

Cooperação estruturante, a experiência da Fiocruz

Structural Cooperation, the Fiocruz experience

José Roberto Ferreira¹
Luiz Eduardo Fonseca¹

Abstract *This article examines the structural approach to health cooperation, focusing on its meaning as a method for promoting institutional policies to improve management models. We draw attention to the differences between this approach and the traditional disease-based approach, showing that the structural approach is centered on health systems, reinforces global governance, and embodies the Sustainable Development Goals (SDG), thus taking on a multi-sectoral dimension. This approach leverages the maximum potential of international cooperation by establishing structuring networks and promoting relations between partner countries through their national health institutions, schools of public health, and technical staff. By way of example, we show that this approach is applied in the Union of South American Nations (UNASUL, acronym in Portuguese) and Community of Portuguese-speaking Countries (CPLP, acronym in Portuguese), especially in Africa. Finally, we underline the importance of this approach for South-South relations, where it addresses the real necessities of partner countries, unlike North-South cooperation that is characterized by power asymmetries, especially within the economic and technical-scientific dimensions.*

Key words *Structural cooperation, Health system, Global governance, Sustainable development objectives, Structuring networks, Unasul and CPLP*

Resumo *O artigo analisa a estratégia de cooperação estruturante em saúde, procurando destacar seu significado como método de promover políticas institucionais para aperfeiçoar o modelo de gestão. No âmbito da saúde, chama a atenção para a diferença que representa em relação à cooperação tradicional mais orientada à doenças, enquanto esta abordagem está centrada no sistema de saúde, reforçando a governança global e aplicando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que ampliam uma influência multissetorial. Tal abordagem potencializa a cooperação com o estabelecimento de redes de Instituições estruturantes, incluindo as relações entre os países participantes no âmbito de seus Institutos Nacionais de Saúde, e Escolas de Saúde Pública e de Pessoal Técnico. Como exemplo se aplica na União de Nações Sul Americanas (UNASUL) e na Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) especialmente na África. Finalmente, ressalta a importância dessa estratégia na relação sul-sul, visando as reais necessidades dos países parceiros em oposição às assimetrias nas dimensões econômicas e científicas que se observam na cooperação oferecida pelos países desenvolvidos.*

Palavras-chave *Cooperação estruturante, Sistema de saúde, Governança global, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Redes estruturantes, UNASUL e CPLP*

¹ Centro de Relações Internacionais em Saúde, Fiocruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos. 21040-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. jose.roberto@fiocruz.br

Introdução e Conceito

As palavras têm vida: nascem, amadurecem e morrem. A relação entre significação, significado e sentido significativo é que permite, no seu uso, o amadurecimento da palavra e sua longevidade. A rápida difusão de uma terminologia, antes mesmo de ser compreendido o seu real significado, pode generalizar sua aplicação com o risco de perder seu sentido original e enfraquecê-la como significativo. Este artigo trata de aclarar a trajetória do termo “estruturante” associado à cooperação para recuperar o seu sentido significativo estratégico no campo da cooperação internacional e descreve não só sua base operacional, como também, seu alcance e desenvolvimento em redes de instituições estruturantes.

O uso do termo *cooperação estruturante* foi introduzido, em 2009, no âmbito do setor saúde para destacar as ações internacionais dirigidas ao fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros. Estas ações procuravam combinar *intervenções concretas (para) a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, 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*¹ do setor.

Trata-se, portanto, de apoiar o desenvolvimento do sistema de saúde englobando promoção, prevenção, regionalização, atenção, produção de insumos, etc. Para isto deve contar com o reforço de instituições que são pilares para a criação, a sustentação e o aperfeiçoamento de políticas públicas na área da saúde, assim como do funcionamento e da governança do sistema de saúde. As instituições consideradas como estruturantes e com capacidade de transformação do referido sistema são os próprios Ministérios da Saúde, os Institutos Nacionais de Saúde, as Instituições de Formação de Recursos Humanos, especialmente aquelas que se dedicam a capacitação avançada, a produção de insumos essenciais, além, ademais, de determinados Centros modelos do setor (como hospitais de referência e centros exemplares de atenção primária).

Obviamente, o termo pode ser aplicado em contextos e áreas diferentes que operacionalizam suas políticas com base em sistemas, como a ciência e tecnologia – C&T (incluindo pesquisa básica laboratorial, pesquisa clínica, pesquisa translacional, desenvolvimento tecnológico, controle de qualidade, etc.), a educação (com níveis de escolarização, regionalização, tecnologia educa-

cional, produção de materiais, etc.) e igualmente a vários outros setores como transporte, abastecimento, informação, etc.

A cooperação estruturante trabalha, portanto, com instituições que reforçam as bases estruturais de um sistema operacional centrado nas políticas correspondentes e que sustentam sua implantação, adequada gestão e novamente geram evidências científicas conducentes às novas políticas e modelos de gestão².

Detalhamento operacional

A chamada cooperação estruturante se destaca no panorama do que hoje vem sendo aplicado como *capacity building* por estar direcionada para o treinamento de recursos humanos e a construção de capacidades.

Durante muitos anos a cooperação internacional em saúde se fez de maneira vertical, baseada em programas de luta contra doenças específicas, gerando dentro dos Ministérios da Saúde divisões segmentadas e independentes, tanto em termos de recursos humanos quanto financeiros. O reflexo disso hoje se percebe nos projetos de cooperação bilaterais focados no intercâmbio baseado em técnicas e boas práticas aplicadas aos diferentes programas por doença (HIV-AIDS, malária, tuberculose, diabetes, entre outras). Nesse sentido, muitas atividades de cooperação no campo da formação de recursos humanos acabam por se preocupar apenas com o treinamento, sem tomar em conta sua real finalidade na geração de novos conhecimentos que promovam o funcionamento do sistema de saúde como um todo e atuem numa possível renovação política do setor.

Não se deve negar o peso que têm as instâncias programáticas nas atuais organizações dos Ministérios da Saúde, entretanto, estas instâncias, que ao fim garantem o funcionamento do sistema, são mais suscetíveis às mudanças político-administrativas. Neste contexto, são as instâncias técnico-científicas do setor saúde, com seus quadros concursados, permanentes e menos apensos às mudanças políticas, que dão mais sustentabilidade ao sistema como um todo, pois não só estão constantemente fornecendo quadros para as áreas programáticas dos Ministérios como gerando novas evidências para as mudanças necessárias aos próprios programas.

Se reconhece, nesse sentido, que o reforço do sistema de saúde pode tanto se dar pelas instâncias técnico-científicas quanto programáticas, podendo constituir-se, na prática, em elementos complementares. Um dos aspectos que deve

ser valorizado na esfera dos programas verticais por doenças é a participação da sociedade civil. Entretanto, somente a cooperação entre instâncias estruturantes promove uma cooperação que permite mudanças mais profundas das políticas e, conseqüentemente, do sistema de saúde, assim como a geração partilhada de conhecimentos com base científica, a isso chamamos de abordagem estruturante do sistema de saúde.

Essa orientação introduz inovações em duas dimensões: a) integra o desenvolvimento de recursos humanos com o organizacional e institucional e b) parte da exploração dos recursos e capacidades endógenas de cada país para que os próprios atores locais possam assumir a liderança necessária para a formulação de uma futura agenda de desenvolvimento da saúde e sua implementação sustentável.

A partir desta fundamentação se destaca que o processo de cooperação internacional estruturante, mais que oferecer assessorias diretas por especialistas estrangeiros ou trocas de 'experiências' e 'boas práticas', implica no esforço dos responsáveis locais, para que, com possível orientação externa, possam participar no processo de introdução das transformações necessárias para o aprimoramento pretendido³. Tudo isto aplicado ao desenvolvimento do sistema de saúde como um todo, o que permite ampliar significativamente o esforço despendido, procurando cobrir igualmente os problemas que afetam a saúde pública, em seus aspectos biológicos, sociais e ambientais, além de assegurar os cuidados relativos aos agravos à saúde e não apenas o diagnóstico e o tratamento de doenças.

Ou seja, a cooperação estruturante foca não os *direitos pessoais* na esfera da saúde, mas os *direitos sociais* de cobertura garantidos pelo Estado com base nos *direitos políticos* dos cidadãos⁴. Numa escala ainda maior, essa estruturação pode aplicar-se na governança global de saúde, alcançando uma ação multissetorial e tomando em conta vários dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), atuando de acordo com a proposta da OMS de Saúde em Todas as Políticas, para a consolidação das modificações que possam haver sido introduzidas no Sistema de Saúde.

Superação pretendida

A globalização tomada como processo multidimensional inclui aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais e científico-tecnológicos, facilitando fluxos populacional-migratórios em que conhecimento e tecnologias se permeiam en-

tre fronteiras nacionais favorecendo a expansão de novos bens comuns⁵.

Nesse mundo globalizado, a significativa reorientação que se introduz com a estratégia da cooperação estruturante implica em superar a prática usual da assistência técnica propiciada pelos países desenvolvidos. Em geral, a cooperação tradicional parte de objetivos previamente definidos, baseados no mais das vezes, na preocupação dos doadores em controlar situações que poderiam chegar a se propagar em suas próprias populações. Tal abordagem privilegia predominantemente doenças específicas, como indicamos anteriormente, o que, na época atual, não parece ser suficiente e não aproveita todo o potencial que se esperaria desse tipo de ajuda.

Tal observação justifica as reflexões estimuladas pela OCDE em reuniões internacionais realizadas na primeira década deste século, que visavam promover maior eficácia da cooperação, destacando-se entre elas, a que teve lugar em Paris, em 2005, que indicou a necessidade de partir de um planejamento conjunto com o país parceiro, com harmonização das atividades de outros projetos e a apropriação pelos responsáveis locais dos avanços promovidos, conduzindo, finalmente, a resultados mutuamente contabilizados⁶.

Esta orientação começa a ser aplicada no âmbito da cooperação norte-sul, que hoje adota uma negociação menos prescritiva na relação doador-receptor, porém é ainda mais eficaz no intercâmbio entre países em desenvolvimento, oferecendo elementos que reforçam nossa proposta de cooperação estruturante, numa relação que supera o critério de ajuda e se caracteriza como uma ação entre países parceiros.

O reforço e a transformação dos sistemas de saúde, em sua total amplitude, diferente da orientação mais tradicional de dedicar-se a uma só doença, permite supor que se criem condições para uma ação mais geral, com potencial de enfrentar as mais variadas enfermidades. Além disso, como foi mencionado antes, trata-se de promover a saúde não só em seus aspectos biomédicos como também tomando em conta os determinantes socioambientais que podem afetá-la.

Estratégia de potencialização: as redes de Instituições estruturantes

Com vistas a potencializar a cooperação estruturante, em situações nas quais projetos ou ações do mesmo gênero (reforço ou apoio aos Institutos Nacionais de Saúde, Escolas de Saúde Pública, ou outras instâncias) ocorram em países

diferentes, procura-se estabelecer um relacionamento institucional entre os parceiros dos países participantes, possibilitando o compartilhamento de experiências e até de recursos humanos e financeiros, através de redes de Instituições Estruturantes, propiciando com isto um melhor aproveitamento dos resultados alcançados por cada um dos membros da rede.

As Instituições estruturantes, em geral, têm forte peso político dentro de seus respectivos países, os quais, também frequentemente, se relacionam com base em agendas comuns, seguindo arranjos políticos regionais, dentre os quais, destacam-se a UNASUL (União das Nações Sul Americanas) e a CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa), nas quais foram discutidas propostas de cooperação internacional em saúde com países de cada uma dessas regiões⁷.

Este fato permitiu que, durante a última década, se desenvolvesse a formulação tanto de uma Agenda Estratégica formulada conjuntamente no âmbito da Comissão de Saúde da UNASUL quanto de um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) para a CPLP. Ambas formulações foram assessoradas pela Fundação Oswaldo Cruz, órgão do Ministério de Saúde do Brasil, que conta com uma estrutura complexa de caráter estruturante, o que potencializou a organização de redes de Instituições Estruturantes, como referimos em parágrafos anteriores, apoiando dessa forma o reforço dos respectivos Sistemas de Saúde dos países de cada região.

Considerações finais

A comunidade internacional tem demonstrado grande interesse na superação do desequilíbrio mundial, exemplo disso é a Agenda 2030 e a proposta de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), corroborada por todos os chefes de Estado em reunião da Assembleia Mundial das Nações Unidas, em 2015, que em seu último objetivo (17)

propõe revitalizar as parcerias para reforço das capacidades e planos nacionais que convergem para esta expectativa.

Nesse sentido, optamos por buscar soluções de mais amplo aproveitamento da cooperação internacional em saúde entre países em desenvolvimento, enfatizando necessidades de longo prazo, através do fortalecimento de instituições-chave, com potencial para promover verdadeira liderança no setor. A abordagem adotada de cooperação estruturante atende a esse objetivo promovendo a atuação sobre os determinantes sociais da saúde e não unicamente atenção aos cuidados médicos individuais¹, tomando em conta a sinergia da maioria dos ODSs.

Sabe-se que as *assimetrias nas relações de poder, especialmente nas dimensões econômica e científico-tecnológica, entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento são questões que interferem nos processos de cooperação*². No caso, a cooperação estruturante em saúde permite ampliar a esfera da cooperação internacional entre países em desenvolvimento em direção à pesquisa, ao desenvolvimento tecnológico e à inovação neste campo do conhecimento e numa dimensão social, promovendo um caminho possível para a equidade nesses países.

Na esfera dos direitos sociais, a cooperação estruturante vem dando arcabouço à implantação da estratégia de Saúde em Todas as Políticas, defendida no âmbito da OMS para a Agenda 2030, o que favorece a implementação intersetorial e realça seu real significado e grande eficiência no aperfeiçoamento das instituições que orientam as políticas de funcionamento dos sistemas de saúde, e por onde proporcionam melhor saúde às populações dos países em que foi aplicada.

Com isto, essa estratégia demonstra seu amadurecimento e superioridade em relação a outras abordagens de menor abrangência, contribuindo para que o desenvolvimento pretendido seja realmente sustentável e possa ser alcançado no prazo estabelecido pela ONU.

Colaboradores

Os autores, JR Ferreira e LE Fonseca participaram igualmente em todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Almeida C, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. *RECIIS* 2010; 4(1):25-35.
2. Ferreira JR, Fonseca LE. A experiência da Fundação Oswaldo Cruz em relações internacionais para o desenvolvimento da Ciência e Tecnologia no campo da saúde. In: Buss PM, Tobar S, organizadores. *Saúde global e diplomacia da saúde: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. No Prelo.
3. Neto WAD. A cooperação internacional para o desenvolvimento como uma expressão específica da cooperação internacional: um levantamento teórico. *OIKOS* 2014; 13(2):115-128.
4. Gavião L. Regenerar a democracia. *Le Monde Diplomatique* 2016. Ano 9 (105), abril.
5. Andrade PA, Carvalho DBB. Cooperação internacional para o desenvolvimento científico e tecnológico: um caminho para equidade em saúde. *História, Ciência e Saúde* 2013; 20(2):653-667.
6. Buss PM, Ferreira JR, Hoirisch CA. Saúde Pública no Brasil e a Cooperação Internacional. *Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade* 2011; 2(2):213-229.
7. Buss PM, Ferreira JR. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul Saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP. *RECIIS* 2010; 4(1):99-110.

Artigo apresentado em 07/09/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 23/02/2017

