não lembro.

Wagner: Acho que era uma sueca mesmo. Era estudante de medicina, salvo engano.

GPSP: Pois é, daí Dra. Sandra me apresentou essa moça e falou: “olha, essa moça veio e vai acompanhar a Caravana...” a moça até adoeceu durante uns 2 dias porque teve uma diarreia...

Wagner: Mas a Secretaria arquivava, conseguia arquivar tudo isso? Por exemplo, “essa moça vai participar da Caravana, então coloca o nome dela aqui...” ou não?

GPSP: Não, porque eu acho que as listas de frequência, elas foram todas, digamos assim ... aí tinha a história do ônibus, da acomodação e tal, que ficava com quem estava coordenando, e na época, nesses anos de 2015 e 2016, foi a Juliana, mas a impressão que eu tenho é que isso tudo ficava... não sei se a equipe técnica da SES guardava uma cópia de tudo isso, não sei te dizer.

Wagner: Mas eu tenho como rastrear isto no CirCOR, não?

GPSP: Tem, tem. Se você conversar com Juliana Abath, com Patrícia, Priscila Araújo, elas vão saber alguma coisa.

Wagner: Ótimo. Já destaquei esses nomes aqui. Pegando essa deixa, pra você não perder esse raciocínio aí, você acha que essas qualificações que foram feitas, esses treinamentos, principalmente nas cidades mais distantes, no interior do Estado, você acha que depois que o convênio acabou, eles conseguiram levar isso à frente, ou mesmo havendo, por exemplo, uma qualificação em um ano, no ano seguinte, eles conseguiam levar isso à frente, sem haver a presença daqueles que os qualificaram?

GPSP: Não, desculpa, eu não entendi.

Wagner: Porque assim, você disse que houve vários cursos de qualificação pra enfermeiros, profissionais da atenção básica...e aí, depois dessas qualificações, eles conseguiram andar com as próprias pernas, conseguiram levar o projeto à frente e fazer o que tinham que fazer a partir dessas qualificações?

GPSP: É. Eu acho que sim. Agora, primeiro, uma coisa é você se referir especificamente à Cooperação Internacional. Eu acho que a Cooperação Internacional, ao meu ver, ela foi uma cooperação mais, digamos assim, aí eu não sei até que ponto ela influenciou diretamente, digamos assim, em alguns encaminhamentos que possam ser tomados... eu não sei se a Cooperação Internacional foi quem, digamos assim, disse: “ah, vamos usar tal protocolo...” aí eu realmente não sei te dizer, porque eu acho que nessas questões se usa uma série de coisas. A impressão que eu

tenho é que a Cooperação Internacional favorece, por exemplo, a publicação, a participação em eventos, a divulgação disso.

Wagner: Você fala no âmbito de uma cooperação técnico-científica?

GPSP: Das pessoas quererem conhecer (o interesse internacional), mas eu não sei te dizer assim ... eu não conheço algo que eu pudesse dizer assim: “olhe, isso aqui mudou porque aqui na Paraíba a gente utilizava, digamos, o protocolo A no tratamento da cardiopatia congênita, disso aqui, e com essa cooperação internacional, com isso tudo, nós passamos pro B.” ... não consigo ver isto.

Wagner: Mas no caso do estetoscópio digital, o DigiScope, que veio de Portugal?

GPSP: Sim, sim, mas isso aí é uma ferramenta, um instrumento. Mas aí só pra eu terminar de explicar... Então, isso é uma questão. Agora outra questão que é o geral, é você dizer assim: “aí sim, eu acho que isso teve uma influência porque, por exemplo, os profissionais, mitos profissionais, começaram, digamos assim, a trabalhar nessa área, a partir disso.” Quando as pessoas saíram, né, e isso era sempre um motivo que a Dra. Sandra sempre falava: “olha, a gente fala em transferência de tecnologia” ... lógico que houve. Mas nem tudo são flores ... houve aí umas pedras pelo caminho e tal. Eu sempre acredito que há sempre algumas disputas sob o ponto de vista, é, quando você trabalha nesses espaços de gestão etc., mas qual foi a ideia também, pra você compreender ... a forma de relação, digamos assim, dessa cooperação, que na verdade não era uma cooperação sem contrapartidas, era um convênio porque ela era financiada. Tipo não era uma cooperação técnica do tipo “eu te ajudo, você me ajuda, e nós assinamos aqui que eu vou te ajudar com essa tecnologia.” Era um convênio. Então, assim, isso aqui tinha um custo, certo, então essas pessoas que trabalhavam aqui, nessa parceria, nesse convênio com o Círculo do Coração, para operacionalizar tudo, tinha um custo. Foi o Governo do Estado que financiou isso. Então, o Governo do Estado, por exemplo, financiou a aquisição dos Ipedes, mais na frente, dos equipamentos, e de equipamentos, por exemplo, de transmissão de Web, etc. etc. ... financiava os plantões, todos os plantões dos médicos, esses “oncall” eram todos remunerados, devidamente remunerados... tudo isso era remunerado.

Wagner: Foi, Dra. Sandra tinha mencionado isso aí.

GPSP: Então, assim, não tinha trabalho voluntário aí não. Agora... a própria coordenação, tudo era remunerado. Agora, é, lógico, todas essas articulações aí, digamos, nas Caravanas do Coração... inicialmente, no 1º ano, a gente utilizou um recurso, na 1ª Caravana, a ideia era assim: “olha, a gente tá trabalhando aqui, tal, vendo os bebezinhos que são recém-nascidos, que nasceram na maternidade”, e a partir de um determinado ponto, quando você começava a fazer o diagnóstico precoce das cardiopatias congênitas... só que a gente tinha crianças por aí com dificuldade também de acesso aos serviços de alta complexidade, especializados, aí foi quando se teve a ideia da 1ª Caravana... a primeira só teve uma semana, foi só uma semana.

Wagner: Foi a de 2013, né isto?

GPSP: É. Foi a de 2013, que só durou uma semana, passou por alguns lugares, etc. etc. depois ela foi se expandindo... e aí, assim, eu acho que a coisa de entrar a microcefalia, ela também teve um interesse grande da classe acadêmica e de pesquisadores, que vieram para fazer estudos.

Wagner: Aquela pesquisadora de Campina Grande que teoricamente foi quem primeiro descobriu o link entre o Zica e a Microcefalia...

GPSP: Foi uma médica, né?

Wagner: Isso. Adriana Melo, ela participou de alguma Caravana, que você tenha conhecimento?

GPSP: Não tenho conhecimento, não tenho.

Wagner: Então, voltando pra questão dessas qualificações, elas foram realmente estruturantes, capacitaram realmente esses profissionais?

GPSP: Eu acho que sim. Eu acho que sim. Porque assim ... a equipe saiu... Sim, aí tinha a parte também, só pra você entender, por exemplo, que os profissionais que vinham fazer a parte assistencial (não ambulatorial), mas a parte de cirurgia propriamente dita, o procedimento lá, tal, era feito por uma médica que vinha do Recife, a Dra. Sheila. Então, Dra. Sheila vinha pra fazer as cirurgias, é ... que eram exatamente aquelas cirurgias que, aqui na Paraíba, não eram feitas. Agora, assim, algumas delas eram realmente mais complexas, muito mais, por várias razões, então essas continuavam indo pra Recife. Mas aqui, no Arlinda Marques, que ficou sendo a sede, é, ... ficou a realização das cirurgias cardíacas, que eram realizadas aqui. Tinha, então, tipo, essas crianças eram, digamos, triadas nas maternidades, iam para os ambulatórios, identificava-se qual era a patologia e, então, ou ela ia ter alta, ou ela ia ter um acompanhamento ambulatorial, ou o caso era cirúrgico. Se o acompanhamento fosse ambulatorial, ela ficava sendo acompanhada pelos cardiologistas, que já estavam, tanto lá no serviço de Campina Grande, que era no ISEA, como aqui no Arlinda Marques, onde ficavam os ambulatórios e, depois, posteriormente, acabou que também tem ambulatório no Hospital Metropolitano, porque aí essa já foi a última etapa, que era tipo assim, como o Governo do Estado estava implantando um serviço que incluía “alta complexidade” em cardiologia e neuro, então assim, o que se discutiu foi: “vamos pegar aquilo que tá sendo feito no Arlinda Marques, que não é um hospital preparado pra isso, inclusive porque ele recebe todas as outras coisas, vamos transferir essa parte da cirurgia pra ser realizada no Hospital Metropolitano, entende. Então essa já foi uma outra etapa, inclusive a própria médica, Dra. Sheila, ela vinha também operar lá. Mas eu não sei te dizer, realmente, depois que eu saí da Secretaria de Saúde, se ela continua operando lá, aí eu confesso que eu não sei.

Wagner: Você saiu em que data da SES?

GPSP: Eu sai em abril desse ano. Fiquei só os primeiros 3 meses de 2019.

Wagner: Pegou o período, então, do final do convênio até agora, aliás, até abril?

GPSP: Peguei sim.

Wagner: Depois do final do convênio, quando acabou mesmo o convênio, que não vinha mais essa equipe do Círculo do Coração, vocês continuaram realizando os mesmos procedimentos?

GPSP: Então. A gente continuou realizando a triagem, teve todo um processo, assim, por exemplo, de mudança de base de dados, teve alguns processos, mas a ideia era manter. Manter não exatamente idêntico, porque era uma outra coisa, mas a ideia era manter, e ficou mantida; ficou denominada de “Rede Cuidar”. Então, tem o suporte da Telemedicina, tem a triagem neonatal, esse suporte da Telemedicina (mas desde antes) ele também foi expandido, não apenas pra cardiologia pediátrica, como pra neonatologia, porque, às vezes, acontecia um outro probleminha no bebê, que não era parte da cardiologia, então tem a perinatologia, que também tá funcionando dessa maneira, e esse ano teve a 1ª Caravana que foi feita sem o pessoal da Rede. Então, assim, eu só acredito, e não apenas acredito, eu acredito realmente que isso teve a efetividade de, digamos assim, ter sido uma transferência de uma metodologia de trabalho (LEGOS) onde as pessoas que se envolveram criaram isso e tudo mais. Então, pra mim, tá aí a sustentabilidade do processo, entende? Agora, lógico, se você for perguntar: “É tudo absolutamente igual?”, eu diria que a essência, da parte tanto da coleta de dados, quanto do acompanhamento, como da Rede, do fluxo assistencial, é o que foi criado. Agora, lógico, que eventualmente tem algumas questões que não devem permanecer porque tinham questões que estavam vinculadas, por exemplo, ao próprio pessoal.

Wagner: É, houve mudança de gestão e tudo mais.

GPSP: Exato.

Wagner: Pois é. Eu sei que nesse ano, não sei se você fez parte, que foi o ano de 2016, você estava?

GPSP: Não, não estava.

Wagner: Pois é, esse ano de 2016 foi o ano que veio o maior número de profissionais estrangeiros. Se não me falha a memória, 2, pra ser mais preciso, participaram da Caravana.

GPSP: Pois é. Nesse ano eu não estava.

Wagner: Mas eu falando com Juliana Abath e Juliana Soares, eu consigo me aprofundar mais nessa participação deles, não consigo?

GPSP: Consegue, consegue. Provavelmente consegue.

Wagner: Quer dizer então que essa filosofia “LEGOS” que você falou continuou mesmo com a saída do CirCor...

GPSP: É. Eu não sei te dizer. Assim, porque é quase como se esse nome “Legos” tivesse sido, como é que chama, esses acrônimo né, acho que ele foi criado aí pelo pessoal...

Wagner: Que é o “Liderar e Empoderar Pessoas para Otimizar Soluções.”

GPSP: É, mas isso aí, digamos assim, foi uma denominação que eles deram e tal, mas acho que a metodologia, por exemplo, a coisa do Eco Taxi, a coisa das pessoas que já trabalhavam. Então, o que aconteceu foi que muitos profissionais que já estavam aqui continuaram nos plantões e tal.

Wagner: E iam transferindo o conhecimento pra quem estava chegando?

GPSP: É. Nessa saída, nesse período de transição que eu peguei, que aí de fato a gente pegou essa transição, foi meio delicada. Para aquele momento da transição até onde eu estava, é, a cardiologista, a cirurgiã propriamente dita, ela vinha fazer, e ela ficou um tempo contratada pelo Hospital Metropolitano.

Wagner: Pra vir fazer as cirurgias aqui...

GPSP: Pra vir fazer... alguns profissionais daqui faziam, mas me parece realmente que tinham alguns procedimentos que os profissionais ainda não estavam fazendo.

Wagner: Me responde uma coisa, no tempo em que você estava na Secretaria, o Governo do Estado foi procurado alguma vez para possibilidade de replicar esse projeto em outros lugares do Brasil, ou até mesmo em outros países? Estou perguntando isto porque quando entrevistei Dra. Sandra, ela tinha acabado de ser procurada pela UNICEF pra possibilidade de replicar essa política pública, que eu acho que agora, realmente, virou uma política de Estado, não é ... então, durante sua gestão na Secretaria, você foi procurada por alguma ONG, ou algum órgão da ONU, sobre essa possibilidade de replicação da Rede e das Caravanas?

GPSP: Não, não. Na minha gestão, não.

Wagner: Porque como vocês ganharam esse prêmio em 2018, inclusive foi o próprio Governo do Estado que recebeu, a notoriedade foi enorme...

GPSP: É, ele foi submetido anteriormente à uma..., passou por várias etapas, mas não ficou entre os finalistas... e depois, ganhou esse prêmio, que foi do PNUD e do Desenvolvimento Sustentável.

Wagner: É, pegando aqueles 3 ODS, Indústria, Inovação e Infraestrutura, Saúde e Bem-Estar e Redução das Desigualdades... inclusive as publicações que foram feitas abordavam esses Objetivos...

GPSP: E uma das questões inclusive que eles avaliavam, era assim, tipo, não apenas o trabalho em si, mas a sustentabilidade desses trabalhos. Então acho que esse processo realmente foi bem adequado porque ele continua hoje. E é como você disse, ele deixou de ser um programa, porque ele não encerrou e passou a ser uma política de Estado.

Wagner: Isso aí é realmente ótimo. Resumindo, na sua opinião, quais os maiores desafios e os maiores benefícios que a Rede de Cardiologia trouxe?

GPSP: Olha, definitivamente, eu acho que os maiores benefícios tenham sido a ampliação do acesso, a cobertura, a qualificação dos profissionais... eu acho que isso, de fato... você conseguiu com isso criar, é, não apenas criar a Rede, mas ter os profissionais qualificados, e ter um fluxo definido, além das crianças todas, e também bebês e até gestantes. Com bebês, o atendimento depois passou pra identificação dessa questão das cardiopatias, e isso realmente eu acho ser um benefício tremendo. Qual foi a outra pergunta mesmo?

Wagner: Quais os maiores desafios enfrentados?

GPSP: É, eu acho que os maiores desafios, eu diria, eles não são muito distintos dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde, porque a gente tem, por exemplo, um subfinanciamento crônico, a gente tem uma falta, muitas vezes, de estrutura e processo de serviços das redes. Eu acho que, muitas vezes, os serviços, por exemplo, quando eles não têm uma estrutura adequada, e não têm uma organização de processo adequada, a gente não tem um serviço de boa qualidade. É logicamente que é difícil, por exemplo, “ah, como é que eu vou manter aqui um bom ambulatório de cardiologia pediátrica quando eu não tenho” ... Outra coisa que a gente também tem aí é uma desigualdade na distribuição espacial dos profissionais. Então, muitas vezes, eu não consigo colocar um bom profissional num determinado lugar. Então eu acho que esses são os desafios, digamos assim, que não são muito diferentes dos desafios que a gente enfrenta na organização da rede de serviços do SUS.

Wagner: Compreendi. Só pra finalizar, até porque eu prometi que duraria por volta de 40 minutos...

GPSP: Não, tá tranquilo. Ah, outra coisa, assim, que eu acho importante ressaltar é que de fato houve uma decisão política né, e aí eu acho que o Governador Ricardo Coutinho, ele teve uma participação muito decisiva, porque ele disse assim: “não, eu quero isso, eu vou bancar isso”, e, de fato, ele foi muito presente nesse processo. Então, quando também você tem um gestor que tem visão de saúde, que tem, digamos assim, uma determinação... por mais que a gente enfrentado muitas dificuldades operacionais, a gente encontrou essa forma, por exemplo, para remuneração, que foi o convênio. Mas assim, até hoje, a gente recebe questionamento do Tribunal de Contas por conta das despesas que foram efetuadas com isso, entendeu?

Wagner: Mas inclusive esse convênio, pelo menos foi o que Dra. Sandra me falou, teve uma primeira conversa pra sua efetivação lá em 2010, por aí... ela citou inclusive um caso, um caso paradigmático aqui na Paraíba, quando foi gasto 1 milhão de reais com uma criança apenas.

GPSP: É, ela sempre cita esse caso, sempre fala.

Wagner: Inclusive seria muito menos dispendioso para o Estado ter um convênio como esse do que continuar como estava. É, uma última pergunta... nesse processo todo, teve alguma participação do Governo Federal em questão de incentivo, apoio, ou foi tudo única e exclusivamente iniciativa do Governo da Paraíba?

GPSP: Foi. Não teve nenhuma. Nós tentamos, a gente tentou dialogar com o Governo Federal. Eu, particularmente, como Secretária, apresentei essa experiência no âmbito do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Na região nordeste, a gente fez uma... tinha uma agenda entre os Secretários das regiões, uma agenda pra troca de experiências. Então eu levei isso pra lá, cheguei a dialogar com a Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde, mas a gente nunca teve nenhum financiamento não. Inclusive aconteceu até uma coisa meio... porque assim, quando as crianças eram operadas aqui, que estava tudo bem, elas operavam aqui, tal. Como existia a Rede, e a Rede era muito conhecida, quando a criança tinha uma situação realmente de alta complexidade, que ela precisava ir pra Recife, ela ia encaminhada porque todo mundo da Rede também trabalhava no Hospital Português, e isso chegou em um determinado momento que o Departamento Nacional de Regulação do Ministério da Saúde disse que essas crianças não podiam mais ser operadas por aqui, porque aquilo ali era uma questão que tinha que passar pelo outro fluxo, entende, do país todo, tal. Então assim, ao meu ver, isso foi um “não apoio”, eles disseram que aquilo ali estava desvirtuando a forma como, tipo assim, “a gente não pode”, teve uma discussão, envolveu o Ministério Público, envolveu o Ministério Público Federal aqui, que na pessoa do Guilherme Ferraz, que é uma pessoa que acompanhou muito e nos ajudou muito, foi um excelente parceiro.

Wagner: Esses atendimentos de alta complexidade, a gente pode dizer que, depois da criação dessa Rede, qual a porcentagem de atendimentos que já são feitos na Paraíba, tem como precisar isso, 90%, 100%?

GPSP: Bem, não são 100% feitos aqui não, mas confesso que não sei te dizer a porcentagem.

Wagner: Mas houve uma melhoria significativa?

GPSP: Melhorou sim porque todas essas crianças iam pra fora. Agora eu não sei te dizer hoje, ainda, quantas crianças vão pra fora e tal.

Wagner: Mas tem como descobrir esse percentual, né?

GPSP: Sim. Acho que você pode conversar com Cláudio, acho que Cláudio Regis é a pessoa mais indicada. E ele trabalha muito com uma pessoa da estatística chamada Renata Gregório, e ela vai ter muita informação em relação aos dados propriamente ditos.

Wagner: Uma última pergunta. Eu acho que você já respondeu praticamente tudo aqui. Mas na sua opinião, como gestora e profissional da área de saúde, você acha que é possível e viável que esse projeto, essa Rede de Cardiologia Pediátrica e as Caravanas do Coração, esses projetos podem acabar transformando o Estado da Paraíba num ator importante de paradiplomacia, não só no âmbito do Brasil, mas para o restante do mundo, principalmente em países da África? Você acha que seria viável a implementação de um projeto como esse em países mais pobres, através de órgãos da ONU ou algo desse tipo? Do jeito que ele foi concebido e pelos resultados obtidos, você acha que seria possível?

GPSP: Olha, eu acho que vários projetos seriam possíveis, mas não sei exatamente se nesse formato, entende, porque assim, tem questões de infraestrutura que talvez alguns países muito pobres não tenham, não é ... então assim, não sei te dizer, porque, por exemplo, hoje, se você dissesse assim, que mesmo hoje, aqui na Paraíba, que nós temos, sei lá, mais de mil equipes de Saúde da Família, se você dissesse assim: “olha, você tem acesso à internet em todas as Unidades Básicas de Saúde? ... a gente não tem, entende. Então, assim, eu acho que essa coisa da cooperação, do suporte, da multiplicação, digamos assim, da multiplicação dessa coisa de qualificação de pessoal, do trabalho em rede, eu acho que essas são as alternativas que o Sistema Único de Saúde tem para organizar os serviços. Agora, claro, são diversas estratégias, mas eu não vejo outras alternativas, sabe... e qualquer modelo, a gente poderia replicar, mantidas as suas devidas adequações.

Wagner: Um detalhe que eu esqueci de perguntar, vocês tiveram alguma resistência dos Secretários Municipais de Saúde, das prefeituras, ou a receptividade foi boa e vocês trabalharam bem em parceria?

GPSP: Não. Acho que não tivemos resistência não. Isso aí que foi uma coisa legal porque isso extrapolou um pouco. Realmente durante as Caravanas, é, era solicitado ... porque assim, realmente a gente tinha um recurso, dentro do convênio, destinado para realização das Caravanas. Então tinha um recurso, porque você tem aluguel de ônibus, você tem transporte, você tem a Rede, você tem muita coisa. Então, para os locais que iriam receber, era solicitado um apoio, no sentido de um lanche, não era nem almoço mesmo porque a combinação era sempre assim: um lanche para o pessoal, um lanche na chegada na noite anterior, e, no dia seguinte, eles não almoçavam, trabalhavam o dia todo, mas tinha lanche pra todo mundo, e depois iam dormir no município do dia seguinte. Então, essa operacionalização sempre contou com a colaboração dos municípios. Eu acho que, literalmente, apenas em 1 ano, tipo 1 desses municípios, nem me lembro exatamente qual, fazia muita oposição ao Governo do Estado, e se manifestou, tipo, não ajudou devidamente. Um, tipo, teve um pequeno problema no local, mas coisas que provavelmente também aconteceriam no processo, né... mas isso eu até destacaria como um dos pontos positivos, porque “esta” sempre se manteve como uma causa “suprapartidária”, e eu acho isso uma coisa importante.

Wagner: Então se tornou, na sua opinião, uma política de Estado hoje?

GPSP: É, na minha opinião, eu não sei se é “exatamente” isso porque uma política de Estado, ela ainda tem um tempo pra frente pra gente conseguir identificar como política de Estado.

Wagner: Mas o caminho é esse?

GPSP: É, eu acho que a gente deu passos importantes nesse sentido.

Wagner: Ótimo. Eu só tenho a agradecer muito pela sua disponibilidade e indicação de nomes importantes para entrevistas futuras. Muito obrigado.

APÊNDICE F – Transcrição da Entrevista Realizada com CRCP**TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM CRCP, EM JOÃO PESSOA, EM 11 DE NOVEMBRO DE 2019**

Wagner: Então a senhora estava me falando que, no ano de 2016, vieram os profissionais dos Estados Unidos. Inclusive eu tenho o relatório de um aluno chamado Allen que foi da Royal College, do Reino Unido, e outros profissionais. Só que Cláudia Veras me disse que como a SES tinha muitas demandas, ela não participava ativamente dessas Caravanas, então ela não saberia dizer, por exemplo, quantos profissionais de fora estavam envolvidos, quem era da Paraíba, quem não era. Ela disse que, às vezes, Dra, Sandra chegava e dizia: “olha, essa aqui é uma da Noruega que vai participar da Caravana com a gente...”, mas ela não soube detalhar isso. Então ela me disse que a melhor pessoa seria você pra me detalhar isso. Então eu tenho um roteiro aqui, de 7 perguntas, mas acho que com o decorrer da entrevista, você consegue abordar essas questões. O coração do meu projeto é exatamente esse. Eu já vi que você está praticamente em todas as publicações internacionais, participou também da publicação da OMS, do boletim publicado por eles, com Sandra Mattos, juntamente com vários outros médicos, e ganharam um prêmio em 2018 como melhor prática do Brasil, e a terceira melhor do mundo, fora outros prêmios que a Caravana conseguiu no âmbito médico em si

CRCP: E esse ano também. A gente ganhou um prêmio de um filme que foi construído por Ricardo Pupi. Ele é funcionário da SES, Ricardo Pupi o nome dele, e ele faz parte da comunicação e é cineasta. Ele acompanha as Caravanas anualmente pela comunicação (Departamento de Comunicação da SES), e esse ano, ele fez um filme da Caravana, e ele ganhou um prêmio. Ele lançou um filme, como um documentário, e ele ganhou um prêmio muito lindo. Mais um prêmio então.

Wagner: E esse documentário foi lançado à nível de Brasil?

CRCP: Eu acho que é um prêmio nacional. Mas tem que ver o link. Eu posso passar pra você.

Wagner: Vou procurar, vou pesquisar. Que coisa boa.

CRCP: Muito bom.

Wagner: Então. Na questão da cooperação técnico-científica, eu já consegui identificar, em várias publicações inclusive, a presença de Miguel Coimbra de Portugal, além de outros autores também. E como foram várias revistas internacionais, então essa cooperação científico-tecnológica ficou clara, porque mesmo sem alguns profissionais terem participado ativamente, só pelo fato de todos esses artigos terem sido publicados, inclusive 3 deles constando de sua Tese de Doutorado, internacionalmente, já configura essa cooperação técnico-científica. Mas, a questão da cooperação estruturante, ou seja, esses profissionais que vieram de fora, eles fizeram uma transferência passiva

ou ativa de saberes? Tipo, os profissionais da atenção primária, que foram capacitados durante essas Caravanas, mesmo sendo uma capacitação à distância, conseguiram permanecer após o término do convênio em 2018, que agora inclusive mudou de nome, é Rede Cuidar, esses profissionais conseguiram caminhar com os próprios pés, eles realmente foram qualificados, e teve alguma participação internacional direta desses profissionais de fora?

CRCP: Veja. A participação de instrução e de competências, treinamentos, eles foram dados em parceria. Quem fica com o “burro atrás das costas”, a carga pesada, somos nós. Agora, essas sistematização pós-saída do CirCor não continua. Por exemplo, hoje, o que é que a gente tem. A gente tem uma Rede que foi construída em 7 anos, e a gente construiu a Rede junto. Que não me diga que só tem “dedo” do povo de lá não, do CirCor. Nós temos ideias e a gente constrói junto, a partir da necessidade, da população nossa, com o problema. Então, eu tenho o problema, e nós, juntos, encontramos soluções. Então, por exemplo, a atenção básica. Os treinamento que tiveram, de 4 anos pra cá, foi eu quem fiz, na atenção básica, certo. E o pessoal de fora? O pessoal de fora agrega valor. No momento em que você vem e diz assim: “olha, vamos pesquisar juntos porque a Zica só deu no nordeste e com esse povo...”, e eu tenho o dinheiro pra fazer um monte de exames que você não vai conseguir fazer, eu estou “juntando a fome com a vontade de comer.” Eu tenho o dinheiro (os pesquisadores de fora), eu tenho os pesquisadores, que fazem só virologia, e você tem os casos, e a gente trabalha junto. Então eu acho que teve esse momento de interação, e que foi proveitoso para ambas as partes. Porque eu consegui trazer o grupo, isso falando da Microcefalia, porque tem cardiopatia também, e a gente tem várias linhas de cuidado, e agora entrou obstetrícia, que a gente ainda tá em fase de construção.

Wagner: Quer dizer que você continua participando da Rede?

CRCP: Continuo. Eu sou a coordenadora geral agora. Infelizmente, ou felizmente, sei lá. Deixaram na minha mão e eu não consegui me desvencilhar dela. Porque, na verdade, eu acho que não vou jogar pra cima um trabalho que eu construí em 7 anos junto com a equipe de Recife. Então hoje sou a coordenadora geral. Eu estou hoje no lugar de Dra. Sandra Mattos. A diferença é que ela tinha dinheiro e eu não tenho mais nenhum. Zero. Não existe convênio. Existe a necessidade do Estado de manter o trabalho. E a gente, sistematicamente, tá pedindo ajuda ao Estado. Antigamente ela (Dra. Sandra Mattos) tinha um montante que ela usava pra o que ela quisesse. Hoje, a gente não tem nada. Só as pessoas que eram do grupo, trabalhavam com a gente e eram da Paraíba... elas continuam recebendo dinheiro. Mas dinheiro pra estrutura, eu não tenho mais. Eu tenho a necessidade. Vou lá, peço a eles, e eles tentam implantar. Às vezes, consigo e, às vezes, não. Às vezes, deixam pro mês que vem, às vezes, abrem uma licitação, e daqui a 4 meses, chega. Então, a máquina é mais lenta. Mas no momento que eu pego o dinheiro e jogo todo dentro de uma ONG, e a ONG faz e executa conforme a gente trabalha junto, eu tenho uma agilidade nas ações, porque eu não tenho, no meio do caminho, a necessidade de uma licitação, a necessidade de uma negociação aqui na Secretaria. Você vê a fala de Dra. Cláudia: “eu não estava junto, mas eu sabia que as coisas estavam acontecendo...”, então ela não precisava realmente estar junto, ela só

precisava confiar porque a gente faria o trabalho. Agora, eu tenho que está junto a Secretaria negociando cada coisa que estou fazendo, porque eu não executo. Eu faço o trabalho, mas quem assina o papel é o Secretário.

Wagner: Esse ano de 2019, a Caravana foi mais difícil de executar pra vocês?

CRCP: Tudo está sendo mais difícil.

Wagner: Ocorreu em 2 semanas também?

CRCP: Foi em 2 semanas também, só que os objetivos foram outros. Por que os objetivos foram outros? Porque ano passado, o objetivo principal da Caravana... (todos os anos a gente capacita), então, a gente veio capacitando sistematicamente. O ano passado, Dra. Sandra queria entregar o convênio (porque sabia que iria ter fim) com todas as crianças monitoradas, todas as cardiopatas do sistema monitoradas. Esse ano, eu não precisava monitorar porque eu já estava com elas todas monitoradas. Eu queria buscar mais crianças. Eu queria achar aquelas que ninguém achou. Então, esse ano, a gente fez um processo de triagem em todos os 21 centros que estão ligados à Rede, para que a Atenção Básica identificasse mais crianças, porque aquelas já estavam todas em seus lugares. Eu queria mais. E a gente fez isso. Então, esse ano, a gente trouxe mais crianças que a gente nunca tinha visto. Porque aquelas crianças que já estavam todas no bloco, que a gente conseguiu ver, a gente colocou, em cada uma das Salas do Coração (e aí você está entendendo o que eu estou falando) ... e aí a gente pegou... porque antigamente a gente tinha as cardiologistas de Recife. A gente conseguiu colocar, dentro da Rede, 12 cardiologistas de João Pessoa. Então, aquelas, dos 7 anos, foram formadas fora, voltaram pra João Pessoa... então, quando a Rede começou, ela começou sem nenhum cardiologista pediátrico, e a gente pediu ajuda de Recife porque a gente não tinha especialista. 7 anos depois, eu tenho 12, que moram em João Pessoa. Daí, a gente pegou essas 12, que voltaram pra casa, porque acharam tão lindo o trabalho que disseram: “eu vou fazer cardiologia pediátrica.” Então foram embora fazer cardiologia pediátrica e voltaram, e elas estão inseridas na Rede. Hoje, elas são contratadas pelo Estado, as 12, e a gente colocou cada uma delas pra tomar conta de uma “Região de Saúde”, pra tomar conta de um quantitativo de cardiopatas. “É seu, tome. Essas 15 cidades aqui são de sua responsabilidade.” Então, a gente distribuiu de tal forma que, as “Salas de Ambulatório Virtuais” estão tomadas por 3 cardiologistas.

Wagner: Isto se dá por meio da Telemedicina, né isto?

CRCP: E aí o que foi que a gente fez. A gente pegou as crianças graves, trouxemos para o Hospital Metropolitano; pegamos as crianças mais ou menos, colocamos dentro das Salas do Coração; e rastreamos todas as crianças do Sistema. Pra que Caravana se a Caravana era pra tomar conta de crianças que a gente já estava tomando conta? Então, vamos fazer diferente. E vamos continuar treinando as pessoas, e vamos continuar agregando valor às Caravanas nos treinamentos. Então, o objetivo esse ano foi treinar obstetrícia, treinar os profissionais dos hospitais, para identificar os riscos. Então, todo ano a gente faz, e a gente continua fazendo, e a gente fez diferente dessa vez.

Por que a gente fez diferente? Porque a gente faz Telemedicina. Então a gente sabe onde o termômetro tá ruim, porque a gente toma conta do Estado todo, o tempo inteiro, e aí ligam pra gente e dizem; “olha, nasceu um prematuro.” Então a gente fala: “pega um cateter de oxigênio.” Daí respondem: “olha, aqui não tem cateter.” Então a gente diz: “peque ar comprimido e junte com oxigênio.” E respondem: “aqui não tem.” E todo ano, a gente ia e avaliava o sistema; avaliava e via que tinha. E por que na hora do Skype não tem? Então, o que foi que a gente fez. Resolvemos levar uns kits e entregá-los em mãos. “Daí você vai ter que fazer o que estou mandando. Tá na sua mão, olha aqui o Kit.” Daí a gente comprou os kits, “cateterismo umbilical, o cateter de agilis, que são equipamentos específicos pra fazer o cuidado emergencial e trazer pra Alta Complexidade.

Wagner: E esses kits são aqueles portáteis que fazem parte do EcoTaxi?

CRCP: Não. Ali o EcoTaxi é outra coisa. Esses kits todos foram para “Treinamento do Prematuro”, do transporte ao paciente de risco. Eram o prematuro e a gestante de risco. Ela não morre de hemorragia? Morre. Ela não morre de hipertensão? Morre. E ela não morre de infecção? Morre. Então a gente colocou os kits “hemorragia” pra tratar hemorragia; os kits pra tratar infecção, e os kits pra tratar **DHEG** (doença hipertensiva específica da gravidez), que é o sulfato. A droga inteira, a gente colocou lá nas caixas e entregou a cada cidade. “E agora, você não faz por que?” Agora não está mais faltando. Ou você aprende a fazer e faz, ou então você não está na Rede. Porque a gente treina, vocês não querem fazer. Não, a gente treina, e vocês dizem que não têm o material pra fazer os procedimentos. Agora, a gente treina e leva o material pra você fazer, já que você disse que não tem, né assim? Então, a gente fez isso. Dessa vez a gente foi na perspectiva de levar as coisas debaixo do braço e levou. Isto na linha de cuidado de obstetrícia, e na linha de cuidado de nanatologia. Na linha de cuidado de cardiologia pediátrica, a gente buscou todas as crianças que não estavam na Rede, e fez um questionário na Atenção Básica. Então, toda a Atenção Básica, do Estado inteiro, foi orientada a aplicar um questionário. Tem sopro? Tem. Entra na lista. Aí tem um checklist, e a gente aplicou na Atenção Básica, por Telemedicina, deu as enfermeiras e aos médicos da Atenção Básica, o pessoal do “Mais Médicos” apoiou, a gente aplicou o questionário, e aquele questionário que representasse o “risco” iria entrar na Caravana. E daí a gente colocou 100 pacientes por dia, igual a gente colocava antes, só que eram pacientes que não estavam na nossa lista; eram pacientes novos. E daí a gente conseguiu filtrar mais pacientes pra entrarem na Rede. Porque nosso medo era que eles não entrassem na Rede. A gente chama isso de “Busca Ativa”. Então a gente fez a busca ativa e fez os treinamentos, só que de forma diferente. E a gente levou o material.

Wagner: Essa busca ativa foi prioritariamente com os bebês ou as mães também entraram?

CRCP: Todo mundo entrou. Na verdade, todas as crianças entraram. As gestantes iam conforme a necessidade. Então, teve gestante, mas muito menos. Porque na outra Caravana, a gente estava rastreando a Zica nas gestantes. Toda gestante que tinha **exantema** (erupção na pele ou lesão avermelhada que é ocasionada por uma doença aguda e infecciosa) vinha porque a gente ia colher o sangue pra ver se ela tinha Zica no sangue ou não.

Wagner: Isto aí aconteceu em 2015 e 2016?

CRCP: Não. Em 2015, na época da Caravana, não existia a Zica. A Zica existiu após a Caravana de 2015. Foi em agosto de 2015. A crise de Saúde Pública foi em agosto de 2015. Então a gente fez o movimento em 2016, porque a Caravana acontece em julho. Então, em 2016, a gente buscou as crianças e buscou as gestantes com doenças exantemáticas.

Wagner: Uma pergunta. No caso, você participou desse convite, junto com Dra. Sandra, pra esses profissionais de fora virem pra cá, eles se ofereceram, como se deu esse processo?

CRCP: Não, eu não participei. A conversa com Dra. Sandra foi ela; ela articulando com o povo de fora. Na verdade, assim, veja. Eu fiz meu Doutorado em Recife, e Recife tem uma vinculação.

Wagner: Com o Lika, né isto?

CRCP: Isto, com o Lika (Laboratório de Imunopatologia Keiko Assami). Keiko Assami é um vínculo que há de Pernambuco com o Japão. Então esse vínculo já existia antes da Zica. Quando entrou a Zica, a gente fez a inter-relação. O convênio técnico-científico é com o Lika. Então, Dra. Sandra é vinculada ao Lika, e a Rede, por consequência, era vinculada ao Lika. (**cooperação triangular descentralizada**). O Lika, na mesma hora, acionou o Japão. Disseram assim: “vamos ajudar a gente aqui que o negócio tá feio.”

Wagner: O que a gente poderia chamar então de uma cooperação descentralizada, não é?

CRCP: Sim, sim. E aí, eles vieram. Por necessidade nossa. A gente pediu pra eles virem. Então essa comunicação existiu realmente.

Wagner: E qual foi a participação efetiva deles, porque eu percebi que Japão e Portugal são os principais parceiros do CirCor, então qual a real participação deles nesse ano em que vieram pra Caravana?

CRCP: Então. Aí veja. Portugal já participava antes porque existia um convênio com Dra. Sandra, na verdade, com o CirCor, com as auscultas DigiScope.

Wagner: O DigiScope que inclusive foi produzido ppor Miguel Coimbra, dentre outros, e que passaram quase 10 anos pra finalizar o projeto, né isto?

CRCP: Isso. A gente tinha o Estado todo. Então, eles aproveitaram nossa mão-de-obra, mão-de-obra barata, a necessidade, a “fome com a vontade de comer”, acho que foi por aí. Eles aplicaram o DigiScope um ano antes.

Wagner: Eu vi que eles aplicaram primeiro em Campina Grande, no Isea, e só depois é que vieram para as Caravanas.

CRCP: A gente fez um trabalho numa cidade aqui perto chamada Caaporã, e a gente pegou todas as crianças das escolas e fez um rastreamento com o DigiScope. Então, Caaporã era a cidade em que meu pai era prefeito, a gente fechou a cidade e usou o DigiScope, pra ver se a gente conseguia implementar alguma ação coletiva na cidade. E foi muito bom.

Wagner: O DigiScope continuou até a última Caravana?

CRCP: Não. Aí, veja. Eu não sei o que teve no meio do caminho, mas de 2017 à 2018, o DigiScope não apareceu mais. Ele apareceu em 3 anos. Em 2013, a gente já se aproximou, e aí ele participou das Caravanas de 2014, 2015 e 2016. Em 2016, eu acho que nem entrou mais, porque aí começou a Zica. Daí veio a menina de Portugal, mas com outro objetivo, e aí veio o menino da Inglaterra e o povo do Japão. Aí já entra uma outra proposta que são as infecções congênitas relacionadas à Zica.

Wagner: Eu acho que em 2017, 2018, foram 21 profissionais internacionais que participaram das Caravanas, inclusive jornalistas, pessoal de TI etc.

CRCP: Sim, sim.

Wagner: Você tinha contato com todo esse pessoal, Juliana?

CRCP: Eu conheci todos eles. Agora, assim, o que todos os produtos trouxeram, assim, não acho que tenho todos em mãos. O que eles produziram pra devolver, eu só conheço, efetivamente, o do Japão.

Wagner: E o que foi produzido pelo Japão, por eles?

CRCP: Na verdade, o caso do Japão é o seguinte. Eu fui representando Dra. Sandra pro Japão, e eles desenvolveram um “**marcador biológico**” pra identificar o Zica. Então, é um “**nanochip**”, em que você bota um pingão de sangue, e aí você identifica a Zica ou não, sim ou não. É 100% de certeza.

Wagner: E foi desenvolvido por eles?

CRCP: Por eles, mas com nossa matéria-prima.

Wagner: Por isso, então, que você foi pro Japão e Dra. Sandra para os EUA na mesma época pra apresentar um trabalho?

CRCP: Isso. Coincidiu. E aí ela me mandou pra lá. E ela foi para os EUA. Na verdade, ela foi porque a gente tinha interesse de ser visto no âmbito internacional, congresso internacional, a gente precisava ser visto, e, inclusive, **ganhou prêmio também**.

Wagner: É. Ela me falou sobre isto.

CRCP: E essa relação com a Zica, a gente precisava mostrar como essas crianças estavam agora. Quem faz o seguimento dessas crianças até hoje sou eu. Sou eu quem acompanho essas crianças.

Wagner: Quando você diz que vocês entraram com a matéria-prima, o que você quer dizer com isso?

CRCP: O sangue era nosso. A matéria-prima era o sangue, e era nosso. O sangue era da Paraíba, e tinha sangue de Pernambuco, acho. Não mergulhei na pesquisa, os trabalhos deles não têm meu nome. Os trabalhos de lá têm os nomes do povo de lá. E os daqui, os do povo daqui. Mas, assim, o que eu entendi na reunião lá no Japão é que eles conseguiram criar um marcador. Então, a parceria do Lika com o Japão foi produzir um aparelho que dava diagnóstico preciso. Só que eles precisavam de financiamento, e me parece que isso ainda não está no mercado, e ainda vai ser habilitado. As pesquisas com humanos, elas têm fases. Então ela ainda não foi finalizada. A gente ainda não tem um feedback de volta. Eu até pedi e disse: “olhe, quando vocês fecharem e conseguirem aprovar pro mercado, façam de graça pra Paraíba. É o mínimo que a gente quer.

Wagner: Houve alguma fase de testes aqui na Paraíba durante essas Caravanas?

CRCP: Ainda não porque eu acho que ainda não chegou nessa fase. Tipo: “pronto, fiz a maquininha...” e depois vão pra fase de testes, que ainda não chegou aqui.

Wagner: Teve alguma participação de brasileiros, ou de alguém do Lika, daqui do Brasil, na formulação desse marcador biológico?

CRCP: Teve, teve. Um grupo do Lika que participou. E assim, o que eu entendi é que ainda não está na fase de testar. Eu até disse; “olha, quando vocês forem testar, usem a população da Paraíba pra testar.” E quem iria comprar a maquininha era a Canon. Também vi lá a **Canon** dizendo que iria bancar o material.

Wagner: Mas pro desenvolvimento, houve participação do grupo do Lika, né isto?

CRCP: A Canon vai comprar pra produção em série. Mas a participação do Lika houve sim. **O grupo do Lika teve participação na pesquisa.**

Wagner: E esse grupo do Lika sempre estava presente nas Caravanas?

CRCP: Também. Sempre foi.

Wagner: Ah, então foi mesmo um arranjo de cooperação descentralizada.

CRCP: Foi sim.

Wagner: Ótimo. Me fala uma coisa, vocês têm registro (no caso, você era coordenadora e continua sendo), vocês têm registro do tipo “carta convite, carta de aceite”, algo assim, desses profissionais de fora que vieram? Pergunto porque quando entrevistei Dra. Sandra, ela disse que deveria ter em

algum lugar, mas como ONGs dependem de trabalho voluntário pra organizar tudo, ela não saberia dizer onde estão estes registros. Cláudia também disse que não sabia porque ficava tudo por conta do CirCor. Vocês não tem nenhum registro disso?

CRCP: É tudo lá. É tudo lá. Eu não tenho acesso. E hoje, esse ano, que eu comecei como coordenadora geral, não há relação com o exterior. Só tenho relação hoje com a Paraíba.

Wagner: Mas esses profissionais que vinham de fora e participavam das Caravanas, eles assinavam uma lista de presença, tá registrado em algum lugar na SES?

CRCP: Provavelmente sim. Vou lhe dizer o porquê. Então, existe um núcleo na SES de auditoria (Núcleo de Auditoria), e tem 2 pessoas lá que ficam responsáveis pela auditoria de todo convênio, do mês que começou até o último mês em que terminou. São blocos e blocos de pastas, enormes. Inclusive tem um que tem 18 tomos, que fui eu que entreguei. Foi a última que eu fiz e entreguei. Tá tudo lá.

Wagner: E os nomes desses profissionais constam lá?

CRCP: Eu acho que estão lá também.

Wagner: Porque, assim, se eles estavam nessas Caravanas e passaram 2 semanas, tem que haver o registro deles em algum lugar.

CRCP: Mas tem, sabe por que? Porque a gente fazia uma inscrição pra Caravana. Tinha que ter RG pra entrar no ônibus. RG, identidade, passaporte, tudo. Tinha tudo, tinha tudo. E eu acho que estão lá, nesses documentos. Agora eu não sei lhe dizer em que lugar especificamente. Mas há relatórios só das Caravanas, com o quantitativo de pessoas que iam.

Wagner: Ótimo. Esses profissionais de fora, nos anos que vieram, em menor ou maior quantidade, eles davam cursos de capacitação também? Porque lembro de Dra. Sandra dizendo que teve até um japonês que participou de um curso pra comunidade, juntamente com alunos de medicina traduzindo, e até música em português ele aprendeu pra conseguir interagir. Eles participavam diretamente da capacitação desse pessoal?

CRCP: Teve, teve sim. O pessoal de Japão fez a capacitação, teve uma coleta de material biológico (placenta) em que ele fez o treinamento junto com a gente. **Esse menino que veio, do Ministério da Saúde do Japão, fez a discussão da dengue, uma orientação sobre a dengue, e ele participou ativamente.**

Wagner: Então foi uma participação ativa.

CRCP: Foi sim. Teve uma menina da Inglaterra que veio, tirou fotos e disponibilizou as fotos pra Dra. Sandra.

Wagner: Que legal.

CRCP: Essas fotos estão nos arquivos de Dra. Sandra, com certeza. E o outro cara que ia fazer o relatório. Eu não tive acesso ao relatório. Teve um que veio da Inglaterra.

Wagner: Se foi Allen, da Royal College, eu tenho o relatório dele. Então, na sua opinião, essas capacitações que foram dadas, incluindo profissionais estrangeiros, realmente funcionaram?

CRCP: Funcionaram sim.

Wagner: Esses profissionais continuam usando esses conhecimentos até hoje, na agora chamada Rede Cuidar então?

CRCP: Sim. A gente teve essa interação e a gente continua trabalhando na mesma perspectiva. Os objetivos da Rede Cuidar são os mesmos da RCP. Estamos agregando valor à ela, e a gente tem o mesmo pensamento. Não mudou nada. Eu acho que o que mudou é que a Rede Cuidar agregou outros tipos de profissionais. Hoje a gente tem a participação de muitos cardiologistas do Estado, o que é diferente do que era antigamente. E a gente tá agregando outras atividades. Isto aí está partindo dos problemas; a gente tá vendo quais são os problemas. Hoje, a gente tá com mortalidade materna e mortalidade infantil na linha de tiro. E hoje a gente tem um hospital que faz cirurgia cardíaca no Estado. Então, a gente precisa qualificar o Hospital Metropolitano; qualificar pra fazer muito mais. Ele é novo, começou a funcionar ano passado, então não dá pra gente fazer cirurgia muito complexa. Mas a gente precisa cuidar dele pra que ele possa fazer cirurgia complexa. Então, a gente precisa qualificar os profissionais que estão lá. Os **intensivistas (profissionais especializados em medicina intensiva e que prestam suporte avançado de vida a pacientes com desarranjo agudo de alguma função vital; é dessa área da medicina a responsabilidade pelos cuidados das Unidades de Terapia Intensiva)** que foram contratados não têm experiência em cirurgia cardiovascular; só quem tem é quem chegou de fora, que são as cardiologistas que foram treinadas, mas elas não estão no plantão do intensivista. Então, o pós-operatório precisa ser qualificado, e a gente tem esse objetivo. A gente tem o objetivo de qualificar o Metropolitano, continuar fazendo ações coletivas de redução da mortalidade materno-infantil, como a gente já vem fazendo sistematicamente, e, infelizmente, sem Sandra. Sandra foi minha madrinha.

Wagner: E me diga uma coisa, vocês continuam usando muito o Centro de Regulação pra enviar pacientes pra Recife, ou esse número diminuiu bastante?

CRCP: Não diminuiu ainda. Mas não diminuiu ainda pela complexidade das crianças. Eu acho que vai diminuir quando a gente qualificar. Na verdade, diminuíram os cateterismos, porque a gente conseguiu contratar o “cateterismo” no Metropolitano. Então, os cateterismos que iam pra lá não vão mais. As cirurgias cardíacas, com certeza, a gente aumentou. **A gente fazia entre 4 e 6 cirurgias por mês, e agora a gente tá fazendo entre 12 e 13. A gente já tem 114 cirurgias realizadas até hoje, de janeiro pra cá.**

Wagner: Aquele número dos índices de redução da mortalidade infantil em relação a crianças com cardiopatias congênitas, ele se manteve em 19,8%?

CRCP: Esse ano, eu não avaliei ainda porque nem terminou a ano. Eu não sei. A gente ainda tá com essa briga, porque eu tenho certeza que a maturidade do Metropolitano ainda vai demorar. Mas a gente tem muito cirurgião bom lá que vai fazer um show. Mas ainda não tá no tempo. Não adianta eu operar bem, bem, e entregar na mão de um intensivista que não tem experiência. Ele (o paciente) morre depois. Então é muita coisa que precisa ajeitar. Então, por exemplo, agora, a gente tá tentando organizar essa capacitação do Metropolitano com um grupo do Hcor... do Hcor, do Incor, tá fazendo uma capacitação pra interagir com a gente, junto. Será que vai melhorar...

Wagner: Então, resumindo. Esse vínculo com esses profissionais internacionais acabou completamente depois do término do convênio?

CRCP: Não existe. Não tem mais cooperação técnico-científica com o povo de fora. A gente tá construindo outras cooperações. Então, por exemplo, hoje a gente tem um vínculo com ... não sei se você conhece, o **PROAD (dispõe sobre a designação e atribuições dos responsáveis pela gestão, fiscalização e acompanhamento de contratos celebrados, sobre procedimentos de pagamentos e dá outras providências)** ... pronto, o PROAD é uma política de Governo. O PROAD vem hoje da Secretaria de Saúde, e a gente tá articulando pra fazer a aproximação com o Metropolitano.

Wagner: Quando você fala em política de Governo, você acha que esse legado começou como uma política de Governo, mas agora já existe a Rede Cuidar que, você diria, é um legado, e que agora a gente poderia dizer que a RCP virou uma política de Estado, e não mais de Governo?

CRCP: Ela virou uma política de Estado. Sem dúvida. Ela virou uma política de Estado. Eu não tenho dúvida que nenhum governador vai ter o peito de dizer assim: “vamos desmontar a Rede Cuidar.” Ele não vai ter esse peito. Porque cada um, cada hospital que é beneficiado da Rede, vai brigar pela importância dela, por estar dentro dela. Os atores podem mudar, mas eu não acho que a estrutura vá mudar. Ela é muito boa e funciona. Quando eu estou aqui e ligo, peço ajuda, e o cara dá... quando eu estou no sufoco lá em Catolé do Rocha, peço ajuda, e o cara na mesma hora diz o que vai fazer... é outro plantão.

Wagner: Esse é o sistema “**oncall**” de plantões, né isto?

CRCP: É, é.

Wagner: Você participou desde o início, o que desencadeou o processo, as conversas, ainda antes do Governo de Ricardo, com Maranhão, você participou de todo esse processo?

CRCP: De tudo isso, de tudo isso.

Wagner: Nesse processo de conversas, antes da implementação da Rede em si, houve a participação, também, da sociedade civil, das prefeituras? Porque pelo que conversei com Cláudia, todas as prefeituras aderiram, davam apoio com alimentação, estadia dos profissionais durante as Caravanas... esse processo de conversas se deu só entre o Governo do Estado, profissionais de

saúde como você e o CirCor, ou teve a participação ampla da sociedade, não só no âmbito dos governos municipais, mas também da sociedade civil como um todo... ou isso foi algo mais fechado mesmo e a decisão foi tomada por vocês?

CRCP: Eu acho que não teve a participação da sociedade civil organizada, porque a cardiologia pediátrica ainda não tem “sociedade civil organizada”. Eu ainda tenho um grupo de cardiopatas que vivem, cada um no seu âmbito, e eles se juntam, mas não pra reivindicar, infelizmente. Eu acho que se tivesse, a gente tinha mais “faca no pescoço”, né assim. Não teve. O que existe é uma negociação entre profissionais e a Cir (Comissão Intergestores). Cada “Comissão Intergestores” Regional negociava com a gente. Inclusive eu fui à algumas reuniões de Cir.

Wagner: Então existem atas com essas Comissões.

CRCP: Sim. Esse ano, tem a ata de Itabaiana, da região de Itabaiana, que eu participei, eu fiz a apresentação, disse como ia ser, pedi a negociação. Então, **toda Cir teve negociação anualmente**. Porque eles fazem um rateio de despesas; quem paga, quem banca. A estadia e alimentação dos profissionais que vão são dos municípios; e dos municípios regionais, não só dos municípios-sede. Agora, quem banca a outra parte, assim, paga os profissionais, aqueles que não são voluntários, é o Governo do Estado. O ônibus foi o Governo que deu, teve até licitação esse ano. Esse ano, a gente fez licitação, teve compra de insumos que a gente fez. Então, toda a estrutura, o Governo deu, a alimentação e a estadia, foram os municípios que deram, como todo ano foi.

Wagner: E como foi a aderência dos municípios, através dessas Cirs?

CRCP: São conversas que a gente começa pela “Sala do Coração”. Cada cidade tem um enfermeiro da Sala do Coração. Esse enfermeiro da Sala do Coração tem uma comunicação com o gestor do hospital, que por sua vez tem uma comunicação com a Comissão Intergestores Local. A gente começa com a Sala do Coração, com o enfermeiro, que geralmente é um coordenador do hospital.

Wagner: Então houve processo de diálogo.

CRCP: Com certeza. Agora, a sociedade civil organizada, esta não participa ativamente. Porque ela não está “organizada”, infelizmente. Em termos de gestão, existe uma cadeia de comunicação. E até hoje existe cadeia de comunicação. Por exemplo, a gente tá fazendo um seminário amanhã e depois, de redução da mortalidade materno-infantil. E se começa combinando com as enfermeiras das Salas do Coração. E virão 200 pessoas amanhã, você está convidado, se quiser ir, e vai ser na FCM aqui em João Pessoa. E a gente vai tá lá em discussão. Vamos ter as Salas do Coração, os gestores, as enfermeiras. A gente vai discutir mortalidade materna e infantil.

Wagner: Ótimo. Então, desde o começo, quando vocês resolveram fazer as Caravanas, houve essas conversas.

CRCP: Deixa eu só salientar. Isso é dinheiro que eu consegui, 10 mil reais só, da Fapesq. Foi um financiamento que eu consegui pela Cândida Vargas, a gente entrou no edital e ganhou. Eu disse:

“vamos botar a Rede.” E a gente trouxe a Rede pra discutir mortalidade por causa desse edital. Noutros tempos, a gente tinha um financiamento da Rede, onde a gente botaria o dinheiro pra fazer a discussão, percebe? Agora tá bem mais difícil do que era antes.

Wagner: Percebo sim. Eu fiz essa pergunta aos outros entrevistados e vou fazer a você também. Qual foi, na sua opinião, o verdadeiro motivo que desencadeou essa iniciativa do Governo da época, de Ricardo Coutinho, de montar a RCP?

CRCP: Na verdade, existia essa necessidade antes do Governo de Ricardo Coutinho. No Governo de Maranhão, já existia. Eu era da gestão, eu participava da materno-infantil, eu sabia quais eram os hospitais onde se nascia mais, e a necessidade já vinha acontecendo. É tanto que a “**fila da morte**” vinha acontecendo. A fila da morte já existia antes. A gente vinha brigando com o Governo pra ter uma solução. Se não tá operando cardiopata, como é que a gente vai fazer? Se tem cirurgião, não opera por que? É tanto que antes de Sandra, um grupo pequeno começou a operar no Arlinda Marques, por pressão nossa, dos **neonatólogistas (ramo da medicina que trata do conjunto de cuidados médicos e preventivos relacionados ao recém-nascido e à sua mãe)**. Então a gente pressionou pra que mudasse essa situação. Quando o cirurgião começou a realizar cirurgia no Arlinda Marques, na época de Maranhão, o que foi que aconteceu: o único cirurgião que tinha, que enfrentava cirurgia neonatal, era Maurílio Onofre. E por que, na época, Maurílio entrou, e o grupo de Sandra não entrou? Porque, politicamente, Maurílio disse assim: “você vão botar um de fora, podendo me botar? Eu que sou da terra.” Então disseram: “tudo bem, vamos dar um crédito.” Nesse interregno, houve eleição. Maurílio foi pra frente da televisão pra dizer que votava em Maranhão. Ricardo, quando chegou ao Governo, disse que não o queria no Governo e que poderia arranjar outro. Não tinha outro. E o que foi que aconteceu... veio Sandra, com o grupo dela, e a gente começou a fazer uma linha de cuidado, e não só operar criança. Porque uma coisa é você operar criança, outra coisa é você achar a criança quando ela nasce, fazer uma linha de cuidado, e essa criança chegar na cirurgia pronta. Isto só conseguimos fazer porque o grupo veio, e a gente construiu junto uma estratégia de triagem, de cuidado, uma linha de comunicação entre os Centros, e houve o financiamento pra isso. Teve dinheiro pra isso. Na construção, antes, era a cirurgia, e a cirurgia de quem já era “achado”, e ele não operava cirurgia muito complexa; operava cirurgia menos complexa, mais simples. E quem já era “achado”. A gente nunca foi treinado pra achar o cardiopata. A gente foi treinado pra achar o cardiopata depois que Sandra chegou. Foi aí que a gente foi aprender a mexer na máquina, que a gente foi fazer Eco, que ela comprou máquinas para as maternidades, comprou o EcoTaxi pra ensinar a gente. Se não tivesse a máquina, como era que iria aprender?

Wagner: E essas máquinas, o EcoTaxi e tudo mais, e essa importação que houve do DigiScope de Portugal, eles deram (o pessoal de fora), de Portugal, do Japão, deram algum tipo de treinamento a vocês?

CRCP: Do DigiScope, não. Das máquinas, Dra. Sandra quem nos ensinou. Ela era quem tinha o conhecimento. O DigiScope nunca funcionou como estratégia.

Wagner: Era só uma ferramenta, então.

CRCP: Era uma ferramenta de ensino, que eu acho que não vingou.

Wagner: E a estratégia LEGOS, você acha que vingou?

CRCP: Então. Eu acho que o LEGOS é o que a gente tá fazendo agora. Tá faltando só uma verba. Dinheiro aí pra poder continuar. Sem dinheiro, eu não consigo andar.

Wagner: E quais são os maiores desafios, fora o financeiro, em relação à Atenção em si, aos profissionais?

CRCP: Olha só. O desafio meu, como gestora, **é conseguir sincronizar as equipes. Eu acho que o desafio de Dra. Sandra também era esse.** É conseguir que todo mundo pense, pense e distribua esse pensamento, e construa coletivamente. Isto é um desafio de qualquer gestor. Então, no momento em que eu marco uma reunião, todas as estratégias estão nela, definem-se estratégias e como implementá-las, tá fácil gerir. Mas aí falta um, falta o outro... ah, fulaninho era pra fazer tal tarefa e não fez, cicraninho não fez... aí eu vou ter que botar debaixo do braço e fazer? Fica tudo mais difícil.

Wagner: Houve uma mudança significativa de equipe, de pessoal, depois da eleição de João Azevedo? Por exemplo, você ficou como coordenadora, então a coisa continua, certo?

CRCP: Não. Todo mundo que eu pedi, ficou. João fez melhor, na verdade. Ele escuta a gente. Só falta dinheiro. Porque uma política de Estado precisa ter financiamento pra ela. **Não existe, ainda, uma política de Estado institucionalizada. É uma política de Estado, é. Mas não está institucionalizada.** Se não tá institucionalizada, não há direcionamento de orçamento. Não há previsão orçamentária. Eu estou vinculada à uma gerência, que tem um tipo de financiamento, e estou buscando dinheiro em tudo quanto é lugar; Fapesq, pesquisa de não sei o que, me juntar com o grupo de não sei o que, e por aí vai. Hoje existe a pesquisa na Microcefalia, na qual a gente tá tudo junto: CCM, eu sou professora da universidade; Fisioterapia; Biotecnologia, direcionando o trabalho pra Microcefalia. Então, eu estou fazendo um pouco.

Wagner: Aquela médica de Campina Grande, Dra. Adriana Melo, tem alguma participação?

CRCP: Não, nenhuma. Não teve, não tem e nem quer ter.

Wagner: Dra. Sandra me falou em “off” que, por questões políticas, ela não participou nem das Caravanas quando houve o “boom” da Microcefalia aqui.

CRCP: Não tem. E outra coisa, ela diz ao povo: “ah, porque o pessoal...” A gente chamou várias vezes, Dra. Sandra ligou pra ela pessoalmente. E não foi só ela não. Tem um monte de gente que tentou e tenta entrar em contato com ela, e ela é bloqueada geral. Se você for na SES, eles vão lhe dizer. Os dados, ela não passa... de vigilância. **Vigilância Epidemiológica** (definida pela Lei 8080,

de 19 de setembro de 1990, como um “conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos”).

Wagner: A gente pode dizer, principalmente pelas suas publicações, e pelas outras, que, de qualquer forma, vocês estão representando o Estado da Paraíba, ou seja, a gente pode dizer que houve uma revolução técnico-científica informacional, no setor saúde, em relação às cardiopatias congênitas, em todo esse trabalho que vocês desenvolveram, e em todas essas publicações que foram feitas, por vocês, que eram agentes presentes desse processo?

CRCP: Se a gente representa a Paraíba?

Wagner: Não. Você acha que houve uma revolução nessa área, uma revolução técnico-científica informacional, por essas publicações que vocês já têm, e que estão circulando pelo mundo?

CRCP: Sem dúvida. E eu preciso continuar. E esse é o desafio: continuar sem eles; sem a equipe de Recife.

Wagner: Mas já representa um legado que ficou.

CRCP: Foi ele que me deu o Doutorado. Foi ele que me deu as publicações que tenho.

Wagner: E são muitas. Eu identifiquei pelo menos uma dezena delas, salvo engano.

CRCP: Pois é. Eu preciso continuar nesse projeto porque eu sou professora, mas não só por isso. Eu acho que a gente tem que mostrar o trabalho que a gente faz. Eu tenho que mostrar que os indicadores melhoram. Até porque eu estou fazendo isto por que? Eu sou médica pediatra por que? Eu sou profissional de saúde pública por que? Eu sou uma profissional que trabalha dentro da maior maternidade do Estado por que? Porque eu preciso de respostas para Saúde Pública. Se não, não tem nenhum sentido eu tá aqui conversando com você; nem dando aula de Saúde Pública. Eu acho que o caminho é esse.

Wagner: Só pra gente amarrar aqui então. Então, na sua opinião, as 2 equipes de fora (como o coração da minha pesquisa são as relações internacionais, eu preciso perguntar), por todos esses anos que você participou, a participação ativa em relação a capacitação de profissionais, de botar a mão na massa mesmo, foram as equipes do Japão e de Portugal? Os outros eram mais alunos ou algo do tipo.

CRCP: Sim, sim.

Wagner: As 2 equipes entram então nessa chamada cooperação estruturante que deixam um legado.

CRCP: Eu acho que sim. E se Deus quiser, deixam. Porque assim, a gente tem publicações juntos e tal.

Wagner: Alguma frustração ou insucesso que gostaria de ressaltar?

CRCP: Acho que já apareceu no decorrer da fala.

Wagner: Tudo bem. Cláudia Veras me indicou Cláudio Régis pra uma entrevista.

CRCP: Sim. Ele é meu parceiro. Hoje ele coordena o projeto comigo da Rede Cuidar. Hoje ele é diretor do Arlinda Marques e coordena comigo a Rede. Ele é um dos principais elos entre a SES e a Rede Cuidar. Ele é quem negocia direto com a SES. Ele é uma pessoa imprescindível pra você falar. Eu acho que você tem que entrevistar ele também. Inclusive, a visão dele é a visão negativa. Você vai encontrar muitos elementos.

Wagner: A Dra. Fernanda Lira participou das Caravanas com vocês?

CRCP: Ela quem toma conta de Campina Grande. Mas não participou das 2 últimas Caravanas. Ela é uma pessoa que fez parte da construção e que faz parte ainda.

Wagner: Ela faz parte ainda da Rede?

CRCP: Estou dizendo a você que ninguém da Paraíba saiu.

Wagner: Que coisa boa.

CRCP: Eu fiz questão de deixar todo mundo da Paraíba. Todas as pessoas da Paraíba que faziam tal função continuam na função. Agora não vou dizer que estão satisfeitos. Estamos em processo de construção. E lhe digo mais, não vai ser agora que vamos terminar esse processo de construção não. É fácil com dinheiro no bolso, mas é muito difícil sem dinheiro.

Wagner: As pessoas que vinham de fora do país, e que participavam das Caravanas, eram como voluntários ou o Governo do Estado, ou o CirCor, desembolsavam dinheiro pra eles virem?

CRCP: Veja. **O Governo era o CirCor.** O CirCor recebia dinheiro, anualmente, em 3 etapas, para implementar ações. Se o CirCor desembolsava dinheiro pra eles virem, eu não sei. Mas veja, o Lika recebia dinheiro da ONG, pra estarem juntos com a gente. O convênio era com o Governo do Estado. O Governo paga tudo pra ela (ONG) e ela implementa do jeito que quer. Ela tinha liberdade, então, pra alocar os recursos do jeito que ela quisesse. Distribuir do jeito que quisesse. A partir das “rubricas”. Tinha “rubrica técnico-científica”. Então, ela direcionava o financiamento.

Wagner: E a contrapartida das prefeituras era estadia e alimentação.

CRCP: Sim. Até hoje.

Wagner: E não houve barreira nenhuma em relação a essas prefeituras? Forma sempre solícitas?

CRCP: Não. Não é bem assim. A gente faz briga de negociação. Não é fácil. Tem gente que diz assim: “ah, só haverá 2 pacientes meus... eu não vou pagar.” Aí depois eu mostro a lista de cardiopatas que a gente acompanha e digo: “fulaninho não é de sua cidade não?” Aí respondem: “é.” “fulaninho não fez cirurgia semana passada não” “fez” “e fulaninho que fez cirurgia e que ainda tá internado, né da sua cidade não” “é.” Agora imagina eu chegar a esse ponto, de pegar a lista de cardiopatas e esfregar na cara da Secretária de Saúde. Eu fiz isso, e mais de uma vez.

Wagner: Muitíssimo obrigado pela entrevista e parabéns pelo trabalho. O conteúdo elucidou muita coisa e vai me ajudar bastante. Uma última colocação... Dra. Sandra me falou que tinha sido procurada pela Unicef porque eles queriam replicar esse trabalho em alguns países da África. Inclusive está no meu trabalho que o Estado da Paraíba (porque a RCP é patrimônio da Paraíba) que o Estado poderia se tornar um ator de paradiplomacia. Aliás, já é, devido às publicações internacionais. Então, esse ente subnacional já seria um ator de paradiplomacia. Eu queria saber se, na sua opinião, isto é algo que realmente pode acontecer, pela prática exitosa que houve, e continua havendo, o Estado pode despontar como ator paradiplomático para outros países com esse projeto?

CRCP: Eu não tenho dúvida. E a equipe que está aqui hoje está aberta a intercâmbios sim.

Wagner: Vocês já foram procurados por alguém, ou já cogitaram isso, ou falaram sobre isso?

CRCP: Na época em que estava terminando o convênio, a gente teve uma conversa com o Ministério da Saúde. Na verdade, **a gente tentou várias vezes que o Ministério da Saúde nos desse financiamento** porque o convênio iria acabar, e a gente não sabia como implementar. Mas a gente não conseguiu nada com o Ministério. Teve uma colega minha que trabalhava lá no Ministério da Saúde que olhou pra mim e disse: “Juliana, isso é política. Você vai conseguir uma emenda parlamentar se você chorar muito pra algum político. Arranje um político que você consegue.” Como que dissesse assim, que a ideia era boa, a proposta era boa, mas não tinha padrinho político. “No momento que você tiver padrinho político, você consegue o dinheiro.” Então a gente recuou porque a gente não tem padrinho político. Sim, aí a Unicef veio com a história do prêmio. Quando a gente ganhou o prêmio... quando teve o início da Zica, que veio o povo do CDC (*Central Control and Communicable Disease Prevention*), veio também a menina da Unicef. Quando ela veio, a gente mostrou e ela como era o trabalho. Ela ficou encantada, levou lá pra cima, e se começou umas conversas, e que daí, seguiu uma proposta, e que eu não sei em que pé está, porque acabou o convênio, e acabou minha comunicação com Dra. Sandra. Então, eu não converso mais com Dra. Sandra, por vários motivos, e um deles é o “leva e traz”. Então, a gente não tem mais relação. Então, o que se comunica lá com a Unicef, eu não sei mais. Então, eu estou pra cá, junto com a equipe que ficou, que segura na minha mão também.

Wagner: Isso significa dizer que a equipe está realmente preparada pra levar o projeto adiante junto com você.

CRCP: Sim. Eu acho que sim. A gente tá segurando. Dr. Cláudio Régis é um dos que segura mesmo, levanta a bandeira. Não só eu, ele também, e toda a equipe que ficou. E a gente tem dificuldades. Tem muitas coisas que ainda não finalizaram. Eu estou com 3 profissionais que há um ano trabalham de graça. Porque o Edson Ramalho, o coronel Edson Ramalho, não sabe o que é a Rede, e não quer tirar dinheiro pra pagar os profissionais; e eles estão segurando, faz um ano, sem receber. E a SES não tem proatividade suficiente pra dizer assim: “você tem que pagar.” Porque o Edson Ramalho não é da Secretaria de Saúde. Aí eles iam firmar um convênio pra pagar a esses 3 profissionais. Três profissionais custam 12 mil reais por mês. O que são 12 mil reais por mês pra um Governo que tem muitos milhões? Então, pra você ver o tamanho da minha dificuldade.

Wagner: Inclusive essa produção científica, suas publicações, elas vão estar presentes na minha Dissertação, principalmente pela contribuição acadêmica que elas representam como um todo, inclusive com publicações internacionais. E muito obrigado mais uma vez.

APÊNDICE G – Transcrição da Entrevista Realizada com DHRP

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA REALIZADA COM DHRP, EM JOÃO PESSOA, EM 02 DE DEZEMBRO DE 2019

Wagner: Bom dia. A ideia desse meu projeto de pesquisa começou com a procura de parcerias entre o Governo do Estado e ONGs. Daí encontrei esse convênio com o CirCor, que por sua vez, já possuía vínculos com atores internacionais, principalmente com Japão e Portugal, através do Lika, da UFPE. Então, esse fenômeno virou meu objeto de pesquisa. O coração do meu projeto é saber até que ponto essa cooperação, junto a esses profissionais de outros países, como Japão e Portugal, influenciaram na estruturação, na capacitação, dos profissionais de saúde daqui.

DHRP: Na verdade, nunca houve uma ligação direta, nem com o Japão, nem com Portugal. Quando eu falo de relação direta, eu falo do projeto da RCP. O que já havia, na verdade, era uma relação da ONG Círculo do Coração com o Lika de Pernambuco, através do professor José Luíz, e da Universidade do Porto, em Portugal, através do professor...

Wagner: Miguel Coimbra.

DHRP: Isso. Miguel Coimbra. Exatamente. Agora, do que foi promovido em relação à capacitação, ou dessa relação, foi muito mais uma relação de expectador. Porque, por exemplo, Miguel Coimbra veio pra uma Caravana, com uma equipe dele, e participou, viu o movimento todinho. O pessoal do Lika propriamente dito, assim ... houve algumas pesquisas. A gente, na verdade, produzia dados e entregava nas mãos deles, e eles se utilizavam dos dados. Em relação à capacitação, da capacitação direta dos profissionais da Rede, nunca houve nenhuma participação direta não.

Wagner: Eles não participavam de capacitação, nem recebendo, durante as Caravanas?

DHRP: Porque, na verdade, é assim. As Caravanas, o público-alvo, capacitado nessas Caravanas, eram os profissionais da Rede de Saúde do Estado, naquela lógica de que quem tá no interior precisa de um recurso a mais, entende. Então, nós levamos capacitação pra eles no intuito de fazer com que a Rede tivesse mais qualificação no seu funcionamento, sabe.

Wagner: Mas esses profissionais que vieram, principalmente de Japão e Portugal, e eu soube que após o boom do Zica, vieram outros profissionais de outros países também...

DHRP: Porque foi assim. Em setembro de 2015, quando os casos de Zica vírus começaram a surgir, eu, particularmente, dei um pontapé inicial, na perspectiva da gente fazer pesquisa sobre o assunto. Levei a proposta à Dra. Sandra de que a gente poderia... tentei saber, através dela, quem eram os profissionais de Pernambuco que estudavam isso, pra gente... no campo que a gente tem, dentro do Cândida Vargas, de número de nascimentos, a gente oferecer, pra ela, dados. Foi então

que ela disse: “não, mas por que a gente oferecer dados pra eles se a gente já tem uma montanha de dados?”, que eram os bebês que tinham a realização da Oximetria de Pulso, por conta do projeto da Rede de Cardiologia. Nessa perspectiva, pegou-se o banco de informações que se tinha da Rede de Cardiologia, e daí foi pra pesquisa com “fita” científica e tal. Desse primeiro ponto, que foi a análise dos dados, da Rede de Cardiologia (...) então, nesse primeiro momento, analisou-se o banco de informações, acho que eram de 70 e cento e tantas mil crianças que tínhamos. Daí, isso gerou um certo impacto na literatura internacional porque a gente percebeu que, pelo banco que nós tínhamos, as crianças tinham mais microcefalia do que o que se parecia. Porque, no geral, o tamanho das cabeças já era pequeno, independente da presença, na época, do fenômeno Zica vírus. Aí isso atraiu o Ministério, atraiu o Japão, o CDC dos EUA vieram nos explorar aqui, e os japoneses também.

Wagner: Então, basicamente, eles vinham explorar o que se tinha aqui e fazer a coleta de dados, pegar a matéria-prima daqui?

DHRP: Então, aí assim. Nesse momento, quando o Ministério da Saúde se aproximou, ele fez uma proposta de trabalho através de um camarada daqui chamado Alexandre Medeiros, que eu não sei se você entrevistou. Alexandre estava, à época, no Ministério, e propôs que a gente usasse a Rede pra fazer um piloto. Aliás, não era bem um “piloto”, era uma replicação do que era feito com a cardiologia, pra ser feito com o Ultrassom Transfontanelar (ou Ecografia Cerebral) – **um exame que permite diagnosticar e acompanhar lesões cerebrais do recém-nascido, bem como contribuir para prever a ocorrência de alterações do desenvolvimento neurológico associadas à essas lesões.** Porque, assim, qual era a perspectiva: as crianças que estivessem dentro de um padrão de perímetro, e que fosse diagnosticada com microcefalia, fariam uma Ultrassom Transfontanelar, e esse vídeo da Transfontanelar, feito por um profissional, mesmo não sendo um ultrassonografista... a imagem era captada, guardada em sistema, apresentada à um ultrassonografista, que dizia: “tem o não tem alteração do Tranfontanelar.” Os que tinham alteração iam pra tomografia; os que não tinham alteração seguiam apenas num segmento clínico... crescimento, desenvolvimento e tudo mais. Parte dessas crianças estava no interior. Até por isso, precisava-se que os profissionais tivessem disponibilidade pra fazer a realização do exame pra poder alguém avaliar. Porque, por exemplo, como é na cardiologia... a enfermagem faz a opsimentria de pulso, uma vez alterada, o pediatra faz o primeiro eco pra identificar a alteração anatômica... “ah, o coração tem problema.” Aí sim, ele passa pelo cardiologista. A mesma lógica, a gente usou na Transfontanelar, com o pessoal do interior. Teve uma qualificação, aqui no CEFOR, eu montei uma aula de Ultrassom Transfontanelar, e a gente fez essa aula pro pessoal. Porque, basicamente, o que a pessoa que estava à distância fazia era gerar uma imagem; então ela não precisava saber de Ultrassom. Ela precisava saber em qual posição ela colocaria o transdutor pra gerar a imagem necessária. Mas a análise da imagem era feita pelo Hamilton, que era o Ultrassonografista. Então, montou-se todo esse esquema, a gente fez esse treinamento, o pessoal foi pro interior, foi comprado “fita” científica, e a proposta era: coleta de sangue, coleta de urina, da mãe e da criança, medição de seus perímetros, realização da Transfontanelar. Inclusive esse

sangue e essa urina ficavam armazenados em um freezer que eu tinha em casa. Semanalmente, as amostras que eram recolhidas eram congeladas e eram encaminhadas pra João Pessoa. Foi durante um período “x” e foram cerca de 200 e poucas amostras que foram colhidas; eu não lembro bem ao certo. Então foram colhidas amostras de urina e de sangue, das mães e das crianças, e foi feito esse perímetro cefálico, e essa Ultrassom Transfontanelar. Aí, esse trabalho, foi junto ao Ministério da Saúde; só que isso já era avançado de 2015... porque quando começou, foi em setembro. Já tinha passado a Caravana de 2015. Então foi entre 2015 e 2016; antes, na verdade, de fevereiro ou março de 2016, que foi quando eu me afastei do projeto. Meu pai teve um câncer de estômago, aperou, e também houve algumas situações que eu não concordei dentro da ideia do projeto, até porque eu tinha dado o pontapé inicial em relação à ideia da gente, primeiramente, fazer a busca pela “coisa”, me empenhei; assim, as fitas científicas, eu organizava as caixas, os frascos, distribuía para as unidades e, no final das contas, eu me senti meio que relegado à um terceiro plano e disse: “sabe de uma coisa, eu vou me afastar.”

Wagner: Então o senhor ficou afastado entre 2016 e ...?

DHRP: Aí, me afastei em 2016. Coincidentemente, à época, eu tinha assumido a direção do Hospital Arlinda Marques, mas como uma proposta da SES e do próprio Círculo do Coração, que reivindicou, porque eu já tinha estado aqui, e porque acreditava-se que a cirurgia cardíaca, dentro do Arlinda, poderia funcionar melhor do que estava, do ponto de vista administrativo e tal; entenderam que eu deveria vir. Foi tudo mais ou menos no mesmo período: meu pai adoeceu, tirou o estômago, essa coisa do Zica vírus em andamento... e culminou com essa pesquisa. Então, assim, foi um tempo bem conturbado pra mim, e eu acabei assumindo a direção do Hospital.

Wagner: E sua formação é em cardiologia também?

DHRP: Não. Eu sou médico pediatra.

Wagner: Então quer dizer que o senhor participou das Caravanas em 2013, 2014 e 2015.

DHRP: Eu participei. Exatamente. Na verdade, o projeto foi assim. O pontapé inicial disso tudo, pra formar a Rede, o nascimento da Rede...; esse nascimento da Rede, eu tenho a impressão que Da. Sandra, o pessoal, não reconhece que tenha sido desse jeito... porque eu lembro que, em Manaus, em 2012, quando o projeto ganhou uma premiação. O trabalho era: “realização do ecocardiograma de triagem pelo neonatologista.” Esse congresso foi em 2012, em Manaus, a gente apresentou e ganhou. Ao término da apresentação – e foi um dos primeiros prêmios da Rede, prêmio de congresso – foram perguntando quem financiava e como isso surgiu. Daí eu disse que a gente tinha apanhado uma amostra do que tinha de Portugal, que no final da década de 80, fez uma regionalização. Eu não estava aumentando, nem diminuindo, nenhuma linha. Por que eu estou dizendo isso? Porque eu, particularmente, sentei e escrevi um projeto chamado: “Interiorização da Saúde Materna.” A ideia era exatamente essa. A estrutura que a Rede tem hoje, lógico que com algumas diferenças, porque a RCP foi adaptada nesse projeto, e a ideia principal era ter Centros

maiores atrelados a Centros menores. Na época, a gente tinha, inclusive, vislumbrado que cada uma central do SAMU seria qualificada, pra evitar que a equipe saísse lá do interior da Paraíba e chegasse até aqui. Não: uma equipe entregava a criança à outra. Então, ao invés de uma ambulância percorrer 500 km, ela andava 100 e poucos km, e não deixava uma área descoberta. Porque você imagine... uma equipe vem, 8 horas de viagem pra vir, 8 pra voltar, já são 16 horas de área descoberta porque a ambulância está ocupada. Esse mesmo projeto..., Roseana Meira, à época, Secretária Municipal de Saúde, e eu era coordenador do SAMU, na época, e isso era Governo de Ricardo, mas no município, até 2010. Quando foi em 2010, eu já coordenador do SAMU, na eleição de 2010 pra 2011, Ricardo ganha o Estado. Então, Roseana, na verdade, meio que flutuava nos 2 ambientes. Ela levou esse projeto, no sentido de tentar recurso lá e tudo mais, porque a ideia de projeto era levar assistência materno-infantil para o interior. Tendo-se passado isso daí, a gente tinha, de fato, um lapso assistencial em cardiologia; muito pouco havia sido feito no Governo Maranhão, mas eu já estava nesse ambiente.

Wagner: Havia até o que se chamava de “fila da morte”, né isto?

DHRP: É, tinha uma história da “fila da morte”. Então, eu, como médico do Cândida Vargas, ... “Carla Ferrete” frequentava... foi formada em cardiologia com Sandra Mattos, e eu frequentava a reunião do “Caduceus”, que era toda segunda-feira. Então, eu passei cerca de 1 ano viajando à Recife na segunda de manhã, passando o dia inteiro, e voltava à noite; e aí tive a proximidade com o grupo de lá.

Wagner: Nessas reuniões do Caduceus, havia participação de profissionais de fora também, ou alunos de fora, tipo, do Japão, de Portugal?

DHRP: Não. Até esse momento, que eu me lembre, havia, na verdade, a reunião... A reunião do Caduceus era uma reunião interna, em que se fazia a discussão dos casos clínicos e a programação cirúrgica do grupo cirúrgico de lá, do grupo atrelado a eles. E assim foi durante 1 ano. Nesse intervalo, eu já tinha esse ambiente de gestão; flutuando nesses espaços de gestão. Ainda no Governo Zé Maranhão, “Edijanesse”, que era uma pessoa responsável pela Regulação, viajou comigo pra Natal, pra falar com o pessoal da PROMATER (Hospital Geral que presta serviços para todo o Estado do Rio Grande do Norte), pra ver se operava, porque vivia realmente uma situação bem complicada aqui, em relação à cardiologia; a falta de assistência em cardiologia. Em determinado momento, ainda no final do Governo Zé Maranhão, convidaram Dra. Sandra para vir à uma reunião e tudo mais, e houve, na verdade, um mal entendido, uma situação chata. Isso porque o grupo de cardiologistas local (Maurílio, eu acho, tinha mais ambiência com a política daqui) e lá o Secretário Zé Maria, já no meio da reunião, e ela (Dra. Sandra) já participando da reunião, na perspectiva de funcionar dentro do Estado da Paraíba, Zé Maria disse: “Não, olha, a gente não precisa de vocês aqui porque “o local vai fazer.” Ela, muito educadamente, agradeceu e foi embora. Isso, 1 ano depois, fizemos essa viagem e tudo mais. Chega a política, Ricardo ganhou e, à época, Cláudia Veras e Mércia Coutinho, que também cuidava da Regulação, e Cláudia era Secretária Executiva, começaram a busca de quem pudesse apoiar. Aí, então, elas vieram até mim, até porque

eu já tinha flutuado nesse ambiente, e eu fiz a ponte entre elas e Dra. Sandra, que, num primeiro momento, eu acho que já descrente, porque já tinha havido o primeiro problema, ela meio que deu uma “cozinha”. Assim, não dava resposta, eu andando atrás e tudo, fiquei perturbando ela e tal, até que um dia, ela resolveu sentar pra conversar. Mércia e Cláudia, acho foram umas 2 vezes lá (em Recife), e delineou-se a ideia do apoio do Círculo do Coração aqui. Naquele momento, não se tinha, dentro desse ambiente, de quem pensava no projeto, a perspectiva de vir apenas para operar; pensava-se em operar, mas ela trabalha com qualificação e tudo mais. Então, assim, eu já tinha o projeto de Saúde Materna montado... é, Wagner, dê uma chegadinho aqui, por favor, para eu lhe mostra esse e mail. Esse e mail aqui é do dia 8 de agosto de 2011, às 10:36h. O CONVÊNIO FOI ASSINADO COM O CÍRCULO DO CORAÇÃO EM 17 DE OUTUBRO DE 2011. Aí vem o texto do e mail. Eu estou te mostrando isso só porque, assim, é uma informação que não está bem esclarecida, e fica sempre a dúvida. Porque, em julho de 2012, no congresso em Manaus, quando me perguntara sobre a Rede, e eu disse que o projeto da Rede tinha sido baseado na experiência que Portugal tinha, eu fui meio que ridicularizado pelo grupo. Disseram: “ah, e foi Portugal?” e tal. Virei motivo de piada. Eu também não retruquei, deixei quieto. Nem sequer me apercebi que não havia percepção deles de que o projeto tinha sido entregue pra eles, e eles adaptaram. Porque é aquela história: quando a coisa funciona bem, fica cheio de gente querendo ser o pai da criança. Leia aqui, por favor.

Wagner: “Dra. Sandra, aqui está o esboço do projeto que mandei para desenvolver ação no Estado, em relação à assistência neonatal. Está meio grosseiro, mas, na verdade, fui apenas pondo as ideias. Na última página, há uma planilha com uma relação de maternidades do Estado, separadas em públicas e privadas. Imagino que ações nos serviços públicos somem a maioria dos nascimentos. Com essas ações, facilitará. Um abraço.”

DHRP: Aí veja o texto de resposta.

Wagner: “Muito obrigada, DHRP. Vou olhar o trabalho até o final da semana pra fazer os créditos corretos. Preciso que você me diga como funcionará o projeto. Na minha introdução, além de dizer que os dados são seus, preciso colocar o que já está em funcionamento pra poder ver no que iremos “pegar carona”, e o que podemos ajudar a estabelecer.”

DHRP: Aí o projeto é esse aqui, olhe. Repare, essa coisa do twitter é porque assim ... na época, a gente imaginou que usar uma ferramenta digital, uma mídia social, poderia ser uma forma de divulgar a informação técnica. A gente tentou o que ela conseguiu, até porque recebeu recursos pra isso, junto ao site da Sociedade de Pediatria, que a gente tivesse um link, como uma página, porque a gente não tinha dinheiro. Ninguém nos financiava. Aí teve umas dificuldades, aí a gente pensou no twitter e tudo mais. Aí olhe aqui: “Projeto de Melhoria da Qualidade da Assistência Neonatal e Materna no Estado da Paraíba”, de junho de 2011, certo. Continuando: “Por ano, 4 milhões de recém-nascidos morrem ainda nas primeiras 4 semanas de vida. A regionalização e a hierarquização da assistência materno-infantil têm sido consideradas estratégias importantes para melhoria da qualidade da assistência, considerando a interiorização da assistência especializada em

terapia intensiva. Não há tal. É uma realidade difícil, por diversos motivos, que perpassam desde a inexistência de profissionais com esta habilitação, em municípios de pequeno e médio portes, até a inoperabilidade de levar os referidos profissionais dos grandes centros até o interior. Desta vez, pela escassez do “plantel” de neonatologistas nos centros maiores, e pelo “dispondo de ônus” dos cofres públicos, seriam levados até distância do interior, etc. Sendo essa a realidade atual, vivenciada na maioria dos estados brasileiros, influenciando diretamente nos índices de mortalidade infantil (...). No que diz respeito ao componente “neonatal”, tomando como referência a experiência vivida no estado de Minas Gerais, e, no final da década de 1980, em Portugal... porque o que é que Portugal fez: Portugal fez isso aqui, olhe: CAMIA (são os grandes centros vermelhos) e CAMI (locais a serem...). Então, na descrição do que está no projeto, “Centro de Assistência Materno-Infantil Especializado” ... então, aqui é o grande Centro, é o Centro da Complexidade, e o CAMIA seria o **Centro de Assistência Materno-Infantil de Apoio**. Portugal fez exatamente isso, atrelando Centros pequenos aos Centros grandes.

Wagner: Isto nos anos 80, foi isto?

DHRP: Nos anos 80. Então, foi baseado nisso (experiência de Portugal) que isto (RCP) foi construído. E foi isto que foi entregue ao Círculo. Perceba que, mais aqui embaixo no e mail, já tem uma descrição de quais eram as estratégias de Qualificação Profissional, a história do ALSO, a Sociedade de Pediatria com Reanimação Neonatal, e a qualificação. Olha só, as centrais de SAMU que nós tínhamos a qualificar eram essas. Veja, ao invés de sair daqui (Cajazeiras) pra bater aqui (João Pessoa), as distâncias se encurtavam. Então, esse foi um primeiro projeto, e olha o número de nascimentos... aqui, essa planilha, quem nos forneceu foi Juliana Soares, que à época, em 2010, no Governo Maranhão, era da “Gerência de Ações Estratégicas do Estado”. E um plano de combate à mortalidade priorizou (elencou) 21 municípios prioritários, e esses municípios, por número de nascimentos, caíam nessa grade, que corresponde, hoje, a configuração que a Rede tem. Então, assim, essa descrição aí é importante pra saber (...). A Rede, quando ela nasceu, eu acho que ela não tem apenas um pai, apenas uma mãe. Ela tem um coletivo pensante, e que foi se juntando (Comunidades Epistêmicas). Porque, assim, passou o projeto e ele foi muito bem adaptado; mérito maravilhoso. Essa sacada de fazer o pediatra ter formação em cardiologia, do ponto de vista de suprir a deficiência. Quando nós começamos, havia 2,3 cardiologistas no Estado. Junto, a gente tinha 2 pessoas formadas com ela, Marisa e Kalessa, e que, daí a pouco, afastaram-se por licença maternidade e, basicamente, Juliana e eu tocamos essa cardiologia dentro de João Pessoa, principalmente, e dentro do processo da Rede, pela escassez mesmo. Então, assim, sem dúvida alguma, que isso é um mérito gigantesco. E as coisas que foram se somando, foram agregando valor, foram agregando estratégias, e a coisa foi ganhando corpo, e acabou que, graças à Deus, trabalhou durante esses 7 anos. Houve a premiação do ODS, que o formato, eu lembro bem numa discussão... porque, assim, LEGOS significa Liderar e Empoderar Grupos pra Otimizar Soluções. E essa palavra “Empoderar”, a pessoa que determinou essa palavra, dentro desse contexto, foi Juliana Soares, que conhece de Saúde Pública, e apresentou. Porque, assim, na cabeça de Dra. Sandra, a ideia LEGOS era imaginada por ela no sentido de várias partes juntas e tal; a coisa do

brinquedo mesmo. E ficou se procurando quais iniciais se tinha pra compor essa história do LEGOS, que acabou em: “Liderando e Empoderando Grupos para Otimizar Soluções”. Esse “Empoderar” foi Juliana quem trouxe. Então, assim, depois de um determinado momento, parece que houve uma certa... um certo dissabor, da parte de Dra. Sandra. Aliás, não é bem “dissabor”. Assim, ela meio que se aborreceu porque, no PRÊMIO ODS, o Estado foi premiado (e não a ONG Círculo do Coração), e eles ficaram meio que escanteados, até porque já tinha um certo desgaste dessa relação e tal. Então ela disse que era a metodologia (a LEGOS) que o Círculo já usava em Pernambuco desde não sei quando. Não, não. A metodologia foi criada a partir do desenvolvimento desse projeto, tanto que o nome LEGOS, com a palavra “Empoderar” pra compor esse contexto, ela surgiu depois que Juliana foi quem assim trouxe. Só complementado aqui, olha como ela me disse (Dra. Sandra sobre a troca de e mails em 2011); na resposta que viria até o fim da semana, ainda no dia 11 de agosto de 2011, eu coloco: “Dra. Sandra, estou tentando contato com os setores do Estado que possam comprar a ideia de trabalhar em cima do financiamento das capacitações previstas para o SAMU, em transporte neonatal e reanimação, e auxiliar de reanimação, para os municípios envolvidos; serviços de maternidades que estejam naquela planilha, onde perfazem a maior parte dos nascimentos (a gente já tinha visto isso, inclusive). De concreto mesmo, até o momento, temos a reunião da Rede de Perinatologia.” Isso porque a Rede Paraibana de Neonatologia já existia; eu, Juliana, Lívia Prazim do HU, Kátia Laureano, que eram, à época, as pessoas à frente de Sociedade de Pediatria, é, ... Jaqueline Diniz; a neonatologia do Estado já tinha uma união de profissionais, e uma discussão, pegando um exemplo do que era a Rede Gaúcha de Perinatologia. Criamos, inclusive, uma folha pra padronizar o processo assistencial do Estado, meio que uniformizar protocolos e tudo mais. Então, essa Rede, na verdade, já teve uma semente que foi chamada RENOSP – Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal – que, Álvaro Madeiro, que é um neonatologista de Fortaleza, à época, tinha influência no Ministério, e conseguiu um projeto grande. Então, o norte e o nordeste passaram a monitorar, colher dados dos pacientes, apresentar pro Álvaro Madeiro, pra ele fazer uma análise estatística, e devolver: “qual era o peso médio do nascimento; quantos dias o menino...”. A partir daí, a gente continuou essa coleta, e padronizou pra Rede de Perinatologia. Aí continua aqui o e mail: “... onde os 4 maiores serviços – HU, ICV (Instituto Cândida Vargas), Edson Ramalho e Frei Damião – tentam uniformizar condutas e monitorar indicadores, através da coleta de dados. Os impressos e as coletas já estão em prática.” Você lembra que, no e mail, ela (Dra. Sandra) me pede pra dizer o que já está em funcionamento?

Wagner: Sim, lembro.

DHRP: Outra coisa fundamental aos 2 projetos – cardio e neo – é a plataforma de videoconferência que, só com um investimento, estaríamos disponibilizando consultoria clínica aos serviços.

Wagner: Isto, no caso, era a plataforma de Telemedicina?

DHRP: A Telemedicina, prevista dentro da semente do projeto que foi entregue à ela, e que ela adaptou. Continuação do e mail: “Se tudo for como planejado e desenhado, fico imaginando como será daqui a 10 anos. Bom demais enxergar boas perspectivas. Um grande abraço.” Então, tem um

e mail meu do dia 18 (18 de agosto de 2011) pra Cláudia e Mércia. Esse e mail tá com um arquivo anexo, com alguns detalhes a mais, que foram escritos após o e mail que eu havia encaminhado pra Cláudia; já tinha mandado esse e mail pra Cláudia. O e mail: “Não incluí detalhes de custos por não saber se seria válido, pois não sabia até onde o projeto é válido para ser implantado no Estado. Preciso que vocês leiam e opinem. Acredito na ideia, mas caso não seja válido, eu paro de apreciar.” Porque era uma coisa que estava criada, e a gente... eu ficava naquela insistência e tudo mais. Aí Cláudia diz, no dia 18 mesmo: “Prometo que amanhã eu leio e ligo pra você. Boa noite.” Na continuidade, Cláudia diz: “Olá, li o projeto, acho que é interessante a proposta, sendo necessário fazermos uma revisão detalhada, tanto do desenho da Rede, quanto das causas de óbitos infantis; especialmente, precisamos definir uma forma de utilizar os serviços já existentes. Enfim, vamos marcar pra conversar sobre isso, e podemos ver como colocar na pauta.” “Ok, Cláudia, confirmado pra mim. Por favor, o horário da reunião. Ah, e você tem twitter?” perguntei a ela. Porque eu queria mostrar aquela tentativa de forma de divulgação, já que a gente não tinha dinheiro pra site. Cláudia responde: “Sim, a reunião será às 9h.” E eu copiava sempre pra Juliana. Mas, na época, Juliana tinha um componente político porque os pais dela são políticos, e tinha um ambiente adversário do atual Governo na época, Ricardo, então Juliana chegou no projeto um momento depois; num momento estratégico. Quando eu a apresentei, eu disse: “Dra. Sandra, a gente tem uma pessoa ótima pra trabalhar com a gente, mas ela não pode vir agora.” Isso porque ainda estava no fogo da política.

Wagner: Ela (Juliana Soares) inclusive me falou que levou o DigiScope pra Caaporã, a cidade onde o pai dela era prefeito.

DHRP: Exato.

Wagner: O DigiScope que foi uma criação de Miguel Coimbra com uma equipe de lá de Portugal, né isto? Isto funcionou e foi utilizado aqui?

DHRP: Na verdade, o DigiScope foi usado em algumas Caravanas. Inclusive Cícera, essa enfermeira que veio aqui agora, foi uma das pessoas que, junto a Miguel, e outros portugueses... vieram 3 portugueses – uma menina, um rapaz e Miguel.

Wagner: Eu tenho esses nomes. Foi publicizado no site do Governo, promovendo as Caravanas e tal.

DHRP: Eu não lembro se em 1 ou 2 Caravanas eles vieram pra cá; pra colher ausculta das crianças e tudo mais. Cícera foi uma das pessoas que ajudou. E o projeto já desenvolvido, de fato; houve projetos menores, como na cardiologia em Caaporã; parece que aferiu o perímetro abdominal e verificou pressão dos adolescentes nas escolas; foi um movimento muito intenso. E assim, eu e Juliana, assim como num segundo momento, Cícera, depois de distribuídos equipamentos, a gente saiu ligando os equipamentos, de cidade em cidade, fazendo aquele movimento pra coisa funcionar.

Eu sei que funcionou, e a coisa começou a crescer muito bem ao longo desse tempo aí, a ponto de ser premiada.

Wagner: Miguel Coimbra, quando veio, deu algum tipo de capacitação para o uso desse aparelho, dessa ferramenta?

DHRP: Deu. Na época, Cícera foi quem recebeu essa capacitação. Eu não me lembro se foram em 2 Caravanas porque eu me afastei. Não lembro.

Wagner: Acho que Dra. Juliana me falou que usaram durante 2 anos.

DHRP: É. Eu acho que foram 2 anos que eles vieram. E depois, não vieram mais. Foram colhidas auscultas... porque a gente atendia muitas crianças; eram 100 crianças em 13 municípios; acho que foram feitas mais de 1000 auscultas. Eu não sei, exatamente, qual era a linha de pesquisa, mas eu acho que era comparar, não lembro. Mas Cícera foi treinada, e captou ausculta de muita criança, e foi Miguel quem deu o treinamento presencialmente. Porque ele chegou antes da Caravana e a gente, “em Caravana”, pôs em prática; mas Cícera teve uma qualificação lá dentro do Hospital Real Português em relação às unidades do interior. A história de se manter conectado, de fazer o contato, tinha sempre isso.

Wagner: E essas qualificações envolviam esses profissionais de Portugal e Japão, por exemplo?

DHRP: Bem, o pessoal do Japão só apareceu, na verdade, pra nós, já no momento do Zika vírus. Porque, assim, o Círculo tinha essa ligação muito próxima com o Keizo Asami, que é o laboratório lá, no ambiente deles, que já existia. Então, assim, a relação das pessoas do Keizo Asami, diretamente com a gente, só houve no momento em que houve a coleta de sangue.

Wagner: Dra. Juliana me falou sobre o desenvolvimento do “nanochip”, e que a matéria-prima (o sangue) foi todo daqui, mas que ainda tá em fase de testes, esse marcador biológico.

DHRP: Exatamente. Inclusive tem um episódio que, assim, não ficou esclarecido, mas, à época, eu não estava mais próximo, e nem me importei em procurar saber. Esse sangue, como eu te disse, ficou armazenado lá em casa, no meu freezer de geladeira, de cerveja, onde foi colocado sangue e urina. E, depois, esse sangue foi transportado para o Recife, pra ser processado no LIKA, e, em um determinado momento, surgiu a história que esse sangue tinha desaparecido. Eu não sei, exatamente, como foi esse desaparecimento, se isso procede. Daí eu não sei que fim levou, mas o fato é que, à época, veio o CDC dos EUA, fez-se aquele movimento, fez-se visita em casa, aquele negócio todo.

Wagner: E eles foram junto com vocês nas Caravanas, nos ônibus?

DHRP: Na Caravana que esse povo todo veio, eu já não estava mais. Foi em 2016. No começo do ano, como eu me afastei, foi quando eu disse: “Não quero tá mais nesse circuito.” Aí eu me afastei,

e foi quando o movimento, nessa época, por conta do Zica vírus, estava bem intenso; aí esse pessoal veio, e participaram das Caravanas. Aí teve japonês, norueguês...

Wagner: Eu vi. Teve até um aluno da Royal College também, que fez um relatório.

DHRP: Teve um monte de gente de fora pra se aproveitar aqui dos Tupiniquins.

Wagner: Ah, tá. Então o objetivo deles mesmo era o de se aproveitar do que se tinha aqui.

DHRP: Na verdade, assim, essa é a minha visão. Porque assim: “O que é que veio? E de tudo isso que veio, o que é que tem aqui hoje?”

Wagner: O que ficou de legado, né isto?

DHRP: Isso. O que ficou de legado disso aí? Hoje, a gente tem um trabalho com neuroestimulação, sofrido, dentro da Universidade Federal da Paraíba, sem apoio. Tem um padre ou outro aí querendo ganhar mídia, querendo dar assistência à essas crianças, numa comunidade ou outra. E, de fato, mesmo assim, algumas políticas, que as gestões criaram, até por conta da midialização da coisa toda... Porque, assim, criança com microcefalia, por rubéola congênita, por outros motivos, tem aos montes, mas não aparece. E essa, como foi um fenômeno, e foi um boom, e ganhou repercussão mundial, fica todo mundo interessado em estar perto para poder colher seu “minutinho” de fama.

Wagner: Em relação à algumas publicações com Sandra Mattos e Juliana Soares, eu acho que tem seu nome lá também.

DHRP: Sim, sim. Juliana, na época, estava defendendo o Doutorado dela, e essa publicação internacional do Zica vírus, que saiu no Boletim da Organização (OMS), iria ter a mim como primeiro autor. Aí, perto de ser aceite, Dra. Sandra perguntou se eu me importava se Juliana Soares ficasse como “primeiro autor”, tendo em vista que ela precisava pra sua publicação de Doutorado, pra justificar e tal. Eu disse que não tinha problema nenhum, e assim se deu; e assim a coisa aconteceu.

Wagner: Aí sua volta se deu esse ano, já em 2019, depois do convênio ter terminado, pra Rede Cuidar?

DHRP: Na verdade, assim. Eu continuei como diretor do Arlinda Marques, e continuei no processo aqui. Tanto que eles continuaram operando aqui em 2016, 2017, 2018; abriu o Metropolitano, e acabou que parte das cirurgias migrou pra lá, e algumas coisas foram feitas aqui. Como eu sempre tive muita articulação dentro desse ambiente de gestão, Cláudia Veras, à medida em que o processo avançou, e sabia-se da finalização do convênio, e não havia mais como renová-lo porque isso já tinha sido feito umas 5, 6 vezes... na verdade, houve 1, gerou-se o primeiro convênio e, no segundo ano, que era pra ter sido renovado, fez-se um novo convênio. Aí acabou que, esse convênio, ao invés de ser renovado por 5 vezes, foi renovado por 6 vezes. Então, como não tinha mais como renovar, ele se extinguiu. Até porque, a perspectiva, desde o princípio, era a história de você fazer

o treinamento, uma curva de aprendizado, o pessoal botar em prática e, depois, eles se afastarem e o Estado assumir. Essa sempre foi a primeira perspectiva. Nesse processo que a cardiologia era pensada, eu e Juliana, inclusive, fomos quem estimulamos, na verdade, a que se aderisse à esse processo de trabalho, a saúde materna. Dra. Sandra, no princípio, teve até uma certa resistência, porque ela achava que já tinha problema demais só com a cardiologia. Mas aí, a saúde materna veio, e no momento em que o Zica vírus explodiu, a história do fenômeno do Zica vírus, aí foi que o pessoal percebeu que a gente tinha razão quando falamos que se precisava olhar pra saúde materna. Aí foi quando ela começou, de fato, a valorizar a saúde materna.

Wagner: Mas, de qualquer forma, então, ficou o legado com essa Rede Cuidar agora?

DHRP: Sim. O legado que eu digo, é assim, em relação ao estrangeiro, a cooperação internacional (que não ficou).

Wagner: Na verdade, era uma cooperação internacional descentralizada porque o vínculo primeiro era com a ONG, né isto?

DHRP: Talvez até por isso, né? E assim, acabou que a gente não teve nenhum tipo de... agora, do projeto em si, do que foi desenvolvido pelo Círculo aqui dentro, é gigantesco o tamanho do legado.

Wagner: E esse pessoal que vinha de fora, como Miguel Coimbra, por exemplo, participavam das Caravanas, todos como voluntários também?

DHRP: Todos como voluntários. Todas as Caravanas eram voluntariadas. Em nenhuma Caravana havia qualquer tipo de processo remuneratório. O pessoal que trabalhava na Rede era quem tocava a Caravana. E o pessoal que estava nos serviços, no interior no caso, e que participava, era também com a mesma perspectiva. A gente estava levando qualificação e tudo mais.

Wagner: Vocês chegaram a fazer alguma publicação junto com esse pessoal, com Miguel Coimbra, por exemplo? Porque eu acho que há algumas em que aparecem os nomes dele e Dra. Sandra.

DHRP: Então. Essa coisa de publicação, muitas vezes... assim, nem todas as pesquisas a gente tinha o nome colocado lá. Assim, em algumas, nós estávamos, mas em outras, não. Porque assim, Felipe Morato, que era a pessoa de Sandra, que era quem, na maior parte das vezes, escrevia e fazia essa coisa toda... ela (Dra. Sandra) meio que delegava à ele essa perspectiva de botar no papel, de transformar as coisas em publicações científicas.

Wagner: Então quer dizer que o senhor ficou afastado entre 2016 e ... assumiu o Arlinda Marques, mas estava fora das Caravanas...

DHRP: Estive fora dos processos do trabalho da Rede desde então (2016) até a Rede Cuidar retornar com Juliana em 2018.

Wagner: E, hoje em dia, vocês dois são quem coordenam a Rede Cuidar?

DHRP: É, exatamente. Na verdade, a coordenação geral é de Juliana. Eu funciono, como coordenação, da parte de perinatologia, da parte de neonatologia. Porque aí tem a linha de cuidado em cardiologia, que é Lara; a linha de cuidado em neonatologia, que sou eu; e a linha de cuidado em obstetrícia, que é Dr. Roberto Magliano.

Wagner: E vocês pensam em fazer algum tipo de arranjo cooperativo internacional? Quando você mencionou, por exemplo, que a inspiração pra esse projeto foi uma ideia lá de Portugal, dos anos 1980, vocês têm alguma ideia de amadurecer esse tipo de cooperação?

DHRP: Na verdade, assim ... nós já temos um convite que foi feito. Por exemplo, nesse final de semana, houve uma pós-graduação com uma pessoa da USP, e essa pessoa da USP nos convidou a fazer um trabalho multicêntrico com a Espanha; mas ainda é assim, a 1ª informação. Então, seria Espanha, USP e Rede Cuidar.

Wagner: Mas é algo embrionário ainda...

DHRP: Embrionário ainda. É, tem uma pós-graduação em Terapia Intensiva com o pessoal da USP, em que eles vão usar o ambiente da Rede Cuidar, a Telemedicina, pra um EAD; e assim, dentro dessa perspectiva de cooperação internacional, a única coisa que a gente tem, de imediato, é isso. Até porque, assim, quando a Rede, em 2018, a gente assumiu, havia uma série de coisas que a gente precisava reformular, os ambulatórios virtuais. Então, depois de 1 ano de trabalho, a gente tá num processo de reestruturação do que vinha. Porque primeiro, assim, aumentou o número de profissionais, surgiu o Metropolitano; então, vem toda uma série de dinâmicas que você tem que parar pra investir tempo e tal. Então, a gente não teve, ainda, essa perspectiva de lançar pra fora nenhuma ideia, nem de fazer nenhum convênio. A Cynthia Jonhson, que foi a pessoa que fez o convite esse fim de semana, sinalizou essa história de Espanha porque, é, eles trabalham com essa parte de “Ventilação Mecânica”, de “Desmame de Ventilação”. Então, eles têm essa perspectiva, e você sabe que, na Europa, o número de nascimentos, comparado ao que a gente tem aqui, é muito pequeno. Então, eles precisam da gente, na verdade, como um ponto base, talvez, pra gerar demanda de nascimentos.

Wagner: A matéria-prima, né isto?

DHRP: É, exatamente.

Wagner: E essas qualificações, principalmente desses profissionais da atenção básica, elas se dão no âmbito das Caravanas, ou elas se dão continuamente ao longo do ano?

DHRP: Então. A perspectiva é que a gente tenha ao longo do ano inteiro. Mas, a coisa acaba ficando mais pujante mesmo na Caravana.

Wagner: Me responde uma coisa, vocês foram procurados alguma vez pela Unicef? Pergunto porque quando entrevistei Dra. Sandra, no início do ano, ela me disse que, na semana anterior à entrevista, ela foi procurada pela Unicef porque eles queriam replicar, ou ao menos estavam pensando em replicar, esse projeto da Rede em alguns países da África. Você participou de alguma conversa do tipo?

DHRP: Não. Nós estamos em dezembro, né? Não. Porque à medida em que a gente assumiu o projeto, eu acho que ainda ficou, à nível de mídia, muita coisa direcionada para o Círculo, como sendo a fonte do processo. Porque assim, é aquela velha história, “santo de casa não faz milagre”. Até porque, assim, como a gente não tinha o respaldo e o renome que ela tinha, ninguém iria botar 6 milhões nas mãos de Cláudio e Juliana, que ninguém sabia quem era.

Wagner: Mas o prêmio dos ODS que foi ganho foi no nome do Estado da Paraíba, né isto?

DHRP: É. Na verdade, havia sempre uma grande confusão, um equívoco muito grande, por parte da ONG. Porque perceba, um Governo vai, te contata pra fazer um processo. Daí, você vai e desenvolve um trabalho; aquele projeto não é da ONG, aquele projeto é do Governo do Estado. Foi desenvolvido todo um sistema, por exemplo, de prontuário eletrônico, com recurso financiado pelo Governo do Estado. Então, assim, as percepções que cada um tem são diferentes.

Wagner: Certo. E, na sua opinião, virou realmente agora uma política de Estado, e não só de Governo? Falo da Rede Cuidar.

DHRP: Sem dúvida, sem dúvida. Porque, assim, já foi publicado no Diário Oficial; houve uma publicação com toda estruturação do que é a Rede, pra que serve, à quem cabe fazer o que, quem financia, de onde vem os recursos etc. Então, assim, isso, na verdade, já está posto por Decreto. Então, eu acho difícil que a gente tenha algum tipo de mudança nesse processo.

Wagner: Quer dizer que vocês não foram procurados por ninguém para que o Governo do Estado, por exemplo, servisse como ator de paradiplomacia para que esse projeto seja replicado em outros lugares, ou seja, não só no Brasil, mas fora também?

DHRP: Nem acredito que a gente vai ser não. Porque, Wagner, perceba... o modelo, o projeto, a maneira de fazer e tudo mais, não são propriedade de ninguém. Não há patente nisso. Então, assim, por que vão precisar da gente? Se, por acaso, nos procurarem, primeiro: a gente não teria perna pra fazer um trabalho como esse. Ela, Sandra, talvez tenha. Porque aí, assim, não sei ao certo... Mas, enfim, não tem como a gente conseguir avançar nesse processo para além das fronteiras da Paraíba; e tem sim, a gente como consultor, ou recebendo pessoas pra que elas vejam o ambiente funcionar, levarem a ideia, e replicarem. Mas a gente, propriamente dito, eu acho pouco provável que nos procurem. Até porque, assim, a perspectiva da ONG, junto à esse projeto, ainda se mantém. Tinha gente, dentro do Governo do Estado, por exemplo, que nos chamava de Círculo do Coração; a RCP, chamavam de Caravana do Coração. Então, o pessoal não consegue entender muito bem e discernir o que é o ente ONG, que fazia o trabalho e que foi contratada pelo Estado pra fazer. As ações que

o Estado fazia, que a ONG fazia, de Caravana do Coração, de RCP... porque a Caravana era uma ação dentro do contexto da Rede; ela não é uma coisa isolada. Lógico que tem mídia, e tem aquela propaganda toda e tudo mais, de levar gente e aquela coisa, que o pessoal da política gosta porque chama atenção. E a ONG também conseguia fazer o seu marketing com aquilo. Agora, dentro do próprio Estado já tem essa confusão. Então, até que a gente assuma mesmo, e o pessoal entenda que a Rede Cuidar é um segmento da Rede de Cardiologia e tudo mais, vai levar um tempo. Mas, também, assim, a gente não está preocupado com essa perspectiva; a gente quer desenvolver o trabalho, e que ele continue dando o resultado bom que sempre deu.

Wagner: E quais os principais desafios que vocês enfrentam hoje, nesta última Caravana, por exemplo, de 2019? Juliana me falou que um dos principais é o financeiro.

DHRP: É. Porque, assim, perceba... quando a ONG recebe um recurso pra ela executá-lo, é muito mais fácil; e de muito menos satisfação. Não satisfação no sentido de “não dou satisfação”, mas no sentido da execução. Por exemplo, “ah, vamos dizer que a gente precise, amanhã, repor 2 máquinas de eco. A gente vai depender de uma licitação que transcorra, que tenha previsão de recurso num determinado momento, de orçamento, e por aí vai. Aí, isso aí, muitas vezes, trava a nossa vida.

Wagner: Mas, em relação aos profissionais em si, que estão envolvidos, e que Juliana me falou que fez questão que todos os da Paraíba ficassem, eles realmente foram qualificados e conseguem levar o projeto adiante?

DHRP: Não tenha dúvida. A qualificação que foi estabelecida para a equipe local foi suficiente pra que o pessoal conseguisse, pra que a gente conseguisse andar com os próprios pés.

Wagner: Fora a questão do DigiScope e do Marcador Biológico, que era com o pessoal do Japão, não teve nenhuma contribuição significativa desses profissionais estrangeiros aqui, durante essas Caravanas, na sua opinião?

DHRP: Eu não posso te dizer porque, em 2013, a Caravana era meramente assistencial; 2014, a gente começou a levar qualificação, porque a gente percebeu em 2013, fez a assistência, tanto que foi uma Caravana menor, 7 dias e tudo mais. A gente lidava direto com aquela falta de qualificação do pessoal de fora (do interior). Em 2014, levamos assistência e qualificação; 2015, já foi assistência em cardio, assistência materna, e qualificação; 2016, eu já não participei mais. Foi quando coincidiu de os estrangeiros estarem vindo. Então, eu não posso te afirmar sobre esse processo deles junto à Caravana, como se deu, porque eu não estava lá.

Wagner: Entendo. Eu acho que é só. Há algumas perguntas aqui que acho terem sido respondidas no decorrer da conversa; foram todas respondidas. Muito bom. Eu gostaria de agradecer mais uma vez pela sua disponibilidade e atenção. Aqui estão os Termos para assinatura. MUITÍSSIMO obrigado.

APÊNDICE H – Requerimento de Solicitação de Acesso a Documentos

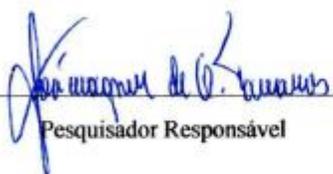
SOLICITAÇÃO DE ACESSO A DOCUMENTOS SEGUNDO TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL FORNECIDOS PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA E PARECER APROVADO E CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Eu, **José Wagner de Oliveira Tavares**, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba, com matrícula de número: **2018.0731.04**, venho, por meio desta, solicitar, junto ao Gabinete do Sr. Secretário de Estado da Saúde, **Geraldo Antônio de Medeiros**, acesso ao Inteiro Teor dos Documentos referentes ao convênio firmado entre o Governo do Estado da Paraíba e a Organização Não Governamental **Círculo do Coração de Pernambuco**, cujo resultado foi a criação da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba e de suas Caravanas do Coração. Os Termos de Autorização Institucional, emitidos pela própria SES, encontram-se em anexo, resultado do processo já registrado na SES, de número: **310519525**, no qual consta o nome do coordenador responsável pelo Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba, **Paulo Roberto Loyolla Kuhlmann**. Os Termos estão assinados pela Secretária Executiva da SES, **Renata Valéria Nóbrega**, e o Inteiro Teor do Processo é de conhecimento da Gerente Executiva de Atenção à Saúde da SES, **Izabel Sarmento**. Encontram-se, também, anexados, os seguintes documentos: Parecer Aprovado e Consubstanciado do CEP; Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, com indicação do Pesquisador Responsável e Instituição Proponente; Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa, assinada por mim, Pesquisador Responsável, e pelo meu Orientador, **Carlos Enrique Ruiz Ferreira**; Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável; e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Importante salientar que todos os documentos supracitados também estão presentes no Parecer Consubstanciado e Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todavia, para dar continuidade à pesquisa, necessito do acesso ao Inteiro Teor dos Seguintes Documentos:

1. Termos de Convênio entre o Governo do Estado e a ONG **Círculo do Coração**, bem como seus respectivos registros em edições do Diário Oficial;
2. Cartas de aceite/convite de profissionais e instituições internacionais, para integrar as anuais Caravanas do Coração, especialmente no tocante à pesquisa sobre Zica Vírus e Microcefalia, entre os anos de 2015 e 2018;
3. Registros de Cursos de Capacitação, no âmbito da Rede de Cardiologia Pediátrica e das Caravanas do Coração, entre os anos de 2012 e 2018;
4. Ofícios, Portarias, Circulares e Memorandos, referentes à presença de profissionais de saúde, nacionais e internacionais, vinculados à ONG **Círculo do Coração**, e ao Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami, da UFPE;
5. Listas de Presença de participantes estrangeiros, nas Caravanas do Coração, em especial a partir de sua quarta edição, em 2016, quando contou com a participação de especialistas de diversas áreas, e de vários países, tais como: Japão, Inglaterra, Escócia, Portugal, Estados Unidos e Alemanha;

6. Atas de Reuniões das Comissões Intergestores Regionais, envolvendo as cidades integrantes das Caravanas do Coração;

7. Registros de Premiações da Rede de Cardiologia Pediátrica e de suas Caravanas do Coração, a exemplo do Prêmio ODS Brasil 2018, e do documentário "Corações Paraibanos", de Ricardo Puppe, premiado na VI Mostra VideoSaúde da Fiocruz em 2019.


Pesquisador Responsável

Data: João Pessoa, 19 de dezembro
de 2019

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA ASSISTÊNCIA NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA: A REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA E AS CARAVANAS DO CORAÇÃO.

Pesquisador: JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21822719.7.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.732.798

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba. O projeto é relevante para a área de Relações Internacionais, e também para a área de saúde. O pesquisador contextualiza e justifica o projeto. Lê-se: "Na região nordeste, mais especificamente no Estado da Pernambuco, a ONG Circulo do Coração (CirCor), embora não elencada entre as mais relevantes do país, vem se destacando pela sua atuação. Além de parcerias locais e internacionais, estabelecidas no âmbito da cooperação técnica e científica em saúde, a ONG está, também, envolvida no estabelecimento e desenvolvimento de políticas públicas no setor. Fundado em julho de 1994 pelos integrantes da Unidade de Cardiologia e Medicina Fetal (UCFM) do Real Hospital Português (RHP), o CirCor mantém um projeto de cooperação internacional com diversos especialistas e pesquisadores de instituições de diversos países, como Estados Unidos, França, Alemanha, Japão, Noruega, Portugal e Reino Unido (ALLEN, 2016). Em parceria com o Governo do Estado da Paraíba, o CirCor implementou e desenvolveu um arranjo de Cooperação Internacional em Saúde, no período de 2011 à 2018, e teve como principais objetivos: 1) viabilizar o tratamento de crianças carentes, portadoras de doenças cardíacas; e 2) reduzir os indicadores de morbimortalidade das crianças com cardiopatia na Paraíba, por meio da implantação de uma Rede de Cardiologia Pediátrica. Esta parceria de assistência integrou 21 maternidades do Estado e o Complexo de Pediatria Arlinda Marques, com atendimento

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.732.798

abrangendo, além da capital João Pessoa, outras unidades hospitalares, descentralizando o atendimento para as cidades de: Campina Grande, Patos, Sousa, Cajazeiras, Guarabira, Monteiro, Esperança, Itaporanga, Picuí, Santa Rita, Catolé do Rocha, Princesa Isabel e Pombal (MATTOS et. al., 2015). A partir de 2013, a Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba (RCP) colocou em prática um projeto chamado "Caravana do Coração", objetivando aprimorar o programa de triagem e facilitar o acesso da população à equipe de especialistas. A Caravana acontecia anualmente, tratando-se de uma visita de uma equipe multiprofissional (composta majoritariamente por voluntários) e incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, professores e estudantes universitários, do Brasil e do exterior, às cidades do interior da Paraíba que integram a RCP. Realizava-se, então, um mutirão de triagens, consultas e exames cardiológicos em crianças e gestantes, além de um projeto de arte-educação voltado para crianças e pais, e capacitação para os profissionais de saúde envolvidos, o que se caracteriza como uma transferência ativa de saberes (LEGOS, 2018) (...) Pretende-se, portanto, descobrir se realmente há certa invisibilidade ao cidadão paraibano, devido às lacunas de informações, sobre a atuação das ONGs junto à atores estatais locais, apesar da provável ocorrência da prestação de serviços assistenciais resultante de parcerias". O pesquisador apresenta duas hipóteses. Lê-se: "Hipótese 1: Houve efetivação de assistência no setor saúde à crianças e gestantes paraibanas, com transferência ativa de saberes entre atores nacionais e internacionais, por meio da parceria entre o CirCor e o Governo da Paraíba; Hipótese 2: Não houve efetivação de assistência no setor saúde à crianças e gestantes paraibanas, com transferência ativa de saberes entre atores nacionais e internacionais, por meio da parceria entre o CirCor e o Governo da Paraíba". O pesquisador apresenta um breve referencial teórico, objetivos e metodologia bem delimitados.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é "Analisar a assistência no setor saúde à crianças e gestantes paraibanas, com transferência de expertises entre atores nacionais e internacionais, por meio da parceria entre o Círculo do Coração de Pernambuco e o Governo do Estado da Paraíba".

Como objetivos específicos: 1. Identificar os tipos de transferência de expertises, atendimentos, serviços e profissionais que compõem a Rede de Cardiologia Pediátrica (RCP) da Paraíba e as Caravanas do Coração; 2. Associar as principais bases teórico-conceituais, campos de atuação e interesses envolvendo a

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.732.798

Cooperação Internacional resultante da parceria entre o CirCor e o Governo da Paraíba; 3. Apresentar os resultados para a assistência de saúde de crianças e gestantes paraibanas atendidas na RCP e nas Caravanas do Coração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador relata que o presente projeto oferece risco mínimo e detalha. Lê-se: "acredita-se ser esta pesquisa de risco mínimo, por utilizar como fontes de dados: o conteúdo de falas resultantes de entrevistas com profissionais de saúde e o Inteiro Teor de documentos arquivados na Secretaria do Estado da Saúde da Paraíba, não se realizando nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais dos indivíduos que participam do estudo. Considerando-se as dimensões supracitadas, e não havendo identificação do participante ou intervenção considerada invasiva à intimidade do indivíduo, o nível mínimo de risco pode ser representado por: 1) possibilidade de constrangimento ao responder determinada(s) pergunta(s) da entrevista; 2) desconforto; 3) medo; 4) vergonha; 5) estresse; 6) quebra de sigilo (ainda que involuntária e não intencional); 7) cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas da entrevista; 8) divulgação de dados confidenciais registrados no TCLE; 9) invasão de privacidade; e 10) discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado na fala do entrevistado (UFJF, 2018)".

O pesquisador também apresenta como minimizar os riscos. Lê-se: "Algumas medidas, porém, podem ser adotadas para minimizar as possibilidades de risco mínimo, dentre elas: 1) garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos; 2) minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões que possam ser constrangedoras; 3) garantir que o(s) pesquisador(es) sejam habilitados ao método de coleta de dados; 4) estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto; 5) limitar o acesso ao conteúdo de documentos apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa; 6) garantir a não violação e a integridade dos documentos; 7) assegurar a confidencialidade, a privacidade e a não estigmatização, garantindo a não utilização de informação de prejuízo dos indivíduos, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou em termo econômico-financeiro; 8) o patrocinador e a instituição devem assegurar a responsabilidade de prestar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos; 9) garantir que os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano, previsto ou não no TCLE e resultante de sua participação, além do direito de assistência integral, tenham direito a indenização; e 10) garantir que serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos participantes da

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.732.798

pesquisa, bem como os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem indivíduos e comunidades (UFJF, 2018)".

Como benefícios, Lê-se: "Os benefícios deste estudo consistem na colaboração para a análise de informações sobre a assistência à crianças e gestantes paraibanas no setor saúde, por meio de parcerias firmadas entre o Governo do Estado da Paraíba e integrantes do Terceiro Setor, a exemplo de Organizações Não Governamentais, com transferência ativa de saberes entre atores nacionais e internacionais".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um "estudo descritivo, combinado características dos métodos quantitativo e qualitativo, com a descrição e análise de dados referentes às raízes do problema da assistência à saúde no Estado da Paraíba e à consequente implantação da prática resultante da parceria firmada entre o CirCor e o Governo da Paraíba (...) Far-se-á um Estudo de Caso (EC). Representando uma pesquisa aprofundada de uma unidade – neste caso, a assistência no setor saúde à crianças e gestantes no Estado da Paraíba – este EC objetiva a elucidação de características de um provável arranjo cooperativo, envolvendo entes públicos e privados, e que se baseia no mesmo tipo de provas covariacionais utilizadas em outros tipos de pesquisa (GERRING, 2004)". O pesquisador prevê os seguintes desfechos: Primário - "pretende-se apresentar o contexto e a realidade da efetivação de assistência, por meio da oferta e consequente execução das ações da RCP e das Caravanas do Coração, realizadas entre 2011 e 2018, com a presença e atuação de profissionais de diversos países e seus impactos nos demais níveis das redes de atenção do Sistema Único de Saúde"; Secundário - "pretende-se apresentar o contexto e a realidade da efetivação de assistência, por meio da oferta e consequente execução de ações da Rede de Cardiologia Pediátrica (RCP) da Paraíba, à crianças e gestantes no setor saúde, tanto na capital quanto nas cidades interioranas". Em relação ao local, Lê-se: "O cenário da pesquisa será o Estado da Paraíba, abrangendo, além da capital João Pessoa, as cidades com unidades hospitalares que fazem parte da Rede de Cardiologia Pediátrica da Paraíba e que foram visitadas pelas Caravanas do Coração: Campina Grande, Patos, Sousa, Cajazeiras, Guarabira, Monteiro, Esperança, Itaporanga, Picuí, Santa Rita, Catolé do Rocha, Princesa Isabel e Pombal (LEGOS, 2018)". "O recorte temporal da pesquisa será os anos de 2011 à 2018, por representar o período de duração da parceria entre o CirCor e o Governo do Estado". Em relação à população e amostra, Lê-se: "O universo da pesquisa incluirá o Governo do Estado da Paraíba, a

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.732.798

Organização Não Governamental Círculo do Coração de Pernambuco, bem como os profissionais envolvidos na criação e implementação da RCP e das Caravanas do Coração no Estado. Para tanto, pretende-se entrevistar alguns dos profissionais que fizeram parte da criação e implementação da Rede, e que atuaram nas áreas de: infraestrutura de redes, clínica médica, obstetrícia, ecocardiografia, cardiologia, enfermagem, psicologia, nutrição, arte-educação, ultrassonografia, fisioterapia, fonoaudiologia e odontologia". Como critérios de inclusão e exclusão, Lê-se: "Optou-se pela escolha de profissionais envolvidos nas ações resultantes da parceria entre a ONG Círculo do Coração de Pernambuco e o Governo do Estado da Paraíba, entre os anos de 2011 e 2018, para realização de entrevistas. Todavia, a priori devem-se excluir aqueles profissionais cuja atuação se deu fora do escopo desta parceria no setor saúde no âmbito da criação da RCP e das Caravanas do Coração". Para a análise documental, Lê-se: "deve-se incluir o Inteiro Teor dos seguintes documentos da Secretaria de Estado da Saúde (SES) da Paraíba: Correspondências, Ofícios, Portarias, Notícias, Circulares, Memorandos, Termos de Convênios, e quaisquer outros documentos de relevância para presente pesquisa que estiverem relacionados à parceria firmada entre CirCor e Governo do Estado da Paraíba no setor saúde. Contudo, a priori devem-se excluir documentos referentes a outros setores e outras parcerias". Os instrumentos de coletas de dados incluem: formulários, para caracterização sociodemográfica da amostra; e roteiros de entrevista, e pesquisa documental. Em relação ao processamento e análise dos dados, Lê-se: "Os dados coletados serão submetidos a procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo, organizados e separados em arquivos eletrônicos, e processados seguindo as três etapas das técnicas de Análise de Conteúdo propostas por Bardin (2016) (...) Após o processamento e análise dos dados coletados, os resultados serão confrontados e discutidos com as evidências já produzidas". O pesquisador apresenta os Aspectos Éticos, os Cronogramas de execução e orçamentário, referências bibliográficas, Modelos do Formulário para coleta de dados, para análise documental e roteiro de entrevista.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se anexados: a Folha de Rosto, o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável; a Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; o Termo de Autorização Institucional para Uso e Coleta de Dados em Arquivos, da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, o Termo de Compromisso para Utilização de Dados de

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.732.798

Arquivos, o Termo de Autorização Institucional da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

Recomendações:

O pesquisador seguiu as recomendações do parecer anterior.

É importante destacar que o Pesquisador corrigiu o TCLE conforme a recomendação do parecer anterior: "2. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deve ser preenchido como o nome do entrevistado, e assinado pelo pesquisador responsável e pelo entrevistado". Entretanto, no novo TCLE, o pesquisador retirou os dados do CEP/UEPB no antepenúltimo parágrafo, onde fala sobre dúvidas ou solicitações de esclarecimento. ESSES DADOS DO CEP/UEPB SÃO OBRIGATÓRIOS E DEVEM SER MANTIDOS NO TEXTO DO TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador seguiu as recomendações do parecer anterior.

É importante destacar que o Pesquisador corrigiu o TCLE conforme a recomendação do parecer anterior: "2. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deve ser preenchido como o nome do entrevistado, e assinado pelo pesquisador responsável e pelo entrevistado"; Entretanto, no novo TCLE, o pesquisador retirou os dados do CEP/UEPB no antepenúltimo parágrafo, onde fala sobre dúvidas ou solicitações de esclarecimento. ESSES DADOS DO CEP/UEPB SÃO OBRIGATÓRIOS E DEVEM SER MANTIDOS NO TEXTO DO TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1438898.pdf	21/11/2019 08:57:34		Aceito
Outros	projeto_detalhado_retificado_riscos.pdf	07/11/2019 17:41:05	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Outros	TCLE_retificado_dos_riscos.pdf	07/11/2019 17:39:19	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_pesquisadores.pdf	24/09/2019 14:19:03	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	24/09/2019 14:07:40	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.732.798

Ausência	TCLE.pdf	24/09/2019 14:07:40	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Outros	APENDICE_3_Roteiro_de_Entrevistas.pdf	20/09/2019 11:17:05	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Outros	APENDICE_2_Roteiro_para_Pesquisa_Documental.pdf	20/09/2019 11:15:41	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Outros	APENDICE_1_Formulario_Sociodemografico.pdf	20/09/2019 11:06:41	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Outros	Termo_compromisso_dados_em_arquivo.pdf	20/09/2019 11:00:25	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Outros	declaracao_de_concordancia.pdf	20/09/2019 10:56:32	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_institucional.pdf	20/09/2019 10:53:55	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_para_Uso_e_Coleta_de_Dados_em_Arquivos.pdf	20/09/2019 10:49:41	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Compromisso_do_pesquisador.pdf	20/09/2019 10:41:54	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	20/09/2019 10:40:41	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/09/2019 10:32:27	JOSE WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Universidade Estadual da Paraíba
Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa
UEPB

CAMPINA GRANDE, 28 de Novembro de 2019

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

ANEXO B – Inquérito Civil Público nº 1.24.000.000840/2003-36



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
Procuradoria da República na Paraíba
Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão
Avenida Getúlio Vargas, 277 - Centro - João Pessoa - Paraíba - Telefones: (83) 3544-6236 - Fax: (83)3544-6239

Ofício nº 649 /2011/PR/PB/PRDC

João Pessoa, 10 de agosto de 2011

Excelentíssimo Senhor
WALDSON SOUZA - Secretário
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
Av. Dom Pedro II, 1826, Torre
58 040-440 - JOÃO PESSOA/PB

SECRETARIA DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA - PB

Proc. nº 23.000.11548
Em 23/08/2011

Referência: Inquérito Civil Público nº 1.24.000.000840/2003-36 (Pede-se, na resposta, menção a esta referência)

Senhor Secretário,

Cumprimentando-o, e para instruir os autos do ICP em epígrafe, com fulcro no art. 8º, II, da Lei Complementar nº 75/83, solicito de V. Exa., informações sobre as medidas tomadas para o efetivo cumprimento da deliberação contida no item "a)", da Ata de Reunião nº 12/2011, realizada no dia 16/05/2011, nesta Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão (cópia anexa), fixando o prazo de **10 (dez) dias** para o atendimento.

Atenciosamente,


DUCIRAN VAN MARSEN FARENA
Procurador Regional dos Direitos do Cidadão

ANEXO C – Ata de Reunião nº 12/2011 do Ministério Público Federal


MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NA PARAÍBA
Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão
 Avenida Getúlio Vargas, 277, Centro – João Pessoa – Paraíba - Telefones: (83) 3044-6235 – Fax: (83)3044-6239

ICPs n.º 1.24.000.000813/2003-63
 n.º 1.24.000.000840/2003-36
 1.24.000.000863/2006-79

ATA DE REUNIÃO Nº ¹² /2011
 (Etiqueta Único 12/18 /2011)

REALIZADA NO DIA 16/05/2011, NA
 PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

Aos dezesseis dias do mês de maio do ano de dois mil e onze (16/05/2011), às 14:30 horas, reuniram-se nesta Procuradoria da República na Paraíba, situada na Avenida Getúlio Vargas, 255/277, Centro, João Pessoa/PB, o Doutor DUCIRAN VAN MARSEN FARENA, Procurador da República e coordenador dos trabalhos; LÚCIO FLÁVIO DE SOUSA MOREIRA E PAULO CÉSAR LOURENZATTO, representantes da SAS; ROSEANE LIMA WANDERLEY, representante da SMS; MÉRCIA MARIA SANTOS COUTINHO, representando a SES; JOÃO BATISTA DA SILVA, Diretor Superintendente do HULW, KARLA VANESSA FERRETTI CISNEROS, representante da Sociedade Paraibana de Pediatria e Equipe da Dra. Sandra Matos (Unidade de Cardiologia Materno-Fetal do Hospital Português), e demais participantes, que ao final subscrevem.

O Dr. Duciran Farena agradeceu a presença de todos e informou, aos presentes, que o objetivo da reunião era discutir assuntos relativos à saúde pública cujas pendências vem de anos: que a saúde no estado atravessa grave crise, mas que a reunião se restringiria aos problemas específicos dos procedimentos, a saber, a falta de UTIS, a cirurgia cardiológica e a falta de medicamentos excepcionais. Que tem havido uma piora, que reclama mais do que explicações, ações e compromissos mais concretos.

O Dr. Duciran explicou que vai começar com a situação do HU e que foi feita uma inspeção conjunta, entre o MPF e o MPE, visitando as salas onde deveriam estar sendo realizadas as cirurgias cardiológicas, estando em total abandono, sendo dramático verificar que o hospital se encontra caindo aos pedaços, e que na verdade poderia até mesmo ser interditado por falta de condições de funcionamento. O único local que parece renovado é exatamente a sala onde deveriam ser realizadas as cirurgias cardiológicas, que está paralisada e os equipamentos abandonados. Na inspeção foram encontrados, inclusive, medicamentos vencidos e a promessa da cirurgia cardíaca não é de hoje, desde 2008 que há promessas e nada melhora. Argumenta-se que há falta de pessoal, mas não foi feito um controle eletrônico de frequência e a auditoria pedida ao ministério da educação, a qual apontaria quais os reais problemas na gestão de pessoal.

SUPLENTE: DUCIRAN FARENA - ESAN/MS/AS/AN - Revisto em 16 maio 11:08

esta criança possa voltar ao município de origem, enquanto não volta, será encaminhada à Pediatria para uma adaptação. O Dr. Duciran opinou que o ideal é que ela seja mantida em um grande centro, para ter um atendimento médico adequado, mas não na UTI. Solicitou ainda informações sobre se houve um encaminhamento formal dessa situação, mas o Dr. João Batista disse que esta discussão foi informal.

Dr. Duciran criticou a informalidade no trato dessas questões, porque tudo fica na conversa, não havendo prova documental de que providências foram efetivamente tomadas para resolver os problemas dos pacientes. Que não existe um serviço de semi-intensivo ou cuidados domiciliares para pacientes nas condições da menina que se encontra na UTI pediátrica do HULW. Que os gestores não poderiam desconhecer isso nem alegar que não sabiam porque ninguém informou.

Quanto aos medicamentos excepcionais o Dr. Duciran informou que fez uma recomendação para que passem a ser responsabilidade da União os medicamentos que estão em falta. (Que recebeu uma resposta que do SAS que diz que não pode suspender os recursos enquanto não fizer uma auditoria e que será feita uma auditoria. Que aparentemente há um círculo vicioso intransponível, porque a equipe não é contratada porque não há reforma, a reforma não é feita porque o hospital não é credenciado, e assim por diante. Que há anos discute este credenciamento sem solução.

A Dra. Sônia perguntou se a neuro cirurgia está funcionando normalmente e a Dra. Mércia falou que saíram dois profissionais semana passada, mas a direção está viabilizando outras pessoas.

O Dr. Paulo César, da SAS, informou que, como os temas são diversos e podem invocar outras secretarias, os que teriam mais reflexos com a SAS são as cardiopatias e os HUs. O Dr. Lúcio falou que há a possibilidade de, respeitando a legislação, adotar outras medidas, por meio do Ministério da Saúde com apoio técnico às gestões locais do SUS. Que a gestão contratante deve acompanhar o desempenho das metas do HULW. Que dinheiro da união tem sido enviado através do REUFI. Que a política do ministério é o credenciamento de novas unidades de UTI e que 100 por cento dos pedidos que atendiam os requisitos foram atendidos. Que enquanto não houver o credenciamento não há o pagamento, e que o Estado está perdendo dinheiro por causa disso. Que o SUS não pode pagar nos casos de cirurgias em centros não credenciados. Quanto à habilitação do HU para cirurgia cardíaca pediátrica, está em trâmite, mas há uma série de pendências quanto a isso e os pontos técnicos informou que há um déficit de 45 vagas na PB e que até agora não há novos pedidos de credenciamento. Disseram ainda que 35 milhões fora repassado pela União ao Estado no final do ano passado, e cerca de 900 mil ao HULW. Que estes pagamentos são extra-feto.

Mércia, da SES-PB, disse que está aguardando a finalização de novos hospitais para fazer o pedido de credenciamento de novas UTIS.

O Dr. Duciran afirma que o Município afirma que o HULW não atinge as metas, mas as secretarias afirmam que seria pior suspender a contratação do HU, que diz que não tem pessoal, mas sabemos que nem todos que deveriam estar trabalhando estão e que a União não cumpre a política em relação ao HU, não faz, por exemplo, as auditorias de pessoal, requisitada do Min. Da Educação.

A representante do CERAC, diz que foram atendidos 70 pacientes este ano,

mas o Dr. Duciran ressaltou que por mais resultados que tenha obtido até agora, nem todos podem ser encaminhados para serem atendidos fora, porque nem todos os problemas chegam ao CERAC.

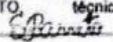
O Dr. Duciran pergunta se existe alguma possibilidade de solução que o Ministério possa oferecer aqui, e Dr. Paulo disse que pode oferecer um apoio técnico, solicitado pelo gestor local, mas o Dr. Duciran afirmou que a União precisa assumir mais o papel de fiscalizador.

A Dra. Karia Vanessa informa situações urgentes relativa a problemas que afetam os pacientes e profissionais de medicina, e conchama os presentes a resolverem os problemas com a urgência requerida.

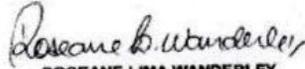
No tocante ao paciente João Vitor, Graça informou que todos os pagamentos de ajuda de custo à mãe do paciente, para seu deslocamento ao Paraná, foram pagos, inclusive todo o enterro da criança foi custeado pelo Estado, no valor de quatro mil reais.

Como encaminhamentos, foi decidido o seguinte:

- a) A Secretaria de Saúde-PB encaminhará, em 30 (trinta) dias, o convênio ou contrato assinado com o Círculo do Coração;
- b) As Secretarias de Saúde Municipal e Estadual informarão em 20 (vinte) dias, se existe serviço de semi intensivo, atendimento domiciliar ou qualquer outra instituição ou forma de atendimento fora da UTI de pacientes, adultos ou infantis, que se encontram em situação crônica com a criança do HULW;
- c) A SAS - Ministério da Saúde providenciará, no prazo de 60 (sessenta) dias, uma auditoria operacional (acionando o DENASUS ou qualquer outro órgão, se necessário) da situação das UTIS e alta complexidade no Estado da Paraíba, apresentando relatório no prazo de 90 (noventa) dias;
- d) A SAS providenciará, no prazo de 60 (sessenta) dias, auditoria operacional no HULW (acionando o DENASUS ou qualquer outro órgão, se necessário) apresentando relatório no prazo de 90 (noventa) dias. Diante da objeção de que pessoal é atribuição do MEC, fica registrado que esta auditoria se limitará à prestação do serviço.

Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata. Eu, SIMONE LEAL PAES
 BARRETO, técnico administrativo, digitei a presente e
 assino. 


DUCIRAN VAN MARBEN FARENA
Procurador da República


ROSEANE LIMA WANDERLEY
Representante da SMS


MERCIA MARIA SANTOS COUTINHO
Representante da SES


LÚCIO FLÁVIO DE SOUSA MOREIRA
Representante da SAS


PAULO CÉSAR LOURENZATTO
Representante da SAS


JOÃO BATISTA DA SILVA
Diretor Superintendente do HULW

CERAC-PB
Gilda Maria

46

ANEXO D – Portaria nº 207/GS Publicada no Diário Oficial do Estado da Paraíba

12

João Pessoa - Terça-feira, 14 de Maio de 2019

Diário Oficial

Gabinete do Secretário de Estado da Administração Penitenciária.
João Pessoa/PB, 10 de maio de 2019.

Processo nº 20190001971

Assunto: Processo Administrativo Disciplinar

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO

Trata-se de um Processo Administrativo Disciplinar, instaurado pelo Secretário de Estado da Administração Penitenciária, Sérgio Fossaca de Sousa-Fox-Cel., por meio da Portaria nº 117/GR/SEAP/19, que objetivou apurar, em toda a sua extensão, os fatos contidos no Ofício nº 460/2019/PPPP, Procedimento nº 002.2019.006585, oriundo da Promotoria de Defesa do Patrimônio Público da Comarca de João Pessoa, que deu origem ao Processo nº 20190001538, que trata de suposta acumulação irregular de cargos públicos, por parte da servidora DONEVES FERNANDES DANTAS RODRIGUES, mat. 163.407-1, Agente de Segurança Penitenciária no Estado da Paraíba, com o cargo de Professora na Prefeitura Municipal de São João do Rio do Peixe/PB.

Analisando os autos do referido processo, inicialmente, verificou-se que foram observadas todas as formalidades legais para a apuração dos fatos denunciados.

Neste sentido, para que produza seus legais e jurídicos efeitos, este Secretário homologa, INTEGRALMENTE, o Relatório da Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar e RESOLVE:

1) - Determinar o ARQUIVAMENTO deste procedimento, nos termos do Art. 135, inciso I, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003, em virtude da perda do objeto, haja vista, DECISÃO Judicial favorável a servidora em epígrafe, de permanecer no cargo de Agente de Segurança Penitenciária no Estado da Paraíba, com o cargo de Professora na Prefeitura Municipal de São João do Rio do Peixe/PB, conforme CERTIDÃO de trânsito em julgado, acostada nos autos, não impedindo a sua reabertura em caso de fatos novos.

2) - Encaminhar cópia dos presentes autos a Promotoria de Defesa do Patrimônio Público, para conhecimento e providências que julgarem cabíveis.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.
Gabinete do Secretário de Estado da Administração Penitenciária.
João Pessoa/PB, 11 de maio de 2019.

Processo nº 20190000363

Assunto: Processo Administrativo Disciplinar

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO

Trata-se de um Processo Administrativo Disciplinar, instaurado pelo Secretário de Estado da Administração Penitenciária, Sérgio Fossaca de Sousa-Fox Cel., por meio da Portaria nº 012/GR/SEAP/19, que objetivou apurar, em toda a sua extensão e com todo o rigor da Lei, os fatos contidos no Processo Sindicância nº 201800007123 e seus anexos.

Analisando os autos do referido processo, inicialmente, verificou-se que foram observadas todas as formalidades legais para a apuração dos fatos denunciados.

Neste sentido, para que produza seus legais e jurídicos efeitos, este Secretário homologa, INTEGRALMENTE, o Relatório da Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar e RESOLVE:

1) - Determinar o ARQUIVAMENTO deste procedimento, nos termos do Art. 135, inciso I, da Lei Complementar nº 58, de 30 de dezembro de 2003, por ter restado sobrejante comprovado, que o servidor praticou o ato em legítima defesa passiva, corroborando dessa forma, com o Relatório da Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar, não impedindo a sua reabertura em caso de fatos novos.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.
Gabinete do Secretário de Estado da Administração Penitenciária.
João Pessoa/PB, 11 de maio de 2019.

Processo nº 20190001953

Assunto: Sindicância.

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO

Trata-se de Processo Sindicância instaurado pelo Gerente Executivo do Sistema Penitenciário da Paraíba, por meio da Portaria nº 024/GES/PE/SEAP/19, que objetivou apurar, em toda a sua extensão, e com todo o rigor, os fatos constantes no Ofício nº 552/2019/PRGA, oriundo da Penitenciária Doutor Romão Gonçalves de Alencar.

Analisando os autos do referido processo, inicialmente, verificou-se que foram observadas todas as formalidades legais para a apuração dos fatos.

Neste sentido, para que produza seus legais e jurídicos efeitos, este Secretário homologa integralmente o Relatório da Comissão de Sindicância, bem como, o despacho do Gerente Executivo do Sistema Penitenciário e RESOLVE:

I - Determinar o ARQUIVAMENTO dos presentes autos, nos termos do Art. 135, inciso I, da Lei Complementar nº 58/2003, em virtude de não ter restado comprovada, a responsabilidade de servidores nos fatos apurados, corroborando dessa forma, com o Relatório da Comissão, não impedindo a sua reabertura em caso de fatos novos.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.
Gabinete do Secretário de Estado da Administração Penitenciária.
João Pessoa/PB, 10 de maio de 2019.

Sérgio Fossaca de Sousa-Fox Cel.
Secretário de Estado

**Secretaria de Estado
da Saúde**

PORTARIA Nº 207/GS

João Pessoa, 07 de maio de 2019.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que a lei lhe confere, com fulcro no Art.44 do Decreto nº 12.238, de 19.11.1987,

RESOLVE:

Art. 1º Instaurar o regulamento da Rede Cuidar no Estado da Paraíba

CAPÍTULO I DA REDE CUIDAR

O Estado da Paraíba desenvolve desde 2011 um trabalho de assistência em rede. Inicialmente o trabalho era desenvolvido na cardiologia pediátrica diante da necessidade de criar uma linha de cuidado para o tratamento e acompanhamento das crianças portadoras de cardiopatia congênita. Considerando a ocorrência do aumento do número de óbitos, observou-se a necessidade de ampliar as ações da rede, direcionadas à neonatologia e obstetrícia, respectivamente. Para tanto, foram incorporadas estratégias visando assegurar o princípio da equidade na assistência às crianças, neonatos e mulheres em período gravídico e puerperal que se encontram em situações especiais.

A fim de executar as ações supracitadas, o Estado da Paraíba passa a adotar como Política, utilizandose da telemedicina como ferramenta principal de trabalho onde integra as ações de triagem, diagnóstico precoce e assistencial integral com as linhas de cuidados, além de suporte técnico aos profissionais que compõe a rede de serviços de saúde no âmbito estadual.

A inovação desse projeto diz respeito a convergência de videoconferência e computação ubíqua como forma de eliminar as distâncias geográficas, os custos operacionais de deslocamento, face a falta de profissionais especializados nas áreas mais distantes do estado.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 2º. Garantir escala de plantão online de profissionais médicos cardiologistas pediatras, neonatologistas e obstetras, 24 horas, sete dias da semana;

Art. 3º. Monitorar e acompanhar os serviços;

Art. 4º. Orientar os profissionais em conduta médica adequada, incluindo a avaliação de exames, a exemplo de Ecocardiograma, Ecografia e Avaliação clinicocirúrgica;

Art. 5º. Qualificar os profissionais de saúde para a melhoria da assistência prestada pela Rede;

Art. 6º. Identificar precocemente as crianças cardiopatas, neonatos em situação de risco e mães em período gravídico e puerperal;

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 7º. A Rede Cuidar é composta pelos seguintes membros representativos:

I Coordenador Geral;

II Vice Coordenador;

III Coordenador de Cardiologia Pediátrica;

IV Coordenador de Neonatologia;

V Coordenador de Obstetrícia;

VI Coordenador de Enfermagem;

VII Coordenador de Informática e Estatística;

VIII Coordenação Administrativa.

Art. 7º. 1 Membros Consultores:

I Representação da Gerência Executiva de Vigilância em Saúde - GEVS (Vigilância Epidemiológica);

II Representação da Gerência Executiva de Regulação e Auditoria - GERAV (Complexo Regulador e CRAC);

III Representação da Gerência Executiva de Atenção à Saúde - GEAS (Núcleo de Atenção Hospitalar e linhas de cuidado da Saúde da Criança e Saúde da Mulher);

IV Representação da Comissão de Acompanhamento, Fiscalização e Avaliação das Organizações Sociais - CAFA;

V Representante da Assessoria Técnico-Normativa;

VI Representante do Controle Interno.

Art. 7º. 2 Membros executoras:

Médicos obstetras, cardiologistas pediatras, neonatologistas e enfermeiros plantonistas da Rede Cuidar, profissionais inseridos no apoio administrativo e direção dos serviços de alta complexidade que delegam um espaço para estruturação de cada área.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 8º. Coordenação geral e vice-coordenação:

I - Integração das ações desenvolvidas pelos cinco eixos estruturais;

II - Suporte na assistência nas três linhas de cuidado;

III - Interação e administração das Salas da Rede Cuidar em integração com os eixos temáticos;

IV - Participação nas reuniões clinicocirúrgicas;

V - Monitoramento e Elaboração de relatórios situacionais dos Centros;

VI - Definição de tratamentos para os eixos temáticos;

VII - Viabilizar a execução dos tratamentos presenciais;

VIII - Viabilizar a execução dos tratamentos virtuais;

IX - Colaborar com a elaboração de ementas e material pedagógico para tratamentos presenciais e online;

X - Viabilizar a execução de visitas técnicas para avaliação da execução dos protocolos adotados pelos centros;

XI - Suporte aos projetos de pesquisa e extensão com o objetivo da qualificação da Rede Cuidar e dos serviços que a integram;

XII - Fortalecer estrutura, junto a Secretaria Estadual de Saúde para execução dos trabalhos dos eixos temáticos;

XIII - Interlocução com as áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde e o núcleo consultor para implementar as políticas determinadas para os eixos da Rede Cuidar.

Art. 9º. Núcleo técnico-assistencial

Art. 9º. 1. Coordenação de Enfermagem

I - Apoio Técnico na assistência;

II - Interação e administração das salas de ambulatórios virtuais;

III - Participação nas reuniões clinicocirúrgicas;

IV - Monitoramento e Elaboração de relatórios situacionais dos Centros;

V - Definição de tratamentos para o corpo de enfermagem;

VI - Tratamentos Presenciais;

VII - Tratamentos Virtuais;

VIII - Elaboração de ementas e material pedagógico para treinamentos presencial e online;
 IX - Visitas técnicas para avaliação da execução dos protocolos adotados pelos Centros;
 X - Suporte aos projetos de pesquisa e extensão.
 Art. 9º. 2. **Coordenação da Cardiologia**
 I - Coordenação dos Plantonistas;
 II - Elaboração das escalas de plantões;
 III - Coordenação dos atendimentos ambulatoriais;
 IV - Emissão de Laudos de eco;
 V - Emissão de Laudos de Holter;
 VI - Avaliação e condução clínica dos pacientes;
 VII - Coordenação das reuniões clínico-cirúrgicas;
 VIII - Realização de treinamentos;
 IX - Apoiar a regulação e coordenação do fluxo de pacientes do estado;
 X - Monitoramento de indicadores e resultados;
 XI - Projetos de pesquisa e extensão.
 Art. 9º. 3. **Coordenação da Perinatologia**
 I - Coordenação dos Plantonistas;
 II - Elaboração das escalas de plantões;
 III - Coordenação dos atendimentos ambulatoriais;
 IV - Avaliação e condução clínica dos pacientes;
 V - Coordenação das reuniões clínico-cirúrgicas;
 VI - Realização de treinamentos;
 VII - Apoiar a regulação e coordenação do fluxo de pacientes do estado;
 VIII - Monitoramento de indicadores e resultados;
 IX - Projetos de pesquisa e extensão.
 Art. 9º. 4. **Coordenação da Obstetrícia**
 I - Coordenação dos Plantonistas;
 II - Elaboração das escalas de plantões;
 III - Coordenação dos atendimentos ambulatoriais;
 IV - Avaliação e condução clínica dos pacientes;
 V - Coordenação das reuniões clínicas;
 VI - Realização de treinamentos;
 VII - Apoiar a regulação e coordenação do fluxo das pacientes de alto risco do estado;
 VIII - Monitoramento de indicadores e resultados;
 IX - Projetos de pesquisa e extensão.
 Art. 10º. **Núcleo Administrativo**
 Art. 10º. 1. **ÁREA: Apoio Administrativo**
 I - Interlocução com os serviços para garantir a execução das atividades e funcionalidade dos equipamentos;
 II - Elaboração e envio dos Ofícios para Controle de pagamentos;
 III - Controle dos equipamentos (computadores, tablets, Hólter, kits itinerantes, Ecocardiogramas);
 IV - Controle de tombamentos, manutenção e garantias de equipamentos;
 V - Controle das digitações de dados dos pacientes dos serviços que compõem a rede.
 Art. 10º. 2. **ÁREA: Sistemas**
 I - Estruturação;
 II - Suporte técnico;
 III - Consultoria online;
 IV - Elaboração de relatórios e especificações técnicas.
 Art. 10º. 3. **ÁREA: Estatística**
 I - Elaboração de relatórios estatísticos;
 II - Monitoramento dos indicadores assistenciais e epidemiológicos;
 III - Elaboração de relatórios de fluxo e documentações;
 IV - Suporte aos projetos de pesquisa e extensão.
 Art. 11º. **Plantonistas da Cardiologia Pediátrica**
 I - Atendimento online em serviços de difícil acesso geográfico;
 II - Otimização da utilização dos leitos de UTI neonatal e pediátrica;
 III - Atendimento ambulatorial online em parceria com os ambulatórios virtuais.
 Art. 12º. **Plantonistas da Perinatologia**
 I - Atendimento online em serviços de difícil acesso geográfico;
 II - Otimização da utilização dos leitos de UTI neonatal e pediátrica;
 III - Atendimento ambulatorial online em parceria com os ambulatórios que atendem neonatos em situações especiais.
 Art. 13º. **Plantonistas da Obstetrícia**
 I - Atendimento online em serviços de difícil acesso geográfico;
 II - Otimização da utilização dos leitos;
 III - Atendimento ambulatorial online em parceria com os ambulatórios que atendem o pré-natal de alto risco;
 IV - Exames de ecografia obstétrica com triagem fetal para anomalias congênitas;
 V - Tratamentos em serviço.
 Art. 14º. **Aos membros consultores compete:**
 § 1º Possuir função de assessoramento, estudo, consulta, elaboração de parecer a partir das necessidades sinalizadas pela gestão da rede com o objetivo de auxiliar na resolução de problemas do dia a dia, de caráter opinativo.

CAPÍTULO V DO FUNCIONAMENTO DAS AÇÕES

Art. 15º. A estrutura da rede se baseia em cinco eixos integrados que são os seguintes:
 Art. 15º. 1.1 **Eixo 1 - Cardiologia Pediátrica**, composto de médicos plantonistas, atendimento ambulatorial, exames como Ecocardiograma e Holter, Avaliação clínico-cirúrgica e treinamentos em serviço.

Art. 15º. 1.2 **Eixo 2 - Neonatologia**, composto de médicos plantonistas com consultoria online em serviços de difícil acesso geográfico, otimização da utilização de leitos de UTI neonatal e pediátrica usando a equidade como estratégia principal.

Art. 15º. 1.3 **Eixo 3 - Saúde materna**, composto de médicos plantonistas, atendimento ambulatorial online em parceria com os ambulatórios que atendem o pré-natal de alto risco na mesma linha de cuidado integrat para fazer valer a equidade para as mulheres em período gravídico e puerperal.

Art. 15º. 1.4 **Eixo 4 - Enfermagem**, composto pelo suporte na assistência aos profissionais da rede, interação e administração das salas de ambulatórios virtuais, ambulatório de pré-natal de alto risco, reuniões clínicas-cirúrgicas, acompanhamento, monitoramento e rastreamento dos pacientes na Rede.

Art. 15º. 1.5 **Eixo 5 - Sistemas, Telecomunicações e Estatística**, composto por equipe de suporte técnico e desenvolvimento que é responsável pelo atendimento online dos profissionais da rede, administração e monitoramento de dados, Prontuário Eletrônico, acompanhamentos rastreamento de pacientes, e monitoramento dos equipamentos. Além do treinamento, qualificação dos profissionais da saúde e o gerenciamento da produção técnico-científica.

Art. 15º.2. Os serviços que integram a Rede Cuidar se caracterizam como centro especializado regional, dois complexos especializados e 20 maternidades de nível 1 e 2.

Art. 15º.2.1. **Maternidades nível I** - referência em baixa complexidade e tem como função de realizar o teste de triagem por exatimetria de pulso, dar assistência inicial aos neonatos e mulheres em período gravídico e puerperal em situação de risco.

Art. 15º.2.2. **Maternidade nível II** - realiza as atividades desenvolvidas nas maternidades nível I e abrangem também a realização do ecocardiograma de triagem pelo neonatologista, atendimento aos neonatos e as mulheres em período gravídico e puerperal em situação de risco na assistência de média e alta complexidade.

Art. 15º.2.3. **Hospital Especializado de referência** - Complexo de Pediatria Adlinda de Marquês, sede da Rede Cuidar e referência no seguimento ambulatorial de crianças portadoras de cardiopatia congênita. Tem a competência de diagnóstico inicial, seguimento de casos não cirúrgicos de baixa e média complexidade. Implementa uma estrutura física e logística de comunicação entre os centros participantes; desenvolve ensino e pesquisa para produzir protocolos entre os centros; propõe protocolos de triagem fetal, neonatal e pediátrica das doenças cardíacas na infância e na obstetrícia; desenvolve atividades de capacitação e busca ativa e identificação dos pacientes em situações de risco nos eixos estruturais. Sede da estrutura de suporte da tecnologia da informação para executar as ações em rede.

Art. 15º.2.4. **Centro de Referência em Cirurgia Cardíaca Pediátrica** - Hospital Metropolitan Dom José Maria Pires, dispõe de uma estrutura física e uma logística do complexo especializado local e realizar cirurgias cardíacas e tratamento clínico especializado das crianças com cardiopatias de alta complexidade do Estado.

CAPÍTULO V

DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES

Art. 16º. Para o desenvolvimento das ações da REDE CUIDAR que necessitem de execução financeira os recursos serão custeados a partir de repasses pela Secretaria Estadual de Saúde. No que se refere a remuneração dos membros (coordenação e técnicos) que compõem a rede, esta será realizada mensalmente, através dos vínculos existentes entre os membros e serviços pertencentes à rede ou ainda o custeio de colaboradores que por ventura prestem serviços no âmbito de suas unidades.

CAPÍTULO VI

DA EXECUÇÃO FINANCEIRA

Art. 17º. A execução financeira dos recursos oriundos de fonte federal (Fonte 160), deverá observar todo o disposto na Portaria Interministerial nº. 507, de 24 de novembro de 2011, inclusive no que é vedado, como também ao disposto na Lei nº. 8.666/93, e demais normas e procedimentos administrativos vigentes no âmbito do Estado da Paraíba, quando da contratação de serviços de terceiros e da aquisição de bens. No que tange ao pagamento de pessoal para as ações e serviços relacionados à REDE CUIDAR estes deverão ser custeados com recursos do tesouro estadual (Fonte 110).

CAPÍTULO VII

DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

Art. 18º. Execução deverá ser acompanhada e fiscalizada de forma a garantir a regularidade dos atos praticados e a plena execução do objeto, respondendo o gestor do recurso pelos danos causados a terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução financeira. As prestações de contas observarão, além do disposto na Portaria 507, de 24 de novembro de 2011, observando, o disposto na Instrução Normativa nº 001/2019/SES, publicada no DOE de 30 de abril de 2019 que dispõe sobre o fluxo processual das prestações de contas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.

CAPÍTULO VII

DA ADESAO DOS SERVIÇOS INTEGRANTES

Art. 19º. O número de serviços participantes dependerá da capacidade gerencial da Rede Cuidar, e será definida pelo membros consultores;

§ 1º Havendo possibilidade de agregar novas unidades, a entrada de uma nova unidade colaboradora dependerá desta requerer formalmente a sua participação, desde que comprovada a necessidade de ampliação e que o serviço se comprometa a cumprir suas obrigações para com a Rede Cuidar.

Art. 20º. A REDE CUIDAR oferece apoio técnico assistencial, monitoramento e educação permanente nas unidades de saúde que a compõem, tendo em contrapartida as obrigações dispostas no termo de adesão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21º. Os casos omissos neste regulamento serão avaliados pela Coordenação da Rede Cuidar e apoio dos membros consultores.

Art. 22º. Este Regulamento entra em vigor a partir da data de sua publicação.

GERALDO ANTONIO DE MEDEIROS
Secretário de Estado da Saúde em Exercício

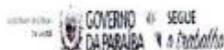
Secretaria de Estado da Infraestrutura dos Recursos Hídricos e do Meio Ambiente

PORTARIA GS Nº 079/2019

João Pessoa, 13 de maio de 2019

O SECRETÁRIO TITULAR DA SECRETARIA DE ESTADO DA INFRAESTRUTURA, DOS RECURSOS HÍDRICOS E DO MEIO AMBIENTE-SEIRHMA, no âmbito que lhe confere a MEDIDA PROVISÓRIA Nº 275 DE 02 DE JANEIRO DE 2019, Altera a Lei nº 8.186,

ANEXO E – Termo de Autorização Institucional



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da **intenção** da realização do projeto intitulado "A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA ASSISTÊNCIA NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA: A REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA E AS CARAVANAS DO CORAÇÃO" desenvolvido pelo aluno de Mestrado: José Wagner de Oliveira Tavares, do Curso de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus V, sob a orientação do professor Dr. Carlos Enrique Ruiz Ferreira.

João Pessoa, 22 de agosto de 2019.

Renata Valéria Nóbrega
Secretária Executiva da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba

ANEXO F – TAI para Uso e Coleta de Dados em Arquivos



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS

Estamos cientes da **intenção** da realização do projeto intitulado "A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA ASSISTÊNCIA NO SETOR SAÚDE NA PARAÍBA: A REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA E AS CARAVANAS DO CORAÇÃO", desenvolvido pelo Mestrando José Wagner de Oliveira Tavares, com a orientação do Professor Dr. Carlos Enrique Ruiz Ferreira, do Curso de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus V. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, toda a documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em papel) a esta instituição sediadora da pesquisa que também arquivará por cinco anos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

João Pessoa, 22 de agosto de 2019.

Renata Valéria Nobrega

Secretária Executiva da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba

ANEXO G – Comprovante de Consulta ao Serviço de Controle de Processos da SES

7/14/2020

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

 Secretaria de Estado da Saúde
SECOA
Serviço de Controle de Processos
[Voltar](#) | [Principal](#) | [Sobre](#) | [Sair](#)

Consulta Processo Por Número

Número do Processo:

Resultado da Busca

Número do Processo		Interessado	
061219704		JOSÉ WAGNER DE OLIVEIRA TAVARES	
Setor Procedente		Tipo de Documento	
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA		OUTROS	
Número do Documento		Status	
		Em Andamento	
Tramitações Associadas ao Processo			
Data do Passo	Destino	Informações Adicionais	
06/12/2019	GABINETE DO SECRETÁRIO		
10/12/2019	CEFOR		
12/12/2019	GEAS		
16/12/2019	ASSESSORIA TECNICO-NORMATIVA	Para conhecimento e análise da solicitação do mestrando acostado na fl. 02 e 03, para posterir liberação.	
02/01/2020	ASSESSORIA TECNICO-NORMATIVA		
06/01/2020	CEFOR		
14/01/2020	ASSESSORIA TECNICO-NORMATIVA		
16/01/2020	GABINETE DO SECRETÁRIO		
16/01/2020	ASSESSORIA TECNICO-NORMATIVA		
17/01/2020	CEFOR		
21/01/2020	GEAS		
30/01/2020	GEAS	À coordenação da Rede Cuidar: Para conhecimento e disponibilização das informações ao pesquisador, conforme autorização em despachos acostados no processo.	
31/01/2020	HOSPITAL ARLINDA MARQUES	À coordenação da Rede Cuidar: Para conhecimento e disponibilização das informações ao pesquisador, conforme autorização em despachos acostados no processo.	
06/02/2020	GEAS	GEAS	
26/02/2020	SUB-GERENCIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTOS	Encaminhado p/ ciência, análise e providências.	
26/02/2020	GEPLAG - GERE. DE PLANEJAMENTO E GESTÃO	PARA CONHECIMENTO E PROVIDENCIAS.	
02/03/2020	SUB-GERENCIA DE PROGRAMACAO DA ASSISTENCIA	PARA CONHECIMENTO E PROVIDENCIAS.	
11/03/2020	GEAS	A COORDENAÇÃO DE REDE DE CUIDAR, INFORMAMOS QUE AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS NÃO ESTÃO EM PODER DA GEPLAG.	