A TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO NA COOPERAÇÃO SUL SUL EM SAÚDE: O CASO DA SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS

Samuel Araujo Gomes da Silva[1]

Roberto González Duarte[2]

Resumo: A despeito do crescimento da cooperação técnica internacional (CTI), sobretudo horizontal (sul-sul), a literatura sobre o processo de transferência de conhecimento (TC) nesse contexto ainda é escassa. A fim de analisar como a transferência de conhecimento acontece na cooperação sul-sul em saúde, bem como seus desafios, realizou-se um estudo de caso sobre a implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM). A coleta de dados foi feita por meio de documentos oficiais e entrevistas. A análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo, com o auxílio do *software* NVivo.

Palavras-chave: Transferência de Conhecimento. Cooperação Internacional. Moçambique.

Abstract: Despite the growth of International Technical Cooperation (ITC), especially horizontal (South-South), the literature concerning the process of Knowledge Transfer (KT) in the ITC context is still scarce. In order to analyze how the mechanisms of Knowledge Transfer and the absorptive capacity are interrelated in that process, this case study was conducted about the implementation of the Mozambican Medicines Society (SMM). The data collect was done through studying official documents and interviews. The data analysis was done using the method of content analysis, with the assistance of the software NVivo.

Palavras-chave: Knowledge Transfer. International cooperation. Mozambique.

1 Introdução

Nos últimos anos a cooperação brasileira em saúde tem buscado alternativas menos tradicionais para formular e executar seus projetos, como é o caso da cooperação Sul- Sul estruturante em saúde. Trata-se de uma visão voltada para a construção de capacidades para o desenvolvimento, que integra a formação de recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional, utilizando a transferência de conhecimento como principal instrumento de operacionalização dos projetos (ALMEIDA et al. 2010). Contudo, para que esse modelo alcance seus objetivos é necessária a integração de três níveis de mudanças essenciais para o fortalecimento de capacidades. O primeiro nível é o individual, ligado à capacitação de servidores públicos para darem continuidade ao processo de aprendizagem. O segundo, o institucional, vinculado à estruturação do sistema de saúde e ao aprimoramento das instituições médico-sanitárias. Por fim, o social diz respeito ao desenvolvimento de capacidades sociais passíveis de transformar a sociedade como um todo (TORROTENGUY, 2010).

[1] CEPEAD – UFMG; samaraujogo@gmail.com.

[2] CEPEAD - UFMG

A transferência de conhecimento é um dos elementos basilares da cooperação técnica internacional (CTI) desde a sua formalização em 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (MENDONÇA JÚNIOR, 2013), e em especial da cooperação estruturante em saúde (ALMEIDA et al. 2010). Entendida como um instrumento de promoção de mudanças sociais e econômicas, a TC no contexto da CTI é fundamentada na oferta de insumos humanos e tecnológicos com o intuito de impulsionar mudanças estruturais que promovam o desenvolvimento nos países receptores (STOKKE, 1996; SATO, 2010). Contudo, ao contrário do que acontece na maioria dos contextos apresentados na morfologia de Kumar e Ganesh (2009), a transferência de conhecimento ocorre na cooperação técnica em bases não comerciais, o que a torna diferente tanto em suas motivações quanto em seus objetivos. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo analisar como a transferência de conhecimento acontece na cooperação sul-sul em saúde, bem como seus desafios. Nesse sentido realizou-se um estudo de caso sobre a implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM).

Para realizar esta pesquisa optou-se pelo método de estudo de caso (YIN, 2003) de natureza qualitativa, descritiva e explicativa, por tratar-se de exame intensivo – tanto em amplitude como em profundidade - de uma unidade de estudo, empregando todas as técnicas disponíveis para ele (GODOY, 1995; GREENWOOD, 1973). Esse trabalho está organizado em cinco partes, sendo a primeira delas esta introdução que se lê, seguida pelo referencial teórico. A terceira parte é dedicada à apresentação da metodologia e dos métodos utilizados nesse estudo. A quarta parte é composta pela apresentação dos dados em forma de caso. A quinta é composta pela análise dos dados e por fim, apresenta-se as considerações finais.

2 Referencial Teórico

Formalmente instituída pela resolução número 200 de 1948 da Assembleia Geral das Nações Unidas, a Cooperação Técnica Internacional (CTI) é fundamentada em três elementos basilares: (i) transferência não-comercial de técnicas e conhecimentos; (ii) diferença entre os níveis de desenvolvimento dos países envolvidos[3]; e (iii) execução conjunta dos projetos (MENDONÇA JÚNIOR, 2013), que ancoram as principais ações de seus projetos voltados para a capacitação de recursos humanos, por meio da melhoria de sua qualificação, know- how e aptidões produtivas (AFONSO, 2005).

De maneira geral, segundo Valler Filho (2007), a Cooperação Técnica Internacional é entendida como um processo de construção e desenvolvimento de capacidades. Seu objetivo é tornar os países receptores da ajuda externa aptos a formular e executar políticas públicas eficazes e gerar mudanças estruturais sustentáveis. Sato (2010) a define como um processo que promove mudanças sociais e econômicas profundas, resultando, também, em transformações na esfera política. Nesse contexto, o conhecimento é entendido como uma ferramenta de mudança de aspirações e instituições humanas, quando combinado com interesses e objetivos políticos (HAAS, 1990). Para Stokke (1996), esse potencial transformador da CTI é amparado na premissa de que a oferta de insumos humanos e tecnológicos pode solucionar eventuais gargalos que impedem o desenvolvimento das pessoas.

[3] Quando se fala em diferença de níveis de desenvolvimento, parte-se da diferença entre os países segundo a classificação desses entre desenvolvidos e em desenvolvimento. Apesar de não se aceitar a ideia de que o desenvolvimento seja um *continuum*, aceita-se essa classificação oficial no intuito de compreender os princípios da cooperação técnica internacional.

Embora a sua história seja marcada, em grande medida, pela ajuda externa para o desenvolvimento no vetor Norte-Sul, há relatos sobre a utilização do termo Cooperação Sul- Sul (CSS) desde a década de 1960, quando versava apenas sobre relações de comércio e integração regional (UNCTAD, 2005). A Resolução n. 2974 da Assembleia Geral da ONU, de 14 de Dezembro de 1972, criou o primeiro grupo de trabalho para estudar as melhores maneiras de juntar os esforços dos países em vias de desenvolvimento. A partir de então, a CSS ganhou mais destaque, tornando-se cada vez menos vinculada exclusivamente às relações comerciais (SOARES, 1994).

O plano de ações de Buenos Aires, por sua vez, é considerado o documento que instituiu oficialmente a cooperação técnica entre os países em desenvolvimento, também conhecida como "Sul-Sul" e "Horizontal" (MENDONÇA JÚNIOR, 2013). Nesse tipo de ajuda externa para o desenvolvimento, mantiveram-se os pressupostos da CTI tradicional, aceitando-se, a partir de então, que tal relacionamento ocorresse entre países em vias de desenvolvimento. Com a proposta de acrescentar uma nova forma de ação de cooperação àquelas já existentes, o plano deu origem à Resolução n. 34/134, de 19 de dezembro de 1978, da Assembleia Geral das Nações Unidas (PUENTE, 2010), o que demonstra o reconhecimento desse tipo de cooperação perante a ONU e seus países-membros.

Para o governo brasileiro, a cooperação técnica horizontal é entendida como um instrumento de desenvolvimento que, por meio do favorecimento de mudanças estruturais nos sistemas produtivos dos receptores, promove a superação de restrições que impeçam o crescimento natural de países em desenvolvimento. Os programas e/ou projetos criados sob esse viés permitem, em tese, transferir conhecimentos, experiências bem-sucedidas e equipamentos sofisticados. Isso contribui para a capacitação dos recursos humanos e para o fortalecimento das instituições do país receptor, o que o capacita a dar um salto qualitativo de caráter duradouro. O Brasil tem projetos de cooperação Sul-Sul que vão desde as áreas de educação até saúde coletiva, passando por reforma agrária e energia renovável (ABC, 2012). Dentre todos os campos em que a cooperação técnica internacional brasileira é operada, a saúde tem ganhado cada vez mais destaque nos últimos anos. O desenvolvimento de políticas de controle do HIV/Aids aparece como um dos temas mais recorrentes, estando por várias vezes combinado a outros como o Sistema Único de Saúde – SUS, vigilância epidemiológica, fármacos e imunobiológicos (LIMA; CAMPOS, 2010).

A cooperação horizontal brasileira em saúde é fundamentada na ideia de que, para haver crescimento em um país é necessário que sua população seja saudável. Entretanto, em sua maioria, os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento não são capazes de responder às necessidades de suas populações. Além disso, muitos desses Estados vivem uma situação de total dependência de doações de medicamentos e equipamentos médicos feitas por ONGs e organismos internacionais, o que limita a capacidade destes governos em formular e implementar políticas de saúde (BUSS; FERREIRA, 2010). Um estudo feito em alguns países africanos, onde o Brasil opera projetos de cooperação internacional, identificou problemas comuns em seus sistemas de saúde. Entre eles déficits consideráveis de pessoal qualificado em todas as categorias, dependência excessiva dos médicos estrangeiros combinada com a emigração dos profissionais mais qualificados, pouca capacidade autônoma de formação de recursos humanos de saúde (RHS), remuneração insuficiente dos RHS, ausência de um sistema de informação sobre RHS com dados fidedignos e atualizados, fraca capacidade de gestão, baixo potencial financeiro para a expansão rápida dos RHS. Os problemas estruturais dos sistemas de saúde dos países africanos se tornam ainda mais preocupantes quando somados a um quadro epidemiológico caracterizado pela alta incidência de doenças transmissíveis, em

especial o HIV/Aids (FRONTEIRA; DUSSAULT, 2010). Esse cenário aponta para a necessidade de projetos que sejam capazes de proporcionar mudanças estruturais que possam suplantar os desafios comumente encontrados nos sistemas de saúde desses países.

Nos últimos anos a cooperação brasileira em saúde tem se apropriado cada vez mais dos pilares fundamentais da CSS, com um objetivo de propor um novo modelo de ajuda externa na áreas médico-sanitárias. Com uma visão voltada para a construção de capacidades para o desenvolvimento, a cooperação estruturante em saúde é composta pela formação de recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional, utilizando procedimentos de transferência de conhecimento como forma de operacionalizar os projetos (ALMEIDA et al., 2010). Para que esse modelo alcance seus objetivos é necessário a integração de três níveis essenciais para o fortalecimento de capacidades. O primeiro nível é o individual, ligado à capacitação de servidores públicos para dar continuidade ao processo de aprendizagem. O segundo, o institucional, está vinculado à estruturação do sistema de saúde e ao aprimoramento das instituições médico-sanitárias. Por fim, o social diz respeito ao desenvolvimento de capacidades sociais passíveis de transformar a sociedade como um todo (TORROTENGUY, 2010). Esse argumento se apoia na ideia de que o conhecimento transferido pode promover o empoderamento dos indivíduos. Como prováveis consequências disso podem ocorrer mudanças graduais em seu ambiente de trabalho, sua comunidade e no seu país, o que dialoga com o conceito de desenvolvimento humano proposta por Amartya Sen (2010).

A transferência de conhecimento é definida como um processo de intercâmbio de conhecimentos tácitos e explícitos entre dois agentes (KUMAR; GANESH, 2009). Entendida como dinâmica e processual, essa atividade pressupõe a recriação e manutenção de um conjunto de rotinas complexas em um novo contexto. Isso implica que os aspectos contextuais do conhecimento em questão, presentes em sua concepção, sejam ressignificados no intuito de possibilitar o seu entendimento e internalização (SZULANSKI, 1996; 2000). Segundo Easterby-Smith et al. (2008), a transferência de conhecimento também pode ser entendida como multidimensional, pois sofre influências de vários fatores ligados à fonte, à receptora, à natureza do conhecimento ou à dinâmica interorganizacional.

A capacidade absortiva (CA) é apontada na literatura como fator crítico da transferência de conhecimento. Cohen e Levinthal (1990) a definem como a competência da organização em adquirir e explorar o conhecimento recebido. Zahra e George (2002), por sua vez, conceituam a CA como a habilidade de aquisição, assimilação, transformação e "exploitação" do conhecimento recém-adquirido, sendo esses conceitos divididos entre capacidade absortiva potencial e capacidade absortiva realizada. Os autores ainda apontam que os mecanismos de transferência de conhecimento podem ser entendidos como redutores da distância entre a capacidade absortiva potencial e a realizada. Eles são capazes de facilitar a internalização de um saber mesmo em ambiente com pouco ou nenhum histórico de incentivo à aquisição de conhecimento.

O conceito de CA pode ser desdobrado em duas noções: capacidade absortiva potencial (CAP) e realizada (CAR). A primeira compreende as dimensões aquisição e assimilação, enquanto a segunda compreende a transformação e "exploitação" (ZAHRA; GEORGE, 2002). A CAP pode ser entendida como um conjunto de rotinas que propiciam ou inibem o desenvolvimento de competências ligadas à aquisição e assimilação do conhecimento. Ela se concretiza por meio de processos organizacionais, em especial as práticas de recursos humanos, que têm efeito na forma como os indivíduos da organização entram em contato com novos conhecimentos. Já a CAR corresponde à internalização e à utilização do conhecimento em si, podendo

ser observada por meio de mudanças comportamentais causadas pelo novo conhecimento (MURSITAMA, 2011).

Apesar de compreenderem um mesmo conceito, a divisão da capacidade absortiva entre CAP e CAR demonstra que existe uma interposição entre adquirir e assimilar o conhecimento e conseguir transformá-lo e fazer uso dele. Consequentemente, quanto menor for a capacidade absortiva potencial, maior será o hiato entre CAP e CAR. Contudo, a distância entre a capacidade absortiva potencial e a realizada pode ser reduzida com o auxílio de mecanismos de transferência de conhecimento (ZAHRA; GEORGE, 2002).

Na prática, a maioria dos projetos brasileiros de cooperação em saúde no continente africano são baseados em ações como "treinamento de recursos humanos e construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e fortalecimento ou criação das "instituições estruturantes" do sistema de saúde (ALMEIDA et al., 2010, p.28)". Na cooperação Sul-Sul estruturante em saúde, quando se fala em construção de capacidades para o desenvolvimento (ALMEIDA et al., 2010; TORROTENGUY, 2010), é possível fazer uma conexão com a ideia de redução da distância entre a capacidade absortiva potencial e a realizada proposta por Zahra e George (2002). A ideia de integrar a formação de recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional está diretamente ligada ao incremento da capacidade absortiva potencial e a garantia da capacidade absortiva realizada.

3 Metodologia

A pesquisa é de natureza qualitativa por entendermos que, assim, pôde-se compreender melhor o processo de transferência de conhecimento na implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Esse tipo de pesquisa parte da observação do ambiente e interação com os indivíduos envolvidos com o objeto de pesquisa como fonte direta de dados. O investigador também assume o papel de ator fundamental na exploração, em profundidade, do impacto das variáveis estudadas, visando a um entendimento do fenômeno em toda sua complexidade (GODOY, 1995).

Para a realização de um estudo de caso, pode-se valer de diversas fontes de evidências. Yin (2003) define como fontes possíveis para este tipo de pesquisa a entrevista, análise de documentos, análise de arquivos, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Para esta pesquisa utilizou-se entrevistas em profundidade e análise de documentos oficiais. O tipo de entrevista escolhido foi a semiestruturada, pois se pretendia não somente verificar os dados, mas também aprofundar as informações sobre o fenômeno estudado (RUQUOY, 2005).

Foram realizadas 29 entrevistas com 21 profissionais tanto do nível gerencial quanto do operacional, sendo que alguns foram entrevistados mais de uma vez. Todos foram indicados pela equipe brasileira responsável por gerenciar a execução do projeto. As entrevistas aconteceram entre março de 2013 até novembro do mesmo ano nas dependências da FIOCRUZ e de Farmanguinhos, no Rio de Janeiro, bem como em Maputo nas instalações da SMM. A análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2009), com o auxílio do software NVivo.

4 Caso

O projeto que resultaria na implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM) foi mencionado pela primeira vez em 2003 pelo então presidente do Brasil, Luís Inácio Lula da Silva, em viagem oficial a Moçambique. Sensibilizado com o alto índice de prevalência do HIV no país, o

chefe de Estado brasileiro se comprometeu a planejar uma ação de cooperação internacional, baseada na política de controle da AIDS aplicada no Brasil, que beneficiaria parte do continente africano (Entrevistados 1; 3).

Entre 2005 e 2007 foram feitos estudos de viabilidade técnica e financeira a respeito da instalação dessa fábrica de medicamentos em território moçambicano. A análise de viabilidade foi firmada em um protocolo de intenções celebrado entre Brasil e Moçambique em novembro de 2003. Seu objetivo era implementar um projeto de cooperação científica e tecnológica em saúde.

A implantação da sociedade moçambicana de medicamentos aconteceu em um momento de crescimento econômico constante que culminaria em mudanças no país africano, sejam de ordem econômica, social e política. Além de produzir inovações processuais no modelo de ajuda externa brasileira, o projeto representou uma possibilidade de aumentar a aproximação entre o Brasil e Moçambique e intensificar o relacionamento entre seus governos em várias áreas, promovendo um equilíbrio entre a cooperação brasileira e seus "recipiendários" (entrevistado 11).

A ação de cooperação em questão teve a intenção de implementar um laboratório oficial que garantisse ao estado africano autonomia na formulação e na execução da política de saúde. Todos os medicamentos antirretrovirais disponíveis para os cidadãos moçambicanos até então, e 80% de outros tipos de medicamentos, são fruto de doações de programas internacionais, em especial os voltados para a erradicação da AIDS, malária e tuberculose. A criação de um indústria farmacêutica nacional representa uma tentativa de reduzir essa dependência (entrevistados 3; 11).

No segundo semestre de 2007 já se sabia que a FIOCRUZ iria ser responsável pelo projeto, designando Farmanguinhos para executá-lo. A coordenação do projeto ficou a cargo de uma farmacêutica do Ministério da Saúde do Brasil com vasta experiência em gestão de projetos. Segundo ela, "essa experiência de estar em um projeto hoje e logo depois migrar para outro ambiente, outras pessoas, outra cultura e com outros recursos foi um dos aspectos cruciais para sua designação para o cargo" (Entrevistado 3). Embora a coordenadora escolhida nunca tivesse tido uma experiência internacional de trabalho, estava acostumada a adaptar projetos a outras culturas. As obras na fábrica foram finalizadas entre o final de 2011 e o início de 2012.

A transferência de conhecimento foi planejada e executada por meio de quatro macroações. A primeira delas foi o treinamento convencional realizado em forma de cursos de curta duração, com temáticas específicas, ministrados por técnicos brasileiros e/ou pelos fabricantes dos equipamentos nas instalações da SMM, em Maputo. Esse tipo de capacitação foi combinado com uma imersão, de aproximadamente um mês, dos moçambicanos em Farmanguinhos, no Rio de Janeiro. O terceiro tipo consiste no acompanhamento e na supervisão das atividades iniciais da fábrica por profissionais brasileiros enviados a Maputo, com o intuito de garantir a correta aplicação dos conhecimentos adquiridos nas capacitações. A última forma são as formações acadêmicas, que são cursos de pós-graduação voltados para a área de atuação de cada um dos profissionais na SMM (entrevistado 3).

A SMM representava o pontapé inicial para uma reestruturação do sistema de saúde do país. Contudo, a Sociedade Moçambicana de Medicamentos não conseguiria sozinha responder a todos os desafios da saúde em Moçambique. Era preciso envolver outros níveis de articulação de políticas públicas, os quais não estão diretamente vinculados ao projeto da fábrica, mas estão estritamente relacionados ao seu

sucesso, entre os quais, por exemplo, o fortalecimento do aparato de regulação de medicamentos no país. Como a autoridade regulatória [moçambicana] era incipiente, a equipe brasileira do projeto requisitou ao seu governo uma ação para fortalecer essa agência. Então, foi proposto outro projeto de cooperação, que aconteceria em paralelo com a implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos e teria como função robustecer a autoridade reguladora e de controle de qualidade, a fim de garantir a autonomia sanitária no país (entrevistado 1; 3).

Em 2009, iniciou-se o segundo projeto brasileiro de cooperação em Moçambique, operado pela ANVISA. Essa ação tinha o intuito de aprimorar os conhecimentos, técnicas de fiscalização e de controle da agência nacional de farmácia e da agência nacional de vigilância sanitária de Moçambique. A primeira fase do segundo projeto durou até 2011, quando o governo brasileiro manifestou a disponibilidade de continuar, mas o interesse da parte moçambicana não foi recíproco. A decisão de não dar continuidade ao projeto, operado pela ANVISA, aconteceu em um momento de mudanças na direção nacional de farmácia, órgão responsável pela fornecimento de medicamentos e fiscalização sanitária em Moçambique. (entrevistados 1; 3; 5:1).

Os dois projetos de cooperação eram vistos pelos brasileiros como complementares e necessários para promover mudanças estruturais no sistema de saúde moçambicano. Com a paralisação de um deles, apenas parte do que foi proposto seria alcançado. Os profissionais moçambicanos envolvidos no segundo projeto foram alocados em outras áreas, e assim perdeu-se completamente a capacitação de cerca de quatorze pessoas realizada na ANVISA no Brasil, na OMS em Genebra e no FDA nos EUA (entrevistados 1; 3). Com a decisão de não dar continuidade ao fortalecimento da autoridade regulatória e, em especial, com a designação das pessoas treinadas para outras áreas, "houve um refluxo no setor nevrálgico, digamos assim, para o sucesso da cooperação" (entrevistado 1).

Apesar da paralisação do projeto operado pela ANVISA, o processo de implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos se manteve. Contudo, foi necessário que os governos do Brasil e de Moçambique voltassem a negociar todos os recursos envolvidos no projeto. Ficou decidido que o Brasil ficaria responsável por fazer todos os estudos técnicos, arcar com os custos das missões para Maputo, fazer o projeto executivo, acompanhar a obra e equipar todas as instalações para a certificação internacional. Ficou a cargo do governo de Moçambique o financiamento das obras de infraestrutura, a contratação do pessoal para trabalhar na SMM e o pagamento de um brasileiro indicado por Farmanguinhos para fazer o acompanhamento in loco de todo o processo de transferência de conhecimento (entrevistado 3).

Em julho de 2012, a fábrica iniciou a produção. Na época, apenas a área de embalagens, com um medicamento, começou a operar. Um dos membros da coordenação do projeto esclarece que o governo de Moçambique estava na expectativa de que houvesse uma produção propriamente dita, considerando a aquisição. Isso não foi possível. Contudo, em primeiro de dezembro [de 2013], data estipulada pelo governo de Moçambique, a fábrica começou a produção, com todas as etapas realizadas em Maputo (entrevistado 12).

5 Discussão

O posicionamento do Brasil no projeto de implementação da SMM, como cedente de tecnologia por meio da cooperação técnica internacional, confirma a existência de uma tendência na política

externa brasileira de fortalecer o papel do país como doador em vez de receptor de projetos de cooperação internacional (AMORIM, 2006; PECEQUILO, 2008; MENDONÇA JÚNIOR, 2013). A escolha da saúde, em especial do controle do HIV, como foco dessa ação de cooperação, por sua vez, corrobora a ideia de que existe um interesse do Brasil em se consolidar no cenário internacional como referência na cooperação internacional de controle e erradicação da epidemia de HIV/Aids (LIMA; CAMPOS, 2010). A escolha de Moçambique como destino dessa ação internacional também vai ao encontro do direcionamento nas relações internacionais supracitado, uma vez que se estabelece aqui uma relação entre países em desenvolvimento com a premissa de horizontalidade entre eles. Além disso, o fato do projeto ser baseado na capacitação de recursos humanos e na construção de capacidades confirma uma característica presente em grande parte das intervenções brasileiras no exterior (ALMEIDA et al., 2010; TORROTENGUY, 2010; MENDONÇA JÚNIOR, 2013).

Planejado e executado desde o início por ambos os governos, a ação internacional em questão foi fundamentada na transferência não-comercial de técnicas e conhecimento entre países em desenvolvimento. Essas características refletem os elementos essenciais da cooperação Sul-Sul, apontados por Ayllón e Leite (2009) e Mendonça Júnior (2013). Esses pressupostos também estão presentes no discurso da agência brasileira de cooperação quanto aos eixos estruturadores da sua atuação (ABC, 2012). Assim, cabe dizer que o projeto da SMM pode ser categorizado como do tipo Sul-Sul.

A crença de que a construção da fábrica de medicamentos seria capaz não só de fornecer medicamentos para suprir a demanda da política de saúde, mas, essencialmente, provocar uma mudança estrutural no sistema de saúde moçambicano, também demonstra uma inspiração da agência de cooperação brasileira com as proposições teóricas de Stokke (1996), Almeida et al. (2010) e Sato (2010). Segundo os autores, a cooperação Sul-Sul, em especial a do tipo estruturante, é capaz de promover mudanças sociais, econômicas e institucionais profundas nos países receptores, além de ofertar insumos humanos e tecnológicos que solucionem os gargalos que impedem o desenvolvimento humano. Contudo, a recusa do governo moçambicano em avançar no projeto de fortalecimento da autoridade de regulação demonstra uma divergência entre os países quanto ao entendimento do papel da fábrica na política de saúde de Moçambique. Enquanto para o governo brasileiro a unidade fabril era vista como uma ação que integraria um programa de reestruturação do sistema de saúde moçambicano, para o governo do país africano se tratava apenas da construção de uma indústria farmacêutica nacional, posição essa que se confirma com a estrutura jurídica da fábrica, sua subordinação ao IGEP e ao Ministério das Finanças. Por esse motivo, pode-se afirmar que, apesar do potencial, o projeto de implementação da sociedade moçambicana de medicamentos não pode ser considerado um tipo estruturante, como propõe o modelo de Almeida et al. (2010).

A forma como foi organizado o processo de implementação da SMM também corrobora a tese de Torronteguy (2010) de que a cooperação brasileira com os países africanos de língua oficial portuguesa é formalmente horizontal, mas materialmente vertical. Seu aspecto formalmente horizontal se deve a não existência de condicionantes. Já seu caráter materialmente vertical pode ser constatado pelo domínio da parte brasileira em todo o processo de transferência de conhecimento, executada apenas em nível individual a servidores públicos moçambicanos. Essa constatação, combinada com a recusa de continuação do projeto com a ANVISA, demonstra que a ação de cooperação brasileira em estudo só conseguiu alcançar, por enquanto, o primeiro dos três níveis necessários para o fortalecimento de capacidades apresentado na análise de Torrontenguy (2010). Segundo ele, além do nível individual ligado à capacitação de pessoas, para que a

construção de capacidade seja alcançada são necessários a estruturação e o aprimoramento das instituições ligadas à política de saúde dos países recipiendários. Isso levaria, em última instância, à expansão das capacidades sociais, passíveis de transformar a sociedade como um todo, o que não pôde ser observado nesse estudo visto que essas mudanças demoram décadas, senão séculos para se efetivarem.

Apesar das constatações e das críticas feitas acima ao modelo de cooperação brasileiro, não se pode negar que a transferência de conhecimento foi o principal elemento da implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Desde que se formalizou a relação entre os dois países, foi montado um plano de ação que tinha como fim a produção de medicamentos executada pelos moçambicanos. Esse objetivo era baseado na premissa de que a transferência de conhecimento tornaria os técnicos da SMM capazes de, a longo prazo, manter a fábrica em plena produção sem a presença constante dos brasileiros.

Conclusão

A análise do caso da implementação da SMM fundamentou-se no entendimento de que os mecanismos de transferência de conhecimento, além de atenuadores da distância entre a capacidade absortiva potencial e realizada (ZAHRA; GEORGE, 2002), também poderiam ser compreendidos como o vetor de alcance dos três níveis de desenvolvimento de capacidades - individual, institucional e social – (TORROTENGUY, 2010). Ainda, adotou-se o pressuposto de que cooperação técnica em saúde representava uma possibilidade de iniciar um processo que culminaria na promoção do desenvolvimento humano, pois para que toda e qualquer atividade seja realizada é necessário que as pessoas estejam saudáveis. Para tanto, é necessário que os Estados tenham autonomia na formulação e na execução de uma política de saúde que seja capaz de enfrentar as necessidades médico-sanitárias de sua população (BUSS; FERREIRA, 2010). A cooperação técnica internacional em saúde, em especial a do tipo estruturante, parecia o modelo que conseguiria traduzir, na prática, todos os pressupostos discutidos acima, pois integraria a formação de recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional por meio de processos de transferência de conhecimento (ALMEIDA et al., 2010).

O projeto de cooperação entre os governos do Brasil e de Moçambique, que culminou na SMM, proporcionaria a um país com alto índice de HIV/Aids autonomia na sua política de saúde. Para operacionalizar essa ação internacional, o governo brasileiro, por meio de uma equipe multidisciplinar destacada para o projeto, utilizou os seguintes mecanismos: 1) treinamentos; 2) movimento de pessoas; 3) expatriação; 4) manuais para transferir a tecnologia de produção de medicamentos utilizada pela unidade fabril da FIOCRUZ – Farmanguinhos.

Embora ainda não se tenha a produção propriamente dita dos 21 medicamentos prometidos no acordo de cooperação, pode-se observar que os profissionais moçambicanos já compreendem a lógica de atuação da indústria farmacêutica. Tanto os técnicos moçambicanos, quanto os brasileiros lotados na fábrica afirmam que é perceptível a segurança com que os funcionários da SMM desenvolveram na realização das atividades diárias. Pode-se afirmar, assim, que o primeiro nível do desenvolvimento de capacidades apresentado por Torrotenguy (2010), a capacitação de servidores públicos, foi alcançada. Entretanto, não pôde-se observar o segundo nível e, consequentemente, o terceiro patamar, visto o tempo que essas mudanças demoram para efetivarem-se.

Assim, pode-se afirmar que, no caso da SMM, a utilização dos mecanismos de transferência de conhecimento em bases não comerciais têm potencial para a promoção do desenvolvimento humano. Contudo, a aparente falta de convergência entre os objetivos de construção da fábrica pode impossibilitar, mais uma vez, que se ultrapassasse o patamar de capacitação de servidores públicos para a estruturação e aprimoramento das instituições ligadas à política de saúde. Consequentemente, isso teria efeitos na expansão de capacidades sociais e na promoção de desenvolvimento humano.

Como toda pesquisa empírica, esse trabalho possui algumas limitações que podem ser superadas em pesquisas futuras. A primeira delas diz respeito à impossibilidade de generalização das afirmações aqui feitas, por se tratar de um estudo de caso único. Apesar da experiência de implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos compreender ao mesmo tempo aspectos ligados à transferência de conhecimento e à cooperação internacional não se pode inferir que em outros projetos dessa natureza os resultados serão semelhantes aos encontrados aqui . Contudo, a descrição do contexto desse caso pode fundamentar a reflexão sobre as variáveis aqui trabalhadas e suas relações.

A segunda limitação deve-se ao fato de se ter analisado a transferência na cooperação técnica na área da saúde e entre países em desenvolvimento. Esse cenário, por possuir características específicas, limita as formas de se transferir conhecimento. Possivelmente, em outras áreas da cooperação a inter-relação entre os mecanismos e as dimensões da capacidade absortiva seja distinta; na realidade, essa inter-relação depende essencialmente da base de conhecimento do país receptor.

Como desdobramento deste estudo sugere-se que novos problemas de pesquisa sejam averiguados. O primeiro deles se refere à compreensão de como são formadas as estruturas de governança de redes compostas por atores soberanos. A outra sugestão está ligada à necessidade de problematização acerca da efetividade da transferência/replicação de modelos de políticas públicas de saúde por meio da cooperação internacional.

Referências

AFONSO, M. M., Fernandes, A. P. AbCD Introdução à cooperação para o desenvolvimento. Lisboa: FORUM DC, 2005.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC), Ministério das Relações Exteriores, Brasil Cooperação técnica. Disponível em: http://www.abc.gov.br < acesso em 26/05/2012.

ALMEIDA, C.; CAMPOS, R.P.; BUSS, P. M.; FERREIRA, J.R; FONSECA, L. E. A

concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde. RECIIS. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25- 35, mar 2010.

AMORIM, C. A diplomacia multilateral do Brasil – um tributo a Rui Barbosa. Brasília: Ed. Funag, 2007.

AYLLÓN P. B.; LEITE, I. O Brasil e a cooperação sul-sul: contribuições e desafios. Meridiano 47, v.10, n.113, p.17-18. 2009.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2009.

BUSS P. M ; FERREIRA, J. R . Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde RECIIS. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.93-105, mar. 2010.

CAMPOS, R. P. de. A Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento do Brasil: Limites e Perspectivas da Política Externa Nacional. In: Silva, K. C.; Schroeter, S. (Org.). Timor-Leste por trás do palco cooperação internacional e a dialética da formação do Estado. Belo Horizonte: UFMG, 2007, p.343-358.

CANAL SAÚDE. Disponível em: http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=621 < acesso em 26/10/2012.

COHEN, W. M.; LEVINTHAL, D. A. Absorptive capacity: a new perspective on learning and innovation. Administrative Science Quarterly. V.35. 128–152, March 1990.

EASTERBY-SMITH, M.; LYLES, M. A.; TSANG, E. W. K. Inter- Organizational Knowledge Transfer: Current Themes and Future Prospects. Journal of Management Studies. V. 45, 677-690. 2008.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. Academy of Management Review, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

FARMANGUINHOS, [incluir] Fiocruz, Ministério da Saúde, Brasil [retirar (2008)]. Plano de Negócios – Fábrica de Medicamentos do Governo de Moçambique. Rio de Janeiro: [incluir] Farmanguinhos, 2008 (50 pp.). Fonte: Adaptado de Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Março, 2007, (p. 7).

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 em Saúde 4(1): 78-85. 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz), Ministério da Saúde, Brasil. Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento Brasil / Moçambique – Sumário Executivo: Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação da fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de anti-retrovirais e outros. Brasília: Fiocruz, 2007 (22 pp.) (mimeo).

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais: Revista de Administração de Empresa, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 65-71, 1995.

GREENWOOD, E. Metodos principales de investigación social empírica. In: Metodologia de la investigación social. Buenos Aires: Paidós, 1973.

HAAS, E. Multilateralism, knowledge, and power. In: When knowledge is power. Three models of change in International Organizations. Cap. 1, pp. 1-15. 1990.

INE, Instituição Nacional de Estatística. Disponível em: http://www.ine.gov.mz < acesso em 26/10/2012.

KUMAR, J.A.; GANESH, L.S. Research on knowledge transfer in organizations: a morphology. Journal of Knowledge Management, 13, 161-174. 2009.

LEITE, I. S. Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. Observatório Político Sul-Americano, v.7, n.03, p. 1-41, mar. 2012.

LIMA, T. G. de M. S.; CAMPOS, R. P. O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, v.4, n.1, p.119-133. 2010.

MENDONÇA JÚNIOR, W. Política Externa e Cooperação Técnica: As relações do Brasil com a África durante os anos FHC e Lula da Silva. Belo Horizonte: D`Plácido. 2013.

MURSITAMA, T. N. Search for potential and realized absorptive capacity of the firm: the case of Japanese joint ventures in Indonesia. The IUP Journal of Knowledge Management, v.9, n.4, p.53-75. 2011.

PECEQUILO, C. S.; A política externa do Brasil no século XXI: os eixos combinados de cooperação horizontal e vertical. Rev. bras. polít. int. [online]. vol.51, n.2. 2008.

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. LIII Curso de Altos Estudos, 2008.

RUQUOY, D. Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In L. Albarello, et al., Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais (2a edição). Lisboa: Gradiva. pp. 84-116. 2005.

SATO, E. Cooperação internacional: uma componente essencial das relações internacionais. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, v.4, n.1, p. 46-57. 2010.

SEN, Amartya. Desenvolvimento como Liberdade. São Paulo: Companhia das Letras. 2002.

SOARES, G. F. S. A. A cooperação técnica internacional. In: Markovitch, J. (Org) Cooperação internacional: estratégias e gestão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1994.

STOKKE, O. Foreign Aid Towards the Year 2000: Experiences and Challenges. London: Frank Cass, 1996.

SZULANSKI, G. Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm. Strategic Management Journal. V. 17, p. 27–43, 1996.

SZULANSKI, G. The process of knowledge transfer: A diachronic analysis of stickiness. Organizational Behavior and Human Decision Processes. V. 82. p. 9–27, 2000.

TAKEUCHI, H.; NONAKA, I. Gestão do conhecimento. Porto Alegre: Bookman, 2009.

TORRONTEGUY, M. A. A. O princípio ético da solidariedade como fundamento para a cooperação internacional. In: Boiteux, E. A. P. C., Anjos Filho, R. N. (Org.). Direitos Humanos: estudos em homenagem ao Professor Fábio Konder Comparato (p. 285-312). Salvador: JusPodivm. 2010.

UNCTAD- United Nations Conference on Trade and Development. South-South Cooperation in International Investment Arrangements. United Nations, New York and Geneve. 2005.

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

YIN, R. K. Case study research: design and methods. 3. ed. London: Sage, 2003.

ZAHRA S.; GEORGE, G. Absorptive capacity: a review, reconceptualization, and rextension. Academy of Management Review, v.27, n.2, pp.185-203. 2002.