

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Anderson Leonardo de Azevedo

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS BIBLIOTECAS NAS
INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE
NOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (PALOP)**

Rio de Janeiro

2016

Anderson Leonardo de Azevedo

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS BIBLIOTECAS NAS
INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE
NOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (PALOP)**

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Educação Profissional
em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marcela Alejandra
Pronko

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

A994a Azevedo, Anderson Leonardo de
 Análise das condições de funcionamento das
 bibliotecas nas instituições de formação dos
 trabalhadores técnicos em saúde nos países
 africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) /
 Anderson Leonardo de Azevedo. - Rio de Janeiro,
 2016.
 124 f.

Orientadora: Marcela Alejandra Pronko

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2016.

1. Biblioteca. 2. Formação Técnica em Saúde.
3. Palop. I. Pronko, Marcela Alejandra.
II. Título.

CDD 027.6

Anderson Leonardo de Azevedo

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DAS BIBLIOTECAS NAS
INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE
NOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (PALOP)**

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Educação Profissional
em Saúde.

Aprovado em 29/02/2016

BANCA EXAMINADORA

Dra. Marcela Alejandra Pronko (FIOCRUZ/EPSJV)

Dra. Maria Conceição Calmon Arruda (FIOCRUZ/ICICT)

Dra. Anakeila de Barros Stauffer (FIOCRUZ/EPSJV)

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Marcela Pronko, pelo aprendizado em sala de aula e nas enriquecedoras reuniões de orientação.

Aos membros da banca, Conceição Arruda e Anakeila Stauffer, pela disponibilidade em contribuir com o aprimoramento do meu trabalho, mediante sugestões e comentários.

Aos colegas da Biblioteca Emília Bustamante, especialmente à Renata Azeredo, chefe da biblioteca, pelo apoio, incentivo e compreensão nos períodos de ausência em decorrência das atividades do mestrado.

Aos colegas da Coordenação de Cooperação Internacional (CCI), Geandro Pinheiro e Helifrancis Ruela, pela colaboração com a aplicação dos questionários da pesquisa. Agradecimento especial à Ana Beatriz Noronha, pela presteza, apoio, esclarecimento de dúvidas e disponibilização de documentos, durante todo o período do curso.

Às amigas, Fátima Martins, por plantar em mim a semente da curiosidade em estudar os Palop, e Cristiane Andrade, pelos momentos de diálogo e esclarecimento sobre a educação profissional em saúde.

Finalmente, a Deus, por ter colocado todas essas pessoas em meu caminho!

RESUMO

O tema abordado nesta dissertação é referente às condições em que se encontram as bibliotecas das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa - Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, com as quais a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio mantém parcerias de cooperação técnica internacional. O objetivo geral do estudo foi analisar a estrutura física, os recursos tecnológicos, os recursos humanos e o acervo das referidas bibliotecas, a fim de subsidiar as ações de cooperação desenvolvidas pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, no âmbito da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. Os resultados da pesquisa mostraram que: a maior parte dos trabalhadores dessas bibliotecas não possuem formação específica para a atividade; o acervo disponível revelou disparidade significativa em relação aos tipos e quantidades de materiais, além de serem apresentados em idiomas que não o português, que é preferencial; os recursos físicos são insuficientes, como ainda o espaço e a localização das bibliotecas; os recursos tecnológicos carecem de melhoria, incluindo-se o acesso a *Internet*. Concluiu-se que as condições apresentadas pelas bibliotecas pesquisadas são insuficientes para oferecer suporte à formação da força de trabalho em nível técnico, como ainda, para subsidiar a atividade docente, uma vez que, além da insuficiência e desatualização das obras disponíveis, há também precariedade nas instalações, mobiliário e equipamentos disponíveis.

Palavras-chave: Biblioteca. Formação Técnica em Saúde. Palop.

ABSTRACT

The subject of this dissertation is referring about Library conditions of Technical Work on Health Training Institutions from African countries which Portuguese as Official Language - Angola, Cape Verde, Guinea-Bissau, Mozambique and São Tome and Principe - which have international technical cooperation partnership with Health Technical School Joaquim Venâncio. The overall objective of the study is analyse the physical structures, technological and human resources and the collections of such libraries in order to subsidize cooperative actions developed by Health Technical School Joaquim Venâncio in range of International Network of Education Health technicians. The survey results shows some points: most of these library employees don't have specific training to do their activities; the available collections reveals significant mismatch about quantities and kinds of materials, besides the collections are in other languages instead of Portuguese, the language preferred; the physical resources are inappropriate also the location and libraries area; the technological resources needs improvements including affordable internet. The conclusion is that the libraries conditions are insufficient to offer adequate support for training technical workforce and support teaching activity. As in addition to the outdated and insufficient available collections, there are also precariousness on buildings, available equipments and furnitures.

Keywords: Library. Health Technical Training. Palop.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Localização da República de Angola e limites | 24 |
| Figura 2 - Localização de Cabo Verde | 29 |
| Figura 3 - Localização da Guiné-Bissau e limites..... | 33 |
| Figura 4 - Localização de Moçambique e limites..... | 36 |
| Figura 5 - Localização de São Tomé e Príncipe..... | 40 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Composição do corpo de trabalhadores de RHS | 45 |
| Quadro 2 - Instituições de ensino dos Palop conveniadas com a EPSJV | 58 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - IDH e seus componentes em 2013 | 23 |
| Tabela 2 - Indicadores relativos à densidade dos RHS em Angola - 2002/2004 | 27 |
| Tabela 3 - Densidade dos RHS em Cabo Verde - 2002/2004..... | 31 |
| Tabela 4 - Densidade dos RHS na Guiné-Bissau - 2004/2007 | 35 |
| Tabela 5 - Densidade dos RHS em Moçambique - 2004/2006 | 38 |
| Tabela 6 - Densidade dos RHS em São Tomé e Príncipe - 2004 | 42 |
| Tabela 7 - Número de cursos e de alunos das instituições pesquisadas - 2015..... | 69 |
| Tabela 8 - Cursos ofertados pelas instituições pesquisadas - 2015..... | 70 |
| Tabela 9 - Horário de funcionamento das instituições pesquisadas - 2015 | 70 |
| Tabela 10 - Identificação dos trabalhadores nas bibliotecas das instituições pesquisadas - 2015..... | 73 |
| Tabela 11 - Características dos acervos disponíveis nas bibliotecas das instituições pesquisadas - 2015..... | 74 |
| Tabela 12 - Recursos físicos disponíveis nas bibliotecas das instituições pesquisadas - 2015..... | 76 |
| Tabela 13 - Recursos tecnológicos disponíveis nas bibliotecas das instituições pesquisadas - 2015..... | 78 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ABC | Agência Brasileira de Cooperação |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CC-OMS | Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde |
| CDU | Classificação Decimal Universal |
| CGPD | Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CPLP | Comunidade dos Países de Língua Portuguesa |
| CTI | Cooperação técnica internacional |
| CTPD | Cooperação técnica entre países em desenvolvimento |
| DNRH | Direcção Nacional de Recursos Humanos |
| DRH | Direcção de Recursos Humanos |
| EFTS | Escolas de Formação de Técnicos de Saúde |
| EPSJV | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FNLA | Frente Nacional de Libertação de Angola |
| FRELIMO | Frente de Libertação de Moçambique |
| HIV | Vírus da imunodeficiência humana |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IHMT | Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal |
| IRA | Infecção Respiratória Aguda |
| km | quilómetros |
| MINSAP | Ministério da Saúde Pública |
| MLSTP | Movimento para a Libertação de São Tomé e Príncipe |
| MPLA | Movimento Popular de Libertação de Angola |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organização não governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAICV | Partido Africano de Independência de Cabo-Verde |
| PAIGC | Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde |
| PALOP | Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa |

| | |
|-------------|--|
| PDRH | Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos |
| PECS | Plano Estratégico de Cooperação em Saúde |
| PNDRH | Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos |
| PNUD | Programa para das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| RENAMO | Resistência Nacional de Moçambique |
| RHS | Recursos Humanos em Saúde |
| RETS | Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde |
| RETS-CPLP | Rede de Escolas Técnicas da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa |
| RETS-Unasul | Rede de Escolas Técnicas da União das Nações Sul-Americanas |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura |
| UNITA | União Nacional para a Independência Total de Angola |
| URSS | União das Repúblicas Socialistas Soviéticas |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| CAPÍTULO 1 - OS PALOP E A FORMAÇÃO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE | 20 |
| 1.1 PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (PALOP) | 20 |
| 1.1.1 Angola | 24 |
| 1.1.2 Cabo Verde | 28 |
| 1.1.3 Guiné-Bissau..... | 32 |
| 1.1.4 Moçambique..... | 36 |
| 1.1.5 São Tomé e Príncipe..... | 39 |
| 1.2 FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE | 43 |
| CAPÍTULO 2 - A EPSJV E AS AÇÕES DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL | 48 |
| 2.1 A EPSJV E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL COM OS PALOP | 48 |
| 2.2 AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO NOS PALOP | 54 |
| CAPÍTULO 3 - BIBLIOTECAS: A FUNÇÃO ESPERADA E O RETRATO REAL | 59 |
| CAPÍTULO 4 - AS BIBLIOTECAS NAS INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE DOS PALOP | 67 |
| 4.1 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA..... | 68 |
| 4.1.1 Bloco I - Identificação | 69 |
| 4.1.2 Bloco II - Recursos humanos | 71 |
| 4.1.3 Bloco III - Acervo | 74 |
| 4.1.4 Bloco IV - Recursos físicos..... | 75 |
| 4.1.5 Bloco V - Recursos tecnológicos..... | 77 |
| 4.2 DISCUSSÃO | 79 |
| 4.2.1 Considerações sobre a amostra pesquisada | 79 |
| 4.2.2 Considerações sobre os resultados da pesquisa | 80 |
| REFLEXÕES FINAIS | 84 |
| REFERÊNCIAS | 88 |
| APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados | 98 |
| APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 102 |
| ANEXO A - Documentos referentes ao Plano Estratégico de Cooperação entre a EPSJV e os representantes da RETS dos Palop | 104 |
| ANEXO B - Declaração da Coordenação de Cooperação Internacional da EPSJV/FIOCRUZ | 124 |

INTRODUÇÃO

O tema abordado nesta dissertação é referente às condições - estrutura física, recursos tecnológicos, recursos humanos e acervo - em que se encontram as bibliotecas das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) - Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe -, com as quais a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) mantém parcerias de cooperação técnica internacional.

É oportuno esclarecer que a expressão 'cooperação técnica' passou a ser utilizada a partir de 1959, pela Organização das Nações Unidas (ONU), em substituição a 'assistência técnica', utilizada, desde 1948, para definir uma relação não comercial, em que predominava a transferência de conhecimentos e técnicas de países mais desenvolvidos para outros menos desenvolvidos. A adoção da expressão 'cooperação técnica', ocorreu pelo entendimento de que a relação referida não era de dominação - um país entrega e outro recebe -, mas sim, de trocas, devido ao interesse mútuo entre as partes, ainda que essas partes sejam marcadas pela desigualdade (BRASIL, [2012?]).

As motivações dos diversos países envolvidos no desenvolvimento da cooperação internacional, marcados, inicialmente, pela necessidade de contribuir para a restauração dos danos causados pela Segunda Guerra Mundial, atenderam a aspectos políticos, econômicos, sociais, geoestratégicos, ideológicos, morais e éticos, contemplando também o receio de conflitos, o reconhecimento e o crescimento da interdependência entre países, tanto do ponto de vista comercial quanto do econômico (IGLÉSIAS PUENTE, 2010). A cooperação tornou-se, portanto, um aspecto estratégico, mantendo tanto uma relação vertical, dos países considerados mais desenvolvidos para aqueles menos desenvolvidos, quanto horizontal, aquela que ocorre entre países em desenvolvimento (NASCIMENTO, 2009).

Oliveira (2008) aponta que

Diante da necessidade tanto de reconstrução dos países afetados pela 2ª. Grande Guerra quanto de aceleração do desenvolvimento dos países ainda menos industrializados, a ONU teve seu texto básico de fundação examinado em abril de 1945 pelos participantes da Conferência de São Francisco, sendo formalmente instituída em 24 de outubro desse mesmo

ano. Dentro desse contexto de pós-guerra, a ONU acabou sendo a responsável pelo fomento das primeiras iniciativas de cooperação internacional, nos campos da ciência e da tecnologia (OLIVEIRA, 2008, p. 34-35).

Ao tratar da cooperação técnica internacional (CTI), a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) explica que

O Brasil entende a cooperação técnica internacional como uma opção estratégica de parceria, que representa um instrumento capaz de produzir impactos positivos sobre populações, alterar e elevar níveis de vida, modificar realidades, promover o crescimento sustentável e contribuir para o desenvolvimento social.

A CTI é compreendida como um importante instrumento de desenvolvimento, que auxilia o país a promover mudanças estruturais nos seus sistemas produtivos e a superar restrições que dificultem seu crescimento. As ações de [Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento] CGPD constituem importante instrumento de política externa, do qual o Brasil tem-se servido para assegurar presença positiva e crescente em países e regiões de interesse primordial.

[...]

A CGPD brasileira se faz pela transferência de conhecimentos técnicos e experiência do Brasil, em bases não comerciais, de forma a promover a autonomia dos parceiros envolvidos. Para tanto se vale dos seguintes instrumentos: consultorias, treinamentos e a eventual doação de equipamentos (BRASIL, [2012?]).

A CGPD é também denominada de Cooperação Sul-Sul ou Cooperação Horizontal, evidenciando uma relação mais estreita com os países em desenvolvimento, que carecem de recursos suficientes e de *know-how*, e poderiam se beneficiar das experiências acumuladas pelo Brasil. A estratégia adotada pela CGPD, "[...] que não é assistencialista, não tem fins lucrativos nem pretensões comerciais [...] está centrada no fortalecimento institucional de nossos parceiros, condição fundamental para que a transferência e a absorção de conhecimentos sejam efetivas" (BRASIL, [2012?]).

A relação de cooperação com os Palop figura entre as prioridades da Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CGPD), que incluem também: oferta de apoio à Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), que, além dos Palop, inclui Brasil, Portugal e Timor-Leste; e o incremento das iniciativas de cooperação triangular com países desenvolvidos e organismos internacionais, entre outros (BRASIL, [2012?]).

A CTI pode envolver diferentes tipos de organizações, incluindo órgãos governamentais, organismos intergovernamentais, organizações não governamentais (ONG), fundações, instituições de ensino e empresas privadas, entre outras (BRASIL, [2012?]). Enquadra-se nessa parceria a EPSJV, unidade técnico científica da Fundação Oswaldo Cruz, cuja atuação junto aos Palop envolve o apoio à educação de técnicos em saúde, marcadamente por meio do "[...] acesso à informação científica e tecnológica", o que induz à necessidade de "[...] estruturação, [...] fortalecimento e [...] modernização dos acervos bibliográficos especializados" (EPSJV, [200-]).

A EPSJV, desde 2004, foi designada Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (CC-OMS) para a Educação de Técnicos em Saúde. Em 2012, essa designação foi novamente confirmada, sob a proposta de um plano de trabalho, abrangendo o

[...] fortalecimento das escolas de formação de técnicos em saúde, com ênfase nos Cuidados Primários de Saúde; na análise da força de trabalho de técnicos em saúde, incluindo composição, distribuição, formação e regulação; no desenvolvimento e enriquecimento de programas de educação em serviço para os técnicos em saúde, especialmente dos agentes comunitários de saúde, com ênfase na utilização das tecnologias de informação e comunicação; e na divulgação e disseminação de informação técnico-científica com ênfase em educação, saúde e trabalho do pessoal sanitário, por meio da articulação e integração de redes de escolas de formação de técnicos em saúde (STAUFFER; NORONHA; RUELA, 2014, p. 19).

A EPSJV, no âmbito da cooperação técnica com os Palop, objetiva contribuir para a qualificação de docentes na área de saúde pública, enfatizando aspectos de gestão, vigilância epidemiológica e administração hospitalar, e "[...] desenvolver processos de formação profissional em saúde pública nos níveis médio e superior" (STAUFFER; NORONHA; RUELA, 2014, p. 77).

Nesse contexto, as bibliotecas representam importante repositório de informações para a formação prática e acadêmica dos profissionais de saúde, uma vez que oferecem condições de organização da informação em diferentes tipos de mídias. Diante da importância de que se revestem as bibliotecas, como principal meio de organização do acervo bibliográfico, e da necessidade de a EPSJV cumprir com seu papel na cooperação com os Palop, este estudo pretende mostrar as condições em que se encontram essas bibliotecas, considerando a estrutura física, os recursos tecnológicos, o acervo existente e o perfil dos trabalhadores que atuam

nesses estabelecimentos, a fim de subsidiar as ações de cooperação desenvolvidas pela EPSJV, no âmbito da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Ressalta-se que a RETS é definida como

[...] uma articulação entre instituições e organizações envolvidas com a formação e qualificação de pessoal técnico da área da saúde nas Américas e no Caribe, nos países africanos de língua oficial portuguesa (Palop) e em Portugal. Sua missão é o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, segundo o pressuposto de que a qualificação dos trabalhadores tem sido considerada uma dimensão fundamental para a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde das populações (RETS..., 2012, p. 2).

A RETS foi fundada em 1996 e teve seu funcionamento interrompido em 2001, retomando suas atividades a partir de 2005, sob a Secretaria Executiva da EPSJV, contando, atualmente, com a participação de 100 instituições de diversos países, além de duas importantes sub-redes, a RETS-CPLP e a Rede de Escolas Técnicas da União das Nações Sul-Americanas (RETS-Unasul) (RETS..., 2012).

O plano de trabalho da RETS-CPLP (2010-2012) é orientado por quatro objetivos principais, que envolvem:

[...] fortalecer a infraestrutura física e de equipamentos das Escolas Técnicas de Saúde pertencentes aos ministérios da saúde dos países da CPLP, a fim de melhorar o acesso dos estudantes a informações técnico-científicas em meio digital e físico e aumentar a realização de atividades em laboratórios de práticas; ampliar o número e a diversidade dos quadros docentes das escolas técnicas de saúde (ETS) e qualificar os docentes nos aspectos técnicos e pedagógicos; desenvolver competências na área de gestão acadêmica e na área pedagógica, aprimorando a construção e a organização de projetos político-pedagógicos, programas de ensino e planos de curso; e facilitar o compartilhamento de informações, experiências e competências entre as escolas técnicas da CPLP (RETS..., 2012, p. 7).

Considerando-se a convergência entre os objetivos da CTI, da CGPD, da EPSJV como CC-OMS e da RETS-CPLP, que indicam a importância que as bibliotecas das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde dos Palop têm para o desenvolvimento dos alunos, docentes e das atividades de ensino e pesquisa, propôs-se a seguinte questão como problema de pesquisa: em que condições - estrutura física, recursos tecnológicos, recursos humanos e acervo - se encontram as bibliotecas das instituições de ensino dos Palop, com as quais a

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) mantém parcerias de cooperação internacional?

Nos Palop, a força de trabalho em saúde é reconhecidamente insuficiente e sua composição conjuga uma minoria de profissionais qualificados e outros não-qualificados, referidos como 'informais', dos quais não se conhece a exata dimensão do contingente (DUSSAULT et al., 2010).

A situação de carência, em qualidade e quantidade, enfrentada pelos profissionais de saúde é reflexo das dificuldades relativas às condições de formação de recursos humanos em saúde (RHS)¹, envolvendo precariedade da infra-estrutura, falta de pessoal docente e a baixa qualidade e irregularidade dos processos formativos, entre outras deficiências. Para melhoria dessas condições torna-se fundamental que os trabalhadores tenham acesso a condições básicas de trabalho, incluindo-se a formação e a informação (DUSSAULT; FRONTEIRA, 2010; DUSSAULT et al., 2010).

Por outro lado, a renovação e a expansão do quadro de trabalhadores de saúde devidamente qualificados, entre os Palop, é dependente da capacidade do sistema de educação local em formar profissionais com os saberes necessários a sua área de atuação. Isso demanda que haja uma estrutura de ensino adequada e que o ingresso de alunos e as turmas sejam regulares (FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010).

Nesse contexto deve-se considerar que as bibliotecas são o principal repositório das informações produzidas e organizadas em instituições acadêmicas. A sua existência, organização e gestão adequadas influenciam o acesso à informação e ao conhecimento, favorecendo o desenvolvimento daqueles que as utilizam, tanto os estudantes da área de saúde como a comunidade em geral. Não se pode deixar

¹ A terminologia recursos humanos em saúde (RHS) é adotada neste estudo em consonância com a literatura pesquisada. Entretanto, deve-se considerar que "O conceito de recursos humanos é próprio da área de administração e remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. No entanto, na área da saúde, a questão dos recursos humanos envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) [...] configurando, assim, um dos seus subsistemas. Nesse sentido, esse é tanto um campo de estudo como de intervenção. A área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal" (VIEIRA, 2008, p. 343). A terminologia força de trabalho parece ser mais adequada, uma vez que permite a inclusão e considerações acerca de aspectos relativos a "[...] produção, emprego/desemprego, renda, divisão de trabalho, setor de emprego, assalariamento, etc." nessa abordagem (NOGUEIRA, 1983, p. 61).

de considerar que a disposição de acervo atualizado, de recursos tecnológicos e físicos influencia positivamente o acesso e o interesse dos que buscam tais informações.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) se manifestou sobre a importância e a evolução das bibliotecas da seguinte maneira:

O termo 'biblioteca' tomou um significado novo nas modernas instituições acadêmicas. Não é mais somente um lugar onde livros e outros materiais escritos, relevantes para o ensino e a pesquisa, são regularmente colecionados, catalogados e preservados. Está se tornando, cada vez mais, o centro nervoso para a interação entre aqueles que providenciam as informações e seus usuários, dos quais o ensino moderno e a pesquisa dependem.

Juntamente com arquivos e museus, as bibliotecas providenciam não somente um local físico, mas também um contexto intelectual para a guarda, preservação e troca de conhecimento (UNESCO, 1999, p. 73).

Sob um ponto de vista conservador, o bibliotecário tem sido considerado um profissional que lida com livros e outros tipos de publicações, organizando-as, catalogando-as, emprestando-as aos interessados e recolhendo-as. Entretanto, a partir da evolução tecnológica, que adquiriu maior expressão no final do século XX, esse profissional tem sido chamado a assumir a função de gestor da informação. A esse profissional compete conhecer a sua função de forma a auxiliar os usuários da biblioteca na seleção e utilização das diferentes fontes de informação, que contribuirão para sua formação (LEANDRO, 2012).

Diante dessa situação e sendo o autor, além de graduado em Biblioteconomia, também servidor da instituição, com evidente interesse pelo tema da cooperação internacional no âmbito da educação, optou-se por selecionar o tema para a dissertação, objetivando oferecer contribuição específica para a melhoria das condições em que se encontram os trabalhadores e as bibliotecas das instituições de ensino dos Palop.

Outro fator que favoreceu a seleção do tema foi o idioma oficial dos países ser o português, assim como no Brasil, de forma que o instrumento de coleta de dados não precisou ser submetido a processos de transcrição que pudessem colocar em dúvida ou dificultar sua compreensão. Além do que, o fato de o Brasil ter um passado comum, de colônia portuguesa, favoreceu a interpretação dos dados.

Diante do exposto, reconhecendo que, não raro, há falta de livros e revistas científicas nas bibliotecas de instituições de ensino, assim como profissionais habilitados a conduzir os trabalhos desenvolvidos nessas unidades, espera-se com este estudo evidenciar as condições vigentes nesses estabelecimentos e contribuir para a elaboração de políticas públicas de cooperação, difusão de conhecimento para tratamento de acervos e gestão de biblioteca.

Assim, o objetivo geral deste estudo foi analisar as condições - estrutura física, recursos tecnológicos, recursos humanos e acervo - em que se encontram as bibliotecas das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde dos Palop, com as quais a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) mantém parcerias de cooperação internacional, a fim de subsidiar as ações de cooperação desenvolvidas pela EPSJV, no âmbito da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS-CPLP).

Para a consecução do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar os profissionais trabalhadores atuantes nas bibliotecas dos Palop e quais são suas necessidades de formação/capacitação para exercício das suas atividades laborais;
- b) investigar os recursos físicos e tecnológicos - espaço físico, mobiliário, estantes, mesas, cadeiras, computadores, *internet* etc. - disponíveis nas bibliotecas dos Palop;
- c) averiguar o acervo existente - quantidade, qualidade, pertinência, atualização etc. - nas bibliotecas dos Palop.

Para a consecução da pesquisa proposta foi realizada uma pesquisa de campo, cuja amostra foi composta por oito instituições de ensino técnico que mantêm parceria de cooperação internacional com a EPSJV, baseada na aplicação de questionário semi-estruturado, com abordagem quali-quantitativa.

A dissertação está organizada em quatro capítulos, além desta Introdução, das Reflexões Finais e da lista de obras que embasaram o estudo realizado.

O primeiro capítulo apresenta informações sobre os países integrantes dos Palop e da formação dos técnicos em saúde nessas localidades.

O segundo capítulo aborda a cooperação internacional e o papel da EPSJV, demonstrando a importância da *expertise* acumulada pela EPSJV/Fiocruz no campo da saúde e da formação de trabalhadores técnicos.

O terceiro capítulo explana sobre as bibliotecas, sua importância como recurso para o ensino, explicitando as condições idealizadas para essa unidade e sua realidade no âmbito dos Palop.

O quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa realizada, com evidências acerca da precariedade das bibliotecas representadas pelos participantes da pesquisa e indicações dos principais aspectos a serem melhorados nessas unidades.

Por fim, são apresentadas as considerações finais do autor acerca da pesquisa, as limitações do estudo e algumas recomendações para novos estudos.

CAPÍTULO 1 - OS PALOP E A FORMAÇÃO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE

Este capítulo apresenta uma breve caracterização dos países componentes do grupo dos Palop e das condições de formação dos trabalhadores técnicos em saúde nessas localidades, dada a importância dos aspectos sociais, econômicos e culturais que influenciaram seu desenvolvimento e sua reorganização após a independência.

1.1 PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (PALOP)

Os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) são os países da África que possuem como língua oficial o português, sendo eles: Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

Os Palop apresentam diferenças entre vários aspectos, como, por exemplo, população e território, entre outros. Contudo, esses países guardam uma herança semelhante que é o fato de terem sido colônias de Portugal, até meados da década de 1970, e manterem a língua portuguesa como idioma oficial. Esse período colonial deixou marcas políticas, econômicas, sociais e culturais, com inúmeros desafios a serem vencidos por esses países (PEREIRA, 2009).

Historicamente, após a independência dos países africanos em relação a Portugal, ocorreram rebeliões, disputas de poder, destruição e conflitos nessas localidades. Esses países, em geral, contavam com um forte partido político, na maior parte das vezes, um partido único, que não representava, necessariamente, os anseios da população de cada localidade. Esses partidos foram formados, angariando o apoio de outros partidos menores e da população por ocasião da luta pela independência, porém, posteriormente, se empenharam em tomar o poder, mediante assunção ao governo nacional (HERNÁNDEZ, 2008).

Os países africanos, submetidos ao colonialismo pelos portugueses, viveram sob a prática da lógica de expansão capitalista, cuja principal e mais evidente característica foi o distanciamento entre o modo de produção do centro e da periferia, ou seja, entre colonizador e colonizados. A desigualdade social foi significativamente aumentada nesse período, o que levou ao crescimento dos esforços de resistência e libertação (HERNÁNDEZ, 2008).

O fim da Segunda Guerra Mundial propiciou o surgimento da chamada Guerra Fria, polarizando o mundo entre duas potências, os Estados Unidos da América (EUA) e a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), evidenciando o antagonismo entre os sistemas capitalista, dos primeiros, e socialista, dos segundos. Ressalta-se que a hegemonia inicial norte-americana era decorrente do poder industrial acumulado e da posse de armas nucleares, porém, em curto período a URSS se recuperou sob o ponto de vista militar e a Europa e o Japão se refizeram economicamente. Dessa forma, houve uma redução na vantagem absoluta, inicialmente, atribuída aos EUA. Mais discretamente, surgiu a China como importante potência internacional e que começa a se destacar pelo seu poder econômico e militar (AMIN, 2005).

A disputa entre orientações capitalista e comunista se fizeram sentir nos países africanos, notadamente, pelo surgimento de movimentos pan-nacionalistas², de caráter populista. A URSS ofereceu apoio a diversos países africanos na luta pela independência. Essa intervenção foi sentida na formação de um partido único, de "[...] matriz comunista que defendia o princípio de *um partido e um governo*" (SOUZA JR., 2013, p. 20) (*grifos do autor*).

Portugal, por seu lado, buscava evitar a separação das colônias africanas, mantendo sua dominação (SOUZA JR., 2013). Pode-se exemplificar essa situação com a abertura das universidades portuguesas a alguns africanos selecionados entre famílias consideradas assimiladas³, essas universidades funcionaram também como locais de proliferação das ideias separatistas africanas,

[...] em decorrência do fluxo de informações que circulavam na Europa a partir da luta sindical, dos partidos políticos socialistas e comunistas e, principalmente, das associações estudantis vinculadas aos teóricos marxistas e dos movimentos negros presentes na diáspora africana" (FONSECA, 2014, p. 59).

A inserção de africanos nas universidades portuguesas favoreceu a formação de uma elite intelectual e política, com diferentes influências, inclusive, comunistas,

² Pan-nacionalismo ou pan-africanismo constitui uma "[...] ideologia política que defendia a libertação do poder colonial por parte dos africanos" (SOUZA JR. 2013, p. 15).

³ Assimilados eram considerados os nativos que atendiam às "[...] seguintes condições: 1º - saber ler e escrever a língua portuguesa; 2º - possuir os meios necessários à sua subsistência e à das suas famílias; 3º - ter bom comportamento atestado pela autoridade administrativa da área em que reside; 4º - diferenciar-se pelos seus usos e costumes do usual da sua raça" (HERNÁNDEZ, 2008, p. 105).

que alimentaram as lutas por independência nos países africanos (FONSECA, 2014).

Em alguns casos, como Angola e Moçambique, o conflito armado foi inevitável. Esses conflitos encontraram continuidade no âmbito interno, mesmo após a independência, marcados por diferentes ideologias políticas (SOUZA JR., 2013).

Após a luta de libertação desenvolvida pelos movimentos de emancipação, [...], seguiu-se a conquista do poder por parte dos partidos únicos em todos os PALOP. Nesse período a participação política encontrava-se quase exclusivamente restringida ao partido no poder o que conduziu a alguma confusão entre o Estado e o partido político (SOUZA JR., 2013, p. 26).

O capitalismo, repudiado pela marca impingida pelo colonizador, não favoreceu a constituição dos estados africanos. O socialismo também não conseguiu atender aos anseios dessa população. Em ambos os casos, não se logrou unificar as diferentes etnias e propiciar o crescimento e desenvolvimento almejados (MAZRUI; WONDJI, 2010; SOUZA JR., 2013).

Entretanto, por força de pressões externas, esses países se viram compelidos a adentrar ao mercado globalizado, como alternativa para o acesso a bens e serviços, como também para alimentar sua balança de pagamentos por meio de exportações. Assim, as orientações capitalistas recrudesceram com o advento do neoliberalismo, que preconiza mínima intervenção do Estado e ampla liberalização do mercado, implementado nos países menos desenvolvidos por meio da exigência de fortes ajustes estruturais pelos principais organismos internacionais (AMIN, 2006).

Contemporaneamente, em uma tentativa de ajuste às regras de mercado, todos os Palop enfrentam dificuldades em relação ao crescimento econômico e desenvolvimento, considerando-se, inclusive, aspectos relativos à escolarização da população, entre outros (ZIMBA; MUELLER, 2008).

Essas dificuldades são reveladas também pelo Índice de Desenvolvimento Humano⁴ (IDH) divulgado pela ONU, por meio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2014), que mostra que os Palop apresentam IDH variado. Os componentes do IDH considerados em 2013 são apresentados na Tabela 1.

⁴ "O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde" (PNUD, [2012?]).

Tabela 1 - IDH e seus componentes em 2013

| Nível de IDH | IDH | | | | | Componentes do IDH | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---|
| | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 | 2013 | Esperança de vida ao nascer (anos) | Média de anos de estudo | Anos de estudo esperados | Produto Nacional Bruto (PNB) per capita (PPP\$) |
| | | | | | | 2013 | 2012 | 2012 | 2013 |
| Muito elevado | 0,849 | 0,870 | 0,885 | 0,889 | 0,890 | 80,2 | 11,7 | 16,3 | 40.046 |
| Elevado | 0,643 | 0,682 | 0,723 | 0,733 | 0,735 | 74,5 | 8,1 | 13,4 | 13.231 |
| Médio | 0,528 | 0,565 | 0,601 | 0,612 | 0,614 | 67,9 | 5,5 | 11,7 | 5.960 |
| Baixo | 0,403 | 0,444 | 0,479 | 0,490 | 0,493 | 59,4 | 4,2 | 9,0 | 2.904 |

Fonte: Observatório das Desigualdades, 2014.

Os valores do IDH apresentados se referem a médias mundiais para cada período, indicando a evolução de cada categoria (muito elevado, elevado, médio, baixo), durante os anos analisados (2000, 2005, 2010, 2012, 2013) e de acordo com os componentes básicos (esperança de vida ao nascer, média de anos de estudo, anos de estudo esperados, PNB per capita). Observa-se que o aumento do IDH no período de 2000 a 2013 foi maior para os países com IDH médio e baixo (muito elevado = 0,041; elevado = 0,092; médio = 0,086; baixo = 0,090). Entre os componentes do IDH pode-se observar que a esperança de vida ao nascer aumenta quando a média de anos de estudo, os anos de estudo esperados e o Produto Nacional Bruto (PNB) per capita (PPP\$) são maiores.

Nos Palop, a escassez de água potável para consumo, a falta de saneamento básico, a alimentação deficiente, a ausência de higiene, a insuficiência das campanhas de vacinação e a precariedade do sistema de saúde, que têm baixa cobertura e apresentam dificuldades de acesso para a população, entre outras condições, influenciam negativamente o IDH desses países (VAZ, 2012). Esses aspectos afetam o desenvolvimento humano, reduzindo a esperança de vida ao nascer, diminuindo a média de anos de estudo e, por conseqüência, a geração de receita para os países do grupo pela deficiência de força de trabalho.

Nesse sentido, o apoio internacional, mediante acordos de cooperação torna-se fundamental para que os Palop melhorem seu desempenho e atinjam a sustentabilidade, de forma a prover melhor qualidade de vida à sua população (ZIMBA; MUELLER, 2008). No caso específico da saúde, a formação de profissionais poderá prover melhor distribuição dos recursos humanos em saúde (RHS), melhor qualificação e capacitação desses profissionais, o que deverá refletir

no acesso e na qualidade da assistência prestada à população. A melhoria do acesso e da qualidade da assistência se refletem na redução da mortalidade infantil e materna, na morbimortalidade, no combate a doenças infecciosas e transmissíveis, entre outros aspectos, possibilitando melhor distribuição dos recursos financeiros em outras áreas, incluindo-se a educação, tornando disponível força de trabalho em condições de contribuir com a qualidade de vida da população.

A seguir são apresentadas as principais características dos países do grupo dos Palop, pesquisados neste estudo.

1.1.1 Angola

A República de Angola [2011?], cuja capital é Luanda, está situada na região ocidental da África Austral e é constituída por 18 províncias (FIG. 1). O país contava, em 2013, com cerca de 21,5 milhões de habitantes, entre os quais cerca de 50% nas faixas etárias entre 15 e 64 anos (WORLD BANK, 2014a).

Figura 1 - Localização da República de Angola e limites



Fonte: Indoafrican, [200-].

O país é potencialmente rico em recursos minerais, sendo estimada a presença de grandes jazidas de petróleo, gás natural, diamantes, fosfatos, ferro, cobre, magnésio e ouro, entre outros (REPÚBLICA DE ANGOLA, [2011?]).

O nível de escolaridade da população é considerado baixo, segundo Lorenzoni (2008), que afirma que 58% desta permanece analfabeta. Pode-se inferir que essa situação decorre também do período colonial, em que a educação não era acessível a toda a população, gerando um contingente expressivo de analfabetos, das dificuldades de acesso ao transporte, do reduzido número de escolas na área rural, entre outros aspectos (BUZA, 2011; HERNANDEZ, 2008).

O relatório do PNUD (2014) mostra que Angola apresenta um IDH de 0,526, considerado indicativo de baixo desenvolvimento humano, o qual classifica o país como o 39º pior registro, segundo o Observatório das Desigualdades (2014). O IDH se relaciona diretamente com as condições de saúde e escolaridade, sendo possível inferir que essa classificação se dá pelo elevado analfabetismo e a precariedade das condições de saúde locais.

A independência de Angola envolveu a participação do Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), da Frente Nacional de Libertação de Angola (FNLA) e da União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA), movimentos entre os quais se dividia o domínio do território angolano. Essa divisão se manteve, levando cada um desses movimentos a negociar com Portugal um cessar-fogo em data distinta e a instaurar um governo de transição, com duração de um ano. Entretanto, a independência somente foi proclamada em 1975 (HERNÁNDEZ, 2008).

A primeira guerra de independência estava terminada. Mas a continuidade das divisões internas logo transformou-se em uma segunda guerra civil, disputada entre MPLA e Unita. [...].

A guerra civil foi entremeada, sem sucesso, por alguns acordos de paz. Apenas no dia 3 de abril de 2002, o parlamento angolano aprovou uma lei em que foram anistiados todos os crimes contra a segurança do Estado, cometidos no contexto do conflito armado angolano (HERNÁNDEZ, 2008, p. 580).

Na contemporaneidade, Angola guarda traços do período colonial mesclados com a globalização. O país precisa reconstruir sua infra-estrutura, criar novos serviços e melhorar a qualidade de vida da população, mediante o combate à pobreza, entre outros aspectos igualmente importantes. A economia local se baseia

na intensa exploração de recursos minerais, especialmente, petróleo e diamantes, o que aumenta o interesse comercial internacional. Para grande parte da população, a modernização implica em alto preço, uma vez que aumenta a importação de produtos de outros países mais desenvolvidos, com preços elevados em relação à moeda local, pois, são cotados em dólar. Angola se encontra, atualmente, em uma situação de realização de ambiciosos projetos de modernização - estádios esportivos, hotéis de luxo, apartamentos de alto padrão, novos centros televisivos etc. -, convivendo com a precariedade da infra-estrutura básica - saneamento, saúde, habitação, água, potável, alimentação etc. É evidente que a ânsia por se inserir no mercado global gerou uma inversão de valores, dotando de alta complexidade a situação política, econômica e social (BUZA, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009a), a situação sanitária em Angola é preocupante, visto que a estimativa da esperança de vida é de 41 anos, a taxa de mortalidade para crianças com idades inferiores a cinco anos é estimada em 260 por 1.000 nascidos-vivos, sendo a taxa de mortalidade materna estimada em 1.400 por cada 100.000 nascidos-vivos. Em relação às crianças, a subnutrição crônica atinge cerca de 45% daquelas com idades até cinco anos. O acesso aos serviços de saúde permanece restrito a apenas 40% da população, sendo que apenas 45% dos partos são realizados por profissionais qualificados. O acesso à água potável e a precariedade do saneamento básico tornam elevado o risco de epidemias.

Entre as principais doenças que afetam a população angolana, estão as doenças transmissíveis e parasitárias, como o paludismo, a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), a tuberculose e a tripanossomíase, que respondem por cerca de 70% do total das mortes registradas (OMS, 2009a). Contribuem para agravar o quadro de saúde da população as "[...] doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, tripanossomíase e doenças evitáveis pela vacinação, tais como sarampo e o tétano. As doenças respiratórias e diarreicas agudas causam cerca de 80% de todas as mortes" (OMS, 2009a, p. 8).

A assistência à saúde da população é prestada pelo

[...] Sistema de Serviços de Saúde de Angola [que] tem três níveis.

O primeiro nível é constituído por centros de saúde/hospitais municipais, rurais e urbanos e ainda por centros de saúde de empresas num total de

228. Deste 1º nível fazem também parte os postos de saúde e as unidades sanitárias de empresas, num total de 1453.

O segundo nível é constituído por Hospitais Gerais, de domínio provincial, num total de 32.

O terceiro nível é constituído pelos Hospitais Centrais, sendo estes de referência nacional, num total de 8 (FRONTEIRA; GUERREIRO; DUSSAULT, 2010, p. 17).

Em relação aos recursos humanos em saúde, a OMS (2009a) destaca que, além da insuficiência em quantidade e qualidade de profissionais de saúde, ocorre também um evidente desequilíbrio geográfico entre as diferentes regiões do país, sendo que as regiões urbanas concentram o maior número de profissionais.

De acordo com dados da OMS (2009a), em 2004, em Angola,

[...] as principais categorias de trabalhadores com qualificações reconhecidas indicavam 0,008 médicos por 10.000 habitantes; 0,12 enfermeiros por 10.000 habitantes e 0,43 parteiras por 10.000 habitantes. [...] a proporção de profissionais de saúde por habitante é baixa (OMS, 2009a, p. 9).

Fronteira, Guerreiro e Dussault (2010) apresentam algumas estatísticas diferentes acerca dos recursos humanos em saúde em Angola, salientando a existência de falhas nos serviços de informações locais, o que pode explicar a ausência de informações referentes ao ano de 2002 (TAB. 2).

Tabela 2 - Indicadores relativos à densidade dos RHS em Angola - 2002/2004

| Indicador | 2002 | 2004 |
|--|-------|--------|
| Número de médicos por 10.000 habitantes | 0,005 | 0,0077 |
| Número de enfermeiros por 10.000 habitantes | 0,1 | 0,1190 |
| Número de técnicos de laboratório por 10.000 habitantes | - | 0,0144 |
| Número de dentistas por 10.000 habitantes | - | 0,0001 |
| Número de técnicos de farmácia por 10.000 habitantes | - | 0,0002 |
| Número de outras categorias de RHS por 10.000 habitantes | - | 0,002 |

Fonte: Fronteira; Guerreiro; Dussault, 2010, p. 27.

Segundo a OMS (2009a), a proporção, em 2007, era de 4,7 médicos para dez mil habitantes, de 9,7 enfermeiros para dez mil habitantes e de 0,7 farmacêuticos para dez mil habitantes.

Todavia há ainda um défice⁵ de recursos humanos, tanto no que respeita aos cuidados primários, como à assistência hospitalar, aqui, sobretudo de

⁵ Déficit.

especialistas. Todos os níveis do sistema de saúde apresentam um número insuficiente de profissionais e alguma distorção na relação entre os grupos profissionais (OMS, 2009a, p. 6).

Não foi possível identificar dados recentes acerca da formação dos RHS em Angola. Contudo, o Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PDRH) 1997-2007, em 2005, que previa melhorias na formação de RHS, ainda não havia sido totalmente implementado, sendo que

[...] a fraca organização da rede de instituições públicas de formação era ainda uma realidade. Para fazer frente a esta questão, a [Direcção Nacional de Recursos Humanos] DNRH, através do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos – Secção de Formação Permanente, e com apoio de uma consultoria periódica financiada pela [Organização Mundial de Saúde] OMS, veio a formular uma estratégia integrada de formação contínua dos trabalhadores, articulada a nível provincial e das grandes unidades hospitalares.

Em 2005, o processo encontrava-se em curso, com diferentes graus de implementação e apropriação da estratégia pelas províncias. As pós-graduações médicas também se encontravam em fase de reorganização criando-se, onde possível, condições para a formação no país e reservando para a formação no estrangeiro as áreas que não podiam ser satisfeitas localmente (FRONTEIRA; GUERREIRO; DUSSAULT, 2010, p. 19).

Para a OMS (2009a), constituem os principais desafios a serem enfrentados por Angola: a redução da mortalidade materno-infantil, o controle das doenças transmissíveis e não-transmissíveis; a organização e gestão dos serviços nacionais de saúde, com especial atenção ao nível municipal, em que são ofertados os cuidados primários de saúde; o desenvolvimento de RHS; a melhoria do Sistema Nacional de Informação Sanitária, mediante implementação do Regulamento Sanitário Internacional e a criação do Centro Regional de Excelência para a Vigilância Integrada das doenças; o financiamento do setor de saúde local, investigação e novas tecnologias e a logística, aprovisionamento de material e equipamentos. Para tanto, a OMS (2009a, p. 2) tomará como eixos estratégicos: "[...] a organização e a gestão do sistema de saúde, a melhoria da saúde da mãe e da criança e a luta contra as doenças".

1.1.2 Cabo Verde

A República de Cabo Verde [2014?], cuja capital é cidade da Praia, localizada na ilha de Santiago, é composta pelas ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa

Luzia, São Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio, Santiago, Fogo e Brava, e pelos ilhéus e ilhotas que, historicamente, sempre fizeram parte do arquipélago (FIG. 2).

Figura 2 - Localização de Cabo Verde



Fonte: United States of America, 2013.

A população, em 2010, contava com 491.575 habitantes, sendo que 62% residem em áreas urbanas, estimando-se que destes, aproximadamente, 120.000 habitantes residem na cidade da Praia e outros 70.000 na cidade do Mindelo, localizada na ilha de São Vicente, 4% dos habitantes locais têm menos de 25 anos de idade e 70,4% menos de 35 anos de idade (MARTINS, 2013).

A economia da República de Cabo Verde [2014?] depende fortemente da agricultura e da riqueza marinha. A indústria local se encontra em desenvolvimento, destacando-se a fabricação de aguardente, vestuário e calçado, tintas e vernizes, turismo, pesca e conservas de pescado e extração de sal, além do artesanato.

Cerca de 25% da população local é analfabeta, segundo Lorenzoni (2008). O acesso à educação tem melhorado nos últimos anos, sendo que a maior parte dos jovens tem possibilidades de freqüentar o ensino secundário no próprio país. O ensino universitário também tem aberto pólos nas duas principais cidades do país (cidade da Praia e do Mindelo). Contudo, as vagas parecem ser insuficientes para atender a toda a população (MARTINS, 2013).

O IDH atribuído a Cabo Verde pelo PNUD (2014) mostra que a localidade apresenta um IDH de 0,636, considerado indicativo de médio desenvolvimento humano.

A independência de Cabo Verde, proclamada em 5 de julho de 1975, ocorreu mediante negociação que permitiu um acordo entre Portugal e o Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC) para a criação de um governo de transição, que foi composto por cabo-verdianos e portugueses. Esse cenário levou à continuidade do governo colonial mesclado com as mudanças oriundas da recente independência (HERNÁNDEZ, 2008).

Até 1991, o país foi governado por um partido único de orientação socialista. Após esse período, o governo passou a ser regido por um sistema político de democracia parlamentar, favorecendo o desenvolvimento local. Entretanto, apesar da expressiva redução da pobreza e da melhoria das condições de vida da população, o desenvolvimento local segue atrelado à dependência de capital externo, com elevado custo de vida para os baixos rendimentos da população e ao crescente desemprego, principalmente, entre os jovens. A saída espontânea do país, ou emigração, continua a ser uma importante estratégia de sobrevivência para seus habitantes. Cabo Verde enfrenta, na atualidade, dificuldades crescentes devido à fragilidade dos sistemas econômico e de proteção social (MARTINS, 2013).

A OMS (2009b) identificou que Cabo Verde apresentou resultados positivos no período de 2001 a 2007, com redução da pobreza de 36% para 26,6%. Na área da saúde houve redução da mortalidade infantil, com melhoria da saúde materna e no controle do vírus da imunodeficiência humana (HIV)/SIDA, tuberculose e paludismo. Entretanto, permanecem desafios para o país em relação à redução da mortalidade perinatal, o controle da mortalidade materna, a melhoria da cobertura vacinal infantil e o reforço dos programas contra a tuberculose, o paludismo e o HIV/SIDA.

As doenças não-transmissíveis e seus fatores de risco - diabetes, hipertensão arterial, consumo de álcool e obesidade - constituem um risco constante para a população, afetando, inclusive, os jovens entre 25 e 44 anos (OMS, 2009b).

A assistência à saúde é prestada por um sistema misto, que envolve organizações públicas e privadas, sendo que:

A organização do sistema baseia-se em dois níveis: o local, que corresponde às Delegacias de Saúde, sob a responsabilidade dos Delegados de Saúde ou Autoridades Sanitárias de Saúde (existem no país 17 delegacias de saúde) com funções de gestão dos serviços dela dependentes (hospitais regionais, centros de saúde, postos sanitários e unidades sanitárias de base); e o nível central (nacional), portanto, o Ministério da Saúde. Existem dois hospitais centrais (Praia e Mindelo) que têm autonomia financeira e administrativa e estão sob a tutela directa do Ministro da Saúde (SILVA; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010, p. 34).

Para tanto, o país conta com 1.721 unidades sanitárias, sendo oito hospitais centrais/nacionais, 32 hospitais gerais/provinciais, 228 hospitais municipais e centros de saúde e 1.453 postos de saúde, segundo Martins (2010).

O país apresenta sérias disparidades na distribuição da força de trabalho em saúde, sendo que as maiores concentrações de médicos e de pessoal de enfermagem se encontram nos municípios de Praia e São Vicente (SILVA; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010).

Cabo Verde não dispõe de registros ou informações acerca dos RHS, apesar de ter sido criado em 1994 um órgão central para a gestão de recursos humanos, a Direcção Geral dos Recursos Humanos, que carece de pessoal em quantidade e com formação para atuar na área (SILVA; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010).

A Tabela 3 apresenta a densidade dos RHS em Cabo Verde, nos anos de 2002 e 2004, conforme dados disponíveis.

Tabela 3 - Densidade dos RHS em Cabo Verde - 2002/2004

| Indicador | 2000 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|------|------|------|------|
| Número de médicos por 10.000 habitantes | 4,0 | - | - | 4,5 |
| Número de enfermeiros por 10.000 habitantes | 6,9 | - | - | 9,3 |
| Número de técnicos de laboratório por 10.000 habitantes | - | - | - | 2,0 |
| Número de pessoal de farmácia por 10.000 habitantes | - | <1 | - | <1 |
| Número de pessoal de saúde pública e medicina preventiva por 10.000 habitantes | - | <1 | - | <1 |
| Número dos técnicos superiores por 10.000 habitantes* | - | - | 1,23 | 1,2 |
| Número de técnicos-adjuntos e profissionais** | - | - | 2,2 | 2,2 |

Fonte: Silva; Fronteira; Dussault, 2010, p. 41.

*Nesta categoria estão incluídos os fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, juristas, farmacêuticos, dentistas, analistas clínicos, biólogos e administradores hospitalares.

**Nesta categoria estão incluídos os técnicos sociais, técnicos de oftalmologia, de radiologia, técnicos profissionais de laboratório, técnicos-adjuntos de laboratório, técnicos de farmácia, estatística, fisioterapia, manutenção biomédica, higiene e epidemiologia, parteiras e técnicos de prótese dentária.

Diante das dificuldades enfrentadas por Cabo Verde,

Em 2005, foi elaborado pelo Ministério da Saúde um Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde – 2005 – 2014, com os objectivos de:

- Promover rotinas de gestão e planificação do pessoal de saúde, designadamente em relação às necessidades do Sistema Nacional de Saúde;
- Contribuir para a formação e o aperfeiçoamento das diferentes categorias de pessoal necessárias, através da optimização de oportunidades dentro ou fora do país;
- Reforçar a colaboração do sector público com as associações profissionais de saúde;
- Promover uma distribuição racional do pessoal de saúde por todo o país;
- Apoiar medidas que visem a motivação e a estabilidade dos quadros de pessoal de saúde (SILVA; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010, p. 36).

Entretanto, a distribuição geográfica dos RHS continua retratando intensa disparidade, devido ao fato de ocorrer em função das necessidades e circunstâncias vigentes, com maior presença desses profissionais (70% dos médicos e 60% dos enfermeiros) nos centros urbanos de Praia e São Vicente, em detrimento dos demais (SILVA; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010).

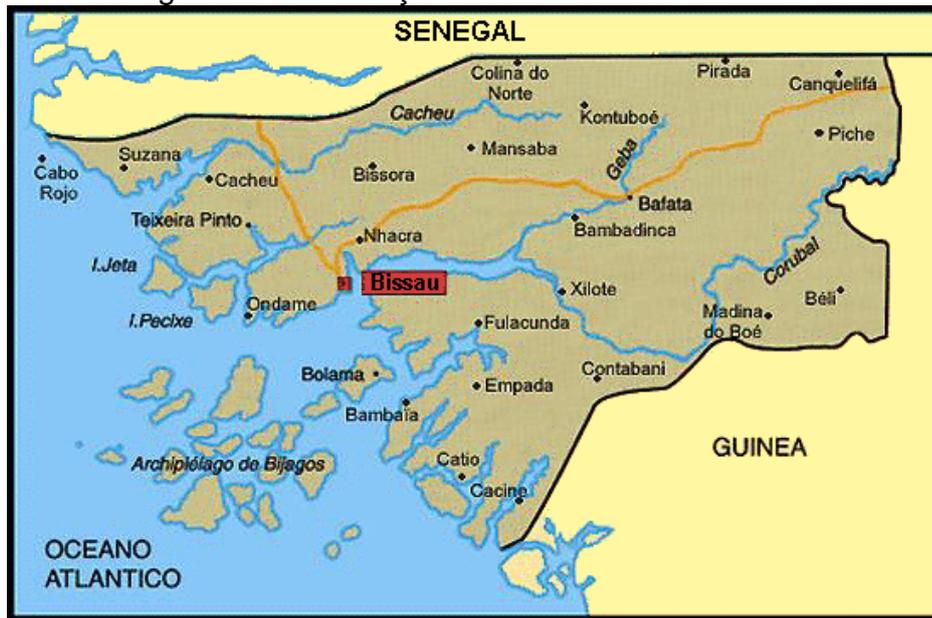
A estratégia da OMS (2009b, p. xi) para apoio a Cabo Verde inclui a "1. Melhoria da situação sanitária da população [...]; 2. Reforço das capacidades e desempenho do Serviço Nacional de Saúde; 3. Promoção da saúde e parceria estratégica".

1.1.3 Guiné-Bissau

A República da Guiné-Bissau, cuja capital é Bissau, está localizada na costa ocidental da África, e é constituída por uma parte continental e outra com, aproximadamente, 90 ilhas (FIG. 3). A população local, em 2014, foi estimada em 1.514.451 habitantes (GOVERNO DA GUINÉ-BISSAU, 2015).

A economia da República da Guiné-Bissau é bastante precária e o país se situa entre os 20 mais pobres, sendo seu Produto Interno Bruto (PIB) um dos mais baixos do mundo. Sua economia é dependente, principalmente, da agricultura e pesca (GUINÉ-BISSAU.COM, [200-]).

Figura 3 - Localização da Guiné-Bissau e limites



Fonte: Leitão, 2009.

A castanha de caju é um dos principais produtos da exportação do país, que conta também com reservas petrolíferas e variedade significativa de peixes, cefalópodes e crustáceos, que tornam a pesca representativa de cerca de 40% da receita do país. O país sofre também com a pesca clandestina e o desmatamento ilegal, entre outros problemas que afetam a economia local (CARVALHO, 2014).

Parte significativa (63%) da população local é analfabeta (LORENZONI, 2008).

Os dados divulgados pelo PNUD (2014) mostram que Guiné-Bissau apresenta um IDH de 0,396, considerado indicativo de baixo desenvolvimento humano, classificando o país como o 11º pior registro, segundo o Observatório das Desigualdades (2014).

A independência da Guiné-Bissau foi proclamada unilateralmente pelo Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC), em 1973, porém, apesar do reconhecimento internacional, Portugal somente aceitou essa independência e se manifestou nesse sentido em 1974, depois de quatro encontros para negociações em Londres e Argel (HERNÁNDEZ, 2008).

Após a independência, a instabilidade política foi marca importante do país. Nesse período ocorreram golpes de estado, insurreições militares, contestações de resultados eleitorais e assassinatos de personalidades políticas. O resultado foi a imposição de sanções por vários países a Guiné-Bissau, devido, inclusive, à

constatação do envolvimento de políticos e autoridades militares com o narcotráfico e corrupção. Permanece a falta de estabilidade no país e a população sofre com as repercussões dessa situação, especialmente, pela fragilidade da suas instituições (CARVALHO, 2014).

A saúde da população da Guiné-Bissau é assinalada pela presença de doenças infecto-contagiosas, crescimento das doenças não-transmissíveis, comportamentos de risco - tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas e práticas sexuais de risco. Além disso, as precárias condições do meio ambiente e uma alimentação desequilibrada contribuem para agravar o perfil epidemiológico local. Associado a esse quadro, a incapacidade do sistema de saúde em dar respostas convenientes resulta em aumento da morbidade e mortalidade, especialmente materno-infantil (OMS, 2008). Apesar de a infra-estrutura de saúde ser considerada boa, o acesso à rede hospitalar e aos postos de saúde é baixo (WHO, 2010).

A taxa de mortalidade infantil e infanto-juvenil foi de 138 para cada 1.000 e 223 para cada 1.000, respectivamente. Atribui-se tal cenário à situação de pós-conflito, que resultou em uma instabilidade institucional constante (OMS, 2008).

A taxa de mortalidade materna apresenta dados variados, devido às divergências entre fontes. Algumas fontes, citadas pelo Projecto de Saúde de Bandim (*apud* OMS, 2008), estimam a mortalidade materna em 405 por 100 mil nascidos-vivos, outros, entre eles, *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS), Unicef e Secretaria de Estado do Plano e de Integração Regional (*apud* OMS, 2008), citam 818 por 100 mil nascidos vivos. As principais causas de mortalidade são: paludismo, infecção respiratória aguda (IRA) e doenças diarreicas, segundo a OMS (2008).

A assistência à saúde é prestada em três níveis: central, regional e local, sendo composto no nível central por um hospital nacional e quatro hospitais de referência, no nível regional por 14 hospitais e no nível local por 114 centros de saúde e 19 postos de saúde, conforme afirma Martins (2010).

Na Guiné-Bissau,

Nenhuma estrutura de prestação de cuidados ou de gestão tem o pessoal mínimo exigido para o seu funcionamento. Acrescenta-se a isso a falta de adopção de medidas que visem a melhoria das condições salariais, pagamento de subsídios de isolamento, implementação do plano de carreira profissional e de construção de habitações para atrair os técnicos para zonas mais periféricas, comprometendo assim a realização das actividades programadas (OMS, 2008, p. 8).

A Tabela 4 mostra algumas estatísticas compiladas por Neves, Fronteira e Dussault (2010), sobre a evolução da densidade dos RHS nos anos de 2004 a 2007.

Tabela 4 - Densidade dos RHS na Guiné-Bissau - 2004/2007

| Indicador | 2004 | 2007 |
|--|-------|-----------|
| Número de médicos por 10.000 habitantes | 1,0 | 0,98* |
| Número de enfermeiros por 10.000 habitantes | 7,0** | 5,78** |
| Número de técnicos de laboratório por 10.000 habitantes | 2,0 | 1,03*** |
| Número de parteiras por 10.000 habitantes | - | 1,37**** |
| Número de técnicos de farmácia por 10.000 habitantes | <1 | 0,15***** |
| Número dos técnicos de estomatologia por 10.000 habitantes | <1 | 0,02***** |
| Número de técnicos de cirurgia de catarata por 10.000 habitantes | - | 0,02 |
| Número de técnicos de anestesia por 10.000 habitantes | - | 0,02 |
| Número de técnicos de radiologia por 10.000 habitantes | - | 0,05 |
| Número de outras categorias de RHS por 10.000 habitantes | 14,0 | - |

Fonte: Neves; Fronteira; Dussault, 2010, p. 59.

*Os dados se referem a clínico geral + especialistas. **Os dados de 2004 se referem a enfermeiras e parteiras; os dados de 2007 se referem a enfermeiros com o curso geral + auxiliar de enfermagem + pós-graduados + enfermeiros superiores. ***Os dados se referem a técnicos de laboratório + auxiliares de laboratório. ****Os dados se referem a parteiras gerais + auxiliares de parteira. *****Os dados se referem a técnico de farmácia + auxiliares de farmácia. *****Os dados se referem a técnicos de estomatologia + auxiliares de estomatologia.

Frente aos desafios apresentados pelo setor de saúde, em 2005, o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) iniciou a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PNDRH II), visando proporcionar à Direcção de Recursos Humanos (DRH) recursos para seu enfrentamento. Entretanto, a formação dos RHS segue comprometida, uma vez que a Guiné Bissau conta apenas "[...] como instituições de formação local, na área dos RHS, [com] a Escola Nacional de Saúde, com instalações inapropriadas e um corpo docente insuficiente (em quantidade e qualidade) e a Faculdade de Medicina" (NEVES; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010, p. 55).

Diante desse cenário, os principais desafios a serem enfrentados pela Guiné-Bissau, além do combate às doenças transmissíveis e não-transmissíveis, são constituídos por:

[...]

- a) melhorar a governação do sistema de saúde;
- b) formar/recrutar e colocar os recursos humanos qualificados de uma forma adequada à realidade nacional, dando uma atenção particular à motivação dos mesmos;
- c) desenvolver, equipar e manter as infraestruturas de saúde e seus respectivos equipamentos;
- d) garantir o abastecimento e o acesso aos produtos farmacêuticos e a outras tecnologias de saúde (OMS, 2008, p. 10).

Para o atingimento de tais objetivos, a estratégia elaborada pela OMS (2008) para auxílio a Guiné-Bissau será direcionada para o reforço da parceria em favor da saúde, melhoria do desempenho dos serviços de saúde locais e no combate às doenças prioritárias (OMS, 2008).

1.1.4 Moçambique

A República de Moçambique, cuja capital é a Cidade de Maputo, está localizada na costa sudeste de África, sendo dividida em 11 províncias (FIG. 4), que abrigam uma população de 25.833.752 habitantes (PORTAL DO GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2006; WORLD BANK, 2014).

Figura 4 - Localização de Moçambique e limites



Fonte: Portal do Governo de Moçambique, 2006.

O crescimento econômico de Moçambique tem ocorrido, mais expressivamente, nos setores de energia e de recursos naturais, incluindo a indústria mineira, com vastas reservas de carvão e de gás natural. O setor agrícola é baseado em grande parte em uma agricultura de subsistência, alcançando pouca expressão na economia local (WORLD BANK, 2014).

Em Moçambique, segundo Lorenzoni (2008), 52% da população é analfabeta.

Os dados divulgados pelo PNUD (2014) mostram que Moçambique apresenta um IDH de 0,393, considerado indicativo de baixo desenvolvimento humano, sendo o 10º pior registro, segundo o Observatório das Desigualdades (2014).

O processo de independência de Moçambique registrou suas primeiras tentativas em 1974, quando foram assinados os Acordos de Lusaka, em que era reconhecido o direito à independência, estabelecendo a transferência de poder de Portugal para a Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), em uma modalidade de transição, e que a independência completa seria formalmente proclamada em 1975. Entretanto, a Frelimo enfrentava resistência de outros grupos locais, devido ao fato de sua orientação socialista e de contar com forte influência de "[...] dirigentes intelectuais do sul e [da] população maconde do norte⁶", o que levava a considerações acerca da não representatividade das populações africanas localizadas em Moçambique (HERNÁNDEZ, 2008, p. 608). Essa situação levou a uma guerra civil que durou 16 anos, ainda assim, a Frelimo assumiu o governo do país e, a partir de 1992, cessaram as contendas e os diferentes partidos assumiram uma fase de busca por ações de reconciliação (HERNÁNDEZ, 2008).

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2009a), a situação de saúde da população de Moçambique é precária, sendo agravado pelo fato de que apenas 47% da população tem acesso a água potável e 17% a instalações sanitárias.

Segundo a WHO (2009a), a esperança de vida ao nascer é de 49 anos. A mortalidade infantil mostra que para cada 100 mil nascidos vivos, 142 morrem antes de completarem cinco anos de idade. Já a mortalidade materna atinge 550 por 100

⁶ "Makonde - também chamados de Macondes, falam o Makonde, o Português, o Swahili e o Makua e habitam sobretudo junto ao rio Rovuma, no extremo norte de Moçambique. Os Makonde resistiram à tentativa de escravatura por outros grupos africanos, árabes e europeus, escapando ao domínio colonial até os anos 1920. Foi em território Makonde que teve origem o movimento de independência do país. São um povo sobretudo cristão e muçulmano, embora ainda mantenham algumas das crenças tradicionais ancestrais. São tradicionalmente um grupo matrilinear em que são os maridos a mudar-se para as aldeias das suas mulheres" (REDE EPORTUGUÊSE OMS, 2011).

mil nascimentos. As principais causas de morte e adoecimento da população de Moçambique são a malária, a tuberculose, HIV/SIDA, infecções agudas do trato respiratório e doenças diarreicas. A principal doença de potencial epidêmico é o cólera. Os principais contribuintes para esse cenário são constituídos pelos elevados níveis de pobreza e desnutrição, e a precariedade do acesso à água potável e ao saneamento.

Em Moçambique, a assistência à saúde é oferecida pelos setores público, privado e privado sem fins lucrativos. O setor público está organizado em quatro níveis, sendo composto: no nível um, por 1.224 unidades de centros rurais e urbanos de saúde e postos de saúde; no nível dois, por 41 hospitais rurais distritais; no nível três, por sete hospitais provinciais; no nível quatro, por cinco hospitais centrais. O setor privado atua, principalmente, nos grandes centros urbanos e o privado sem fins lucrativos, que congrega 145 ONG e entidades religiosas, atua em diversas partes do país, oferecendo programas de saúde comunitária de prevenção, controle de doenças, educação em saúde (MARTINS, 2010).

Moçambique enfrenta dificuldades na distribuição dos RHS, assim como na retenção de profissionais de saúde no setor público, uma vez que a oferta de empregos pelo setor privado e pelas ONG tem se tornado cada vez mais atraente para esses trabalhadores (SIDAT; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010).

A carência de profissionais de saúde no país é evidenciada pela baixa densidade de profissionais, conforme demonstrado na Tabela 5, que apresenta dados dos anos de 2004 e 2006.

Tabela 5 - Densidade dos RHS em Moçambique - 2004/2006

| Indicador | 2004 | 2006 |
|--|------|------|
| Número de médicos por 10.000 habitantes | 0,30 | 0,44 |
| Número de enfermeiros por 10.000 habitantes | 2,1 | 2,20 |
| Número de técnicos de laboratório por 10.000 habitantes | - | 0,43 |
| Número de pessoal de farmácia por 10.000 habitantes | - | 0,41 |
| Número do pessoal de saúde pública e medicina preventiva | - | 0,41 |

Fonte: Sidat; Fronteira; Dussault, 2010, p. 82.

Em relação à formação acadêmica, as poucas informações disponíveis mostram esforços do governo para ampliar a força de trabalho em saúde, evidenciando que,

Apesar de não haver dados disponíveis de forma sistematizada, o aparecimento de novas instituições de formação superior e a abertura de novos cursos superiores em todo o país constituem provas inegáveis de que Moçambique tem registrado um aumento gradual no número de candidatos para o ensino superior e que, de igual modo, há cada vez mais vagas (em quantidade e diversidade) para os cursos superiores. Esta observação também se aplica aos cursos relacionados com a saúde.

O número de instituições de formação de nível médio oferecendo cursos específicos da saúde também tem aumentado, contribuindo igualmente para o crescimento do número de vagas. Estas provas permitem concluir que há presentemente uma tendência crescente do número de formados nas áreas de saúde de nível médio e superior (SIDAT; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010, p. 73).

Os principais desafios a serem enfrentados pelo país são representados pela necessidade de mais investimentos em estruturas e funções do sistema de saúde, pela exigência de aumento dos cuidados primários de saúde, pela elevação da qualidade do atendimento na prestação de serviços, pela carência de pessoal com formação em áreas da saúde, baixa cobertura oferecida pelas unidades de saúde e dificuldades de acesso da população aos serviços.

A estratégia da WHO para auxílio ao país inclui: fortalecer os sistemas de saúde, reduzir a carga da doença, melhorar a saúde da mãe, recém-nascido e crianças, tratar dos determinantes da saúde e promover a liderança, a governança e a parceria (WHO, 2009a; OMS, 2010).

1.1.5 São Tomé e Príncipe

A República Democrática de São Tomé e Príncipe, cuja capital é a Cidade de São Tomé, tem uma área total de 996km² (FIG. 5), abrigando uma população de 192.993 habitantes (SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE, [200-]; WORLD BANK, 2014).

A economia local é dependente das atividades de comércio e serviços, da indústria extrativa, de transformação e de energia (SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE, 2008).

Cerca de 20% da população local é analfabeta (LORENZONI, 2008).

De acordo com o PNUD (2014), São Tomé e Príncipe apresenta um IDH de 0,558, considerado indicativo de médio desenvolvimento humano.

Figura 5 - Localização de São Tomé e Príncipe



Fonte: São Tomé e Príncipe, [200-].

A independência de São Tomé e Príncipe ocorreu em 1975, por meio da assinatura de um tratado entre Portugal e o Movimento para a Libertação de São Tomé e Príncipe (MLSTP). A transição do governo foi marcada por protestos locais que, apesar de serem registrados pontualmente, levaram a um contexto de instabilidade política, ocasionando a saída de portugueses da localidade, o que se refletiu, negativamente, tanto na situação econômica do país como na política. Em seguida, o novo governo tomou medidas políticas - excluiu os participantes 'radicais' do partido e extinguiu o cargo de primeiro ministro - que afetaram o MLSTP e dificultaram, ainda mais, a solução da crise política instalada (HERNÁNDEZ, 2008).

A transição do governo monopartidário para o pluripartidário ocorreu pacificamente, porém, isso não eliminou a instabilidade política no país. A mudança de regime de governo visou, mais do que atender a um anseio da população, a aspectos econômicos impostos por organismos internacionais para o acesso a recursos financeiros. A instabilidade do país é evidenciada pelo fato de que nenhum dos governantes eleitos conseguiu cumprir integralmente seu mandato de quatro anos. Isso se deve, essencialmente, a aspectos relativos à fragilidade econômica do

país, à dependência de recursos externos, como ainda, a práticas clientelistas e envolvimento com corrupção. Essas condições são desafios a serem enfrentados pelo país para a implementação das reformas necessárias ao seu desenvolvimento (CRUZ, 2014).

O perfil epidemiológico do país mostra que "[...] a qualidade de vida da população continua a se degradar como consequência da contínua desvalorização da moeda nacional, da inflação e do aumento vertiginoso do preço do petróleo e seus derivados" (OMS, 2009c, p. 4). Nesse sentido, a população sofre com falta de acesso aos serviços de saúde, com a baixa quantidade e distribuição irregular de profissionais de nível técnico no setor de saúde das áreas periféricas, financiamento insuficiente da área, aumento dos casos de HIV/SIDA, paludismo e tuberculose, assim como das doenças não transmissíveis que continuam a representar importantes causas de mortalidade e morbidade, mortalidade e morbidade materno-infantil, como ainda, baixo acesso a água potável e saneamento básico. Há escassez de registros que indiquem a importância de cada um desses aspectos no perfil epidemiológico local, contudo, seus efeitos são reconhecidos (OMS, 2009c).

O sistema de saúde do país é organizado nos níveis central e distrital. No nível central atua o Ministério da Saúde, que implementa a política sanitária. No segundo nível, distrital, cada distrito conta com centro de saúde, posto de saúde e posto comunitário de saúde (MARTINS, 2010). De acordo com Conceição et al. (2014), há apenas um hospital central no país que serve toda a população.

São Tomé e Príncipe também enfrenta dificuldades relativas à distribuição dos RHS, com maior concentração dos profissionais de saúde nas regiões da capital e dos distritos de melhor acesso. A essa situação se associa a insatisfação dos RHS com os baixos salários (FRONTEIRA; GUERREIRO; DUSSAULT, 2010).

A Tabela 6 apresenta os dados disponíveis em 2004 sobre a densidade dos RHS no país.

Em relação à formação dos RHS, em São Tomé e Príncipe, os

[...] dados disponíveis alusivos à temática da formação em RHS salienta-se que [...] a Escola de Formação de Quadros de Saúde ministra formação conferindo o grau de enfermeiro, sem que seja no país ministrada qualquer formação considerada superior. A maior parte da formação de técnicos de saúde é então feita no estrangeiro (FRONTEIRA; GUERREIRO; DUSSAULT, 2010, p. 97).

Tabela 6 - Densidade dos RHS em São Tomé e Príncipe - 2004

| Indicador | 2004 |
|---|------|
| Número de médicos por 10.000 habitantes | 5 |
| Número de enfermeiros e parteiras por 10.000 habitantes | 19 |
| Número de técnicos de laboratório por 10.000 habitantes | 3 |
| Número de técnicos de farmácia por 10.000 habitantes | 2 |
| Número de trabalhadores da saúde tradicionais e de trabalhadores comunitários por 10.000 habitantes | 23 |
| Número de pessoal dentário por 10.000 habitantes | <1 |
| Número de trabalhadores de saúde pública e ambiente por 10.000 habitantes | 1 |
| Número de outras categorias de RHS por 10.000 habitantes | 31 |

Fonte: Fronteira; Guerreiro; Dussault, 2010, p. 101.

Os principais desafios a serem enfrentados por São Tomé e Príncipe, segundo a OMS (2009c), são constituídos pela necessidade de reforma do setor da saúde, pelo incremento da parceria, coordenação e mobilização de recursos, pela precariedade do controle das doenças transmissíveis e das doenças não-transmissíveis, exigência de promoção de estilos de vida saudáveis, pela maior atenção à saúde sexual e reprodutiva e também pelo aumento do alerta e das respostas às epidemias e às situações de emergência.

A OMS (2009c) adotou as seguintes estratégias para apoiar São Tomé e Príncipe: atuar na melhoria do desempenho do sistema nacional de saúde, na luta contra as doenças, na redução da mortalidade materna e infantil e também na promoção e proteção à saúde.

Em síntese, os países do Palop enfrentam dificuldades comuns oriundas do processo de independência, marcadamente pela presença de um forte partido único, cuja representatividade é questionada por outras lideranças locais, fragilidade dos sistemas econômico e social, além de precariedade da infra-estrutura, entre outros aspectos. Essas condições, frequentemente, conduziram a dificuldades políticas, dependência de ajuda externa acentuada, fragilidade em serviços básicos como, saneamento, alimentação, transporte e saúde, entre outros. O principal desafio desses países é chegar a um estado de paz interna que possibilite o desenvolvimento local de maneira sustentada.

1.2 FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE

O vocábulo educação tem origem nos verbos latinos *educare* e *educere*, sendo que

O primeiro tem o significado de transmitir informação a alguém, que na prática educativa, ressalta os aspectos voltados para a transferência do saber. O segundo, tem o significado de desenvolver algo que está no indivíduo, enfatiza os aspectos voltados para o seu desenvolvimento (ALMEIDA; SANTOS, 2003, p. 3).

Assim, a educação pode ocorrer de forma assistemática, ou seja, sem planejamento específico, sendo espontânea, tal como no âmbito familiar e/ou social do indivíduo; enquanto na forma sistemática, ou intencional, é motivada por um planejamento prévio relacionado a objetivos específicos, cuja aplicação é desenvolvida por professores ou outros profissionais incumbidos da sua realização em um espaço específico para tal finalidade, caracterizando a educação escolar (ALMEIDA; SANTOS, 2003).

Em uma definição mais abrangente a educação se refere à prática espontânea de "[...] conservação e reprodução da identidade social" atingida por uma determinada sociedade (VALLE, 2008, p. 143). Já em sentido estrito, a educação toma uma conotação deliberada de questionamento dos aspectos sociais, induzindo a uma "[...] intensa atividade investigativa, de exame e reflexão, que pode, a justo título, ser denominada teoria educacional" (VALLE, 2008, p. 144).

Na Modernidade, o conceito de educação se liga ao de uma instituição formal para aprimoramento do conhecimento humano, conformando, em primeira instância, a escola pública (VALLE, 2008). Vianna (2006, p. 130) sintetiza esses aspectos ao afirmar que "A Educação, em sentido amplo, representa tudo aquilo que pode ser feito para desenvolver o ser humano e, no sentido estrito, representa a instrução e o desenvolvimento de competências e habilidades".

Corroborando esse pensamento, Ferretti (2004) explicita a relação entre a educação escolar e a educação profissional, da seguinte maneira:

A educação escolar, em sentido amplo, preocupada com a formação plena do indivíduo, como pessoa e como cidadão, contribui para a formação profissional de maneira indireta, seja por propiciar-lhe o acesso aos conhecimentos disciplinares, seja por entender que é parte dessa formação a compreensão do contexto em que o exercício da atividade profissional se

realiza ou se realizará. A educação profissional, como recorte específico da educação escolar, dirige-se, [...], à formação profissional em sentido estrito, completando a formação em sentido amplo (FERRETTI, 2004, p. 402).

Essa visão converge para o raciocínio de que a educação deve se voltar para o pleno desenvolvimento da pessoa, propiciando a ela o preparo para o exercício da cidadania⁷ e também a qualificação para o trabalho, formando um sujeito autônomo⁸, crítico e ativo (VIANNA, 2006). Corroborando com o exposto, Arruda (2010) afirma que a escola participa da orientação dos alunos para que estes sejam responsáveis pelas suas decisões, aspecto que se refletirá ao longo da sua vida por meio dos efeitos gerados na sociedade.

A educação em saúde se insere no campo da educação sistemática, sendo também de caráter profissional, uma vez que configura um aspecto específico da educação escolar, direcionado à formação do indivíduo (FERRETTI, 2004).

A formação profissional e a educação técnica surgiram com maior ênfase no período da Revolução Industrial, quando era necessário preparar os indivíduos para atuar no ambiente industrial, com conhecimentos e domínio de técnicas específicas. A educação profissional, atualmente, em uma perspectiva dominante, se destina à preparação do indivíduo para o trabalho (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2008). A educação profissional em saúde, acompanhando a orientação da educação profissional, considera a escola como "[...] espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas e conteúdos de saúde visando à formação dos futuros trabalhadores" (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 182).

A educação profissional em saúde, portanto, aborda aspectos técnicos específicos do campo da saúde, acrescidos de outros que embasam o seu desenvolvimento, visando dotar os profissionais de conhecimentos apropriados, qualificando-os para atuar no âmbito da saúde, seja nas instituições de assistência à saúde, seja no âmbito da comunidade.

A formação de trabalhadores técnicos em saúde tem sido um aspecto importante na África, de modo geral, uma vez que a carência de profissionais de saúde é bastante acentuada. A OMS indica que entre os 57 países que apresentam déficit de RSH, 36 estão localizados na África, sendo três deles pertencentes ao

⁷ Cidadania, nesse sentido, está "[...] vinculada a direitos que propiciem a todos os meios para buscar uma existência digna" (VIANNA, 2006, p. 135).

⁸ "Autonomia significa o ato de ser governado por si mesmo" (KAMII, 1991, p. 33).

grupo dos Palop, representados por Moçambique, Angola e Guiné Bissau (DUSSAULT et al., 2010).

O relatório de 2006, da OMS, citado por Fronteira e Dussault (2010), detalha essa situação e estima que o déficit global de RHS atinja 4,3 milhões de trabalhadores em saúde, notadamente médicos, enfermeiras e parteiras.

Os RHS nos Palop incluem as categorias profissionais descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Composição do corpo de trabalhadores de RHS

| | | |
|---|---|---|
| Trabalhadores qualificados ativos | Os que têm emprego | No setor de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • que prestam serviços de saúde; • que prestam outros serviços. Em outro setor. |
| | Os que estão dispostos a trabalhar mas não têm emprego | |
| Trabalhadores qualificados não ativos | <ul style="list-style-type: none"> • Aposentados. • Saíram do mercado (doença, não querem trabalhar) ou nunca entraram. | |
| Trabalhadores não-qualificados ativos | Os que têm emprego | No setor de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • que prestam serviços de saúde; • que prestam outros serviços. Em outro setor. |
| | Os que estão dispostos a trabalhar mas não têm emprego. | |
| Trabalhadores não-qualificados não-ativos | <ul style="list-style-type: none"> • Aposentados. • Saíram do mercado (doença, não querem trabalhar). | |
| Prestadores informais | Pessoas sem qualificação reconhecida e que prestam serviços fora das instituições formais: parteiras tradicionais, vendedores de medicamentos, curandeiros, entre outros. | |

Fonte: Dussault et al., 2010, p. 7.

As categorias profissionais incluem trabalhadores qualificados ativos, que são os que se encontram empregados em estabelecimentos de saúde ou em outros tipos de estabelecimentos, e não ativos, que são representados por aqueles que estão desempregados. Entre os trabalhadores não ativos estão os aposentados, os que se afastaram do trabalho por diferentes motivos e também aqueles que nunca tiveram emprego. Na categoria dos trabalhadores não-qualificados há a divisão entre os ativos, que incluem os que têm emprego nos serviços de saúde ou outros e os que querem trabalhar, mas não encontram emprego, e os não-ativos, que são aqueles aposentados ou que não trabalham por diferentes motivos ou não querem trabalhar. Por fim, são citados os prestadores de serviços informais, que atuam de maneira

informal, prestando diferentes serviços relacionados à saúde ou não, tais como parteiras, curandeiros e outros.

Martins (2010) explica que o déficit de RHS na África envolve problemas referentes à quantidade de profissionais e também à sua distribuição no território africano.

As condições históricas dos países, como colônias de Portugal, e aquelas vigentes por ocasião da independência de cada um permitem inferir que a educação foi relegada a plano inferior. A prática de colonização portuguesa na África obedecia a interesses particulares, envolvendo, necessariamente, a geração de receita pelas colônias e outros de caráter político, uma vez que Portugal precisava se fortalecer perante outros países europeus, entre eles, a Grã-Bretanha. Para os colonizadores a educação da população local não era importante, uma vez que, precisavam manter a força de trabalho sob controle para terem trabalhadores disponíveis para a agricultura e na extração florestal (LAINS, 1998).

As colônias portuguesas na África mantiveram, ao longo do tempo, importante papel no financiamento da economia externa de Portugal, contudo, essa contribuição

[...] diminuiu de 1960 em diante, ao mesmo tempo que as despesas com as guerras coloniais aumentaram significativamente. Certamente não era a primeira vez, no período desde 1822, que as colônias eram *simultaneamente* um peso para o orçamento do governo central e uma fraca fonte de moeda estrangeira (LAINS, 1998, p. 493).

Complementando a situação, Castelo (2014) observa que as mudanças no governo português e as pressões internacionais, ocasionaram uma

[...] conjuntura de desinvestimento geral nas colônias, obviamente as áreas mais desfavorecidas foram as que podiam contribuir para a melhoria das condições de vida dos africanos: o sistema escolar, o sistema de saúde, a assistência técnica à agricultura tradicional, os melhoramentos locais (saneamento básico etc.) (CASTELO, 2014, p. 512).

Portugal, após a Segunda Guerra Mundial, passou a sofrer pressão internacional para alterar sua política colonialista, adotando, como primeiro passo, a alteração dos termos 'colônias' e 'império colonial' para 'províncias ultramarinas' e 'ultramar', respectivamente, visando indicar que o Estado português era uma unidade política, embora sem continuidade territorial. Nesse período, foram

elaborados planos de desenvolvimento das colônias africanas, sendo, os recursos, majoritariamente, destinados a comunicações e transportes, fortalecendo o interesse econômico que orientou a colonização. Contudo, "Apesar das necessidades laborais para a indústria e para os serviços em franca expansão, não se investia no capital humano, isto é, na escolarização e a formação profissional dos africanos" (CASTELO, 2014, p. 517).

A precária infra-estrutura local foi a herança colonialista para os Palop, incluindo-se a falta de escolas e de assistência à saúde, entre outros aspectos, que, tornaram-se um desafio para os governos seguintes.

A partir de então, esses governos, sistematicamente, têm enfrentado períodos de instabilidade política, crescimento da dependência externa, especialmente quanto a recursos financeiros, e pressões para aderir à economia de livre mercado. A globalização, ao mesmo tempo em que acena com a possibilidade de crescimento das exportações e receitas, abre caminho para a importação e aumento de despesas, o que pode levar ao aumento do desequilíbrio da balança de pagamentos, comprometendo, ainda mais, a situação econômica desses países.

Por outro lado, os países desenvolvidos e em desenvolvimento, que constituem também doadores e investidores nos Palop, têm interesse nos recursos locais e se empenham na obtenção de contratos favoráveis para si e suas empresas, tornam-se fornecedores de insumos, máquinas e equipamentos, como também de produtos manufaturados e com maior valor agregado, muitas vezes resultantes dos recursos brutos extraídos daqueles locais, entre outras situações. A industrialização local permanece precária, tanto por falta de recursos suficientes - financeiros, mão-de-obra especializada, tecnologia etc. -, o desemprego e o subemprego são crescentes e os recursos naturais intensamente prejudicados, além de outras consequências. O círculo torna-se vicioso, uma vez que, os países, já fragilizados internamente, têm aumentada a dificuldade de crescimento e desenvolvimento econômico e, em decorrência disso, sua população carece de condições básicas que possam melhorar a qualidade de vida, como, por exemplo, saneamento básico, educação e saúde, entre outros.

CAPÍTULO 2 - A EPSJV E AS AÇÕES DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Este capítulo apresenta as características das ações de cooperação internacional brasileira, com ênfase na relação entre países em desenvolvimento, especialmente no âmbito da EPSJV e das instituições de ensino dos Palop.

2.1 A EPSJV E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL COM OS PALOP

A cooperação internacional abriga diversas modalidades, entre elas a cooperação técnica, que constitui importante fonte de disseminação de informações e do conhecimento, contribuindo para alavancar o desenvolvimento econômico e social daqueles países recipiendários das contribuições (IGLESIAS PUENTE, 2010).

Inicialmente a Cooperação Técnica Internacional (CTI) brasileira era pautada, segundo a orientação dos países desenvolvidos, por interesses econômicos, visando captar consumidores e produtos ao mercado local. Entretanto, a partir de 1987, com a criação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC⁹), o país optou por se desvencilhar dessa visão tradicional, vertical, em que prestador e receptor eram tratados em assimetria e com desigualdade, voltando-se para uma relação de parceria entre as partes. Esse posicionamento corrobora o avanço da assistência técnica inicial para a cooperação para o desenvolvimento, em uma ótica substancialmente igualitária e solidária (MENDONÇA JÚNIOR; FARIA, 2015).

A cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD) foi impulsionada pelo

[...] acúmulo de experiências positivas dos países em desenvolvimento passíveis de serem transferidas para outros países com realidades semelhantes [que] fez com que as Nações Unidas desenvolvessem e fomentassem o conceito de '*cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD)*', em contraponto à "*cooperação Norte-Sul*".

Em 1974, foi criada a Unidade Especial para CTPD do PNUD, visando à promoção dessa modalidade de cooperação. Em 1978, as diretrizes elaboradas foram propostas na *Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento* e suas recomendações aprovadas na forma do *Plano de Ação de Buenos Aires* (ABREU, 2013, p. 2) (grifos do autor).

⁹ "A Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que integra a estrutura do Ministério das Relações Exteriores (MRE), tem como atribuição negociar, coordenar, implementar e acompanhar os programas e projetos brasileiros de cooperação técnica, executados com base nos acordos firmados pelo Brasil com outros países e organismos internacionais" (BRASIL, [2012?]).

Iglésias Puente (2010) destaca que, a partir da década de 1970, o Brasil passou a integrar a gama de países atuantes nos esforços de cooperação, mediante oferta de cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD), a qual é também denominada de cooperação horizontal ou cooperação Sul-Sul. O referido autor destaca que a expressão cooperação Sul-Sul, apesar de utilizada em correspondência à cooperação horizontal, apresenta distinção desta, marcadamente por envolver outros aspectos que não só a cooperação técnica, inclusive esforços diplomáticos. A expressão cooperação horizontal também não corresponde, segundo Iglesias Puente (2010), ao intuito de igualdade entre as partes, revelando, em algum momento, um traço de verticalidade na relação entre o prestador e o recipiendário. Contudo, a expressão cooperação horizontal tem sido aceita como apropriada para representar a CTPD.

No Brasil, prevalece a modalidade de cooperação Sul-Sul, que

[...] é entendida como o intercâmbio horizontal de conhecimentos e experiências originados nos países em desenvolvimento cooperantes. A ideia é compartilhar lições aprendidas e práticas exitosas disponíveis no Brasil, geradas e testadas para o enfrentamento de desafios similares ao desenvolvimento sócioeconômico.

As bases da cooperação técnica Sul-Sul são o desenho, a implementação técnica e a gestão compartilhadas de projetos e ações, concretizadas graças ao envolvimento direto e ativo das instituições cooperantes do Brasil e do(s) país(es) parceiro(s) desde a fase de planejamento até o acompanhamento e avaliação de resultados.

Por meio desse trabalho conjunto, busca-se identificar e sistematizar o conhecimento e as competências dos beneficiários da cooperação nos países que fazem parceria com o Governo brasileiro para que, em seguida, tais capacidades sejam aplicadas na geração de soluções locais inovadoras (BRASIL, 2013, p. 13).

No Brasil, a cooperação técnica Sul-Sul admite cinco modalidades distintas, quais sejam (BRASIL, 2013):

- a) cooperação técnica Sul-Sul bilateral, modalidade em que participam dois países parceiros, sendo ambos em desenvolvimento;
- b) cooperação técnica Sul-Sul trilateral, que engloba:
 - cooperação Sul-Sul entre países em desenvolvimento, que permite a participação de três ou mais parceiros, sendo todos eles países em desenvolvimento,

- cooperação Sul-Sul trilateral com país desenvolvido, em que dois países em desenvolvimento cooperam entre si, participando dessa cooperação um terceiro país desenvolvido,
 - cooperação Sul-Sul trilateral com organismo internacional, em cooperam entre si países em desenvolvimento, sendo permitida a participação de dois ou mais países em desenvolvimento, com a participação de um organismo internacional;
- c) cooperação Sul-Sul em bloco, a qual "[...] se dá no âmbito de organizações e/ou arranjos sub-regionais, regionais ou inter-regionais concebidos e integrados por países em desenvolvimento e dos quais o Brasil faz parte" (BRASIL, 2013, p. 15);
- d) cooperação Sul-Sul descentralizada, que "[...] se dá entre dois ou mais entes subnacionais de países em desenvolvimento", podendo apresentar como variação a "[...] 'cooperação cruzada' –, na qual um dos parceiros subnacionais tem origem em um país desenvolvido" (BRASIL, 2013, p. 15).

Desde 2008, o Brasil tem adotado como estratégia na cooperação horizontal a implantação dos chamados projetos estruturantes, que visam a implementação de projetos com impacto estrutural para os parceiros, em oposição à reprodução do modelo tradicional, que apresentam intervenções pontuais. Os projetos estruturantes são caracterizados por sua longa duração e por abarcarem mudanças estruturais na área em questão, visando o aumento do impacto social e econômico sobre o público-alvo da cooperação e maior sustentabilidade dos resultados. A maturação desses projetos, portanto, ocorre em médio ou longo prazos, favorecendo, dessa forma, a conclusão da ação de cooperação (FARANI, [2010?]).

Os projetos estruturantes favorecem a capacitação técnica, a instalação de estruturas físicas, a sustentabilidade das ações desenvolvidas pela cooperação, permitindo a estruturação de setores específicos dos países que participam desse tipo de cooperação (FARANI, [2010?]).

Em relação à cooperação técnica brasileira com o continente africano,

Os setores predominantes são agropecuária (20,5%), saúde (16,7%), formação profissional (11,5%), administração pública e finanças (11,5%), desenvolvimento social (10,3%) e educação (9%). [...].

A CTPD brasileira na África de língua portuguesa se destaca não necessariamente pela quantidade de projetos e atividades desenvolvidas, mas sobretudo pela qualidade das ações empreendidas.

Houve um salto qualitativo importante na cooperação com países africanos a partir de 1998, e a ABC realizou nessa época um esforço especial de identificação e análise das demandas dos PALOP (IGLESIAS PUENTE, 2010, p. 181).

Nesse sentido, o apoio oferecido pelo Brasil, mediante acordos de cooperação contribui para que os Palop melhorem seu desempenho e atinjam a sustentabilidade, de forma a prover melhor qualidade de vida à sua população (ZIMBA; MUELLER, 2008).

Especialmente em relação aos Palop, Nascimento (2009) observa que as ações de cooperação direcionadas a esses países foram fundamentais para a presença brasileira na África. Além disso, o Brasil obteve destaque no processo de descolonização desses países ao reconhecer prontamente sua independência e estreitar suas relações comerciais, políticas e de cooperação.

No âmbito da CTPD, o Brasil coloca à disposição dos parceiros o conhecimento acumulado e a experiência de instituições nacionais, enquadrando-se nesse contexto a participação da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a partir de 1994, pela sua reconhecida *expertise* técnica no setor de saúde. A capacidade de cooperação da Fiocruz foi fortalecida pela instalação de um escritório de representação da instituição na África, localizado em Moçambique (ROA; BAPTISTA E SILVA, 2015).

A Fiocruz implementou várias ações junto à CPLP, notadamente, por meio de cursos de pós-graduação no campo da saúde, entre os quais pode-se citar: mestrado em saúde pública; mestrado em ciências da saúde para as áreas de biologia celular e molecular, biologia parasitária e de medicina tropical; mestrado em biologia parasitária e medicina tropical; especialização em educação profissional em saúde, entre outros (ROA; BAPTISTA E SILVA, 2015).

A ampliação da participação da Fiocruz na cooperação com a CPLP levou ao convite para participar do grupo técnico para a elaboração do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), em conjunto com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal (IHMT), o que resultou na elaboração da primeira versão do documento, que foi aprovado em 2009 (CPLP, 2009).

O PECS/CPLP tem como referência os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e a cooperação para o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, definindo como principal finalidade a “[...] contribuição para o reforço dos sistemas de saúde dos Estados Membros da CPLP, de forma a garantir o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade” (CPLP, 2009, p. 4).

O PECS/CPLP atua em sete eixos estratégicos, que orientam a definição de seus objetivos prioritários, quais sejam:

- 1) Formação e Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde
- 2) Informação e Comunicação em Saúde
- 3) Investigação em Saúde
- 4) Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde
- 5) Vigilância Epidemiológica e Monitorização da Situação de Saúde
- 6) Emergências e Desastres Naturais
- 7) Promoção e Protecção da Saúde (CPLP, 2009, p. 6).

O Eixo 1 - Formação e Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde - levou à criação da RETS/CPLP, como sub-rede da RETS (CPLP, 2009).

O Eixo 2 - Informação e Comunicação em Saúde do PECS/CPLP - prevê, entre os projetos prioritários, a "Estruturação de Bibliotecas de Saúde ou Centros de Documentação em língua portuguesa nas estruturas dos ministérios da saúde e nas instituições de formação de profissionais de saúde", envolvendo a participação dos Palop e do Timor Leste, sob a articulação da Fiocruz (CPLP, 2009, p. 8-9).

Consoante à proposta de atuação desses dois eixos estratégicos, e tomando como referência o conceito de saúde elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o qual afirma que "Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde" (BRASIL, 1986, p. 4), pode-se inferir que a formação de uma força de trabalho qualificada e capacitada para atuar no campo da saúde é fundamental para que a população se aproxime ou atinja esse patamar.

Na educação de técnicos em saúde, a Fiocruz atua por meio da EPSJV, destacando-se entre as principais ações empreendidas: assessoria para a estruturação de formação técnica em biodiagnóstico e manutenção de equipamentos, em Cabo Verde; assessoria para a reestruturação do Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário, em Moçambique; formação de profissionais e apoio à formação docente dos agentes comunitários, em Angola, entre outras. A

ESPJV também é responsável pela coordenação da RETS-CPLP (ROA; BAPTISTA E SILVA, 2015; STAUFFER; NORONHA; RUELA, 2014).

A RETS foi fundada pelo Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba e México, mantendo sua Secretaria Executiva, desde a criação em 1996 até 2001, na Costa Rica. Sua atuação, inicialmente, era voltada para a América Latina (RETS, 2006a).

A EPSJV assumiu a Secretaria Executiva da RETS, a partir de 2005, reativando a rede que se encontrava suspensa desde 2001. A partir de então, a área de atuação da RETS se expandiu, permitindo que em 2009 fosse criada a sub-rede RETS/CPLP e a RETS-Unasul (RETS, 2012). Entre as atribuições da Secretaria Executiva está a responsabilidade por fornecer "[...] apoio técnico e administrativo para o funcionamento da RETS, inclusive para a elaboração e implementação do seu plano de trabalho" (RETS, 2006b).

Em 2013 foi aprovado o Plano de Trabalho para o período de 2014 a 2017, cuja finalidade é

[...] orientar as atividades da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), a serem desenvolvidas em um período de quatro anos (2014-2017), tendo como pressupostos a integração e a articulação, no âmbito da rede, das instituições de ensino voltadas para formação de técnicos em saúde, de modo a produzir, sistematizar e divulgar conhecimentos que venham a subsidiar a elaboração de políticas, programas, planos e projetos de cooperação internacional e fortalecer os sistemas de saúde dos países membros (RETS, 2013, p. 1).

Os objetivos estabelecidos para o período foram:

- a) "[...] Produzir, divulgar e promover o intercâmbio de conhecimentos na área de educação e trabalho dos técnicos em saúde", cujas ações incluem o desenvolvimento de pesquisa multicêntrica para identificar e analisar a oferta de formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países que compõem a Rede, visando o fortalecimento da educação desses trabalhadores; desenvolvimento e fomento de pesquisas, buscando consolidar a produção acadêmica, fornecer apoio à elaboração de políticas públicas e estabelecer cooperação entre as instituições participantes da Rede (RETS, 2013, p. 2);
- b) "[...] Fortalecer, ampliar e difundir a RETS", mediante ação de fortalecimento da Rede nas Américas, Caribe, Europa e África (RETS, 2013, p. 4);

- c) "[...] Aprimorar e ampliar as ações de comunicação no âmbito da RETS", por meio do desenvolvimento e aprimoramento de mecanismos que propiciem a produção de informação e a comunicação entre os participantes, a Rede e o público externo (RETS, 2013, p. 4).

A EPSJV, desde a sua idealização, buscou oferecer um ensino técnico que congregasse teoria e prática, favorecendo a instrumentalização profissional e a capacitação intelectual, com um ensino que formasse profissionais de nível médio de maneira ampla e integral, ou seja, baseado na politecnicidade. Para tanto, foi estabelecido que a escola poderia contar com a estrutura da Fiocruz, conformando, assim, um espaço para a teoria em salas de aula e outro para a prática no *campus* da instituição. A *expertise* acumulada pela Fiocruz em diversos ramos da educação em saúde constituiu importante suporte para a excelência proposta na formação de técnicos em saúde (MALHÃO; CORTES; LIMA, 2015).

2.2 AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO NOS PALOP

Em relação às instituições de ensino nos Palop deve-se ressaltar que Portugal não previu ou articulou qualquer ação para a educação da população local durante grande parte do período colonial. A partir da década de 1950 pequena parte da população das colônias portuguesas conseguiu acesso à educação superior fora do seu país de origem, inclusive em Lisboa, quando o governo em tentativa de conter as ações pró-independência, facilitou o acesso de 'assimilados' às suas instituições de nível superior. Um exemplo do desenvolvimento tardio dos países africanos quanto à abertura de escolas de nível superior é o de Angola, que somente em 1962 criou a instituição Estudos Gerais Universitários de Angola, mantido sob a tutela das universidades portuguesas (FONSECA, 2014).

Outro exemplo a ser observado é o de São Tomé e Príncipe que, por ocasião da independência, enviou estudantes para completar sua formação acadêmica na URSS e em Cuba, entre outros países (CUNHA; AGUIAR; APRESENTAÇÃO, 2011).

A despeito da pouca disponibilidade de dados acerca das instituições de ensino nos Palop, a Cooperação Internacional da EPSJV/Fiocruz identifica, por meio dos acordos de cooperação vigentes, 33 instituições distribuídas nos cinco países do grupo distribuídas da seguinte forma: 15 escolas em Angola, uma em Cabo Verde, uma na Guiné-Bissau, 15 em Moçambique e uma em São Tomé e Príncipe.

Em Angola, o sistema educacional é composto por seis subsistemas (SUNDA et al., 2011):

- a) subsistema de educação pré-escolar, que integra a creche e o jardim de infância;
- b) subsistema de ensino geral, que integra o ensino primário, com duração de seis anos, e o secundário, com duração também de seis anos;
- c) subsistema de ensino técnico-profissional, que compreende a formação profissional básica, que ocorre após a 6ª classe do ensino primário, e a formação média-técnica;
- d) subsistema de formação de professores, que é estruturado em dois níveis, sendo o primeiro de formação média normal que é ministrado nas escolas normais e se destina a formar docentes para os cursos de nível médio, e o segundo o ensino superior pedagógico, que é oferecido nos institutos e escolas superiores de ciências da educação;
- e) subsistema de educação de adultos, que se destina a indivíduos com mais de 15 anos de idade e que não cumpriram a escolaridade normal, contemplando o ensino primário (alfabetização e pós-alfabetização) e o primeiro e segundo ciclos do ensino secundário;
- f) subsistema de ensino superior, que contempla a graduação (bacharelado e licenciatura), a pós-graduação profissional em nível de especialização e a pós-graduação acadêmica em níveis de mestrado e doutorado

Neste estudo, todas as unidades selecionadas em Angola se referem a Escolas de Formação de Técnicos de Saúde (EFTS), que são escolas destinadas à formação dos técnicos médios e especialistas de nível médio (SUNDA et al., 2011).

Em Cabo Verde, o sistema de ensino abrange as seguintes etapas (MONTEIRO, 2008):

- a) educação pré-escolar, que complementa a responsabilidade educativa familiar;
- b) educação escolar, que contempla:
 - o ensino básico, com duração de seis anos;
 - o ensino secundário, com duração de seis anos, sendo organizado em três ciclos de dois anos cada um, sendo o segundo ciclo composto por uma via geral - que prepara o aluno para a continuação dos estudos - e

uma via técnica - que prepara o aluno para a vida ativa -, o terceiro ciclo de especialização, também para as vias geral ou técnica;

- o ensino médio é profissionalizante, permitindo a obtenção de qualificação profissional, direcionando o aluno para o mercado de trabalho ou para a continuação da formação técnica;

- o ensino superior, que agrega o ensino universitário e o politécnico;

c) educação extra-escolar, que compreende dois níveis, sendo o primeiro a educação básica de adultos, que inclui a alfabetização e a pós-alfabetização, e o segundo, que inclui a aprendizagem e a formação profissional, orientada para a capacitação e o exercício de uma profissão.

Em Cabo Verde foi identificada uma universidade que mantém ações de cooperação com a EPSJV, cuja atribuição é a formação politécnica em nível superior (MONTEIRO, 2008).

Na Guiné-Bissau, o ensino ocorre em duas modalidades: a formal e a não formal. A modalidade não formal compreende a alfabetização e o ensino de adultos. O ensino formal é distribuído em seis níveis (GRUPO GUINÉ-BISSAU, 2011):

a) pré-escolar, que é destinado a crianças de três a seis anos de idade, sendo opcional e ministrado por uma maioria de auxiliares de educadores não diplomados;

b) básico elementar, que atende crianças de sete a dez anos, sendo obrigatório, contemplando as quatro primeiras classes;

c) básico complementar, que atende crianças de 11 a 12 anos, contemplando as quinta e sextas classes;

d) secundário, que se divide em geral, com três anos de duração (sétima a nona classes), e o complementar, com duração de dois anos (décima e 11ª classes);

e) técnico e profissional, com duração de dois a três anos, oferecendo formação profissionalizante;

f) superior.

A Escola Nacional de Saúde é a responsável pela formação dos trabalhadores da saúde em nível técnico na Guiné-Bissau (GRUPO GUINÉ-BISSAU, 2001).

Em Moçambique foram identificadas 15 instituições para formação de técnicos em saúde, todas vinculadas ao Ministério da Saúde, sendo quatro Institutos

de Ciências da Saúde e 11 Centros de Formação de Saúde (MOÇAMBIQUE, 2011). Apesar da diferença de nomenclatura, não foi possível obter qualquer informação que indicasse distinção entre as instituições.

Os cursos de nível médio são divididos em três categorias (MOÇAMBIQUE, 2011);

- a) cursos de nível médio especializado, que incluem Técnicos Especializados em Oftalmologia, em Cuidados Intensivos de Enfermagem, em Ensino e em Administração em Enfermagem;
- b) cursos de nível médio, que incluem Enfermagem Geral, Saúde Materno Infantil, Medicina Geral, Medicina Preventiva, Odontoestomatologia, Administração Hospitalar, Laboratório, Farmácia, Nutrição, Psiquiatria, Medicina Física e Reabilitação, Instrumentação, Anestesiologia, Otorrinolaringologia, Estatística Sanitária, Radiologia, Manutenção de Equipamento Hospitalar, Administração em Saúde e Vigilância Epidemiológica;
- c) cursos de nível básico, que incluem Enfermagem Básico, Enfermagem de Saúde Materno Infantil, Agente de Medicina Geral, Agente de Medicina Preventiva, Agente de Odontoestomatologia, Agente de Administração Hospitalar, Agente de Laboratório e Agente de Farmácia.

Em São Tomé e Príncipe foi identificada uma unidade, o Instituto de Ciências da Saúde Dr. Victor Sá Machado, que responde pela formação dos técnicos em nível médio. Essa instituição procura atender às necessidades do mercado, porém, com insuficiência no quantitativo de profissionais formados. O país continua enviando estudantes para formação em nível superior no exterior, o que tem se revelado um problema, pois, parte significativa dos estudantes que se dirigem à Europa não retornam ao país (CUNHA; AGUIAR; APRESENTAÇÃO, 2011).

O Quadro 2 apresenta uma relação das instituições de ensino localizadas nos Palop que mantêm ações de cooperação com a EPSJV.

Quadro 2 - Instituições de ensino dos Palop conveniadas com a EPSJV

| País | Cidade | Escola |
|-------------------------|---------------------------------------|---|
| Angola (15) | Luanda | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Luanda |
| | Lubango | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Lubango |
| | Benguela | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Benguela |
| | Lunda Norte | Escola de Formação de Técnicos de Saúde da Lunda Norte |
| | Bié | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Bié |
| | Cabinda | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Cabinda |
| | Caxito | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Caxito |
| | Cunene | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Cunene |
| | Huambo | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Huambo |
| | Kuanza Norte | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Kuanza Norte |
| | Kuanza Sul | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Kuanza Sul |
| | Lunda Sul | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Lunda Sul |
| | Malange | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Malange |
| | Moxico | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Moxico |
| | Uíge | Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Uíge |
| Cabo Verde (1) | Praia | Universidade de Cabo Verde |
| Guiné Bissau (1) | Bissau | Escola Nacional de Saúde |
| Moçambique (15) | Maputo | Instituto de Ciências de Saúde de Maputo |
| | Beira | Instituto de Ciências de Saúde da Beira |
| | Quelimane | Instituto de Ciências de Saúde de Quelimane |
| | Nampula | Instituto de Ciências de Saúde de Nampula |
| | Chicumbane | Centro de Formação de Saúde de Chicumbane |
| | Inhambane | Centro de Formação de Saúde de Inhambane |
| | Massinga | Centro de Formação de Saúde de Massinga |
| | Nhamatanda | Centro de Formação de Saúde de Nhamatanda |
| | Chimoio | Centro de Formação de Saúde de Chimoio |
| | Tetê | Centro de Formação de Saúde de Tete |
| | Mocuba | Centro de Formação de Saúde de Mocuba |
| | Pemba | Centro de Formação de Saúde de Pemba |
| | Mocimboa da Praia | Centro de Formação de Saúde de Mocimboa da Praia |
| | Lichinga | Centro de Formação de Saúde de Lichinga |
| Cuamba | Centro de Formação de Saúde de Cuamba | |
| São Tomé e Príncipe (1) | São Tomé | Instituto Ciências de Saúde Dr. Victor Sá Machado |

Fonte: elaborado pelo autor segundo informações cedidas pela Coordenação de Cooperação Internacional da EPSJV, 2013.

Assim, a importância da cooperação técnica internacional para os Palop decorre, principalmente, da situação presente nesses países, envolvendo dificuldades relativas aos efeitos das guerras civis e problemas herdados do período colonial, que dificultam a geração de experiência e condições para promover melhoras na saúde da população. Essas dificuldades são aumentadas pelo baixo nível educacional, falta de saneamento básico e de infra-estrutura local, adicionadas às dificuldades decorrentes da inadequação dos sistemas e dos serviços de saúde. Esse contexto torna clara a dependência da transferência de tecnologias e conhecimentos organizados de outros países.

CAPÍTULO 3 - BIBLIOTECAS: A FUNÇÃO ESPERADA E O RETRATO REAL

A palavra biblioteca tem origem grega, procedendo

[...] do vocábulo grego *bibliotheca* (de *biblio*, livro, e *theke*, estojo, compartimento, escaninho onde se guardavam os rolos de papiro ou pergaminho, por extensão a estante e, finalmente, o lugar das estantes com livros) passou a ser forma dominante na língua portuguesa apenas no começo do século 19 (LEMOS, 1998, p. 348).

Entretanto, Mey (2004) questiona a tradução de *biblio* como livro, uma vez que o suporte originalmente utilizado para registro e armazenamento de dados e informações era constituído por rolos de papiro. Segundo o referido autor,

O papiro, este sim, vinha da cidade fenícia de Biblos (hoje no Líbano), o que nominou o tipo de suporte em grego. Portanto, qualquer ligação entre o suporte e a profissão não se dá através da etimologia, mas através da própria imagem que se dá a nossas bibliotecas (MEY, 2004, p. 74).

Santos (2012) explica que as primeiras bibliotecas guardavam grandes diferenças entre si, marcadamente, pelo tipo de suporte que utilizam para a constituição do acervo. A sua função inicial era de promover a guarda e a preservação do acervo e não de torná-lo acessível à população. Isso decorre do fato de que havia maior tradição na transmissão oral do conhecimento, uma vez que poucos indivíduos tinham conhecimentos acerca de leitura e escrita (MORIGI; SOUTO, 2005).

As primeiras bibliotecas, na Antiguidade, utilizavam como suporte tabuletas de argila, rolos de papiro e pergaminhos. No período medieval os suportes adotados continuaram sendo os rolos de papiro e os pergaminhos. Os rolos de pergaminho foram substituídos por folhas desse material, que eram costuradas para formar os códices, em formato semelhante aos livros atuais. Na Idade Média surgiram as primeiras bibliotecas universitárias, com acervo composto por livros manuscritos. Ao fim da Idade Média e início do Renascimento a difusão da impressão por tipos móveis possibilitou a impressão de livros em papel, facilitando o acesso da população e reduzindo o custo desses exemplares (MORIGI; SOUTO, 2005).

As bibliotecas, com o decorrer do tempo, sofreram transformações expressivas. Inicialmente, as bibliotecas eram geridas por monges e o acesso era restrito aos membros da Igreja, sendo seu acervo composto por livros pesados e

grandes. Com o passar dos anos, a biblioteca foi ampliada, tanto no seu acervo, quanto na facilidade de acesso dos interessados, tornando-se uma instituição "[...] fornecedora de informação em diferentes formatos" (MORIGI; SOUTO, 2005, p. 189).

O trabalho nas bibliotecas, até o século XIX, era exercido por eruditos e escritores, que não possuíam conhecimentos específicos. As bibliotecas modernas, com a evolução dos meios de suporte, como ainda, do nível de exigência do público e de especialização do acervo, contam com o concurso de bibliotecários para sua gestão e atualização do acervo, entre outras funções. Após a Segunda Guerra Mundial, as bibliotecas passaram a incorporar também computadores e recursos de informática, que contribuíam para a exigência de profissionais com conhecimentos especializados (MORIGI; SOUTO, 2005).

Atualmente as bibliotecas contam com recursos tecnológicos que possibilitam ao profissional comunicar-se com os usuários virtualmente; agilizar o processamento técnico; disponibilizar documentos em formato eletrônico, podendo ser acessado por inúmeros usuários ao mesmo tempo em qualquer lugar do mundo; ou até mesmo criar uma biblioteca totalmente digital. [...]. Hoje, o objetivo de uma biblioteca é disponibilizar informação (MORIGI; SOUTO, 2005, p. 193).

As bibliotecas são definidas como:

S. f. 1. Coleção pública ou privada de livros e documentos congêneres, organizada para estudo, leitura e consulta. **2.** Edifício, ou recinto, ou local onde se instala essa coleção. **3.** Estante ou outro móvel onde se guardam, ordenam ou arquivam livros, fitas magnéticas, etc. (FERREIRA, 1999, p. 295).

Essa definição demonstra que assumem o mesmo nome tanto o acervo disponível para consulta como o espaço físico que abriga tais documentos. Há também a informação de que os documentos colecionados podem ser mantidos em diferentes suportes, o que abriga a mídia digital, a qual, atualmente, tem adquirido maior expressão devido à necessidade de pouco espaço para o armazenamento de grandes volumes de dados e informações. O uso de mídia digital exige também a disponibilidade de computadores para que esses arquivos sejam consultados, tanto pelos responsáveis pelas bibliotecas como pelos seus usuários. Entretanto, a biblioteca continua guardando como sua finalidade principal propiciar o acesso social à informação, conforme enfatizam Arboit e Bufrem (2011).

Em relação ao papel desempenhado pelas bibliotecas, Fragoso (2002) afirma que:

São muitas, mas invariavelmente distorcidas, as visões que se costuma ter de uma biblioteca. Ora é lugar sagrado, onde se guardam objetos também sagrado (*sic*), para desfrute de alguns eleitos, ora, sob uma óptica menos romântica, é apenas uma instituição burocratizada, que serve para consulta e pesquisa, assim como para armazenar bolor, cupins e traças. Para poucos, aqueles que a freqüentam assiduamente, ela constitui o local do encontro com o prazer de ler, conhecer, informar-se.

[...] a maioria das pessoas desconhece o verdadeiro papel de uma biblioteca em suas vidas e, portanto, na vida da comunidade. E esta afirmação se aplica tanto aos usuários potenciais quanto àqueles que de um modo ou outro têm responsabilidade pelo seu funcionamento (FRAGOSO, 2002, p. 124-5).

Essa visão leva ao subaproveitamento desses espaços, devido às condições precárias em que são mantidas as bibliotecas, como ainda, à sua pouca valorização, inclusive no ambiente acadêmico. Nesse sentido, não raro, faltam bibliotecários, ou o acervo é insuficiente e desatualizado, ou ainda, os usuários se limitam à utilização dos serviços oferecidos em ocasiões em que estes são absolutamente indispensáveis, evidenciando despreparo e desinteresse (FRAGOSO, 2002).

Ao se referir à biblioteca escolar, Fragoso (2002) aponta duas finalidades básicas dessas instituições, quais sejam: a educativa, em que reforça a ação de alunos e professores, e a cultural, em que contribui para a educação formal dos indivíduos.

Wisniewski e Polak (2009) complementam, afirmando que, para a existência e a prestação de serviços, as bibliotecas necessitam de três elementos básicos: bibliotecários, acervo e usuários. O bibliotecário representa o profissional habilitado a organizar o acervo e orientar os usuários. O acervo contribui para atrair e manter os usuários da biblioteca, devendo ser mantido em condições adequadas e atualizado. O usuário representa o objetivo principal da biblioteca, uma vez que é ele que confere dinamismo àquele espaço, utilizando e valorizando o acervo disponível.

Deve-se ressaltar que a pouca representatividade da biblioteca na unidade escolar pode indicar que a educação está se restringindo ao repasse de informações orais pelo professor, ou destas aliadas ao livro didático adotado. Adicionalmente, a ausência do bibliotecário pode comprometer o funcionamento dessa unidade, a sua gestão e a atualização do acervo, entre outros aspectos. Em relação ao acervo, é

importante, pois, é a partir da qualidade e atualidade deste que os usuários terão acesso ao saber socialmente elaborado. Convém considerar, ainda, que é por meio da escrita que se dá a recuperação das pesquisas já realizadas, oferecendo suporte às necessidades de ensino-aprendizagem e ao planejamento didático da instituição e seus professores (GARCEZ, 2007).

Aspectos relativos às condições físicas da biblioteca adquirem importância, na medida em que os usuários precisam de condições adequadas para a leitura e a pesquisa, citando-se, entre tais condições, a necessidade de silêncio, de ambiente térmico confortável e com luminosidade adequada. A instalação de uma biblioteca em local inadequado pode dificultar a permanência dos usuários e trabalhadores no local e comprometer a conservação do acervo (GARCEZ, 2007).

Ao se referir ao papel da biblioteca, Queiroz (2006, p. 51) observa que no contexto educacional compete à biblioteca um importante papel derivado da sua contribuição à educação, representando tal unidade "[...] um suporte, indispensável à educação e cidadania, [...] como fonte de conhecimento e de informação insubstituível, um imprescindível depositário do saber". Para o autor, é indissociável a relação entre biblioteca e educação.

As bibliotecas podem ser de diversos tipos, dependendo da sua finalidade e público a que se destina. Entre os diferentes tipos de bibliotecas pode-se citar: pública, nacional, escolar e universitária.

A biblioteca pública oferece seus serviços e acervo à comunidade em que está localizada, de forma gratuita, atingindo diversos públicos, entre eles, crianças, jovens, adultos, idosos e pessoas com necessidades especiais (BRASIL, [2014?]).

A biblioteca nacional tem a função de reunir e preservar a produção bibliográfica de determinado país (BRASIL, [2014?]).

A biblioteca escolar se encontra inserida em uma unidade escolar, nos diferentes níveis de ensino - pré-escolar, fundamental e médio -, visando atender alunos, professores e trabalhadores daquela unidade. Em alguns casos, a biblioteca estende sua ação aos familiares de alunos e à comunidade no seu entorno. Algumas dessas bibliotecas apresentam serviços especializados, com acervo especializado em determinado assunto ou área do conhecimento, sendo denominadas de bibliotecas públicas temáticas, ou aquelas que têm serviços e acervo direcionados a públicos específicos, tais como crianças, que levam a denominação de biblioteca

pública infantil, ou outros públicos, que recebem a denominação de biblioteca pública especial (BRASIL, [2014?]).

A biblioteca universitária, inserida em uma unidade de ensino superior, busca atender às necessidades de alunos, professores, pesquisadores e da comunidade acadêmica em geral, sendo considerada continuidade da biblioteca escolar (BRASIL, [2014?]).

Atualmente, as bibliotecas digitais e virtuais têm assumido maior expressão no âmbito universitário, devido às transformações tecnológicas, que favorecem a organização, manutenção e atualização do acervo, entre outros aspectos (MORIGI; SOUTO, 2005). Esses meios de armazenagem reduzem o espaço necessário para o acervo, entre outros aspectos, porém, exigem tecnologia compatível (*hardware* e *software*), além de acesso à *Internet*, no caso das bibliotecas virtuais.

Os termos biblioteca digital e biblioteca virtual são considerados sinônimos por alguns autores, devido ao fato de ambas utilizarem tecnologia digital (ARBOIT; BUFREM, 2011). Entretanto, há algumas distinções entre esses dois tipos de bibliotecas, conforme disposto a seguir.

A biblioteca digital é conceituada como aquela que contém informações "[...] apenas na forma digital, podendo residir em meios diferentes de armazenagem, como as memórias eletrônicas (discos magnéticos e óticos), podendo ser acessada em locais específicos e remotamente pelas redes de computadores" (ROSETTO, 2008, p. 103). Nesse tipo de biblioteca, os documentos são gerados ou convertidos para suporte digital, permanecendo o vínculo com o local e o suporte físico destes. O acesso pode ocorrer materialmente ou por meio eletrônico (ARBOIT; BUFREM, 2011).

A biblioteca virtual se distingue da digital, devido ao fato de "[...] que, para existir, depende da tecnologia da realidade virtual, com o uso de software que reproduz o ambiente de uma biblioteca em duas ou três dimensões, criando um ambiente de total imersão e interação" (ROSETTO, 2008, p. 103). Nesse tipo de biblioteca, o acesso é exclusivamente por meio da rede eletrônica, uma vez que não há disponibilidade material dos suportes físicos das informações, sendo que sua existência ocorre unicamente por meio digital (ARBOIT; BUFREM, 2011).

A evolução tecnológica alterou o foco tradicional da biblioteca, que se deslocou da informação para o acesso, mantendo, no entanto, as diferentes formas de suporte dos materiais. Nesse sentido, o acesso a redes virtuais permite maior

socialização e democratização do conhecimento, sua recuperação e o acesso em tempo real a informações e dados, originados em diferentes locais.

Nas instituições formadoras de trabalhadores em saúde dos Palop, relatório elaborado pela WHO (2009b) indica que a precariedade das bibliotecas é um ponto comum, sendo que:

- a) em Angola foi estimada a existência de cerca de dez bibliotecas, sendo uma em cada Escola Técnica Provincial, totalizando cinco escolas; uma na Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, uma na Escola Nacional de Saúde Pública, uma no Instituto Nacional de Saúde Pública e uma no Instituto Médio de Saúde de Moxico. Apenas a biblioteca da Faculdade de Medicina está totalmente estruturada e conta com acesso à *Internet*;
- b) em Cabo Verde foi constatada a existência de computadores no âmbito nacional, regional e distrital, porém, sem indicação da existência de bibliotecas e sua quantidade;
- c) na Guiné-Bissau foi constatada a carência de bibliotecas, livrarias e centros de documentação em geral;
- d) em Moçambique, foi estimada a existência de, aproximadamente, 17 bibliotecas em saúde, distribuídas entre as escolas de ensino superior e médio, que têm cursos na área da saúde, entretanto, não foram citadas as bibliotecas passíveis de controle por ONG e outros órgãos, como, por exemplo, a OMS, o que leva a crer que esse número pode ser superior; os computadores existentes estão alocados nos serviços centrais, sendo que o acesso à *Internet* somente ocorre em cerca de 50% das regiões e distritos locais;
- e) em São Tomé e Príncipe também foi relatada a carência de bibliotecas.

Nos cinco países foi identificada precariedade da infra-estrutura relativa a telecomunicações, eletricidade, equipamentos de informática e acesso à *Internet* (WHO, 2009b). Essas condições dificultam o acesso à informação para os profissionais de saúde, com especial destaque para aqueles que atuam nas zonas rurais desses países. Possivelmente, as condições de difusão do conhecimento e de intercâmbio de informações e materiais também sofrem impacto negativo, uma vez que há dificuldade de comunicação entre os profissionais e as instituições.

Outro fator preocupante, que foi revelado pelo relatório da WHO (2009b) é referente à falta de profissionais com formação específica para atuar nas bibliotecas. Isso induz a que as bibliotecas tenham uma gestão inadequada, acervo insuficiente ou desatualizado, organização e conservação comprometidas, além de desestimular o acesso dos usuários desses espaços.

Para que uma biblioteca cumpra sua finalidade, esta deve contar com um profissional especializado, bibliotecário, para sua gestão adequada, incluindo-se a organização, o controle, a seleção e conservação do acervo, o atendimento e orientação aos usuários, entre outros aspectos. O acervo deve ser atualizado e direcionado para a área de interesse, possibilitando a atualização constante de informações. O espaço deve ser adequado, de forma a oferecer as condições necessárias à organização do acervo, sua conservação e guarda, como ainda, atender à necessidade dos usuários para uso do espaço e das obras disponíveis. Condições térmicas são de especial relevância nesses espaços. A atualização do acervo é dependente de recursos financeiros, com disponibilidade de verbas específicas para tal finalidade. Na contemporaneidade, a informática e o acesso à *Internet* configuram condições imprescindíveis para que o conhecimento se torne acessível a todos os usuários do espaço. A disponibilidade de móveis - cadeiras, mesas, computadores etc. - precisa ser dimensionada de acordo com o número de trabalhadores e usuários.

Ainda, é importante que a biblioteca seja acessível também às comunidades no seu entorno, visando atender ao público em geral e não somente à comunidade acadêmica. A universalização, divulgação e disseminação do conhecimento oriundo das bibliotecas favorecem a educação, contribuindo também para o bem-estar geral dos usuários, o que leva à integralidade do conceito de saúde enunciado pela ONU (1946), de que a saúde é caracterizada pelo bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

A biblioteca agrupa, independentemente da sua tipologia, importantes informações acerca do desenvolvimento humano, desde aquelas históricas até as tecnologias mais avançadas. Esse ambiente permite que se perceba a evolução do conhecimento, sua aplicação e influência na formação do indivíduo. O uso dos recursos disponíveis em bibliotecas permite e auxilia o desenvolvimento integral do indivíduo, uma vez que ele passa a ter contato com um universo amplo de informações que, apesar de disperso geograficamente, se encontra disponível em

um mesmo espaço físico. A biblioteca, mesmo confinada entre paredes e estantes, entre outras formas de limitação, confere amplitude ao raciocínio e às idéias dos usuários.

CAPÍTULO 4 - AS BIBLIOTECAS NAS INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE DOS PALOP

A biblioteca em uma instituição de ensino tem por função oferecer apoio e servir de base aos objetivos da escola, mediante a disponibilidade de materiais para os temas de interesse de professores e alunos, favorecendo a aprendizagem e a disseminação do conhecimento. Para tanto, é importante que a biblioteca disponha de um acervo atualizado, de recursos e espaço adequados, como ainda, de um profissional qualificado para a gestão dessa unidade, organização do acervo e atendimento aos usuários.

Visando conhecer as condições em que se encontram as bibliotecas das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde dos Palop, com as quais a EPSJV mantém parcerias de cooperação internacional, a fim de subsidiar as ações de cooperação desenvolvidas pela EPSJV, no âmbito da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS-CPLP), foi realizada uma pesquisa caracterizada como descritiva, bibliográfica, documental e de campo, com abordagem quali-quantitativa.

A seleção dos participantes obedeceu à participação na RETS-CPLP para cooperação internacional entre as instituições de ensino dos Palop e a Fundação Oswaldo Cruz/EPSJV, constituindo, assim, uma pesquisa censitária¹⁰, uma vez que aborda sem distinção todos os envolvidos no contexto que se pretende conhecer.

A pesquisa de campo foi baseada na aplicação de questionários aos trabalhadores responsáveis pelas bibliotecas e/ou instituições de ensino, buscando caracterizar os recursos disponíveis nessas organizações, seu uso e conservação, os horários de funcionamento dessas instituições e das bibliotecas e a formação desses trabalhadores, entre outros aspectos (APÊNDICE A).

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz/EPSJV e somente após a sua aprovação ocorreu a coleta de dados. Foram assegurados aos participantes, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), a participação espontânea, a desistência a qualquer momento sem penalização ou questionamentos, o sigilo quanto à identidade dos respondentes, mediante

¹⁰ Pesquisa censitária é aquela em que toda a população é investigada (VERGARA, 2004).

apresentação de resultados globais da pesquisa, entre outros aspectos pertinentes à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 2012 (BRASIL, 2012).

O TCLE foi encaminhado aos participantes juntamente com o instrumento de coleta de dados, sendo solicitado o retorno de ambos os documentos assinados e digitalizados, por meio eletrônico.

A coleta dos dados foi feita pelo próprio pesquisador, sendo intermediada pela Coordenação de Cooperação Internacional (CCI) da EPSJV, por meio eletrônico, mediante envio de *e-mail*, contendo o questionário de pesquisa e o TCLE, a cada uma das 33 bibliotecas das instituições de ensino dos Palop com as quais a EPSJV mantém parceria (APÊNDICES A, B).

A análise dos dados foi realizada mediante codificação das variáveis qualitativas, visando promover uma apresentação mais estruturada e favorecer a sua análise em relação com o contexto onde ocorre a atuação dos trabalhadores e se encontram instaladas as bibliotecas. Sob o aspecto quantitativo foram utilizados cálculos de estatística descritiva, buscando dimensionar e comparar os dados levantados, visando traçar um cenário que demonstre as condições dos recursos disponíveis nas instituições selecionadas para estudo.

4.1 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Foram enviados 33 questionários às instituições de ensino técnico de saúde dos Palop, no mês de julho de 2015. O envio ocorreu em 22 de julho, com prazo para devolução até 30 de julho de 2015. Constatou-se, devido à demora e ao baixo retorno dos instrumentos preenchidos, que alguns endereços eletrônicos estavam desatualizados, o que motivou contato com as instituições e solicitação de informações para correção desses endereços. Em 30 de julho foi feito um segundo envio, com prazo para resposta até 10 de agosto de 2015. Novamente, o retorno foi reduzido, motivo pelo qual se fez uma terceira tentativa em 7 de agosto, com prazo até 17 de agosto de 2015. Apesar do prolongamento do prazo, retornaram apenas oito questionários preenchidos, por instituições de cinco países dos Palop, correspondendo a 24,24% do total de 33 questionários enviados. Esses oito questionários constituíram a mostra final analisada neste estudo.

Atendendo a orientação do CEP da Fundação Oswaldo Cruz/EPSJV, foi mantido o sigilo quanto à identidade dos participantes da pesquisa, mediante

apresentação de cada um sob codificação por meio de letras do alfabeto. Assim, os respondentes serão citados pelas letras A, B, C, D, E, F, G e H.

4.1.1 Bloco I - Identificação

A Tabela 7 apresenta os dados referentes ao número de cursos e de alunos das oito instituições pesquisadas, segundo respostas dos participantes da pesquisa.

A ausência da informação de duas (D, E) instituições de ensino dificulta uma estimativa da distribuição dos cursos e de alunos. Entretanto, considerando-se os dados fornecidos pode-se observar que as instituições A e C parecem concentrar a maior quantidade de cursos e de alunos, porém, com uma distribuição média de alunos por curso, bastante distinta (A = 406; C = 304). Convém ressaltar que a instituição de ensino H informou que se encontram em preparação mais dois cursos, com 60 vagas, a serem oferecidas no período 2015-2018.

Tabela 7 - Número de cursos e de alunos das instituições pesquisadas - 2015

| Respondentes | Nº de cursos | Nº de alunos | Média alunos/curso* |
|--------------|---------------|---------------|---------------------|
| A | 4 | 1.623 | 406 |
| B | 8 | não respondeu | - |
| C | 8 | 2.434 | 304 |
| D | não respondeu | não respondeu | - |
| E | não respondeu | não respondeu | - |
| F | 8 | 450 | 56 |
| G | 12 | 864 | 72 |
| H | 2 | 55 | 28 |
| Total | 42 | 5.426 | 129 |

Fonte: elaborada pelo autor, 2015.

*Realizados arredondamentos.

Em relação aos cursos, a Tabela 8 apresenta os cursos oferecidos por cada instituição, segundo informações dos pesquisados.

A maior parte dos 46 cursos informados se concentra em Enfermagem Geral (13,04%), Análises Clínicas/Laboratório (13,04%), Farmácia (10,87%) e Radiologia (8,69%), totalizando 45,64% do total de respostas apresentadas pelos pesquisados. Os demais 25 cursos representam 54,36% do total de respostas apresentadas pelos pesquisados.

Tabela 8 - Cursos ofertados pelas instituições pesquisadas - 2015

| Cursos técnicos | A | B | C | D | E | F | G | H | Total |
|--|---|---|---|---|---|---|----|---|-------|
| Enfermagem geral | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | - | 6 |
| Análises Clínicas/Laboratório | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | - | 6 |
| Farmácia | 1 | 1 | 1 | - | - | 1 | 1 | - | 5 |
| Radiologia | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - | - | - | 4 |
| Estomatologia | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | 2 |
| Oftalmologia | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | 2 |
| Fisioterapia | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | 2 |
| Parteira | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | 2 |
| Nutrição | - | - | 1 | - | - | 1 | 1 | - | 3 |
| Saúde Ambiental | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Enfermagem em Saúde Materna e Infantil | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | 2 |
| Enfermagem em Saúde Mental e Infantil | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| Anestesiologia | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 2 |
| Medicina Preventiva e Saneamento do Meio | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 |
| Estatística Sanitária | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 |
| Medicina Geral | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | 2 |
| Psiquiatria e Saúde Mental | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 |
| Medicina Física e Reabilitação | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 |
| Instrumentação | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 |
| Medicina Preventiva | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 |
| Total de cursos por instituição | 4 | 8 | 8 | - | 4 | 8 | 12 | 2 | - |
| Não respondeu | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 |

Fonte: elaborada pelo autor, 2015.

As instituições pesquisadas informaram horários de funcionamento distintos, conforme apresentado na Tabela 9, a seguir.

Tabela 9 - Horário de funcionamento das instituições pesquisadas - 2015

| Horário de funcionamento | A | B | C | D | E | F | G | H |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6:30h às 20:20h | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| 7:00h às 20:20h | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| 8:00h às 15:30h | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| 8:00h às 17:30h | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| Manhã/tarde/noite | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Não respondeu | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - |

Fonte: elaborada pelo autor, 2015.

As instituições de ensino B e H apresentaram informações sobre funcionamento nos três turnos (manhã, tarde e noite); as instituições F e G

restringiram seu funcionamento até às 20:20h, enquanto as instituições A e C informaram horário parcial de funcionamento (até 15:30h e até 17:30h). Os respondentes D e E não responderam a questão.

Entre os oito pesquisados, sete responderam afirmativamente ao serem questionados sobre a existência de bibliotecas nas instituições (A, B, C, E, F, G, H), sendo que um não respondeu a questão (D).

Entretanto, nas questões específicas sobre as bibliotecas, todos os respondentes dos questionários revelaram atuar como bibliotecários, fornecendo dados sobre sua atuação. Os trabalhadores das bibliotecas das instituições pesquisadas têm idades entre 32 e 55 anos; a maioria (três quartos) é constituída por indivíduos do sexo masculino; predomina a formação acadêmica de nível superior entre esses trabalhadores (três quartos), sendo que apenas um trabalhador (F) declarou ter formação específica para a função, ou seja, formação em Ciências Documentais, Arquivos, Museus e Bibliotecas.

Todos os trabalhadores exercem a função de bibliotecário, trabalhando nas instituições de ensino pesquisadas em intervalos de tempo diferenciados, sendo o menor de três anos (H) e o maior de 15 anos (C), porém, o exercício da função foi relatado em intervalos de seis meses (B) a 15 anos (C).

Em relação ao horário de funcionamento das bibliotecas pode-se observar que há funcionamento parcial, com horários de 7:30h/8:00h às 15:30h/16:00h (A, C, E, H), manhã e noite (B) e horários integrais (6:45h às 20:20h/20:30h; F, G).

4.1.2 Bloco II - Recursos humanos

As características dos recursos humanos atuantes nas bibliotecas são apresentadas na Tabela 10, a seguir.

A quantidade de trabalhadores nas bibliotecas variou entre um e quatro trabalhadores, sendo que apenas um pesquisado declarou ter formação específica para a atividade (F) e cerca de metade (B, D, E, F) desses trabalhadores receberam capacitação para atuar na função. Os pesquisados foram unânimes em reconhecer a necessidade de formação/capacitação para o exercício da função, revelando que o tipo de formação/capacitação necessária envolve aspectos específicos de Biblioteconomia, tais como: técnicas de arquivamento, catalogação, conservação de documentos, informática e organização da biblioteca.

Cumpramos ressaltar que é compreensível o anseio desses trabalhadores por capacitação/formação para exercício da função, uma vez que as bibliotecas propiciam melhorias na formação acadêmica e pessoal dos seus usuários, ampliando o acesso a diferentes fontes de informação. Ainda, o conhecimento específico aumenta a capacidade de gestão dos recursos disponíveis nesse ambiente.

Tabela 10 - Características dos recursos humanos atuantes nas bibliotecas das instituições pesquisadas - 2015

| Descrição | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|--|--|------------------------------------|--|--|---|--|---|
| Quantidade de trabalhadores nas bibliotecas | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 1 |
| Trabalhadores com formação em Biblioteconomia | não | não | não | não | não | sim | não | não |
| Formação dos trabalhadores das bibliotecas | 12ª classe Radiologia (1) não respondeu (1) | não respondeu | Ensino Médio (1) 10ª classe (1) | Ciências Empresariais e Organizacionais (2) não respondeu (1) | Comunicação/Jornalismo (1) Sociologia (1) | Ciências Documentais, Biblioteconomia (1) Assistente Técnica (1) Capacitação em CDU ¹¹ (1) | área administrativa (1) não respondeu (3) | não respondeu |
| Trabalhadores receberam formação/capacitação para atividade | não | sim | não | sim | sim | sim | não | não |
| Necessidade de formação/capacitação dos trabalhadores | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim |
| Tipo de formação/capacitação necessária | arquivo, organização bibliográfica | arquivista, bibliotecário, informática, atendimento ao pessoal | Biblioteconomia | não respondeu | Biblioteconomia, arquivo e conservação de documentos | catalogação, arquivos e organização de bibliotecas | bibliotecário | biblioteconomia, arquivista, informática, audiovisual |

Fonte: elaborada pelo autor, 2015.

¹¹ Classificação Decimal Universal (CDU).

4.1.3 Bloco III - Acervo

O acervo disponível nas instituições pesquisadas revelou disparidade significativa em relação aos tipos e quantidades de materiais, conforme apresentado na Tabela 11, a seguir.

Tabela 11 - Características dos acervos disponíveis nas bibliotecas das instituições pesquisadas - 2015

| Exemplares disponíveis | A | B | C | D | E | F | G | H |
|------------------------|-------|-------|-----|--------|-------|-------------------------------------|-------|-----|
| Livros | 2.000 | 1.109 | 153 | 14.401 | 1.572 | 6.366 | 2.855 | 400 |
| Periódicos | 378 | - | - | - | 67 | 153 títulos/ 8.340 exemplares | - | 100 |
| Boletins | 29 | - | - | - | - | - | - | - |
| Folhetos | 122 | - | - | - | - | - | - | - |
| DVD | - | 22 | - | - | 5 | 3 | - | 5 |
| CD | - | - | - | - | 16 | 17 | - | - |

Fonte: elaborada pelo autor, 2015.

A maior parte do acervo existente nas instituições pesquisadas é composta por livros, sendo que as revistas e periódicos foram informadas apenas nas instituições A, E e F; DVD nas instituições B, E, F e H; CD nas instituições E e F; boletins e folhetos foram registrados apenas na instituição do respondente A.

Outro aspecto importante diz respeito ao idioma dos acervos disponíveis para consulta pelos usuários das bibliotecas. Os respondentes foram unânimes em admitir que a maior parte do acervo disponível nas bibliotecas das instituições pesquisadas é no idioma português, porém, apenas um respondente (B) declarou que a instituição não tem publicações em outros idiomas, enquanto os demais informaram haver obras em outros idiomas. Nas instituições A, B, C e D, a existência de acervo em outros idiomas foi considerada contribuinte no aprendizado dos usuários das bibliotecas, destacando-se que na instituição C o inglês é idioma com o qual se convive com frequência e na instituição C são lecionados cursos para formação em outros idiomas, incluindo-se o mandarim. No entanto, o português foi considerado o idioma preferencial dos usuários das bibliotecas, com exceção do respondente E, que indicou também o espanhol.

A atualização do acervo é um ponto crítico para as bibliotecas. A maior parte (cerca de três quartos) das bibliotecas das instituições pesquisadas (B, D, E, F, G)

foi considerada com acervo desatualizado. Além disso, o acervo dessas bibliotecas foi considerado insuficiente e inadequado (A, B, C,D, E, F, G, H), sendo os motivos mais recorrentes para tais considerações a falta de obras e de obras atualizadas para alguns cursos (A, C, E, F). Três quartos das bibliotecas das instituições pesquisadas (A, B, D, E, G, H) informaram que é liberado o acesso às comunidades locais, enquanto as demais (C, F) não permitem o acesso da comunidade às suas instalações.

4.1.4 Bloco IV - Recursos físicos

Os recursos físicos disponíveis nas bibliotecas também revelaram disparidade em relação a vários aspectos, como pode ser observado na Tabela 12.

Apenas três unidades (B, F, G) entre as oito bibliotecas das instituições pesquisadas, correspondentes a cerca de um quarto da amostra, foram consideradas pelos respondentes como detentoras de espaços adequados. As demais unidades revelaram localização inadequada (E, H), assim como tamanho do espaço (A, C, H) e deficiência nos recursos físicos (B, C, D, E, G, H), prejudicando a distribuição, organização e conservação do acervo, bem como, o atendimento aos usuários. Foi citada também a falta de recursos tecnológicos (fotocopiadoras, impressoras e computadores (C, D, E).

Tabela 12 - Recursos físicos disponíveis nas bibliotecas das instituições pesquisadas - 2015

| Recursos físicos | A | B | C | D | E | F | G | H |
|--|---|---------------------------------------|---|--|--|---|---|--|
| Espaço apropriado | não | sim | não | não | não | sim | sim | não |
| Se não, por quê? | não respondeu | não respondeu | não respondeu | falta de planejamento | está próxima ao gerador, o espaço é pequeno e tem muito barulho | - | - | espaço muito pequeno e compartilhado com um serviço administrativo |
| Tamanho do espaço | 3,5m ² | não respondeu | 14,72m ² | não respondeu | 15m ² | 17x10m ² | não respondeu | 3m ² |
| Estantes para livros | 2 | 28 | 20 | 14 | 1 | 9 | 6 | 3 |
| Estantes para periódicos | - | 3 | 7 | 1 | - | 2 | 1 | - |
| Estantes/armários para materiais especiais | - | 2 | 6 | - | - | 4 | 4 | 1 |
| Mesas para funcionários | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| Cadeiras para funcionários | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| Mesas para usuários | 8 | 8 | 20 | 8 | 8 | 9 | 17 | |
| Cadeiras para usuários | 9 | 14 | 80 | 6 | 16 | 36 | 55 | 6 |
| Salas de estudos | - | 1 | 1 | - | 1 | - | não respondeu | 1 |
| Outros | - | - | 1 estante para recepção de bens pessoais | - | - | sala de informática com computadores | - | - |
| Necessidade de melhorar recursos físicos | não | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim |
| Por quê? | por ser restrito, dificulta atender mais que nove usuários ao mesmo tempo | para melhorar a conservação das obras | para melhor 'apetrechamento' de recursos tecnológicos | a biblioteca carece de armários para CD e DVD, para publicações periódicas, máquina fotocopadora, entre outras | as prateleiras são de madeira, faltam computadores, impressora e fotocopadora etc. | alguns desatualizados, outros em inglês e francês, idiomas não lecionados | a frequência é maior, precisa substituir/aumentar o existente | para permitir a expansão e comodidade dos leitores |

Fonte: elaborada pelo autor, 2015.

4.1.5 Bloco V - Recursos tecnológicos

Os recursos tecnológicos disponíveis nas bibliotecas das instituições pesquisadas são evidenciados na Tabela 13, a seguir.

Cerca de um terço dos pesquisados (B, D, F) declararam que as bibliotecas das instituições têm *software* para gestão do acervo. Todos os pesquisados declararam haver disponibilidade de computadores para os funcionários nas bibliotecas em que atuam, sendo que apenas um terço dos respondentes declararam haver acesso à *Internet* nas bibliotecas (D, G, H). Os demais recursos tecnológicos - impressora, *scanner*, aparelho de TV, de som, de DVD, projetor e computador para usuários - somente foram citados pelo representante de uma instituição pesquisada (F) e alguns desses recursos nas bibliotecas representadas pelos demais pesquisados (B, D, G, H). Todos os pesquisados informaram que as bibliotecas precisam melhorar os recursos tecnológicos disponíveis, enfatizando melhorias para os usuários das instituições de ensino, a gestão do acervo e o acesso à *Internet*.

Ao serem solicitados a apresentar comentários adicionais, somente os pesquisados C, E, F e H se manifestaram. O pesquisado C concentrou suas observações na necessidade de formação em Biblioteconomia para os trabalhadores das bibliotecas, visando a melhoria do atendimento aos usuários, bem como a necessidade de ter acesso a bibliotecas virtuais e de contar com o acervo *on line*, possivelmente, para melhorar a sua gestão. O pesquisado E observou que seria importante uma investigação *in loco* acerca das condições oferecidas pela biblioteca, visando a formulação de recomendações específicas para unidades que apresentem características semelhantes. O pesquisado F ressaltou a importância da formação adequada dos trabalhadores das bibliotecas, a necessidade de troca de experiências interna e externamente, a instalação de salas de leitura e a constituição de um fundo financeiro para que os bibliotecários possam adquirir os materiais necessários e também manter a integridade e conservação do acervo existente. O pesquisado H enfatizou a necessidade de melhorar o espaço físico da biblioteca em que atua, descrevendo que a exiguidade do cômodo não comporta a presença de três pessoas ao mesmo tempo.

Tabela 13 - Recursos tecnológicos disponíveis nas bibliotecas das instituições pesquisadas - 2015

| Recursos tecnológicos | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|---|---|--------------------------------------|--|--|---|---|--|
| Software para gerenciamento do acervo | não | sim | não | sim | não | sim | não | não |
| Se não, como é feito controle | fichas preenchidas manualmente | - | por meio de registros | - | controle manual | - | manualmente, por meio de fichas | por meio de fichas |
| Computador para funcionários | sim | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Acesso à Internet | - | não | - | apenas nos computadores | - | - | sim | sim |
| Impressora | - | 1 | - | 1 | - | 1 | 1 | - |
| Scanner | - | 1 | - | - | - | 3 | - | - |
| Aparelho de TV | - | não | - | - | - | 2 | 1 | 1 |
| Aparelho de som | - | não | - | - | - | 1 | - | - |
| Aparelho de DVD | - | não | - | - | - | 2 | 1 | 1 |
| Projeter | - | não | - | - | - | 21 | 7 | 1 |
| Computador para usuários | - | não | - | 3 | 10 | 13 | 1 | - |
| Outros | - | - | - | - | - | - | - | tela para projeção |
| Necessidade de melhorar recursos tecnológicos disponíveis | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim | sim |
| Por quê | para melhor qualidade e eficácia no trabalho e facilitar a investigação | para melhor desenvolver o trabalho e responder às exigências dos usuários | para melhor atendimento aos usuários | precisa demais computadores para os usuários, aparelho de DVD, entre outros. | precisa melhorar a situação da informática, de internet, software de base de dados, sistema de segurança dos equipamento e acervo etc. | para garantir confidencialidade da informação dos alunos e internet, contendo base de dados universalmente aceita | para acompanhar desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e adequar às novas metodologias | facilitar a criação de uma base de dados que facilitará a gestão do acervo bibliográfico |

Fonte: elaborada pelo autor, 2015.

4.2 DISCUSSÃO

4.2.1 Considerações sobre a amostra pesquisada

O prazo de envio e retorno dos instrumentos de coleta de dados compreendeu 27 dias, prazo considerado superior ao adequado para utilização de meio eletrônico para envio e recebimento. Essa consideração se baseia em dados de Vasconcelos e Guedes (2007) e de Vieira, Castro e Schuch Júnior (2010), que registraram prazos para resposta por via eletrônica de 18 dias e uma semana, respectivamente. Uma das vantagens atribuídas ao envio de questionários para endereços eletrônicos é exatamente a agilidade e rapidez, tanto para envio quanto para resposta.

A taxa de resposta obtida neste estudo foi de 24,24%, que é considerada dentro da média registrada em outros estudos. Vasconcelos e Guedes (2007) citam que a taxa de resposta de questionários enviados pelo correio é de, aproximadamente, 15%, enquanto Vieira, Castro e Schuch Júnior (2010) registraram 25,23% no envio e recebimento de respostas por meio eletrônico. A baixa taxa de retorno de questionários é citada como desvantagem desse tipo de instrumento por diversos autores, como, por exemplo, Gonçalves (2008), Malhotra (2004), Marconi e Lakatos (2005), Mattar (1996) e Weible e Wallace (1998).

Há que se considerar também que falhas relacionadas aos endereços eletrônicos e à dependência de tecnologia se mostram relevantes nesse contexto. O respondente precisa ter acesso a *hardware* e *software* adequados para receber e responder o questionário (MALHOTRA, 2004; VASCONCELOS; GUEDES, 2007; WEIBLE; WALLACE, 1998).

Neste estudo, a baixa taxa de retorno pode estar relacionada a ambos os aspectos mencionados: erros nos endereços eletrônicos e dificuldade de acesso à tecnologia. Essas condições foram evidenciadas quando do primeiro envio do questionário, cuja demora na recepção das respostas motivou a solicitação de informações às instituições pesquisadas e posterior recebimento de nova listagem de *e-mails*. A tentativa de conseguir os endereços eletrônicos atualizados foi operacionalizada por meio de *e-mails* a membros dos ministérios da saúde daqueles países, solicitando apoio e intermediação, como também, por intervenção da Secretaria Executiva da CPLP. Posteriormente, ao analisar as respostas do Bloco V

- Recursos Tecnológicos, percebeu-se que apenas uma instituição relatou acesso à Internet na biblioteca local. Possivelmente, esses fatores tornaram mais difícil, para os bibliotecários, o recebimento e a devolução do instrumento de coleta de dados.

4.2.2 Considerações sobre os resultados da pesquisa

Em relação ao número de cursos e alunos de cada instituição foi impossível tecer qualquer comentário, dada a disparidade entre elas e a abstenção de respostas. Contudo, foi possível observar que há uma diversidade de cursos ofertados pelas instituições de ensino, que, possivelmente, buscam suprir as necessidades locais, uma vez que a qualidade da formação e o desequilíbrio geográfico na distribuição de RHS foram evidenciados em todos os países dos Palop (DUSSAULT et al., 2010; OMS, 2008, 2009a, 2009b; 2009c; NEVES; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010; SIDAT; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010; SILVA; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010).

O horário de funcionamento das instituições de ensino foi diversificado, sendo possível observar o funcionamento parcial em algumas delas. Isso, possivelmente, reflete na reduzida oferta de vagas. Porém, deve-se levar em consideração que pode haver falta de professores e/ou instrutores para suprir a demanda de cada local (NEVES; FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010; OMS, 2008).

Em relação ao horário de funcionamento das bibliotecas, observou-se que apenas a instituição do respondente H revelou funcionamento em horário inferior ao da instituição de ensino, de forma que, isso pode levar ao prejuízo de alguns alunos, que ficam impedidos de utilizar os recursos disponíveis no local, além de comprometer a finalidade educativa da biblioteca (FRAGOSO, 2002; QUEIROZ, 2006).

Acerca dos responsáveis pelas bibliotecas pode-se observar que são adultos jovens, a maior parte composta por indivíduos do sexo masculino, com formação, em sua maioria, de nível superior e tempo de trabalho significativo nas instituições. O exercício da função também mostrou estabilidade desses profissionais na função.

A quantidade de trabalhadores nas bibliotecas foi variada (1 a 4), não parecendo haver relação entre a quantidade de cursos e alunos para o dimensionamento de pessoal. Apenas um desses trabalhadores revelou ter formação em Biblioteconomia, a metade afirmou ter recebido alguma

formação/capacitação para atuar na função, porém, todos foram unânimes em admitir que há necessidade de formação/capacitação para os trabalhadores das bibliotecas. O tipo de formação/capacitação citado pelos pesquisados foi relativo à função da própria biblioteca e o exercício da função. A fragilidade da formação acadêmica parece ressaltada nesse aspecto, corroborando as informações de diferentes autores acerca da baixa qualidade e da falta de acesso ao ensino nos Palop (FRONTEIRA; GUERREIRO; DUSSAULT, 2010; LORENZONI, 2008; MORIGI; SOUTO, 2005; OMS, 2008, 2009a).

O acervo disponível nas bibliotecas é, majoritariamente, composto por livros, em maior parte no idioma português. Porém, são registradas obras em outros idiomas, que, nem sempre, são apropriadas aos cursos ou ao uso pelos alunos. Isso decorre, especialmente pelo fato dessas instituições receberem doações de diversos países de língua estrangeira, por meio de diversos acordos de cooperação (IGLESIAS PUENTE, 2010).

Em termos gerais, a qualidade do acervo disponível nas bibliotecas pesquisadas é baixa, devido ao fato de haver edições muito antigas, exemplares insuficientes e de obras relacionadas a diversos cursos. Isso indica que, possivelmente, não há verba ou, pelo menos, se houver, que há insuficiência para a atualização desse acervo. Tal fato pode, inclusive, demonstrar que a biblioteca é subestimada em sua importância ou mesmo relegada a planos inferiores no planejamento e distribuição de recursos (FRAGOSO, 2002).

Outros aspectos que corroboram as deficiências existentes nas bibliotecas são referentes à sua localização inadequada, espaço restrito e mobiliário insuficiente e inadequado, afetando a organização e a conservação do acervo, assim como as condições de trabalho e o atendimento aos usuários (FRAGOSO, 2002).

Os recursos tecnológicos são absolutamente escassos, observando-se que algumas instituições permanecem realizando a gestão do acervo manualmente e apenas três delas informaram ter acesso à *Internet*. O acesso à Internet parece ser precário e não disponível para todos os trabalhadores e usuários. No contexto educacional, isso resulta em limitação na atualização das informações e no desenvolvimento acadêmico (MORIGI; SOUTO, 2005). A necessidade de melhoria dos recursos tecnológicos foi confirmada por todos os pesquisados, revelando o reconhecimento das limitações existentes no exercício da função e dos serviços prestados.

A consecução da pesquisa revelou que as bibliotecas das instituições de ensino técnico dos Palop, no âmbito dos respondentes, se encontram em situação de vulnerabilidade e com sua função comprometida. Esses aspectos são evidenciados pela qualidade do acervo disponível, como ainda, por menções a dificuldades de conservação, disposição, organização e controle desses itens.

Ainda no que diz respeito ao acervo, a origem da maior parte desses materiais parece ser a doação, o que atende muito mais aos interesses do doador, do que à necessidade dos receptores. Parece haver falta de conhecimento ou interesse desses doadores quanto às reais necessidades e cursos realizados nas escolas que recebem as doações. A falta de conhecimento de parte significativa dos alunos em idiomas estrangeiros (inglês, francês e espanhol, entre outros) parece não ser relevante para os doadores de obras impróprias para uso, ou talvez, os receptores sejam considerados depositários de obras que não mais interessem aos doadores, sendo a doação uma forma de 'mascarar' o expurgo de obras literárias indesejadas nesses locais.

Em relação à composição e atualização do acervo, cumpre ressaltar que, além de atender às especificidades técnicas dos cursos oferecidos pela escola, deve estar articulado às concepções pedagógicas que orientam sua atuação. “Se o que se almeja é, por exemplo, a formação integral dos futuros trabalhadores em saúde, a biblioteca deverá contar, além das obras técnicas específicas, com obras de conhecimentos gerais”¹², tais como: arte, literatura, história, política, entre outras, contribuindo para o desenvolvimento de um raciocínio crítico e valorativo das ações desenvolvidas e seu reflexo na vida individual e coletiva, mostrando a implicação da responsabilidade de cada um na conformação da sociedade.

A função da biblioteca nos Palop, consoante o seu papel de suporte pedagógico segue, nessa perspectiva, cada vez mais fragilizada, devido à precária contribuição e ao conflito com a proposta educacional contemporânea.

A ausência de conhecimentos específicos para atuação nas bibliotecas é reconhecida pelos pesquisados, o que indica que mesmo a oferta de capacitação foi insuficiente para prover esses trabalhadores dos conhecimentos necessários à função. Essa falta de conhecimento é acompanhada pela falta de recursos

¹² PRONKO, M. A. Informação verbal. 2016.

humanos, físicos e tecnológicos nas unidades representadas pelos pesquisados, pois há forte evidência de subdimensionamento desses recursos.

A dificuldade de acesso à *Internet* parece incomodar a todos os pesquisados, seja pela sua ausência, seja pela limitação. Essa tecnologia é especialmente atraente, uma vez que possibilita o acesso a diferentes meios de informação, acadêmicos ou não. Isso pode configurar um problema adicional, uma vez que as estruturas de comunicação e de controle parecem frágeis. Na vigência dessa fragilidade como seria possível instalar e liberar o acesso à rede mundial de computadores, delimitar o seu uso em pesquisa acadêmica e excluir a rede social e outros tipos de interesse e acessos indevidos? O nível de conscientização e de formação dos gestores das bibliotecas precisaria ser aprimorado, assim como as ferramentas de controle e de fiscalização.

Em suma, a fragilidade dessas instituições foi bastante evidenciada, requerendo ações específicas para sua mitigação, conquanto se leve em consideração o perfil de cada país e de cada instituição de ensino, além das limitações de recursos financeiros, materiais e da força de trabalho.

REFLEXÕES FINAIS

A abordagem aos Palop e às condições das bibliotecas das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde permitiram algumas conclusões acerca do tema em estudo.

No primeiro capítulo foi apresentada uma visão geral das condições de cada país do grupo e da formação dos técnicos em saúde, o que demonstrou que esses países enfrentaram dificuldades internas e externas no período pós-independência e que um dos grandes desafios que ainda permanece é melhorar qualitativa e quantitativamente os RHS. Ademais, há escassez de informações sobre a formação, o quantitativo e a distribuição desses profissionais nos países, de forma que não se conseguiu evidenciar as condições em que são formados os técnicos em saúde nessas localidades.

No segundo capítulo foi apresentada a cooperação técnica e a EPSJV, demonstrando que o Brasil contribui de forma horizontal com os Palop, participando da CTPD, sendo que, no contexto deste estudo, são evidenciadas a *expertise* e a participação da Fiocruz e da EPSJV. A EPSJV atua especialmente na formação dos trabalhadores técnicos em saúde, sob a perspectiva da politecnia. A EPSJV também é responsável pela coordenação da RETS-CPLP.

No terceiro capítulo foram apresentados aspectos relativos às bibliotecas, evidenciando que, ao longo da história, a importância dessas unidades como repositório de conhecimentos foi reconhecida, porém, continuam a ser relegadas a segundo plano. A pouca relevância concedida por governos e gestores de instituições de ensino prejudica a conservação e o desenvolvimento das bibliotecas. Em geral, esses estabelecimentos sofrem com a falta de verbas, a precariedade das instalações e o descaso com o acervo, entre outras condições.

O quarto capítulo, apresentou os resultados e a discussão da pesquisa de campo, permitindo que se respondesse os objetivos propostos no estudo, demonstrando que:

- a) os trabalhadores atuantes nas bibliotecas dos Palop têm formação acadêmica distinta da exigida pela função, na maior parte, em nível superior, porém, reconhecendo que carecem de formação/capacitação adequada para suas atividades laborais;

- b) os recursos físicos e tecnológicos disponíveis nas bibliotecas são precários e insuficientes, notadamente, por falta de espaço e equipamentos, o que pode se relacionar à falta de planejamento e escassez de recursos financeiros;
- c) o acervo existente nas instituições pesquisadas é de baixa qualidade, insuficiente em quantidade e adequação aos cursos ofertados, o que pode se relacionar também à insuficiência de planejamento e de recursos financeiros para aquisição e conservação desses itens, e, talvez, a uma certa acomodação à oferta de obras provenientes dos acordos de cooperação, que, não raro, se revelam impróprios para o fim a que se destinam.

Consoante o objetivo geral proposto no estudo, convém destacar que as condições apresentadas pelas bibliotecas pesquisadas são insuficientes para oferecer suporte à formação da força de trabalho em nível técnico, como ainda, para subsidiar a atividade docente, uma vez que, além da insuficiência e desatualização das obras disponíveis, há também precariedade nas instalações, mobiliário e equipamentos disponíveis.

Convém ressaltar que uma limitação importante do estudo foi o pequeno número da amostra analisada, porém, diante do histórico dos países do grupo dos Palop é bastante provável que essa situação encontre semelhança nas demais instituições que não participaram da pesquisa. Contudo, recomenda-se cautela no uso e na extrapolação dos resultados obtidos.

A importância da biblioteca como recurso pedagógico tem sido pouco evidenciada, porém, a oportunidade que esse espaço oferece aos usuários, especialmente estudantes, precisa ser melhor utilizada. Nesse sentido, docentes precisam assumir esse espaço como importante recurso para elaboração de seu planejamento e incentivar os alunos a buscarem os recursos disponíveis por meio de consulta a materiais organizados em diferentes tipos de suporte. Por outro lado, as próprias instituições de ensino relegam a segundo plano a constituição desses espaços e a sua atualização. Especialmente, na educação técnica, em que se torna cada vez mais relevante a conjugação de teoria e prática, a biblioteca permite o conhecimento de ambos os aspectos, por meio do acesso a experiências de outros pesquisadores que expõem suas práticas e resultados.

A biblioteca deixa de ser entendida como recurso para a facilitação do processo de ensino-aprendizagem quando não é utilizada como recurso pedagógico, quando seu uso não é incentivado, ou mesmo quando não é gerida adequadamente e seu acervo e instalações são preteridos ou ignorados. Entretanto, é importante enfatizar que a sua precariedade é sentida e foi demonstrada neste estudo, mediante observações dos pesquisados acerca, principalmente, da baixa qualidade atribuída ao acervo disponível. A sua influência na formação da força de trabalho de nível técnico não pode, portanto, ser dimensionada.

Contudo, no âmbito da saúde, campo em que as informações evoluem rapidamente, o acesso a material atualizado pode contribuir para a adoção de práticas mais relevantes e criativas, favorecendo atuação eficiente e efetiva nas questões de saúde pública. No contexto dos Palop, a saúde carece de ações básicas e poderia ser favorecida com o conhecimento de experiências bem-sucedidas em outros locais, provenientes de países que já enfrentaram ou enfrentam situações semelhantes. A biblioteca, nesse sentido, seria uma influência altamente positiva, permitindo o acesso a informações atualizadas e já experienciadas, com demonstração de erros e acertos, além da possibilidade de reprodução de bons resultados ou de adaptação de experiências já realizadas. Para isso, a atenção constante à sua finalidade e ao perfil dos usuários deveriam ser a base da valorização necessária a esse espaço e à formação dos alunos. Ainda, o custo econômico da manutenção de uma biblioteca adequada a diferentes níveis de formação poderá ser inferior àqueles demandados por práticas inadequadas e/ou obsoletas, especialmente, no campo da saúde. A valorização da biblioteca precisa, assim, ser medida também pelo seu efeito econômico na prática da atenção à saúde.

A consecução deste estudo permitiu levantar algumas indagações que poderão subsidiar novas pesquisas, aprofundando alguns aspectos pouco evidenciados, tais como:

- a) levantar informações acerca das demais bibliotecas das instituições de ensino em nível técnico dos Palop, visando construir um diagnóstico mais apurado da sua situação;
- b) verificar como são selecionados, formados e capacitados os trabalhadores das bibliotecas nessas instituições;

- c) identificar a forma de alocação de recursos para a manutenção das bibliotecas;
- d) analisar a pertinência do acervo e da estrutura oferecida pelas bibliotecas aos seus usuários, visando identificar aspectos que poderão ser otimizados e melhor aproveitados em benefício da formação acadêmica;
- e) levantar informações sobre a cooperação técnica e sua influência na constituição do acervo das bibliotecas, buscando identificar meios para ajustar a contribuição às necessidades locais de usuários, docentes e instituições de ensino.

Espera-se que este estudo, a despeito das limitações impostas pela reduzida amostra, possa oferecer informações passíveis de serem utilizadas pela CTI da Fiocruz/EPJSV para subsidiar a elaboração e/ou revisão de políticas públicas de cooperação, melhorando a difusão de conhecimento para tratamento de acervos e gestão de biblioteca entre os Palop e outros países com os quais a instituição atue em cooperação técnica.

REFERÊNCIAS

ABREU, F. J. M. A evolução da Cooperação Técnica Internacional no Brasil. **Mural Internacional**, v. 4, n. 2, p. 1-14, jul./dez. 2013.

ALMEIDA, P. H. F.; SANTOS, H. R. **Os pressupostos teóricos e a prática do professor**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO: POLÍTICAS E TEORIAS, Nov. 2003, São Paulo. Disponível em: <<http://www.uninove.br/PublishingImages/Mestrados%20e%20Doutorados/edul%20seminarioP%C3%94STER%204.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.

AMIN, S. Geopolítica do imperialismo contemporâneo. **Novos Rumos**, a. 21, n. 45, encarte, p. 1-30, 2006.

AMIN, S. O imperialismo, passado e presente. **Tempo**, n. 18, p. 77-123, 2005.

ARBOIT, A. E.; BUFREM, L. S. **O enfoque social dos novos conceitos de biblioteca**: análise da produção periódica nacional do campo da ciência da informação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA, DOCUMENTAÇÃO E CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 24., 7-10 ago. 2011, Maceió. Disponível em: <<http://www.febab.org.br/congressos/index.php/cbbd/xxiv/paper/view/509>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

ARRUDA, M. C. C. Trabalho e educação no cenário contemporâneo. In: SEMINÁRIO DO TRABALHO, 7., 24-28 mai. 2010, Marília/SP. **Anais...** Marília, SP: Unesp, 2010. p. 1-17. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/Maria_da_Conceicao_Calmon_Arruda_A_relacao_trabalho_educacao_no_cenario_contemporaneo.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Biblioteca Nacional. Sistema Nacional de Bibliotecas Públicas. **Tipos de bibliotecas**. [2014?]. Disponível em: <<http://snbp.culturadigital.br/tipos-de-bibliotecas/>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8º Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. 17-21 mar. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2014.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Manual de gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul**. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2013.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Sobre a ABC**. [2012?]. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/SobreAbc/Introducao>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BUZA, J. L. C. **No Fútila, no Mayombe**: modernidade, desenvolvimento e riscos no tempo de paz em Cabinda - Angola. 2011. 182f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

CAMPELLO, A. M. M. B.; LIMA FILHO, D. L. Educação profissional. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 175-182.

CARVALHO, C. S. P. **Guiné-Bissau**: a instabilidade como regra. 2014. 166f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política Cidadania e Governação) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2014.

CASTELO, C. "Novos Brasis" em África: desenvolvimento e colonialismo português tardio. **Varia História**, v. 30, n. 53, p. 507-532, mai./ago. 2014.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. **Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP)**. 2009. Disponível em: <<http://www.cplp.org/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CONCEIÇÃO, T. et al. Colonização nasal por MRSA nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Timor-Leste. **Salutis Scientia**, v. 6, p. 8-16, mar. 2014. Disponível em: <<http://WWW.salutisscientia.esscvp.eu>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

CRUZ, G. S. P. V. **A democracia em S. Tomé e Príncipe, instabilidade política e as sucessivas quedas dos governos**. 2014. 69f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2014.

CUNHA, C.; AGUIAR, E. H.; APRESENTAÇÃO, P. **Políticas públicas de educação profissional em saúde República Democrática de São Tomé e Príncipe**. Seminário (Especialização em Educação Profissional em Saúde para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) - Fiocruz/EPSJV, Rio de Janeiro, 2011.

DUSSAULT, G. et al. (Ed.). **Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)**. Geneva: WHO, 2010. 126p.

DUSSAULT, G.; FRONTEIRA, I. Síntese sobre a situação dos RHS nos PALOP. In: DUSSAULT, G. et al. (Ed.). **Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)**. Geneva: WHO, 2010. p. 108-118.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). **Diretrizes para o desenvolvimento de cooperação técnica com os Palop**. [200-]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/CoopInterDoc/diretrizes_para_o_desenvolvimento_de_cooperacao_tecnica_com_Palops.pdf>. Acesso em: 30 set. 2013.

- FARANI, M. Definição e implementação de projetos estruturantes para o fortalecimento institucional haitiano. In: BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Brasil - Haiti Programa de Cooperação Sul-Sul**. [2010?]. Disponível em: <<http://repiica.iica.int/DOCS/B2173P/B2173P.PDF>>. Acesso em: 15 nov. 2015.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. totalm. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FERRETTI, C. J. Considerações sobre a apropriação das noções de qualificação profissional pelos estudos a respeito das relações entre trabalho e educação. **Educação & Sociedade**, v. 25, n. 87, p. 401-422, mai./ago. 2004.
- FONSECA, D. J. Cooperando com a África: Portugal e Brasil - o papel das universidades e de outras redes socioculturais, o caso de Angola. **O público e o privado**, n. 23, p. 55-72, 2014.
- FRAGOSO, G. M. Biblioteca na escola. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, v. 7, n. 1, p. 124-131, 2002.
- FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais? **RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação**, v. 4, n. 1, p. 78-85, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 1 out. 2013.
- FRONTEIRA, I.; GUERREIRO, C.; DUSSAULT, G. Ponto da situação para ANGOLA. In: DUSSAULT, G. et al. (Ed.). **Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)**. Geneva: WHO, 2010. p.16-33.
- GARCEZ, E. F. O bibliotecário nas escolas: uma necessidade. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, v. 12, n. 1, p. 27-41, jan./jun. 2007.
- GONÇALVES, D. I. F. Pesquisas de marketing pela Internet: as percepções sob a ótica dos entrevistados. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 9, n. 7, p. 70-88, 2008.
- GOVERNO DA GUINÉ-BISSAU. **O país**. 2015. Disponível em: <http://www.gov.gw/index.php?option=com_content&view=article&id=393&Itemid=1804&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2015.
- GRUPO GUINÉ-BISSAU. **Seminário**. (Especialização em Educação Profissional em Saúde para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) - Fiocruz/EPJSV, Rio de Janeiro, 2011.
- GUINÉ-BISSAU.COM. **Visão geral**. [200-]. Disponível em: <<http://www.guine-bissau.com/portal.aspx?lmenuid=10&link=public/pagecontainer.ascx&pageid=3&menuindex=1>>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- HERNANDEZ, L. M. G. L. **A África na sala de aula**: visita à história contemporânea. 4. ed. São Paulo: Selo Negro, 2008. 678p.

IGLESIAS PUENTE, 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: Funag, 2010. 340p.

INDOAFRICAN. **Angola - Country Profile**. [200-]. Disponível em: <<http://www.indoaffrican.org/angola.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

KAMII, C. **A criança e o número**. São Paulo: Papirus, 1991.

LAINS, P. Causas do colonialismo português em África, 1822-1975. **Análise Social**, v. 33, p. 463-496, 1998.

LEANDRO, N. D. **Desafios da sociedade do conhecimento para os bibliotecários**: educação continuada e vida profissional. 2012. 116f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Fumec, Belo Horizonte, 2012.

LEITÃO, L. M. **Lei e ordem**. 25 nov. 2009. Disponível em: <<http://lei-e-ordem.blogspot.com.br/2009/11/regresso-guine-bissau.html>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

LEMO, A. A. B. Bibliotecas. In: CAMPELLO, B. S.; CALDEIRA, P. T.; MACEDO, V. A. A. (Org.). **Formas e expressões do conhecimento**: introdução as fontes de informação. Belo Horizonte: Escola de Biblioteconomia da UFMG, 1998. p.347-366.

LORENZONI, I. **Países de língua portuguesa debatem analfabetismo vão de 10,2% a 63%**. 27 fev. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=9964&internal>. Acesso em: 20 out. 2014.

MALHÃO, A. P.; CORTES, B. A.; LIMA, J. C. F. Escola Politécnica de Saúde: uma utopia em construção. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Caminhos da politécnica**: 30 anos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015. (*no prelo*).

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MANACORDA, M. A. **Marx e a pedagogia moderna**. Trad. Newton Ramos-de-Oliveira. Campinas: Alínea, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, F. D. S. S. **Entre projeto e convivência**. Ser jovem nas periferias pobres do Mindelo, Cabo Verde. 2013. 394f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2013.

MARTINS, M. R. **A cooperação em saúde entre o Brasil e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (2003-2010)**. 2010. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Relações Internacionais) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MAZRUI, A. A.; WONDJI, C. (Ed.). **História geral da África**, VIII: África desde 19353. Brasília: Unesco, 2010. 1272p. v. 8.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**: metodologia e planejamento. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 336p. v. 1.

MENDONÇA JÚNIOR, W.; FARIA, C. A. P. A cooperação técnica do Brasil com a África: comparando os governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Lula da Silva (2003-2010). **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 58, n. 1, p. 5-22, jan./jun. 2015.

MEY, E. S. A. Biblioteca Alexandrina. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 1, n. 2, p. 71-91, jan./jun. 2004.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Recursos Humanos. **Plano Nacional de Formação 2011-2015 por instituição de formação**. Maputo: Ministério da Saúde, 2011.

MONTEIRO, M. L. G. S. **Integração de sistema educativo cabo-verdiano utilizando web services** - o caso das matrículas. 2008. 91f. Monografia - Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Cidade da Praia, 2008.

MORIGI, V. J.; SOUTO, L. R. Entre o passado e o presente: as visões de biblioteca no mundo contemporâneo. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, v. 10, n. 2, p. 189-206, jan./dez., 2005.

NASCIMENTO, F. V. **A política de cooperação técnica brasileira para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa a partir da criação da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, em 1996**. 2009. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Relações Internacionais) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

NEVES, C.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Ponto da situação para a GUINÉ-BISSAU. In: DUSSAULT, G. et al. (Ed.). **Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)**. Geneva: WHO, 2010. p.53-69.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 17, n. 3, p. 61-70, jul./set. 1983.

OBSERVATÓRIO DAS DESIGUALDADES. **Índice de Desenvolvimento Humano: Desaceleração no crescimento nos últimos anos**. 10 out. 2014. Disponível em: <<http://observatorio-das-desigualdades.com/2014/10/10/indice-de-desenvolvimento-humano-desacelacao-no-crescimentos-nos-ultimos-anos/>>. Acesso em: 21 out. 2014.

OLIVEIRA, M. T. C. O encaminhamento histórico do conceito de cooperação técnica internacional no contexto mundial e latino-americano - um estudo introdutório. In: PEREIRA, I. B.; DANTAS, A. V. (Org.). **Estudos de Politécnica e Saúde**: volume 3. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 33-54.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). **Política de mudança e desenvolvimento no ensino superior**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. 98p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 15 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Nacional da OMS Moçambique. **Relatório para o Biênio 2008-2009, da OMS**. Moçambique. Maputo, 2010. 84f.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Regional Africano. **Estratégia de Cooperação da OMS com os países 2009-2013**. Angola. República do Congo, 2009a. 35f.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Regional Africano. **Estratégia de Cooperação da OMS com os países 2008-2013**. Cabo Verde. República do Congo, 2009b. 34f.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Regional Africano. **Estratégia de Cooperação da OMS com os países 2009-2013**. Guiné-Bissau. República do Congo, 2008. 36f.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Regional Africano. **Estratégia de Cooperação da OMS com os países 2008-2013**. São Tomé e Príncipe. República do Congo, 2009c. 46f.

PEREIRA, F. A. L. **Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)**. Relatório de estudo. 2009. Disponível em: <<http://aabdev.files.wordpress.com/2009/05/relatorio-de-estudo-portugal-e-os-palop.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

PEREIRA, G. **O desenho constitucional e a presidencialização do sistema de governo**. Observatório Político, Working Paper #22, fev. 2013. Disponível em: <http://www.observatoriolitico.pt/wp-content/uploads/2013/02/WP_22_GP.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Educação profissional em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 182-189.

PORTAL DO GOVERNO DE MOÇAMBIQUE. **Informação geral sobre Moçambique**. 2006. Disponível em: <<http://www.portaldogoverno.gov.mz/>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Desenvolvimento humano e IDH**. [2012?]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>>. Acesso em: 2 out. 2014.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. **Informe sobre Desarrollo Humano 2014**. Sustener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014es.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2014.

QUEIROZ, A. M. C. **A biblioteca, uma organização sociocultural e instrumento a serviço da educação e cidadania**. 2006. 53f. Monografia (Especialização em Metodologia da Educação Superior) - Faculdade Batista Brasileira, Salvador, 2006.

REDE EPORTUGUÊSE OMS. **As origens e evolução étnico-cultural dos PALOP: Moçambique e São Tomé e Príncipe**. 2011. Disponível em: <>. Acesso em: 8 jan. 2016.

REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE. **Plano de Trabalho 2014-2017**. 2013. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/2013_rets_plano-de-trabalho_2014-2017_pt.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE. **Bases para um plano de desenvolvimento de técnicos em saúde**. 2006a. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/documento_base_01_pt.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE. **Regulamento da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde**. 2006b. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/regulamento_pt.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

REPÚBLICA DE ANGOLA. **O país**. [2011?]. Disponível em: <<http://www.governo.gov.ao/opais.aspx>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

REPÚBLICA DE CABO VERDE. **Dados gerais**. [2014?]. Disponível em: <<http://www.governo.cv/>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

RETS: a história como base para a ação atual. **Rets**, a. 3, n. 13, p. 2-4, jan./fev./mar. 2012.

ROA, A. C.; BAPTISTA E SILVA, F. R. A Fiocruz como ator da política externa brasileira no contexto da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: uma história revelada. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, v. 22, n. 1, p. 153-169, jan.-mar. 2015.

SANCHES, E. Institucionalização dos sistemas partidários na África lusófona - O caso cabo-verdiano. **Cadernos de Estudos Africanos**, n. 20, p. 110-138, 2010.

SANTOS, J. M. O processo evolutivo das bibliotecas da Antiguidade ao Renascimento. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, v. 8, n. 2, p. 175-189, jul./dez. 2012.

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. Instituto Nacional de Estatística. **Contas Nacionais de São Tomé e Príncipe**. 2008. Disponível em: <<http://www.ine.st/Documentacao/InformacoesEstatisticas/Economia/51.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. **Página principal**. [200-]. Disponível em: <<http://kley1984.no.comunidades.net/>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

SAVIANI, D. **Sobre a concepção de politecnia**. Rio de Janeiro: Fiovrz/EPSJV, 1989.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 131-152, 2003.

SIDAT, M.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Ponto da situação para MOÇAMBIQUE. In: DUSSAULT, G. et al. (Ed.). **Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)**. Geneva: WHO, 2010. p.70-93.

SILVA, R. FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Ponto da situação para CABO VERDE. In: DUSSAULT, G. et al. (Ed.). **Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)**. Geneva: WHO, 2010. p.34-52.

SOUZA JR., F. **O nacionalismo africano no caminho para a democracia: a transição do poder colonial para o partido único nos Palop**. Centro de Estudo sobre África e do Desenvolvimento, *Working Paper* 119/2013. Disponível em: <<http://pascal.iseg.utl.pt/~cesa/index.php/menupublicacoes/working-papers>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

STAUFFER, A. B.; NORONHA, A. B.; RUELA, H. C. G. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: 10 anos como Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV, 2014. 184p.

SUNDA, A. et al. **Trabalho de seminário elaborado pelos alunos de Angola**. Curso de Especialização em Educação Profissional em Saúde para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, Fiovcruz/EPSJV, Rio de Janeiro, 2011.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of State. Bureau of Economic and Business Affairs. **2013 Investment Climate Statement - Cape Verde**. April 2013. Report. Disponível em: <<http://www.state.gov/e/eb/rls/othr/ics/2013/204617.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

VALLE, L. A. B. Educação. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 143-150.

VASCONCELOS, L.; GUEDES, L. F. A. **E-surveys: vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via Internet no contexto da pesquisa científica**. In: SEMEAD, 10., 2007. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/420.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2015.

VAZ, F. O. R. **Estudo sobre a evacuação de doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa para Portugal**. 2012. 103f. Dissertação (Mestrado em Acção Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VIANNA, C. E. S. Evolução histórica do conceito de educação e os objetivos constitucionais da educação brasileira. **Janus**, a. 3, n. 4, p. 128-138, 2º semestre de 2006.

VIEIRA, H. C.; CASTRO, A. E.; SCHUCH JÚNIOR, V. F. **O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes**. In: SEMEAD, 13., 2010. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/420.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2015.

VIEIRA, M. Recursos humanos em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 343.

WEIBLE, R.; WALLACE, J. Cyber research: The impact of the internet on data collection. **Marketing Research**, Chicago, v. 10, n. 3, p. 19-24, Fall 1998.

WISNIEWSKI, I. A. P.; POLAK, A. **Biblioteca**: contribuições para a formação do leitor. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 9/ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, 3., 26-29 out. 2009, Curitiba. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3102_1701.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Africa Resouces for Health Country Profile - Guinea Bissau. **Human resources for health country profile - Guinea-Bissau**. 2010. Disponível em: <<http://www.hrh-observatory.afro.who.int/en/hrh-country-profiles/profile-by-country.html>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for África. **WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013**. Moçambique. Republic of Congo, 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório do acesso á informação nos Palop**. 2009b. Disponível em: <http://cspace.eportuguese.org/tiki-download_file.php?fileId=917>. Acesso em: 14 mar. 2015.

WORLD BANK. **Moçambique**. 2014. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/country/mozambique/overview>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

WORLD BANK. **World Development Indicators**: population dynamics. 2014a. Disponível em: <<http://wdi.worldbank.org/table/2.1>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

ZIMBA, H. F.; MUELLER, S. P. M. **A presença dos países africanos de língua oficial portuguesa - PALOP - em bases de dados ISI e SOCUPS (*sic*): análise comparativa 1998-2007.** In: CIPECC, 2., 17-21 nov. 2008, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://cipecc.ibict.br/index.php/2008/ii/paper/view/23/38>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

| BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO | |
|------------------------------------|---|
| 1 | <p>Nome da instituição:</p> <p>Nome do dirigente da instituição:</p> <p>Quantos cursos?</p> <p>Quais cursos?</p> <p>Quantidade de alunos:</p> <p>Horário de funcionamento da instituição:</p> <p>A instituição conta com biblioteca? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Se sim, encaminhar o restante do questionário para o responsável ou trabalhador da biblioteca.</p> |
| 2 | <p>Nome do responsável ou trabalhador da biblioteca:</p> <p>Idade:</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino</p> <p>Formação:</p> <p>Há quanto tempo trabalha na instituição?</p> <p>Você exerce a função de bibliotecário? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>Se sim, há quanto tempo?</p> <p>Horário de funcionamento da biblioteca:</p> |
| BLOCO II - RECURSOS HUMANOS | |
| 3 | <p>Quantos profissionais trabalham na biblioteca?</p> <p>Há um profissional formado em biblioteconomia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei</p> |
| 4 | <p>Qual a formação desses profissionais?</p> <p>Profissional 1 _____</p> <p>Profissional 2 _____</p> <p>Profissional 3 _____</p> <p>Profissional 4 _____</p> <p>Profissional 5 _____</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| 8 | <p>Você considera que esse acervo é suficiente para as atividades desenvolvidas pela escola? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei</p> <p>Por quê?</p> <p>Em sua opinião, o acervo disponível é adequado à demanda da instituição? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei</p> <p>Se não, por quê?</p> |
| 9 | <p>O acervo da biblioteca é aberto a consultas para a comunidade externa? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei</p> <p>Se não, por quê?</p> |
| BLOCO IV - RECURSOS FÍSICOS | |
| 10 | <p>A biblioteca está instalada em espaço apropriado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei</p> <p>Se não, por quê?</p> |
| 11 | <p>Qual o tamanho do espaço disponível para a biblioteca? m²</p> |
| 12 | <p>Qual o mobiliário disponível para a biblioteca? <input type="checkbox"/> estantes para livros. Quantas? <input type="checkbox"/> estantes para periódicos. Quantas? <input type="checkbox"/> estantes/armários para materiais especiais (CD, DVD). Quantas? <input type="checkbox"/> mesas para funcionários. Quantas? <input type="checkbox"/> cadeiras para funcionários. Quantas? <input type="checkbox"/> mesas para usuários da biblioteca. Quantas? <input type="checkbox"/> cadeiras para usuários da biblioteca. Quantas? <input type="checkbox"/> sala de estudos. Quantas? <input type="checkbox"/> outros. Quais?</p> |
| 13 | <p>Em sua opinião, há necessidade de melhorar os recursos físicos disponíveis na biblioteca? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei</p> <p>Por quê?</p> |

| BLOCO V - RECURSOS TECNOLÓGICOS | |
|--|--|
| 14 | <p>A instituição dispõe de <i>software</i> de gerenciamento do acervo da biblioteca? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei</p> <p>Se não, como é feito o controle do acervo?</p> |
| 15 | <p>Quais são os recursos tecnológicos disponíveis na biblioteca? <input type="checkbox"/> computador para funcionários. Quantos? <input type="checkbox"/> acesso à Internet <input type="checkbox"/> impressora. Quantas? <input type="checkbox"/> scanner. Quantos? <input type="checkbox"/> aparelho de TV. Quantos? <input type="checkbox"/> aparelho de som. Quantos? <input type="checkbox"/> aparelho de DVD. Quantos? <input type="checkbox"/> projetor. Quantos? <input type="checkbox"/> computadores para usuários. Quantos? <input type="checkbox"/> outros. Quais?</p> |
| 16 | <p>Em sua opinião, há necessidade de melhorar os recursos tecnológicos disponíveis na biblioteca? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei</p> <p>Por quê?</p> |
| COMENTÁRIOS | |
| 17 | <p>Você gostaria de apresentar algum comentário adicional?</p> |

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

| |
|--|
|  |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| Título da pesquisa: “O papel da biblioteca na formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)”. |
| Pesquisador responsável: Anderson Leonardo de Azevedo |
| Instituição: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio |
| Prezados(as) Senhores(as), |
| <p>Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa cujo objetivo é analisar as condições em que se encontram as bibliotecas das escolas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), com os quais a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) mantém parcerias de cooperação internacional, visando investigar: o perfil dos trabalhadores atuantes nessas bibliotecas, os recursos físicos e tecnológicos disponíveis e o acervo existente.</p> <p>Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Você e o diretor da sua escola deverão assinar este documento e devolvê-lo junto às respostas do questionário.</p> <p>Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário, sendo que as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome, nem o nome da sua escola, em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que os dados serão divulgados em conjunto abrangendo todos os países envolvidos e nunca individualmente. Os dados coletados serão utilizados nesta pesquisa, cujos resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas, como também subsidiarão as ações de cooperação técnica da EPSJV.</p> <p>O benefício decorrente da sua participação será evidenciar as condições vigentes e contribuir para a elaboração de políticas públicas de cooperação, difusão de conhecimento e de formação dos profissionais para tratamento de acervos e gestão de biblioteca.</p> <p>Caso venha a se sentir constrangido em responder as perguntas e não quiser participar ou desejar retirar sua autorização, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo para você. Também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, durante ou após a realização desta. Este estudo não oferece riscos à sua saúde.</p> <p>Neste documento constam meus telefones, com quem você poderá esclarecer ou tirar dúvidas sobre a pesquisa e a sua participação a qualquer momento. Também constam os da Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, na cidade do Rio de Janeiro para denúncias ou questões éticas.</p> <p>Agradeço a sua colaboração, ela é muito importante para pesquisa.</p> |

Autorizo o uso das informações obtidas no preenchimento do questionário para fins acadêmicos.

Nome _____

Assinatura _____

Local: _____ Data _____

Nome da Escola _____

Nome do Diretor da Escola _____

Assinatura _____

Local: _____ Data _____

Telefone do pesquisador responsável 55(21)3865-9845 / 55(21)99535-0194

Email: andersonazevedo@fiocruz.br

Assinatura do Pesquisador _____

Local: _____ Data _____

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz

Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – EPSJV, sala 316

Rio de Janeiro /RJ - Brasil

Tel.:55(21) 3865-9710

Email: BR @epsjv.fiocruz.br

ANEXO A - Documentos referentes ao Plano Estratégico de Cooperação entre a EPSJV e os representantes da RETS dos Palop, assinados na sede da CPLP em reunião extraordinária realizada em abril de 2014



Ref.º NV/1028/GSE/CPLP/14

O Secretariado Executivo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) apresenta os seus cumprimentos às Embaixadas e às Missões junto da CPLP, em Lisboa, e tem a honra de recordar que no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação para a Saúde da CPLP (PECS-CPLP), se realizou entre os dias 28 e 30 de Abril, na Sede da CPLP, a 1ª Reunião Extraordinária da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP (RETS-CPLP).

Face ao que precede, junto se remete, em anexo, a Ata da referida reunião e o respetivo Plano de Trabalho 2014-2017.

O Secretariado Executivo aproveita a oportunidade para reiterar às Embaixadas e às Missões junto da CPLP os protestos da sua mais elevada consideração.

Anexos: II

Às Embaixadas e às Missões junto da CPLP.

Lisboa, 26 de Maio de 2014

ML/sp



ATA DA 1ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA RETS-CPLP

Nos dias 28, 29 e 30 de abril de 2014, na sede da CPLP, Palácio Conde de Penafiel, situado na rua de São Mamede (ao Caldas), 21, na cidade de Lisboa, Portugal, reuniram-se em assembleia extraordinária os membros da Rede de Escolas Técnicas da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (RETS-CPLP), conforme acordado na 2ª Reunião Ordinária da RETS-CPLP e convocatória encaminhada anteriormente.

Sob a presidência do diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Paulo César de Castro Ribeiro, e tendo Ana Beatriz de Nunoia, também da EPSJV, secretariando a reunião, abriram-se os trabalhos, conforme agenda em anexo, com as boas-vindas do Secretariado Executivo da CPLP, na pessoa do Diretor de Cooperação Internacional, Manuel Lapão.

A agenda proposta foi lida e aprovada sem ressalvas. Em seguida, todos os presentes realizaram uma breve apresentação de sua instituição, segundo roteiro sugerido pela Secretaria Executiva (SE) da Rede.

Dando continuidade às atividades e sob coordenação da vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da EPSJV/Fiocruz, Marcela Pronko, iniciaram-se os debates sobre temas relevantes para o fortalecimento da RETS-CPLP e sobre o Plano de Trabalho da RETS-CPLP 2014-2017.

O Plano de Trabalho aprovado e devidamente assinado pelos presentes, em anexo, constitui-se como instrumento orientador e de apoio à Rede e a seus membros, em negociações para a captação de recursos que financiem sua execução, bem como de outros projetos junto a organizações internacionais, agências bilaterais e ONGs.

Até o final dos três dias de encontro, a coordenadora dos debates ressaltou a importância estratégica da nomeação, pelas instituições, e da atuação dos pontos focais para o processo de consolidação da RETS-CPLP e garantia de realização das atividades técnicas previstas no plano de trabalho, inclusive das que independem da vinculação de recursos financeiros. Tal compromisso foi ratificado por todos os presentes.

(Handwritten signatures and initials)

RETS-CPLP

Rede de Escolas Técnicas da
Comunidade de Países de Língua Portuguesa



Ficou a cargo da SE da RETS-CPLP, a elaboração da Memória da Reunião, a qual será circulada entre os presentes, para apreciação, e posteriormente disponibilizada para todos os membros e publicada no website da Rede.

Nada mais havendo a tratar, o presidente deu por encerrada a reunião. Foi lavrada a presente ata, que após leitura e aprovação, foi assinada por todos os presentes.

Lisboa, 30 de abril de 2014.

Paulo César de Castro Ribeiro - Presidente
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) - Brasil

Ana Beatriz Marinho de Noronha – Secretária
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) - Brasil

Manuel Lapão
Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)

Sandra Pires
Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)

António Costa
Ministério da Saúde de Angola



Neil Chaves

Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Luanda - Angola

NEIL GILSON MORAIS CHAVES

Eduardo José Titu

Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Benguela - Angola

David Domingos Luís

Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Lubango - Angola

Aldiney Doreto

Ministério da Saúde do Brasil

Marcela Pronko

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) - Brasil

Cláudia Parente

Centro de Relações Internacionais em Saúde - Fundação Oswaldo Cruz (CRIS/Fiocruz) - Brasil

Roberta de Freitas

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS-Brasil)



Joana Alves
Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário – Ministério da Saúde de Cabo Verde

Brigida Carvalho
Universidade de Cabo Verde

Maram Mané
Escola Nacional de Saúde de Guiné Bissau

Lúcia Panguene
Ministério da Saúde de Moçambique

Arlinda Chausse
Instituto de Ciências da Saúde de Nampula - Moçambique

Inacio Mondlane
Instituto de Ciências da Saúde de Maputo - Moçambique

João Carlos Gomes Lobato
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) - Portugal



Jorge Conde

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC) - Portugal

Ana Ferreira

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC) - Portugal

Pedro Serrano

Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) - Portugal

Leonel Pontes

Instituto de Ciências da Saúde Victor de Sá Machado (ICSVSM) – São Tomé e Príncipe

REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DE SAÚDE DA CPLP (RETS-CPLP)

PLANO DE TRABALHO 2014-2017

APRESENTAÇÃO

Em maio de 2009, os Ministros da Saúde da CPLP, reunidos no Estoril-Portugal, aprovaram o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (PECS 2009-2012) cuja meta é fortalecer os sistemas de saúde dos Estados Membros da Comunidade, a fim de universalizar o acesso e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados a suas populações.

No PECS-CPLP foram estabelecidos sete eixos estratégicos de ação, no âmbito dos quais foram previstos nove projetos prioritários. A criação da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP (RETS-CPLP) foi considerada prioritária no Eixo 1 – ‘Formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde’.

Em 18 de abril de 2010, na Reunião Técnica para Avaliação do PECS 2009-2012, realizada em Lisboa, foi reconhecido um grau de sucesso apreciável na execução do projeto prioritário referente à implementação da RETS-CPLP. Na ocasião, também houve pleno consenso na continuidade do PECS 2009-2012.

Em 19 de julho do mesmo ano, o Conselho de Ministros da CPLP, reunido em Maputo, Moçambique, decidiu dar continuidade ao PECS-CPLP 2009-2012, por um novo período de quatro anos. O plano, que passa a ser designado como PECS-CPLP 2009-2016, mantém a mesma estrutura estabelecida no plano original, com um pequeno ajuste das prioridades.

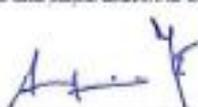
Já em fevereiro de 2014, também em Maputo, foi realizada a III Reunião Ordinária dos Ministros da Saúde dos países da CPLP, cujo objetivo foi discutir o balanço, a sustentabilidade e a continuidade do PECS. Na reunião foi assinada uma resolução sobre a articulação das redes temáticas da CPLP com as redes estruturantes, na qual essas últimas são referidas como as áreas onde a maioria das ações de cooperação no âmbito da Comunidade será implementada.

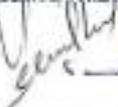
Nesse sentido, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), que exerce a Coordenação da RETS-CPLP, em nome da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), propõe para a RETS-CPLP um novo Plano de Trabalho para o período de 2014 a 2017 que, em consonância com o PECS-CPLP, também possibilite a continuidade de alguns projetos, bem como a conformação de novas propostas que visem ao estabelecimento de ações de cooperação multilateral em saúde no âmbito da Comunidade.

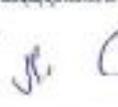
Este Plano de Trabalho, cuja discussão teve início em novembro de 2013, na cidade de Recife, Brasil, durante a 2ª Reunião Ordinária da RETS-CPLP, busca refletir o amadurecimento da iniciativa e dos processos de trabalho que começam a se consolidar no contexto da Rede.

O documento, aprovado na 1ª Reunião Extraordinária da Rede, ocorrida nos dias 28, 29 e 30 de abril de 2014, na cidade Lisboa, Portugal, será encaminhado ao Secretariado Executivo da CPLP para sua apreciação, viabilização e implementação, bem como para sua divulgação junto aqueles que achar convenientes.

Recomenda-se às instituições integrantes da RETS-CPLP que assumam este Plano de Trabalho como instrumento orientador e de apoio na negociação de outros projetos junto a organizações internacionais, agências bilaterais e ONGs.










RETS-CPLP Rede de Escolas Técnicas da
Comunidade de Países de Língua Portuguesa

OBJETIVO 2. Capacitar os docentes das escolas técnicas de saúde, tanto nos aspectos técnicos quanto pedagógicos.

| Ações | Atividades/Estratégias | Produtos esperados | Responsáveis Grupo de trabalho | Período | |
|--|------------------------|---|---|--|-----------------------------|
| <p>2.1. Realização de cursos de atualização para docentes em áreas consideradas prioritárias pelos membros da rede.</p> <p>2.1.1. Elaborar um diagnóstico junto aos membros da Rede e por meio da Internet, sobre as necessidades de qualificação dos docentes das ETS.</p> <p>2.1.2. Realizar uma oficina com participação das autoridades das escolas e dos governos para apresentação, discussão, aprovação, consolidação e pactuação do projeto.</p> <p>2.1.3. Realizar os cursos, com base no diagnóstico efetuado e nas conclusões alcançadas.</p> <p>2.1.4. Realizar a avaliação final do projeto</p> | | Relatório com sistematização das informações recolhidas | SE (EPSJUV) ESTeSL e ESTeSC IHMT | Até fevereiro de 2015 | |
| | | Projeto de implementação | Membros da Rede | | |
| | | Proposta de edital (Critérios de adesão - Termo de compromisso) | SE (EPSJUV) ESTeSL e ESTeSC IHMT | SE (EPSJUV) ESTeSL e ESTeSC IHMT | Abt final de 2015 |
| | | Cursos realizados | Membros da Rede | SE (EPSJUV) ESTeSL e ESTeSC IHMT | A partir de outubro de 2015 |
| | | Relatório técnico de avaliação final | SE (EPSJUV) ESTeSL e ESTeSC IHMT Membros da Rede | Até dezembro de 2017 | |

Handwritten signatures and notes in blue ink at the bottom of the page.

Secretaria Nacional de Saúde - Ministério da Saúde - Rua de Arco - 80 - 21040-900 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil, 02020 - Niterói - RJ - 21040-900 - Tel +55 (011) 3845-9700 | www.rets-cplp.gov.br



Rede de Escolas Técnicas da
Comunidade de Países de Língua Portuguesa

RETS-CPLP

Handwritten signature

Handwritten initials

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

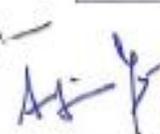
| Ações | Atividades/Estratégias | Produtos esperados | Responsáveis Grupo de Trabalho | Período |
|--|--|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 2.2. Realização de ações de formação pedagógica para docentes. | 2.2.1. Avaliar o projeto do Curso de Especialização em Educação Profissional em Saúde para os Países, realizado em 2011, no âmbito da RETS-CPLP. | Relatório técnico de avaliação | SE (EPSJV) Membros da Rede | Até junho de 2015 |
| | 2.2.2. Elaborar a proposta do curso de formação docente com base na avaliação prevista em 2.2.1 e no diagnóstico referido no item 2.1.1. | Proposta de curso | SE (EPSJV) | Até março de 2016 |
| | 2.2.3. Realizar uma oficina com participação de autoridades das escolas e dos governos para apresentação, discussão, consolidação e actuação do projeto. | Projeto final Proposta de Edital | SE (EPSJV) Membros da Rede | Abril/março de 2016 |
| | 2.2.4. Realizar o curso | Curso realizado | SE (EPSJV) Membros da Rede | A partir de janeiro de 2017 |
| | 2.2.5. Realizar a avaliação técnica do processo | Relatório técnico de avaliação | SE (EPSJV) Membros da Rede | Até dezembro de 2017 |

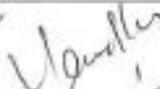
Centro de Referência de Saúde Joaquim Venâncio - Av. Brasil, 4385 - Marquês - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21040-362 | Tel: +55 (51) 3665-8720 | www.crspsjv-bocaforte.br

Handwritten signature

OBJETIVO 3: Ampliar a partilha de informações, experiências e competências entre os membros da Rede.

| Ações | Atividades/Estratégias | Produto | Responsáveis Grupo de Trabalho | Período | |
|---|--|--|---|---|----------------------|
| 3.1. Realização da 3ª Reunião Ordinária da RETS- CPLP, conforme previsto no Regulamento da Rede | 3.1.1. Realizar junto aos membros da Rede uma chamada para candidatura à sede da Reunião. | Lista de instituições/países candidatos | SE (EPSUM) | Setembro de 2015 | |
| | 3.1.2. Definir, entre os candidatos, da Instituição/país responsável pela realização da Reunião e início dos preparativos para o encontro. | Carta convite da Reunião para os membros da Rede | SE (EPSUM) País/Instituição responsável | SE (EPSUM) País/Instituição responsável | Até novembro de 2015 |
| | 3.1.3. Realizar a Reunião, com a avaliação parcial deste plano de trabalho, propondo os ajustes necessários. | Plano de trabalho ajustado | SE (EPSUM) País/Instituição responsável Membros da Rede | SE (EPSUM) País/Instituição responsável Membros da Rede | Abril/mês de 2016 |






CPLP

Rede de Escolas Técnicas da
Comunidade de Países de Língua Portuguesa

RETS-CPLP

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <p>3.2. Realização de urnas Jornadas sobre formação de técnicos em saúde, com relato de experiências das Instituições Membros.</p> | <p>3.2.1. Publicar a chamada para a inscrição de trabalhos e envio de resumos. Constituir o corpo de parcerias.</p> | <p>Trabalhos inscritos</p> | <p>SE (EPSJ/7)</p> <p>Membros da Rede</p> | <p>Setembro de 2016</p> |
| | <p>3.2.2. Selecionar os trabalhos a serem apresentados (de acordo com a possibilidade operacional).</p> | <p>Posição final dos trabalhos a serem apresentados</p> | <p>SE (EPSJ/7)</p> <p>Comité Científico</p> | <p>SE (EPSJ/7)</p> <p>Comité Científico</p> |
| <p>3.3. Fortalecimento da comunicação e da disseminação de conhecimento entre os membros da RETS-CPLP.</p> | <p>3.2.2. Realizar as Jornadas, como parte da programação de 3ª Reunião Ordinária da Rede.</p> | <p>Apresentações disponíveis no site da RETS e seleção de trabalhos a serem publicados na Revista RETS</p> | <p>SE (EPSJ/7)</p> <p>País/instituição responsável</p> | <p>Abril de 2016</p> |
| | <p>3.3.1. Realizar as ações de comunicação da RETS-CPLP, conforme previsto no Plano de Comunicação ainda vigente da Rede Interacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)</p> | <p>Revista RETS, website da RETS atualizada e com novas funcionalidades, Boletim Eletrónico da RETS etc. A RETS nas redes sociais.</p> | <p>SE (EPSJ/7)</p> | <p>SE (EPSJ/7)</p> |

Handwritten signatures and notes in blue ink, including names like 'Gustavo' and 'Antonio'.

Atividade simultânea à 3ª Reunião Ordinária da RETS-CPLP.

Escuela Politécnica de Saúde (Joaquim Nabuco) - Av. Brasil, 4315 - Marquês - Rio de Janeiro - RJ - 21040-362 (R+15) (R) 3055-8035 | 051004@epdsu.com.br

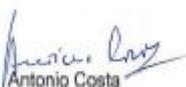
Documento aprovado pelos participantes abaixo assinados da 1ª Reunião Extraordinária da RETS-CPLP, realizada nos dias 28, 29 e 30 de abril de 2014, na sede da CPLP, em Lisboa, Portugal.



Manuel Lapão
Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)



Sandra Pires
Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)



Antonio Costa
Ministério da Saúde de Angola

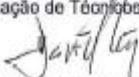
Neil Chaves
Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Luanda - Angola

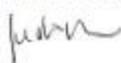
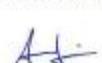


Eduardo José Tito
Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Benguela – Angola

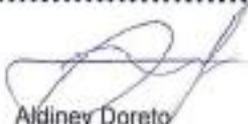


David Domingos Luis
Escola de Formação de Técnicos de Saúde de Lubango - Angola





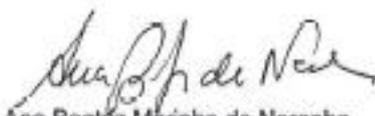
Aldiney Doreto
Ministério da Saúde do Brasil



Paulo César de Castro Ribeiro
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) - Brasil



Marcela Fronko
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) - Brasil



Ana Beatriz Marinho de Noronha
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) - Brasil



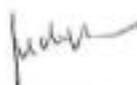
Cláudia Parente
Centro de Relações Internacionais em Saúde - Fundação Oswaldo Cruz (CRIS/Fiocruz) -
Brasil



Roberta de Freitas
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS-Brasil)



Joana Alves
Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário - Ministério da Saúde de Cabo Verde








Brigida Carvalho
Universidade de Cabo Verde

Maram Mané
Escola Nacional de Saúde de Guiné Bissau

Luisa Panguene
Ministério da Saúde de Moçambique

Arinda Chaquisse

Instituto de Ciências da Saúde de Nampula - Moçambique

Inacio Mondlane
Instituto de Ciências da Saúde de Maputo - Moçambique

João Carlos Gomes Lobato

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) - Portugal

Jorge Conde

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC) - Portugal



Ana Ferreira

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC) - Portugal

Pedro Serrano

Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) - Portugal

Leonel Pontes

Instituto de Ciências da Saúde Victor de Sá Machado (ICSVSM) – São Tomé e Príncipe

ANEXO B - Declaração da Coordenação de Cooperação Internacional da EPSJV/FIOCRUZ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Direção



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



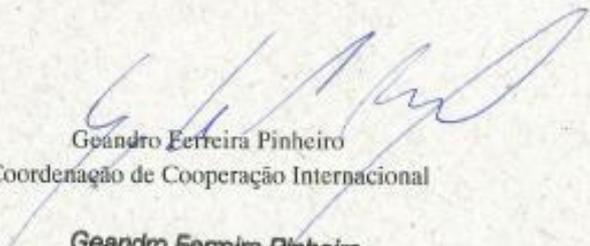
Centro Colaborador da OMS
para a Educação de Técnicos em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a pesquisa *“O papel da biblioteca na formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)”* a ser desenvolvida por **Anderson Leonardo de Azevedo**, foi proposta com a finalidade de contribuir para com a Coordenação de Cooperação Internacional da EPSJV/Fiocruz, na realização da Atividade 1.2.1 - “Elaborar um diagnóstico, junto aos membros da Rede e por meio da Internet, sobre a situação das bibliotecas das ETS (infraestrutura física, mobiliário, equipamentos, acervo e RH), a fim de fundamentar a elaboração de um projeto final”, prevista no Plano de Trabalho da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP (RETS-CPLP).

Dessa forma, a Coordenação de Cooperação Internacional da EPSJV/Fiocruz, no exercício de sua função como Secretaria Executiva da RETS-CPLP reafirma a relevância do estudo a ser realizado e sua total adequação ao trabalho desempenhado pela CCI/EPSJV.

Rio de Janeiro, 26 de maio de 2015.


Geandro Ferreira Pinheiro
Coordenação de Cooperação Internacional

Geandro Ferreira Pinheiro
Analista de Gestão em Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Mat. SIAPE: 1556573