



História, Ciências, Saúde - Manguinhos

ISSN: 0104-5970

hscience@coc.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil

Pessoa, Luisa Regina; Kastrup, Erica; Linger, Pedro
A translação do conhecimento no âmbito da cooperação internacional: a experiência da
Fiocruz em incorporação de tecnologias em saúde no Haiti
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 509-522
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386146270017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A translação do conhecimento no âmbito da cooperação internacional: a experiência da Fiocruz em incorporação de tecnologias em saúde no Haiti

The translation of knowledge in the ambit of international cooperation: the experience of Fiocruz in introducing health technologies to Haiti

Luisa Regina Pessoa

Arquiteta e urbanista, Centro de Referência Professor Helio Fraga/
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz.
Estrada de Curicica, 2000
22780-194 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
luisareginapessoa@hotmail.com

Erica Kastrup

Pesquisadora, Centro de Estudos Estratégicos/Fiocruz.
Avenida Brasil, 4036/sala 1001
21041-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
ericakastrup@gmail.com

Pedro Linger

Fotógrafo, Programa de Pesquisas Translacionais/
Vice-presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência/Fiocruz.
Avenida Brasil, 4365/Castelo Mourisco, sala 13
21040-900 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.
pedrolinger@gmail.com

Recebido para publicação em abril de 2015.
Aprovado para publicação em novembro de 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000200010>

PESSOA, Luisa Regina; KASTRUP, Erica; LINGER, Pedro. A translação do conhecimento no âmbito da cooperação internacional: a experiência da Fiocruz em incorporação de tecnologias em saúde no Haiti. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, abr.-jun 2016, p.509-522.

Resumo

Para examinar o debate sobre cooperação internacional Sul-Sul, realizou-se uma análise do curso de Gestão dos Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde no Haiti, parceria Fiocruz e ministérios da Saúde do Brasil e do Haiti, que teve como finalidade construir viabilidade para o funcionamento das unidades construídas pelo Brasil, contribuindo para a sustentabilidade do projeto de cooperação tripartite. O formato adotado pelo curso, de formulação de projetos de intervenção para superar problemas reais identificados pelos alunos, possibilitou a construção de oito pré-projetos de intervenção, voltados para superação de problemas de gestão nos hospitais comunitários de referência construídos pelo Brasil no Haiti.

Palavras-chave: Haiti; investimentos sustentáveis; translação do conhecimento; cooperação internacional Sul-Sul.

Abstract

To investigate the debate about South-South cooperation, we conducted an analysis of a course on the Management of Physical and Technological Resources in Health given in Haiti as part of a partnership between Fiocruz and the Brazilian and Haitian ministries of health with the aim of enabling the functioning of the units built by Brazil, contributing to the sustainability of the tripartite cooperation project. The course format – designing interventions to overcome real problems identified by the students – resulted in the development of eight intervention pre-projects geared towards overcoming management problems at the reference community hospitals built by Brazil in Haiti.

Keywords: Haiti; sustainable investments; translation of knowledge; South-South cooperation.

Este artigo busca examinar e analisar a participação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) em um projeto de cooperação internacional do governo brasileiro que envolveu investimentos em incorporação de tecnologias de saúde, expressas na construção de três hospitais, um instituto de reabilitação, 17 unidades de vacinação e trinta ambulâncias. A doação de instalações para a conformação de um parque tecnológico representa um aspecto singular no âmbito dos projetos de cooperação internacional em que o Brasil participa como doador.

Exceto pela fábrica de medicamentos antirretrovirais que o Brasil doou a Moçambique, na África (Roa, Silva, 2015), a construção das unidades de saúde no Haiti desponta como uma das primeiras iniciativas brasileiras de financiar instalações para a organização da rede de saúde pública em outro país.

A cooperação tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti teve início em 2011, logo após o terremoto, com o objetivo de fortalecer o sistema de saúde haitiano. A cooperação envolveu recursos substantivos doados pelo Brasil ao Haiti para desenvolvimento de ações estratégicas que dessem conta dos objetivos propostos, sob a liderança do Ministério da Saúde do Brasil (MS/Brasil), que buscou apoio de instituições nacionais com reconhecida *expertise* para parcerias nas áreas de formação de recursos humanos, enquanto operava a implantação das unidades de saúde. As ações a cargo do MS/Brasil envolveram a construção dos prédios e compra de mobiliário e equipamentos, executada em parceria com o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (Unops/ONU).

As ações de formação de profissionais de saúde envolveram a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Ensp/Fiocruz e temas diversos como a formação de agentes comunitários de saúde, epidemiologistas e administradores hospitalares, sendo que cada instituição realizou modalidades distintas de programas de formação.

O montante de recursos públicos brasileiros envolvidos no projeto aumenta a responsabilidade nacional quanto à sustentabilidade e ao efetivo funcionamento das unidades de saúde doadas ao governo haitiano.

Na realidade, a ação de expandir e transformar a rede física de saúde no Haiti, com a motivação de apoiar o país em seus processos de transformação a partir do fortalecimento de uma rede pública e de geração de capacidades para geri-la, dialoga com facilidade com as premissas de “fortalecimento organizacional” e “desenvolvimento institucional”, objetivos tradicionais de projetos de cooperação internacional. O tema inovador que se coloca é o da sustentabilidade desses investimentos, a eficiência no uso dos recursos durante a execução dos projetos e a efetividade posterior, que seria garantida pelo pleno uso do bens incorporados onde ocorrerão as ações de assistência à saúde da população haitiana.

Essas premissas estão presentes na “concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”, preconizada por Almeida et al. (2010) como norteadora da cooperação executada pelo Brasil, e principalmente pela Fiocruz, a partir dos anos 2000. Essa concepção é entendida pelos autores como:

centrada no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que

eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde (Almeida et al., 2010, p.28).

Nosso foco, neste trabalho, está centrado no relato da experiência do curso de Aperfeiçoamento de Gestão dos Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde (Refit) no Haiti, que buscou ampliar a capacidade de construção de viabilidade de operação e manutenção das unidades de saúde, em parceria com trabalhadores haitianos, e apoiado no êxito de iniciativas de translação do conhecimento,¹ ressaltando-se que essa construção ocorre de modo compartilhado, valorizando as aprendizagens coletivas do mundo do trabalho (Ferla, Ceccim, Dall’Alba, 2012).

A finalidade do curso foi imprimir efetividade aos recursos alocados para a implantação da Rede Física de Saúde, de modo que ela funcione com qualidade e segurança, possibilite conforto para os trabalhadores e usuários do sistema e, finalmente, contribua para a melhoria dos indicadores de desempenho das unidades.

A incorporação de tecnologias em saúde, em si, em projetos de cooperação nacional, entre o governo federal e os governos estaduais e municipais, apresenta-se como um imenso desafio para os países em geral, uma vez que a velocidade e a complexidade das incorporações vêm crescendo, em face do acelerado e intenso processo de desenvolvimento tecnológico, sem que haja esforços com a mesma intensidade para formação de trabalhadores voltados para as fases do processo de incorporação e posterior operacionalização e manutenção.

No Brasil, é comum encontrar experiências em que foram utilizados recursos internacionais para a construção de parques tecnológicos na área de saúde, em cujos projetos originais não estavam previstas a formação e a organização da força de trabalho para apropriação e gestão da nova tecnologia incorporada, o que envolve a manutenção das edificações, instalações, equipamentos e máquinas, de modo a imprimir a esses parques segurança, qualidade e durabilidade, aspectos que contribuem para conformar o que denominamos “investimentos sustentáveis” (Pessoa, 2006).

Embora saibamos que essas dificuldades de apropriação tecnológica resultam em tecnologia ociosa ou mesmo danificada, muito pouco é feito para minorar tais problemas. Em grande parte dos casos, o investimento em ações de formação e qualificação da força de trabalho das instituições receptoras de novas tecnologias não se encontra discriminado no desenho original dos projetos de cooperação.

O Projeto de Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti é uma das mais expressivas iniciativas brasileiras na cooperação internacional. O país investiu um volume significativo de recursos nacionais destinados ao desenvolvimento de outro país; portanto, é importante que tal iniciativa seja descrita, analisada e utilizada como objeto de aprendizado para futuros projetos desenvolvidos pela cooperação internacional brasileira. Tradicionalmente, os países encarregados de prover ajuda internacional a outros de menor desenvolvimento relativo executam ações planejadas segundo lógicas próprias, negligenciando aspectos conjunturais internos dos países receptores do investimento (Sogge, 2004; Almeida et al., 2010; Buss, Ferreira, 2010; Almeida, 2013). Essa questão afeta especialmente a sustentabilidade de projetos que envolvem incorporação tecnológica, uma vez que necessitam de mão de obra qualificada para gerir e operar o parque tecnológico.

Atenta a essa problemática histórica, a Fiocruz busca executar seus projetos de cooperação internacional a partir da construção de parcerias que levem em consideração realidades específicas dos países parceiros. Para isso, a formulação conjunta, a flexibilização das ações planejadas e a sustentabilidade dos projetos são consideradas essenciais ao sucesso das iniciativas. A Ensp é a unidade técnica da Fiocruz encarregada da formação de recursos humanos para a saúde e executora da intervenção descrita neste trabalho.

O Brasil e a cooperação internacional em saúde

Desde o início do século XX, as ações de cooperação internacional em saúde foram caracterizadas pela adoção de princípios e métodos determinados pelos países do norte, que tradicionalmente ofertam ajuda a países menos desenvolvidos. Essas ações, ao longo do tempo, não contribuíram de maneira significativa para que os países mais pobres adquirissem autonomia e muitas vezes nem mesmo capacidade de resolução de seus problemas de saúde; com isso, as necessidades das populações e as desigualdades continuam enormes (Almeida et al., 2010; Buss, Ferreira, 2010).

Nas Américas, na área da saúde, os países buscam discutir esse problema desde o início dos anos 1990, produzindo, pelo menos no campo teórico-acadêmico, soluções interessantes para as relações de cooperação internacional em saúde (OPS, 1992).

Mais recentemente, a incapacidade da cooperação internacional para promover o desenvolvimento foi também pauta de conferências internacionais que reuniram os principais países doadores de ajuda internacional para o desenvolvimento. As conferências de Paris (2005), Accra (2008) e Busan (2011) debruçaram-se sobre o assunto e incluíram como primordial o tema da eficácia e da efetividade das ações, propondo um conjunto de princípios destinados a minorar o problema. Entre esses está o da apropriação, que reafirma a necessidade de que o país receptor da ajuda exerça liderança nos projetos que se destinam ao seu próprio desenvolvimento, adotando abordagens adequadas às suas próprias realidades.

Central a esse debate está a preocupação com a sustentabilidade dos projetos realizados por um país de maior desenvolvimento relativo em outro menos desenvolvido e que se destinam a promover o desenvolvimento. De maneira geral, as experiências de cooperação internacional demonstram que não é produtivo investir em outro país se este não contar com instituições e pessoas capacitadas para levar os projetos adiante após sua finalização.

Como muitos países do sul geopolítico, o Brasil beneficiou-se em grande medida do investimento internacional em seu processo de desenvolvimento (Cervo, 1994). Entretanto, projetos em que o Brasil configurou como receptor de cooperação também enfrentaram problemas quanto à sustentabilidade.

Como exemplo, entre 1998 e 2003, temos a cooperação entre a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e o Banco Alemão de Desenvolvimento (KfW), que propiciou a implantação de dois novos hospitais, a reforma de um hospital, a construção de dois centros especializados e a reforma de três centros de saúde do Programa de Saúde da Família e duas unidades do Programa de Saúde da Família na macrorregião de Sobral/CE, que, em escala de estrutura construída, assemelha-se ao do Haiti.

Entretanto, em que pesem os esforços brasileiros, a capacidade instalada pelo Projeto KfW ficou encaixotada e em processo de deterioração. Segundo o Termo de Referência do Programa de Capacitação e Treinamento do Projeto de Ações Básicas de Saúde no Estado do Ceará (IBQN, 2004), o alto grau de incorporação de tecnologias das edificações e equipamentos adquiridos estava em desequilíbrio com o capital humano existente para operação e manutenção, pois as estruturas de administração da saúde em nível local não contam com recursos humanos suficientes para manter e gerir o parque tecnológico incorporado.

A partir dessa constatação, o Banco KfW solicitou ao Instituto Brasileiro de Qualidade Nuclear (IBQN) apoio para a implantação de um projeto de qualificação de profissionais que pudessem colaborar com a efetiva implementação das unidades construídas, gerando custos adicionais ao projeto original e adiando o funcionamento das instalações construídas pela parceria internacional.

Esse caso exemplifica um projeto de cooperação internacional Norte-Sul em que o Brasil figurou como receptor e em que a questão da sustentabilidade não foi levada em conta no desenho original do projeto.

Em discussão no plano internacional desde a década de 1950,² a cooperação Sul-Sul tem como uma de suas premissas a crença de que as proximidades estruturais entre os países em desenvolvimento facilitariam a construção de projetos mais eficazes, uma vez que os países envolvidos na cooperação se assemelhariam em termos de percursos históricos e realidades sociais (Leite, 2012). Outra premissa é a da horizontalidade, na qual as ações de cooperação trariam recompensas para ambas as partes, num processo de benefícios mútuos (Buss, Ferreira, 2010; Leite, 2012).

A partir dos anos 2000, a conjuntura econômica favorável que levou o Brasil ao *status* de potência emergente, aliada a opções da política externa brasileira (PEB), fez com que o Brasil passasse a ofertar cooperação a outros países em desenvolvimento no marco da cooperação Sul-Sul (Pinheiro, Hirst, Lima, dez. 2010). A busca de alianças políticas e da formação de coalizões com outros países emergentes é exemplo dessa nova postura adotada pela PEB, assim como a oferta de cooperação técnica a países de renda média e baixa, principalmente africanos e latino-americanos.

Nesse contexto, a área de saúde, juntamente com iniciativas no campo da agricultura, emerge como tema comum nos projetos de cooperação internacional ofertados pelo Brasil.³

A cooperação triangular constitui uma modalidade de cooperação internacional que envolve três países, normalmente um desenvolvido e dois em desenvolvimento. Para os doadores tradicionais, a ênfase na cooperação triangular representaria uma forma de responder às críticas sobre a eficácia da cooperação tradicional Norte-Sul, que, nesse formato, se beneficiaria dos preceitos da cooperação Sul-Sul (Pino, 2010).

A aliança Brasil-Cuba-Haiti para o fortalecimento do sistema de saúde haitiano constitui um arranjo triangular Sul-Sul-Sul, no qual o Brasil comprometeu-se com a disponibilização dos recursos financeiros, destinados prioritariamente para a construção de instalações e a formação de recursos humanos. A participação de Cuba justificou-se, principalmente, pela proximidade geográfica com o Haiti e pela histórica atuação cubana na cooperação internacional em saúde naquele país, que inclui desde a formação de pessoas à prestação de serviços de saúde em diferentes níveis de atenção em quase todo o país.

Pelo menos em termos da cooperação tripartite “tradicional” esse arranjo é inovador e condiz com a postura assertiva que a PEB buscou imprimir na primeira década dos anos 2000.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2010), a Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional baseia-se em experiências bem-sucedidas na implementação de políticas sociais no Brasil, o que teria gerado demandas por compartilhar experiências e boas práticas com países parceiros, demonstrando, por sua vez, o reconhecimento internacional do país. De fato, compartilhar com países parceiros políticas nacionais bem-sucedidas parece ser uma postura coerente; o que cabe discutir a partir de experiências empíricas são os modelos envolvidos nesse processo e os resultados alcançados.

Sobre o Projeto Haiti

Com o objetivo de prestar ajuda internacional ao Haiti após a ocorrência de um terremoto que resultou em cerca de 250 mil mortes e mais de um milhão de desabrigados, a Presidência da República do Brasil lançou a medida provisória n.480, em 27 de janeiro subsequente, destinando ao Ministério da Saúde do Brasil um crédito extraordinário no valor de R\$135 milhões, para ser utilizado em processos de ajuda humanitária e cooperação internacional. Essa soma de recursos significou o maior investimento brasileiro em um projeto de cooperação internacional realizado até então.

Após diagnósticos preliminares, feitos pelo governo brasileiro, que reconheceram a importância da experiência cubana prévia ao terremoto na prestação de serviços de saúde no Haiti, optou-se por organizar a cooperação em formato tripartite Brasil-Cuba-Haiti, e, em 27 de março de 2010, na cidade de Porto Príncipe, delegações dos três países assinaram um memorando de entendimento comprometendo-se a conjugar esforços para fortalecer o sistema de saúde haitiano, destinando especial atenção ao sistema da vigilância epidemiológica (Brasil, 2012).

Esses dois grandes eixos foram traduzidos, nas seguintes ações de construção e aquisição de equipamentos para quatro Unidades Comunitárias de Referência (UCR), nas localidades de Carrefour, Croix des Bouquets, Tabarré e Bon Repos, todas em Porto Príncipe, e sua manutenção pelo período de dois anos, com a utilização de recursos humanos cubanos e haitianos, na assistência, e brasileiros principalmente na gestão e na formação: aquisição de vinte ambulâncias 4x4; formação de dois mil agentes comunitários de saúde e de quinhentos técnicos de nível médio, com oferta de bolsas de estudo, para atuar nos territórios sanitários, com supervisão e monitoramento de profissionais de saúde locais; fortalecimento do Programa Haitiano de Imunização, por meio de aquisição de equipamentos para manutenção de rede de frio e de insumos, além das ações de planejamento da imunização e de avaliação e de monitoramento das atividades; fortalecimento da Vigilância Epidemiológica (VE), com ações de qualificação das equipes técnicas e de organização da própria VE, em nível central e departamental.

Observa-se que o escopo original do projeto não incluía nenhuma ação de formação de trabalhadores para formular o funcionamento e/ou gerenciar o parque tecnológico que seria doado ao Haiti.

Nesse marco, a Fiocruz, entre outras instituições brasileiras, foi convidada a executar a cooperação acordada pelo governo brasileiro, e as solicitações à Ensp/Fiocruz incluíram as seguintes ações:⁴ formação de docentes para cinco Centros Regionais de Capacitação Presencial e a Distância; capacitação de 66 epidemiologistas; realização da Oficina Internacional Revisão de Documento-Base das Políticas e Diretrizes em Epidemiologia do Haiti; assessoria técnica para o fortalecimento institucional do Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) nas áreas de vigilância epidemiológica e estatística em saúde; organização de sistemas e serviços; atenção primária em saúde e gestão de serviços.

Após negociações posteriores ficou acordado que a Ensp realizaria projetos de formação de recursos humanos nas áreas de epidemiologia e atenção primária em saúde. A construção do parque tecnológico, desde o início, estaria a cargo do MS/Brasil.

Em janeiro de 2013, na eminência de conclusão das unidades de saúde doadas pelo MS/Brasil ao governo do Haiti, a equipe encarregada de gerir os projetos da Ensp na cooperação com o Haiti identificou, a partir de reuniões de coordenação dos projetos brasileiros, que não estava prevista a formação de pessoas para a gestão do parque tecnológico.

Foi então que o escopo de trabalho da Ensp foi ampliado com a inclusão do curso de Aperfeiçoamento em Gestão dos Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde (Refit) para profissionais do MSPP, uma vez que a inexistência desses recursos humanos se colocava como problema relevante que afetaria diretamente a sustentabilidade do projeto, com efeitos visíveis na qualidade e segurança dos serviços prestados à população pela futura Rede de Unidades de Saúde implantadas pelo Brasil.

Tal diagnóstico foi possível pela atenção da equipe executora do projeto aos debates internacionais sobre a eficiência e eficácia dos projetos de cooperação internacional que se destinam a promover o desenvolvimento, assim como aos princípios norteadores da cooperação executada pela Fiocruz, que incluem os preceitos da cooperação Sul-Sul estruturante em saúde descritos por Almeida et al. (2010).

A intervenção adotada

Para responder ao problema identificado organizou-se um programa de formação cujo foco é a formação para a gestão e para a difusão do conhecimento, orientado pelo princípio da formação de profissionais que pudessem, a partir de outros programas de formação a serem desenvolvidos no Haiti, replicar o conhecimento adquirido.

Nessa perspectiva, estrutura-se o curso Refit Haiti, a partir do material didático de dois cursos do Programa de Educação a Distância/Ensp/Fiocruz, Aperfeiçoamento em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde e Especialização em Gestão de Projetos Físicos e Tecnológicos em Saúde, norteados pelas premissas do Planejamento Estratégico Situacional e Administração em Saúde, da Avaliação em Saúde, da Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e, finalmente, da Gestão do Parque Tecnológico em Saúde, compreendendo arquitetura hospitalar, engenharia de obras e manutenção e engenharia clínica.

O conjunto de temas e conteúdos que compuseram o material didático foi organizado em seis unidades de aprendizagem, a saber: Planejamento, Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde; Conhecendo a Organização dos Sistemas de Saúde; Elaboração

de Projetos de Arquitetura e Complementares em Saúde; Gerenciamento de Obras; Manutenção de Unidades de Saúde: Prédios, Instalações e Equipamentos; Gestão de Contratos e Avaliação de Resultados; seguidos de Reflexão Pedagógica e Formação de Formadores e o Trabalho de Conclusão de Curso, que se traduziu na estruturação do Projeto de Intervenção (Pessoa, Machado, Souza, 2013).

A unidade de aprendizagem Planejamento, Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde, unidade transversal e estruturante de todo o curso, inicialmente com carga horária de 24 horas, foi ampliada, finalizando com quarenta horas, e envolvendo os conceitos apresentados por Mario Testa, Carlos Mattos e Adolfo Chorny, entre outros, organizados de modo a facilitar a acessibilidade e a compreensão para gerentes e gestores tanto de nível técnico como de nível superior, clientela do curso tanto no Brasil como no Haiti.

O foco da unidade foi a estruturação de projetos de intervenção para o enfrentamento de problemas reais identificados no contexto do conjunto de unidades e equipamentos de saúde doado pelo Brasil, que dialoga, também, com o pensamento de planejamento como tecnologia de gestão. Mehry (1994, p.119), entende que

O planejamento tem-se tornado um tema na vida do homem contemporâneo, pelo menos em três situações básicas: como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, tendo em vista que nestas ocorrem processos de trabalho; como prática social transformadora, tendo em vista a determinação de novas relações sociais alternativas à lógica reguladora do mercado e como método de ação governamental, tendo em vista a produção de políticas.

Ainda na primeira unidade, em análise de contextos tanto do sistema de saúde haitiano como das capacidades tecnológicas disponíveis, foi possível identificar conhecimentos, que denominamos recursos cognitivos, que pudessem subsidiar as estratégias de ação e soluções desenvolvidas no Haiti para apoiar as propostas de intervenção a serem desenhadas durante o curso.

A unidade de aprendizagem Conhecendo a Organização de Sistemas de Saúde, embora com pouca carga horária, foi a estrutura para sensibilizar o conjunto de alunos, em sua maioria composto por categorias profissionais diferentes daquelas usualmente inseridas nos processos de formação em saúde, tais como administradores, arquitetos, engenheiros, técnicos de eletricações, mecânicos e profissionais da área da comunicação, para que eles pudessem entender e refletir sobre os diferentes perfis de unidades de saúde: unidades básicas, policlínicas especializadas, hospitais de diferentes portes, serviços de urgência, e na articulação entre os mesmos, convergindo na conformação de sistemas e redes de saúde.

As unidades de aprendizagem de Arquitetura, Obras e Manutenção, com conteúdos mais afeitos ao perfil dos alunos, inovaram na questão de possibilitar um olhar específico para a complexidade e a especificidade das unidades de saúde, quer fossem hospitais, rede de frio, ou mesmo uma ambulância UTI.

Organizado de modo presencial, com três encontros no Haiti com quarenta horas cada, o curso utilizou-se de uma Comunidade Virtual de Aprendizagem, possibilitando a interação entre tutores e alunos durante os períodos de dispersão. Como principais desafios, destacamos: a inovação pela interação entre profissionais de nível superior e técnico, que inicialmente gerou alguma tensão; a diversidade dos conhecimentos envolvidos, expressa pelo perfil dos

alunos de áreas como arquitetura, engenharia, administração, economia e comunicação, necessários para a gestão interdisciplinar; e, por último, a barreira da língua, tanto para a comunicação presencial como para a virtual.

O curso teve início no dia 1 de agosto de 2013, quando os hospitais se encontravam em processo de finalização das obras e os equipamentos e mobiliários em vias de serem entregues, o que possibilitou o cotejamento entre teoria e prática, uma das bases conceituais do curso. Como diz Deleuze (citado em Foucault, 1979), durante uma conversa com Foucault, é preciso viver as relações teoria-prática não mais como processos de totalização, mas como relações parciais e fragmentárias que permitem um sistema de revezamento ou de rede. Sobre a teoria e a prática, diz Foucault (1979, p.70): “A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra, e a teoria, um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro, e é preciso a prática para atravessar o muro”.

Desse modo, produzindo estranhamento e transversalidades, encontra-se amparo para o desenvolvimento dessa experiência com um conjunto de alunos haitianos em Michel Foucault, Gilles Deleuze e Guattari, quando convergem para a necessidade e a possibilidade de se encontrarem outras relações entre teoria e prática, expressas na metáfora utilizada por Foucault e reafirmada por Deleuze, em que uma teoria deve ser como uma “caixa de ferramentas: é preciso que sirva, é preciso que funcione” (Foucault, 1979, p.71). No contexto do curso Refit no Haiti, a “caixa de ferramentas” se coloca como uma boa expressão tanto da inovação como do pensamento e da prática, uma vez que introduz soluções tecnológicas em um país que, em muitas situações, convive com tecnologias do século XIX.

Os alunos, vinculados ao MSPP, em sua maioria do nível central do ministério, associados à Rede de Frio (Vacinação), à Central de Ambulâncias, eram dois administradores dos hospitais que o Brasil está construindo e, além desses, um engenheiro do Hospital Universitário de Porto Príncipe e os dois arquitetos da Cooperação Tripartite.

Durante o curso, tivemos a oportunidade de contato com a equipe de engenheiros cubanos, vinculados à Brigada Cubana, responsáveis pela formação de 32 técnicos biomédicos para a manutenção de equipamentos nas unidades de saúde do Haiti.

A cultura e o desenvolvimento tecnológico haitiano como determinantes para os processos de intervenção

Para Cohen e Franco (1993, p.33), “A política social, como qualquer outra, tem um elemento político e outro técnico. A vontade política de levar adiante determinadas ações depende de considerações que são alheias a essa discussão. Mas os técnicos podem facilitá-la mediante recomendações viáveis e eficientes”; ou seja, o incremento no avanço do conhecimento técnico depende de uma interação harmônica entre vontade (ou decisão) política e conhecimento técnico. No caso do Projeto de Cooperação Tripartite e, mais especificamente, do curso Refit Haiti, a necessidade dessa harmonia mostrou-se fundamental.

No Haiti, a tradição cultural preconiza que a família é a provedora de alimentação para seus familiares internados, e, por isso, os hospitais construídos pelo Brasil no Haiti não possuem cozinha. Em relação à lavanderia hospitalar, embora a cultura haitiana tenha procedimento semelhante, ou seja, as roupas pessoais e de cama dos familiares internados são lavadas pelas

famílias, houve uma inovação tecnológica no projeto dos hospitais doados pelo Brasil e foi introduzida uma lavanderia hospitalar em cada Hospital Comunitário de Referência (HCR), o que implicou a necessidade de viabilizar uma mudança cultural importante, além, obviamente, da dimensão inerente à incorporação de tecnologias.

Os espaços biomédicos como os destinados a UTI, centro cirúrgico, centro obstétrico, laboratório, centro de imagem, e os espaços ditos hospitalares, ou logísticos, tais como os destinados a esterilização e lavanderia, instalados pelo Brasil nos novos HCRs, aproximam o Haiti da tecnologia hospitalar do século XXI, gerando um “abismo tecnológico” entre esses novos HCRs e os demais hospitais existentes no Haiti, incluídos os hospitais universitários, que convivem ainda com tecnologias, por vezes, das décadas de 1960 ou 1970.

As visitas de campo aos HCRs, realizadas com os alunos durante os encontros presenciais, permitiram uma aproximação com a realidade dos processos de implantação dos HCRs e os problemas a serem enfrentados, em especial a diferença de estágios de incorporação tecnológica entre o modelo hospitalar brasileiro e o haitiano e, sobretudo, a diferença de cultura no cuidado dispensado aos pacientes, no tocante à sua alimentação e às roupas de uso pessoal e de cama.

O que, para o Brasil, era uma rotina, para o Haiti se configurava como uma inovação cultural e tecnológica sem precedentes: a existência de lavanderia no interior dos hospitais.

Nesse contexto, merecem destaque dois trabalhos desenvolvidos pelos alunos: (1) rotinas e boas práticas de lavanderia hospitalar, que organizou uma capacitação para operadores da lavanderia, com vistas a organizar um manual de procedimentos e boas práticas; e o projeto de outra equipe, (2) com foco no parque tecnológico do L'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (Hueh), cujo diagnóstico da situação-problema revelou um grande número de equipamentos parados e danificados; ou seja, dos 217 equipamentos existentes, 152 estavam parados, equivalendo a 70% do total existente.

A constatação da situação-problema do Hueh, de imediato, impulsionou a equipe da Ensp/Fiocruz a procurar a Brigada Cubana, que já vinha de longa data capacitando profissionais para o Haiti, e em parceria com os engenheiros cubanos uniu esforços na perspectiva de trabalho conjunto e, em especial, na construção de viabilidade para que o conjunto de profissionais haitianos formados no campo da gestão do parque tecnológico, tanto por cubanos como por brasileiros, se organizasse em uma Rede para a Gestão do Parque Tecnológico de Saúde no Haiti.

Um dos objetivos estratégicos da equipe de professoras do curso Refit foi viabilizado com a criação de um espaço para a troca de experiências e união de esforços em prol do sucesso da iniciativa, durante o terceiro Encontro Presencial Refit Haiti, que abriu espaço para a realização da Oficina de Integração de Manutenção Predial, Instalações e Equipamentos de Saúde do Haiti.

O embrião de uma Rede Solidária de Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde no Haiti

Nos dias 24 e 25 de março, ocorreu a defesa de projetos e encerramento do curso de Aperfeiçoamento Refit Haiti, com 24 alunos formados. Foram estruturados quatro projetos

de intervenção, elaborados pelos alunos de modo coletivo, compartilhados entre cada equipe específica e debatidos com a turma. Esses projetos tiveram como premissa fundamental a atenção à realidade local, considerando suas limitações, com vistas à construção de estratégias de viabilização aplicáveis à realidade haitiana:

- Estruturação de Oficina de Manutenção no HCR de Bon Repos;
- Montagem de uma Oficina Volante, base no HCR de Bon Repos;
- Rotinas e Boas Práticas de Lavanderia Hospitalar, no HCR de Carrefour;
- Rotinas e Boas Práticas de Gestão de Resíduos, no HCR de Bon Repos.

Nos dias 26, 27 e 28 de março, realizamos a Oficina de Integração de Manutenção Predial, Instalações e Equipamentos (Figura 1).



Figura 1: Encerramento da Oficina de Integração de Manutenção Predial, de Instalações e Equipamentos no Haiti, 49 participantes e as professoras Luisa Pessoa e Ildary Machado (Foto: Pedro Linger, 2014)

A oficina teve 49 participantes haitianos. Além dos alunos do curso Refit Haiti recém-formados, foram 23 técnicos biomédicos formados pelos engenheiros biomédicos cubanos, acrescidos de um engenheiro clínico formado no Japão e do administrador do terceiro HCR construído pelo Brasil no Haiti.

Como resultado da oficina, de intensas discussões, o compromisso dos profissionais cubanos propiciou um clima favorável à integração entre os dois grupos, conformando o início de uma rede de profissionais voltados para o tema da Gestão do Parque Tecnológico no Haiti, e à estruturação de quatro novos pré-projetos de intervenção, desenvolvido pelos participantes organizados em quatro grandes equipes integradas, com profissionais de nível técnico e superior, e em três dias alinhavaram-se as bases para iniciativas relevantes no âmbito da Gestão do Parque Tecnológico de Saúde no Haiti. A seguir, os projetos desenvolvidos:

- Estruturação de Brigada de Incêndio para os HCRs;
- Rotinas de Manutenção Elétrica, Hidráulica e Sanitária;

- Estrutura Nacional de Manutenção no MSPP e nos dez departamentos;
- Modelo de Prontuário de Equipamentos.

Em que pesem as avaliações positivas e relevantes acerca do processo de apoio internacional prestado ao Haiti pós-terremoto, durante as discussões na oficina emergiu um tema relevante para a questão da cooperação internacional, em especial relativo à efetividade dos equipamentos e máquinas doados, quando da explicitação pelos profissionais haitianos de que algumas doações internacionais desse tipo, na realidade, eram descarte de equipamentos e máquinas obsoletas em seus países de origem. Tal medida desnuda uma ação pouco solidária, mas presente na cooperação internacional em saúde, que merece um estudo mais aprofundado, não incluído no escopo deste trabalho.

Durante a semana, foram elaboradas perguntas estratégicas que nortearam entrevistas com os administradores dos HCRs e com uma funcionária da Diretoria de Saúde do Departamento do Oeste, com sede na cidade de Porto Príncipe, que conta com mais de três milhões de habitantes, com o objetivo de difundir o trabalho realizado. Os recursos audiovisuais utilizados, no âmbito das atividades e ações da Cooperação Tripartite, em seu conjunto, possibilitaram o compartilhamento tanto do processo como dos resultados produzidos, servindo como instrumento de construção e disseminação do conhecimento.⁵

Considerações finais

Apesar das particularidades envolvidas nos projetos de cooperação internacional, principalmente as relativas a diferenças culturais e situações políticas internas dos países envolvidos, muitos dos desafios inerentes à melhoria da eficácia da ajuda estão no plano da incorporação dos princípios das declarações de Paris (2005), Accra (2008) e Busan (2011) e nos processos de planejamento e de gestão dos projetos. Como dizem Cohen e Franco (1993, p.31): “É preciso se preocupar em aumentar a eficiência na utilização dos recursos disponíveis e incrementar a eficácia na consecução dos objetivos dos projetos que são com eles financiados”.

No que tange ao projeto de cooperação tripartite Brasil-Cuba-Haiti, objeto de estudo neste trabalho, é preciso destacar a importância das avaliações parciais e da flexibilidade para incluir novas linhas de atuação a partir de problemas identificados no processo. Essa possibilidade permitiu que a Ensp/Fiocruz pudesse propor uma intervenção direcionada a ampliar a sustentabilidade e a eficácia do projeto original.

Em experiências como a de Moçambique e do Haiti, com doação de recursos expressivos para implantação de infraestrutura de saúde – a Fábrica de Moçambique e o Parque Tecnológico no Haiti –, é de extrema relevância a possibilidade de avaliação dos resultados obtidos em médio e longo prazos, com vistas à verificação tanto do funcionamento das instalações como do efetivo impacto dessas doações nos indicadores de melhoria das condições de vida da população, fruto dos investimentos em projetos sociais oportunizados pela cooperação.

Mesmo que a realização dos projetos em si atenda aos objetivos postos pela política externa brasileira com possíveis outros ganhos relativos, essa avaliação se torna especialmente relevante quando estão envolvidos recursos públicos brasileiros destinados ao desenvolvimento internacional.

No caso das doações do Brasil para o Haiti, em que pesem os esforços para a obtenção de resultados positivos, até a presente data, os HCRs ainda não estão funcionando plenamente, e as ambulâncias apresentam sérios problemas de manutenção,⁶ situação que estimula o desenvolvimento de outros estudos empíricos e recomenda processos de avaliação do projeto a serem realizados pelo MS/Brasil.

Os desafios para a construção do conhecimento no âmbito da saúde são enormes. Essa construção, tendo como foco os processos de trabalho inerentes à gestão dos parques tecnológicos, além de inovadora é um duplo desafio, tanto para os processos de cooperação internos dos países como para os processos de cooperação internacional. Na maioria das vezes, as dificuldades se expressam na própria construção do conceito e da abordagem do que seja contruir conhecimento.

Aprender com o cotidiano, com as experiências concretas do mundo do trabalho, em um processo de construção coletiva e compartilhada, ainda é um desafio para todos nós, no Brasil e no Haiti, e reitera as premissas de enfrentamento de problemas comuns, do aprendizado mútuo e da horizontalidade que norteiam a cooperação Sul-Sul.

NOTAS

¹ Para aprofundar esse conceito, sugerimos o vídeo “Translação do conhecimento em saúde pública: iniciativas da Fiocruz”. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fjgWW8R2Lo>.

² Em 1955, países africanos e asiáticos se reuniram em Bandung, Indonésia, para discutir a cooperação em temas econômicos. Essa conferência é reconhecida como o marco inicial da cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD), que posteriormente passou a ser denominada cooperação Sul-Sul (Almeida, 2013).

³ Vale destacar que o reconhecimento da saúde como objeto da política externa brasileira acompanhou um processo mais geral de valorização da saúde na agenda da política externa dos países que teria se iniciado com o fim da Guerra Fria e apresentado desenvolvimento na primeira década do século XX. Esse processo deu origem a termos como “saúde global” e “diplomacia da saúde” (Almeida, 2013; Almeida, Haines, Campos, 2008).

⁴ Ressalta-se que duas outras unidades da Fiocruz participaram dessa cooperação: o Canal Saúde e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict). Entretanto, essas unidades não se destinam a capacitar profissionais para gerir instituições de saúde.

⁵ Vale conferir o vídeo com as entrevistas em: <https://www.youtube.com/watch?v=WTz06CDVLLc>.

⁶ Em novembro de 2014, voltamos ao Haiti com o objetivo de realizar uma avaliação do curso e a identificação de perspectivas de implantação dos Projetos de Intervenção estruturados ao longo do curso e da oficina. Apesar de as instalações estarem ainda funcionando parcialmente, para nossa surpresa, tivemos a oportunidade de um encontro com o representante no Haiti da United Nations Office for Project Services (Unops), braço operacional da ONU, responsável pela gestão operacional dos HCRs construídos pelo Brasil, que se mostrou muito interessado nos projetos desenvolvidos pelos alunos. No início de março de 2015, recebemos uma mensagem por *e-mail* de um dos egressos do curso, informando que havia sido incorporado à equipe da Unops no Haiti.

REFERÊNCIAS

ACCRA.
Declaração de Accra. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/41202060.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016. 2008.

ALMEIDA, Celia.
Saúde, política externa e cooperação Sul-Sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no*

Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. v.1. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. p.233-327. 2013.

ALMEIDA, Celia et al.

A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. *Reciis*, v.4, n.1, p.25-35. 2010.

ALMEIDA, Celia, HAINES, Andres Ferrari; CAMPOS, Rodrigo Pires.

Salud global: un nuevo objeto de estudio en salud colectiva. *Palimpsestus*, n.6, p.49-68. 2008.

BRASIL.

Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Haiti*. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/Projetos/CooperacaoSulSul/Haiti>. Acesso em: 22 fev. 2016. 2012.

BUSAN.

Declaração de Busan. Disponível em: http://www.effectivecooperation.org/files/outcome_document_-_final_por.pdf. Acesso em: 15 fev. 2016. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA José Roberto. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul Saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). *Reciis*, v.4, n.1, p.106-118. 2010.

CERVO, Amado Luiz.

Socializando o desenvolvimento: uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v.37, n.1, p.37-63. 1994.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando.

Avaliação de projetos sociais. Petrópolis: Vozes. 1993.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg; DALL'ALBA, Rafael.

Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. *Reciis*, v.6, n.2, p.601-602. 2012.

FOUCAULT, Michel.

Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal. 1979.

IBQN.

Instituto Brasileiro de Qualidade Nuclear. Relatório de atividades do projeto Ações Básicas de Saúde no Ceará. [s.l.]: Secretaria de Saúde/CE; Banco KfW; IBQN. 2004.

IPEA.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento*

internacional: 2005-2009. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Agência Brasileira de Cooperação. 2010.

LEITE, Iara Costa.

Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. *Observador Online*, v.7, n.3. 2012.

MEHRY, Emerson Elias.

Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. [s.l.]: [s.n.]. 1994.

OPS.

Organización Panamericana de la Salud. *Salud internacional*: un debate Norte-Sur. Washington: OPS. 1992.

PARIS.

Declaração de Paris. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/38604403.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016. 2005.

PESSOA, Luisa Regina.

Curso de Aperfeiçoamento em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde. [s.l.]: EAD/Ensp/Fiocruz. 2006.

PESSOA, Luisa Regina; MACHADO, Ildary

Mesquita; SOUZA, Eliana Anunciação Alves.

Cours de Gestion des Ressources Matérielles et Technologiques en Santé en Haiti. Coopération Tripartite Brésil-Haiti-Cuba. [s.l.]: [s.n.]. 2013.

PINHEIRO, Leticia; LIMA, Maria Regina Soares de; HIRST, Mônica.

A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios. *Nueva Sociedad*. Disponível em: http://www.nuso.org/upload/articulos/p6-2_1.pdf. Acesso em: 3 nov. 2014. dez. 2010.

PINO, Bruno Ayllón.

Os debates sobre a eficácia da cooperação e o papel dos emergentes: o Brasil e a cooperação triangular. *Carta Internacional*, v.5, n.2, p.3-10. 2010.

ROA, Alejandra Carrillo; SILVA, Felipe Ricardo Baptista e.

A Fiocruz como ator da política externa brasileira no contexto da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: uma história revelada. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.22, n.1, p.153-169. 2015.

SOGGE, David.

Dar y tomar: ¿qué sucede con la ayuda internacional? Barcelona: Icaria. 2004.

