

Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil

Celia Almeida

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ALMEIDA, C. 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* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. pp. 233-327. ISBN 978-85-8110-015-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

**Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul em Saúde:
elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil**

SAÚDE, POLÍTICA EXTERNA E COOPERAÇÃO SUL-SUL EM SAÚDE: ELEMENTOS PARA A REFLEXÃO SOBRE O CASO DO BRASIL¹

Celia Almeida

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, mudanças na política externa brasileira (PEB) ampliaram o escopo da cooperação internacional como um dos instrumentos fundamentais para a consolidação da nova inserção do Brasil no sistema mundial e a questão social, entre elas a de saúde, passou a ser considerada um dos temas prioritários nesse domínio. Nesse mesmo período, sobretudo a partir dos meados dos anos 1990, as relações entre globalização e saúde começaram a merecer crescente atenção em nível mundial. Isso acontece ao mesmo tempo em que novos conceitos – “saúde global”, “bens públicos globais”, “governança global em saúde” e “diplomacia da saúde” – aparecem nos discursos políticos e na literatura, sobretudo internacional (Bunyavanich & Walkup, 2001; Kickbusch *et al*, 2007a; Almeida *et al*, 2007-2008) e a saúde ganhou uma relevância política internacional jamais alcançada anteriormente (Fidler, 2005, 2009). A participação do Brasil em todo esse processo tem sido expressiva e merece reflexão.

Historicamente, temas que envolviam saúde sempre foram objeto das relações internacionais, desde o século XVIII, voltados mais para o controle das “ameaças” – epidemias e doenças — que poderiam comprometer os interesses materiais específicos (comércio internacional e acúmulo de riqueza) e as estratégias de dominação e controle das elites e potências hegemônicas.

1 Este trabalho integra o projeto de pesquisa “Relações Internacionais, Saúde e Cooperação Internacional: um diálogo necessário”, financiado com a Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq 2011-2013. Beneficia-se também da discussão e produção do Grupo de Pesquisa em Saúde Global e Diplomacia da Saúde, estabelecido na Escola Nacional de Saúde Pública “Sergio Arouca” (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); da experiência inicial da Fiocruz na implantação do seu Escritório de Representação Regional da África (“Fiocruz África”), do qual fui Diretora no período 2008-2011; e dos debates internos na instituição, junto à presidência da Fiocruz, o Centro de Relações Internacionais (CRIS), da Fiocruz, e os grupos técnicos de cooperação internacional das diferentes unidades da Fiocruz. Obviamente os equívocos e erros analíticos são de minha inteira responsabilidade.

A história revela ainda que, na maior parte do século XX, a saúde foi uma questão marginal e negligenciada pelos decisores na área de política externa., Na última década do século, porém, a saúde retorna às agendas e estratégias internacionais dos países desenvolvidos.

Embora este novo *status* político da saúde seja bem vindo, pouco se tem discutido sobre os fatores que impulsionaram essa mudança e sobre o que significa essa nova articulação entre política externa e saúde (Feldbaum *et al*, 2010). O aumento do interesse na saúde como dimensão relevante da política exterior e das preocupações diplomáticas levanta questões sobre o papel da saúde nas relações entre os países, assim como sobre a contribuição da política externa no alcance de melhor proteção e promoção da saúde globalmente. Em nível do discurso as intenções são louváveis, mas na prática o esforço é complexo, pleno de ambigüidades e incertezas (Fidler, 2009).

Para uma melhor compreensão sobre essa relação e uma análise crítica sobre sua dinâmica atual e futura seria necessário levantar e discutir diferentes perspectivas e a grande diversidade de opiniões sobre o assunto, freqüentemente antagônicas, existentes na literatura. Numa primeira aproximação, e tendo como referência uma revisão preliminar da literatura publicada, é possível identificar algumas respostas a questões-chave que iluminam o estado da arte no tema.

Constatam-se na literatura pelo menos três possíveis interpretações para esse aumento de importância da saúde nas agendas de política externa (Fidler, 2005; Feldbaum *et al*, 2010). Uma primeira explicação analisa a saúde global como um objetivo importante da política exterior, pelo valor político intrínseco que teria para a humanidade, sobretudo no início do século XXI, com o poder, inclusive, de transformar os interesses históricos que sempre orientaram a política externa dos Estados nacionais (Kickbusch *et al*, 2007b; Horton, 2007)². Uma segunda perspectiva, oposta, vê a “saúde global” apenas como mais um instrumento a serviço dos interesses materiais e de acúmulo de poder dos Estados nacionais. O aumento da importância da saúde na política externa estaria relacionado à ameaça potencial que as doenças e epidemias significariam para a segurança nacional, seja em termos geopolíticos ou de estabilidade regional, ou ainda de comércio e de poder econômico (Ingram, 2005). A terceira interpretação analisa a relação entre saúde e política externa como um movimento dinâmico que articularia os imperativos da política externa com os objetivos científicos da saúde; sem negar os interesses do Estado envolvidos no processo proclama a supremacia da ciência frente aos demais interesses envolvidos nessa relação (Fidler, 2009). Nenhuma dessas explicações, isoladamente, engloba todas as complexas variáveis envolvidas nessa articulação.

2 Alguns autores assumem essa posição ao afirmar que hoje a política externa é substancialmente conduzida pela saúde para proteger a segurança nacional, o livre comércio e o desenvolvimento econômico (Kickbusch *et al*, 2007: 971). E, num editorial recente do *The Lancet* (Horton, 2007), argumenta-se que o novo *status* da saúde na política externa sinalizaria o fim do centramento no Estado e em interesses estreitos e marcaria o início de uma política externa focada no altruísmo global.

Este texto é um ensaio provisório que organiza algumas ideias, com base na literatura revisada e tem como objetivo colocar em debate s reflexões que sinalizam possíveis interpretações para o papel de destaque que a saúde ocupa hoje nas relações internacionais e para a compreensão de como passou a integrar a agenda de política externa, na última década, assim como para identificar possíveis oportunidades que se abrem nesse processo e desafios que devem ser superados. Parte de algumas constatações e de uma primeira revisão da literatura disponível, na perspectiva de avançar nas discussões contemporâneas sobre a saúde global e a diplomacia da saúde e o papel da cooperação internacional em saúde, num momento em que esses temas adquirem caráter de prioridade nacional e projeção em escala global.

Na primeira parte discute-se um referencial teórico para pensar a relevância recente da saúde na política externa. A seguir, discute-se o surgimento histórico da ajuda externa e da cooperação internacional para o desenvolvimento, assim como da cooperação Sul-Sul, destacando-se ainda a ajuda externa e a cooperação para o desenvolvimento em saúde. Na terceira parte, analisa-se a relação comércio e saúde e a atuação das respectivas organizações internacionais voltadas para essa temática. Na quarta parte faz-se uma retrospectiva histórica da política externa brasileira e da cooperação internacional no Brasil, evidenciando alguns desafios colocados pelas mudanças recentes. No quinto tópico, discute-se a cooperação em saúde no Brasil e, finalmente, são alinhavadas algumas observações, a guisa de conclusões, e elaboradas algumas recomendações.

A intenção é que esta revisão forneça elementos que permitam avançar na análise da relação entre saúde e política externa no Brasil e como o país se insere nessa dinâmica internacional, além de apontar quais avanços na produção do conhecimento e na formulação de políticas seriam necessários e deveriam ser privilegiados para a consolidação dessa relação.

2 | POLÍTICA EXTERNA E SAÚDE: ELEMENTOS PARA UM REFERENCIAL ANALÍTICO

Os autores localizam no período pós Guerra Fria a ocorrência de uma série de eventos convergentes que contribuíram para mudar a percepção da política externa em relação aos problemas de saúde, impulsionados pelo processo de globalização e pelas mudanças geopolíticas (Fidler 2005, 2009; Ingram, 2005).

Para Fidler (2009), os motivos desta mudança são complexos e envolvem diversas variáveis, mas refletiria o fato de que a ameaça das epidemias e pandemias — principalmente com as doenças emergentes e re-emergentes — repercutiriam nas quatro dimensões centrais da política externa de qualquer país: a garantia da segurança nacional; a preservação e expansão do poder econômico e da riqueza; o estímulo ao

desenvolvimento em regiões e países estratégicos do ponto de vista geopolítico; e o apoio à dignidade e direitos humanos.

Até o século XIX a articulação entre esses dois âmbitos se deu com o objetivo de minimizar os impedimentos que as medidas sanitárias — tais como quarentenas ou padrões de segurança no trabalho — impunham às economias nacionais, à expansão econômica e ao comércio internacional; ou de controlar doenças ou epidemias — como malária e febre amarela — que dificultavam investimentos econômicos (como por ex., na construção do Canal de Panamá) (Fidler, 2009; Feldbaum et al, 2010; Cueto, 1996, 2008).

No século XX, com a melhora das condições de vida e saúde dos países desenvolvidos, as ações em saúde internacional e de cooperação em saúde passaram a ser dirigidas para os problemas de saúde nos países em desenvolvimento, freqüentemente, numa perspectiva *humanista e cientificamente orientada*, a ser conduzida por *técnicos e especialistas e não por políticos ou diplomatas* (Fidler, 2009: 12-13). Entretanto, no século XIX essas ações estavam claramente voltadas para a construção de hegemonia e disputa de poder em regiões determinadas (como, por exemplo, o caso dos EUA na região latino-americana) numa complexa combinação de razões técnico-científicas e políticas (Cueto, 1996; Weindling, 2006)³. Essa dinâmica é acompanhada da criação de organizações internacionais na área de saúde⁴.

Até a Segunda Guerra Mundial, a cooperação internacional bilateral norte-americana com países em desenvolvimento articulava interesses militares e desenvolvimento de pesquisas nas áreas de saúde pública e medicina (as chamadas *militarização da medicina e medicalização da guerra*)⁵. Foi neste período que o controle da malária se tornou uma questão de segurança política e militar para os EUA, com grandes investimentos, o que foi motor de avanços tecnológicos substantivos para o país⁶. No início dos anos 1940 o governo norte americano fortaleceu o seu Departamento

3 A partir do século XIX um elemento importante na consolidação das relações entre os Estados Unidos e os países da América Latina foi o aumento do número de instituições norte americanas envolvidas com atividades de saúde nas Américas (universidades, serviços militares, departamentos médicos de indústrias que operavam naqueles países). Destaca-se a Fundação Rockefeller que, entre 1918 e 1940, desenvolveu na região uma agenda de cooperação técnica em saúde focada na 'erradicação' de doenças infecciosas (Cueto, 2008). A influência do governo norte-americano em saúde é tratada por Weindling (2006) como *produto dos esforços para americanizar a saúde pública e deslocar a influência médica da França e da Alemanha* (p. 557).

4 Em 1902 foi criada nos Estados Unidos a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), durante a 2ª Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos (OEA). Nos seus primórdios a OPAS era chamada de 'Oficina Sanitária Internacional' e era uma Unidade da 'União Pan-americana' (escritório comercial do governo dos Estados Unidos, que coordenava as relações com os governos da região em Washington). A OPAS estava vinculada ao Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (Cueto, 1996, 2004, 2007).

5 Segundo Campos (1999: 604), esses termos — *militarização da medicina e medicalização da guerra* — foram cunhados pelo historiador Mark Harrison, em 1996.

6 Foram multiplicados os investimentos voltados para estudos de doenças tropicais e seus tratamentos: *a partir de 1943, um vigoroso programa de entomologia médica foi promovido no Laboratório Gorgas, no Panamá (...) [e] com a mesma preocupação, o exército norte americano criou uma Escola de Controle de Malária, com 15 filiais espalhadas por bases militares dos Aliados* (Campos, 2006: 35)

de Estado como principal agência de relações exteriores, o que incluía a criação do Escritório de Assuntos Interamericanos⁷. Este Escritório não era uma simples *extensão de programas de colaboração dentro do espírito do pan-americanismo da época, mas uma superagência coordenadora de vários esforços do governo, prioritariamente vinculada à segurança nacional dos Estados Unidos* (Campos, 2006: 41).

No imediato pós-guerra a criação do sistema das Nações Unidas, assim como de outras agências multilaterais (como o Banco Mundial), reforçou e consolidou o poder dos EUA no mundo (Pereira, 2010), que do campo médico-científico se estendeu para a reconstrução e o desenvolvimento mundial.

Durante a Guerra Fria ocasionalmente a saúde apareceu na agenda da política externa, mas sempre estruturada no quadro da polarização política e ideológica da época tornando-se marginal como instrumento de consolidação dos interesses nacionais⁸, ainda que a tensão bipolar se transmitisse para as organizações setoriais do sistema da ONU (Ingram, 2005; Fidler, 2009).

É essa situação que muda com a nova conjuntura que se abre com a queda do Muro de Berlim, quando se articulam de novo saúde, política externa e cooperação internacional num mesmo discurso político (Ingram, 2005; Fidler, 2009; Vieira, 2007).

A frequência e intensidade com que os países estão tendo que lidar com problemas e crises relacionadas com a saúde no período pós-Guerra Fria não tem precedentes na história; entretanto, isso não quer dizer que a resposta a esses desafios tenha se traduzido em políticas externas mais coerentes e responsáveis em relação à saúde.

Fidler, entre outros, afirma que a maior interdependência e interconectividade proporcionada pela globalização contemporânea desafiaram a distinção tradicional entre atividades do setor saúde doméstico e esforços internacionais na área de saúde; ao mesmo tempo, o aumento de atores que passaram a atuar nessa área e o amplo elenco de problemas, sua complexidade e dificuldades para sua resolução, questionaram a suficiência do Estado como único ator atuante nessa dinâmica e evidenciaram a necessidade de uma ação coletiva mais ampla e coordenada. Essa ação coletiva diferiria completamente daquela convencionalmente

7 Campos (2006: 41) nos informa que: *Em agosto de 1940 a Casa Branca criou o Escritório para a Coordenação das Relações Comerciais e Culturais entre as Repúblicas Americanas. Após um ano, o nome da agência mudou para Escritório do Coordenador de Assuntos Interamericanos e, de março de 1945 (...) até maio de 1946, a agência chamou-se Escritório de Assuntos Interamericanos*".

8 Os autores argumentam que nos anos 1970 os países em desenvolvimento se conectaram à estratégia da OMS de "Saúde para todos no ano 2000" e à Declaração de Alma Ata para a Atenção Primária (1978), como parte da estratégia política dos países não-alinhados e dos esforços para o alcance de uma "Nova Ordem Econômica Mundial". E, nos anos 1980, as ameaças atribuídas à URSS mencionavam preocupações com a epidemia de HIV/AIDS na África nos relatórios do Conselho Nacional de Inteligência dos EUA, referida, entretanto, por ser área geopolítica de interesse estratégico dos blocos polares na Guerra Fria (Ingram, 2005; Fidler, 2009; Vieira, 2007).

estipulada no período histórico anterior, a partir da criação da OMS, em 1948 (Fidler, 2009; 2005).

Outros autores analisam essa nova dinâmica como impulsionada pelas doenças e vinculada, sobretudo, à segurança nacional, denominado-a de *a nova geopolítica das doenças*. (Ingram, 2005).

Sato (2010) lembra que ao longo das décadas da Guerra Fria, as análises mencionavam a existência na agenda internacional de duas dimensões bem definidas — a *high politics* e a *low politics*. A primeira se referia a questões diretamente relacionadas à segurança estratégica dos países, sobretudo das grandes potências, e era conduzida entre Estados nacionais, por atores essencialmente governamentais, ou seus representantes, num ambiente de informação e difusão relativamente restrito; e a segunda, a *low politics*, era utilizada para designar as demais questões objeto de negociações em política externa, como educação e saúde, entre outras, não diretamente relacionadas à segurança estratégica. Entretanto, nos anos 1990 essa diferenciação paulatinamente perdeu sentido na medida em que os temas da *low politics* passaram cada vez mais a integrar as preocupações de política externa e a ser incorporados à agenda de segurança nacional.

Constata-se que com o final da bipolaridade a “saúde internacional” cedeu lugar à “saúde global”, deixou o espaço de *low politic* que ocupava desde a segunda grande guerra e passou a integrar as agendas do Conselho de Segurança das Nações Unidas e do G-8, como tema importante do debate sobre a globalização e a segurança global. Na realidade é a “doença” e não “a saúde” que se transforma numa questão geopolítica.

Porque ocorre essa transformação e como emerge essa “nova questão geopolítica”?

Há muito que as ações no campo sanitário são associadas com as necessidades de segurança nacional e do comércio internacional, integrando, portanto, as agendas de política externa. Essa articulação foi temporariamente rompida no século XX, quando melhoraram as condições de saneamento e os avanços tecnológicos (antibióticos, vacinas), juntamente com os processos de descolonização, diminuíram a sensação, nos países desenvolvidos, de ameaça pelas doenças vindas de alhures (Fidler, 2001a). A emergência e disseminação das armas nucleares e a corrida armamentista, por outro lado, concentrou as preocupações e os estudos sobre segurança nacional nesse período (Walt, 1991).

Entretanto, a partir dos meados dos 1990, com o fim da bipolaridade, as questões de segurança nacional começaram a ser revistas e as doenças infecciosas voltaram a ser consideradas nessa agenda. Pelo menos três desenvolvimentos chamam a atenção nessa nova articulação entre política externa e saúde: 1) o expressivo aumento

no financiamento para a saúde; 2) o crescente número de atores e instituições e atuam nessa área; e 3) o impactante foco em apenas uma (HIV/AIDS) ou poucas doenças (como tuberculose, malária).

Na seqüência do fim da Guerra Fria a principal mudança na nova agenda de segurança foi em relação ao principal objeto da segurança — dos Estados para as pessoas — fragmentando a segurança nacional em várias subcategorias, procurando mudar o foco de análise do sistema inter-estatal para a sociedade e os indivíduos, seja dentro de determinado Estado ou entre Estados⁹. Em 1994, o PNUD lançou a perspectiva da ‘segurança humana’, com o Relatório do Desenvolvimento Humano, acompanhada de várias recomendações para a institucionalização do conceito. O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) também adotaram o “novo paradigma” nas suas formulações, de forma bastante particular (Pereira, 2010), assim como alguns países, sendo pioneiros a Noruega e o Canadá (Vieira, 2007).

Em termos muito sintéticos, na nova conjuntura mundial que se abre nos anos 1990, os problemas de saúde voltaram a se imbricar mais estreitamente com a economia política global. Com o aumento das interconexões entre os países, as epidemias, e o risco de pandemias, começaram a ser tratadas como ameaças à estabilidade dos Estados e, potencialmente, à soberania nacional, com repercussões no mapa político e na segurança internacional (Fidler, 2009). Em outras palavras, as intervenções em saúde passaram a ser explicitamente instrumentalizadas para fins geopolíticos (Ingram, 2005). Esses desenvolvimentos são estimulados por episódios específicos em ambas as áreas — saúde e segurança — que se articulam e são ativamente estruturados, estabelecendo conexões entre doenças, espaço geopolítico e poder, na perspectiva de fortalecimento do poder de *enforcement* das grandes potências. Esse processo se conecta também com o significado do termo “segurança”, que muda com o fim da bipolaridade mundial (Ingram, 2005; Vieira, 2007).

Tradicionalmente, os problemas de segurança se relacionavam a ameaças à soberania de um Estado, provocadas, fundamentalmente, por guerras, invasões ou ocupações. Essa percepção, essencialmente militar, não impediu o desdobramento em novas conceituações — “segurança social”, nos *welfare states* do pós-segunda guerra; “segurança humana” e “segurança ambiental”, no período posterior — vistas como complementos da “segurança nacional”. O senso de urgência e de prioridade move esses desdobramentos, que se constituem em tentativas de reestruturar o discurso da segurança a partir de “ameaças” que partem de outras áreas e não somente da agressão militar de um Estado contra outro. A partir dos anos 1990, elabora-se uma *nova agenda*

9 Em 1992, por demanda do Conselho de Segurança, o Secretário Geral da ONU (Boutros-Ghalis) produziu o primeiro de uma série de documentos voltados para a transformação da ordem internacional sobre segurança: uma Agenda para a Paz (*An Agenda for Peace*) que delineou a nova racionalidade e os métodos para superar a concepção de segurança nacional que havia orientado todo o período da Guerra Fria, focalizando na segurança dos indivíduos (Vieira, 2007: 144).

de segurança nacional, que inclui preocupações não especificamente militares, mas que reforçam o poder econômico e militar das grandes potências sob novas bases (Ingram, 2005). Concomitantemente, a proliferação de atores não-estatais, que passam a atuar internacionalmente, aumenta de forma importante — empresas transnacionais, organizações não governamentais (ONGs), grupos terroristas, máfias e organizações criminosas, entre outros — impactando as relações internacionais e a política externa e desafiando a perspectiva tradicional centrada exclusivamente no Estado na condução desses assuntos (Ingram, 2005; Fidler, 2009; Feldbaum, 2010).

Em suma, na “nova agenda de segurança nacional” três dimensões são particularmente importantes: a primeira está relacionada ao número crescente de questões que podem ameaçar a segurança nacional, entre elas as doenças e o meio ambiente; a segunda está referida à maior interrelação das questões domésticas e internacionais, pela grande interdependência promovida pela globalização contemporânea, não apenas no âmbito da política externa, mas em vários outros domínios; e a terceira é o descentramento do Estado como ator preferencial em relação às questões de segurança, uma vez que é desafiado pela emergência de um mapa político complexo, diversificado, com participação ativa de distintos atores com recursos de poder diferenciados na governança global, e por outras perspectivas críticas, como o discurso dos direitos humanos.

No que concerne especificamente à área social, o impacto da globalização aumentou de forma importante o senso de vulnerabilidade presente nas sociedades, que difere, porém, nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. Nos primeiros, essa sensação se concentra no medo e insegurança provocados pelo aumento exponencial dos fluxos transfronteiriços (de produtos, poluentes, pessoas e patógenos) e da violência (ataques terroristas, criminalidade, drogas, rebeliões populares), além dos reveses econômicos bruscos e as catástrofes ambientais. E, nos segundos, a vulnerabilidade é quase estrutural e se expressa na persistência da pobreza e falta de acesso a bens e serviços, resultado de carências históricas agravadas pelos impactos das desigualdades provocadas pelos recentes processos de globalização, exacerbados também pela violência (dos governantes, dos enfrentamentos étnicos, dos ataques externos, das drogas, da criminalidade), assim com o pelos desastres “naturais”. Em ambos os casos, guardadas as devidas proporções e especificidades, a ênfase está posta na relação entre desenvolvimento econômico e condições de vida e saúde das populações; e na incapacidade dos Estados para atender simultaneamente a nova dinâmica mundial (econômica e política) e as necessidades das populações sob sua responsabilidade.

Nesse processo o mundo tem experimentado a proliferação e disseminação de diversos riscos, traduzidos por sérios problemas que afetam a saúde, entre os quais se destacam: emergência e re-emergência de doenças transmissíveis (pandemia de HIV/AIDS, SARS, gripe aviária, malária, tuberculose, entre outras), e para

as quais ainda não se tem antídotos totalmente eficazes; emergência de patógenos resistentes à medicação; “disseminação” de enfermidades crônicas não transmissíveis, relacionada ao consumo de produtos danosos à saúde (tabaco, álcool, drogas ilícitas, alimentos industrializados); generalização dos efeitos da poluição e das modificações ambientais; aumento da violência. A concentração e convergência desses eventos, em curto espaço de tempo (10 a 15 anos), é inédita na história da humanidade e cada um destes temas, por si só, merece atenção urgente. Entretanto, foi a conexão com interesses geopolíticos específicos que lhes atribuiu significado estratégico, sobretudo na virada do século. As ações para o controle da epidemia do HIV/AIDS é paradigmática na questão da transformação da saúde em assunto de segurança nacional (Ingram, 2005; Vieira, 2007); e o caso do controle da SARS é evidência da perda de soberania dos Estados nacionais na condução desses problemas (Feldbaum, 2010).

Ainda que diferentes atores sejam importantes nesse processo e a vinculação saúde-segurança nacional já viesse sendo discutida, em países e arenas particulares, desde os anos 1990, os EUA tiveram papel preponderante nessa mudança, que foi concretamente impulsionada pela resposta norte-americana aos ataques terroristas de 11 de setembro de 2001 (11/09) (Fidler, 2004; Ingram, 2005; Garret, 2005; Feldbaun *et al*, 2010; Almeida, 2011). Após o 11/09, a “segurança em saúde” (*health security*) tornou-se um conceito importante para o “desenvolvimento” e a governança global. Como resposta ao ataque terrorista, entre outras medidas, o governo Bush colocou a saúde como um “problema de segurança nacional”, incluindo-a na “guerra contra o terror”. E nisso foi seguido por outros países e organizações internacionais.

Até então, a preocupação com armas biológicas e o bioterrorismo, de um lado, e com as doenças infecciosas emergentes e re-emergentes (entre as quais a pandemia HIV/AIDS) do outro, era objeto de vasta reflexão no campo da saúde pública (Brown, Cueto & Fee, 2006). Entretanto, nessa literatura esses problemas não eram tratados como questões de segurança nacional.

Embora no final do segundo governo Clinton (*National Intelligence Council Report*, US, 2000), e mesmo antes, a ideia da “segurança em saúde” (*health security*) já circulasse nos *think thank* e no Conselho de Segurança norte-americano, a perspectiva predominante era de que problemas de doenças infecciosas severas em outros países (como a HIV/AIDS) poderiam ameaçar a segurança nacional dos EUA, por desestabilizarem certas áreas e regiões que prejudicariam os seus interesses estratégicos, políticos e econômicos. A nova política do governo Bush, após o 11/09, foi um ponto de inflexão: a preparação para enfrentar problemas de saúde pública causados por armas químicas tornou-se, em 2002, um dos principais temas da política de segurança nacional nos EUA; e o Plano Emergencial do Governo Bush (*US President’s Emergency Plan for AIDS Relief — PEPFAR*, 2003) estrategicamente integrou a “ameaça do HIV/AIDS” nos objetivos de segurança nacional e de política externa norte-americana, enfatizando os acordos bilaterais e concentrando, de forma importante, a ajuda internacional

nessa área, além de mobilizar ativamente a indústria farmacêutica transnacional. Os ataques com anthrax, por sua vez, questionaram fortemente a soberania dos EUA na sua própria casa e levaram à alocação de enorme quantidade de recursos financeiros para vigilância, pesquisas e a indústria farmacêutica — biossegurança foi colocada no centro das preocupações da ciência e das políticas públicas no país (Ingram, 2005; Garret, 2005). A estratégia de segurança nacional do governo Bush, em 2002, não apenas articulou saúde pública e interesse nacional, mas colocou a questão militar no centro desse debate e incluiu a saúde entre os valores neoconservadores da *pax Americana* (Ingram, 2005; Vieira, 2007).

A criação e implementação do PEPFAR negligenciou o apoio à infraestrutura, à provisão de serviços e ao fortalecimento dos sistemas de saúde como um determinante da saúde, reforçando a perspectiva conservadora também na cooperação internacional e na ajuda externa para o desenvolvimento em saúde (Almeida, 2011). E isso se dá num contexto de aumento e complexificação tanto da Ajuda Oficial para o Desenvolvimento (*Official Development Assistance* — ODA) quanto da cooperação técnica (IDA, 2007) e de crescimento das parcerias público-privadas, com multiplicação de atores e objetivos específicos (Feldbaum, 2010; Almeida, 2011). Temas tais como direitos de propriedade intelectual, produção e distribuição de medicamentos e insumos, comércio internacional e direitos humanos passaram, a partir de então, a politizar de forma mais contundente a arena internacional da saúde, de forma extremamente polarizada, e vem tensionando substancialmente a área da “diplomacia da saúde”.

Esses desdobramentos colocam no centro do debate as relações entre globalização, saúde, segurança e desenvolvimento. Ainda que essa relação não seja nova no sistema mundial, ganha novos contornos nas últimas décadas, que se expressam também em iniciativas globais, como as Metas de Desenvolvimento do Milênio (2000)¹⁰ e a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (2001)¹¹. O relatório final dessa comissão foi muito criticado, mas impulsionou a criação, em 2002, do Fundo Global (*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*), uma parceria público-privada com o objetivo de

10 A iniciativa das Nações Unidas sobre Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (2000), com oito dos objetivos voltados para a saúde, reflete também a preocupação com a questão da saúde no desenvolvimento.

11 A Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (cujo relatório final é de 2001), foi instituída pela OMS durante a gestão de Gro Brundtland como uma tentativa estratégica para restabelecer a credibilidade da organização, bastante abalada naquele momento, e que perdia terreno então para o Banco Mundial como principal financiador no setor. Com o objetivo de discutir o lugar da saúde no desenvolvimento econômico global, a comissão criticava as idéias tradicionais da macroeconomia, que negligenciavam a saúde, defendendo o argumento que as sociedades seriam mais saudáveis quando fossem mais ricas e, portanto, a ênfase no desenvolvimento deveria estar posta no crescimento econômico. Para isso, os investimentos em saúde deveriam aumentar, mas centrados estritamente no controle e contenção das enfermidades transmissíveis nos países mais pobres, pois impediam o desenvolvimento. Embora defendesse o aumento do fluxo de recursos dos países ricos para os pobres, em bases sustentadas e focalizadas, com aumento da ajuda externa para poucas e específicas doenças, propunha também que esse aumento da ODA fosse acompanhado de ajustes econômicos estruturais e acordos com a Organização Mundial do Comércio — OMC.

levantar recursos para a prevenção e tratamento dessas três doenças nos países mais pobres. Os recursos iniciais do Fundo Global foram proporcionados pela Fundação Bill e Melinda Gates e a sua manutenção possibilitada, fundamentalmente, pelas doações dos países desenvolvidos. Até 2010 os EUA eram o maior doador do Fundo Global e entre 2008 e 2010 os principais doadores incluíam também Suécia, França, Noruega, Holanda e Espanha. E vale mencionar ainda a criação, em 2000, da Aliança Global para Vacinas e Imunização (*Global Alliance for Vaccine and Immunization — GAVI*), outra parceria público-privada formada por uma coalizão entre OMS, Unicef e Banco Mundial, governos de países desenvolvidos, produtores privados de vacinas, ONGs e a Fundação Bill e Melinda Gates, com os objetivos de: fortalecer os programas de vacinação dos 72 países mais pobres do mundo; acelerar a introdução de novas vacinas e facilitar o acesso generalizado às existentes; e introduzir tecnologias inovadoras de imunização. Obviamente, a ampliação do mercado mundial para os produtores privados de vacina é um subproduto considerável dessa iniciativa¹². Ambas as organizações — Fundo Global e GAVI — têm sede em Genebra.

Outras respostas internacionais também são expressivas e merecem menção:

1. Comissão independente sobre Segurança Humana, cujo relatório é de 2003 (*Human Security Now: Protecting and Empowering People*). A ideia da Comissão foi lançada em 2000, na Cúpula do Milênio das Nações Unidas, numa iniciativa do governo do Japão, que apoiou técnica e financeiramente os trabalhos, juntamente com recursos financeiros adicionais do governo da Suécia, do Banco Mundial, da Fundação Rockefeller e do *Japan Center for International Exchange*. O Escritório de Projetos e Serviços da ONU gerenciou os arranjos administrativos. O leitmotiv dos trabalhos foi a crescente vulnerabilidade no mundo e a importância de reconceituar a segurança humana em termos da *liberdade de querer* e *liberdade de temer* (*freedom from want* e *freedom from fear*). Sadako Ogata (ex integrante do Alto Comissariado das Nações

12 Segundo Homma et al (2011): “A GAVI iniciou suas atividades oferecendo novas vacinas, como a pentavalente para os países participantes, e como contrapartida vem solicitando pagamento de uma parte muito pequena (co-payment) do seu custo. Para o período 2010-2015, essa iniciativa dispõe de um orçamento de US\$ 3,7 bilhões. (...) Outro mecanismo inovador de captação [de países] é o *Advanced Market Commitment (AMC)*, criado especificamente para acelerar a introdução da vacina pneumocócica conjugada, sobretudo para crianças menores de dois anos de idade. Essa nova iniciativa foi liderada pelos governos da Inglaterra, Itália, França, Canadá, Noruega e pela BMGF, que garantiram recursos de US\$ 1,5 bilhão. Atualmente, são apenas dois os laboratórios produtores dessa vacina, Pfizer-Wyeth e GSK, que negociaram acordo de suprimento de 600 milhões de doses por um período de dez anos, possibilitando a introdução da vacina pneumocócica conjugada ainda em 2010 a baixo preço (US\$ 7,00/dose, sendo que após o suprimento de 20% do quantitativo estabelecido, o valor diminuirá para US\$ 3,50/dose). No mercado internacional, o preço é de US\$ 32,00/dose. O processo de conscientização e convencimento dos governos apoiados pela GAVI para a introdução acelerada de novas vacinas vem sendo realizado também por grupos apoiados pela GAVI, como o *pneumo ADIP (Accelerated Development and Introduction Plan)* da Universidade John Hopkins, Bloomberg School of Public Health e o Instituto Sabin de Vacinas, organizando reuniões temáticas e produzindo dados epidemiológicos sobre a prevalência da doença e seu impacto nos países” (p. 447).

Unidas para os Refugiados e então *fellow* na Fundação Ford) e Amartya Sen (Master do Trinity College, Cambridge) presidiram os trabalhos.

2. Iniciativa Global de Segurança em Saúde (*Global Health Security Initiative*), em 2004, convocou sênior especialistas do Reino Unido, EUA, Alemanha, Itália, França, Japão, México, União Européia e OMS para definir atividades que fortalecessem a capacidade de vigilância e de resposta rápida às pandemias. A subsequente resposta à pandemia de SARS evidencia que o mais significativo resultado desse trabalho foi o fortalecimento das redes globais de controle e vigilância e a aprovação de normativas que desafiam a soberania nacional no caso de risco de pandemias.

3. Redefinição, em alguns países, dos objetivos e processos de formulação da política exterior para o alcance de metas de saúde global mais efetivas (*Swiss Department of Home and Foreign Affairs*, 2006; Governo do Reino Unido, em 2008).

4. Iniciativa sobre Política Exterior e Saúde Global (*Foreign Policy and Global Health Initiative*), a partir da aliança entre sete países — África do Sul, Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal e Tailândia — que lançou, em 2007, a Declaração de Oslo e um Plano de Ação, assinados pelos ministros das Relações Exteriores desses países. A Declaração afirmava — *saúde é uma das mais importantes questões de longo prazo na política externa do nosso tempo* — ressaltando a necessidade urgente de ampliar os horizontes da política externa e criar novos paradigmas de cooperação, destacando as conexões entre política externa e saúde¹³;

5. Engajamento da própria OMS nas atividades relacionadas à saúde global e seus vínculos com a política externa, com diferentes programas em distintas áreas, assim como na reflexão sobre a dinâmica da diplomacia da saúde (Chan *et al*, 2008).

Essa “agenda expandida” sobre a relevância da saúde nas relações internacionais ampliou muito a arena internacional de debate na saúde, diversificou os atores e fóruns de discussão, não somente setoriais, e evidenciou a necessidade

13 Feldbaum *et al* (2010: 87) lembram que a Declaração de Oslo afirmava que “*health as a foreign policy issue needs a stronger strategic focus on the international agenda*” e que os países haviam concordado com “*to make health a point of departure and a defining lens that each of four countries will use to examine key elements of foreign policy and development strategies*”. Apoiando a iniciativa a Diretora da OMS, Margaret Chan, afirmou “*we need to embed the use of the health lens in foreign policy while we have this chance*”, mas alertava que essa relação requeria a “*careful management for mutual benefit*”. Essa declaração da OMS evidencia, no mínimo, um certo ceticismo em relação à proposta, além de uma visão estreita dessa relação.

de trabalhar transversalmente em diferentes esferas de políticas, além de atuar nas dimensões cruciais do problema — poder e dinheiro — para construir ações coletivas eminentemente políticas, mas pautadas por complexos conhecimentos técnicos (Fidler, 2009; Ingram, 2005). O melhor exemplo da emergência dessa nova perspectiva é o trabalho e as recomendações da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, instituída em 2005, pela OMS, e cujo relatório foi publicado em 2008¹⁴.

Entretanto, a vinculação entre saúde, política exterior e segurança, como promotora do desenvolvimento é problemática, por vários motivos, entre os quais se destaca: a) a vinculação estreita entre saúde e agendas político-ideológicas, econômicas e de segurança muito específicas e atreladas a determinados interesses e valores, e b) o fato de estar a serviço da estratégia de hegemonia e dominação de grandes potências. Por outro lado, não existem evidências claras que comprovem os argumentos que defendem essa associação, sendo que alguns estudos demonstram correlações frágeis entre variáveis de saúde, desenvolvimento econômico e segurança nacional, que são desprovidas, porém, dos respectivos contextos histórico, social e geográfico (Ingram, 2005: 537). Além disso, muitas das justificativas utilizadas para declarar que determinadas enfermidades são uma ameaça à segurança nacional — prevalência de HIV/AIDS nos militares africanos, como sinal de desestabilização dos novos Estados; e disseminação da doença pelo mundo a partir dos militares norte-americanos em missões (ou guerras) na África, entre outras — tampouco se mostraram acuradas (Feldbaum *et al*, 2010).

Mesmo assim, o foco se mantém apenas nas doenças infecciosas, principalmente algumas delas, a despeito do crescimento da importância das enfermidades crônicas, mentais e neurológicas, que pressionam de forma importante as necessidades de cuidado das populações e os serviços de saúde e estão também vinculadas aos determinantes sociais da saúde. Em resumo, as intervenções em saúde não são neutras, nem baseadas apenas em evidências científicas, nem tampouco “uma ponte para a paz” *per se*, como se apregoa. Paul Farmer (1996) e Giovanni Berlinguer (1999) já alertavam para as múltiplas variáveis que se entrelaçam na dinâmica da relação entre saúde e doença.

Os países em desenvolvimento são cada vez mais críticos e desconfiados em relação à estruturação da cooperação internacional ou da ajuda externa para as doenças epidêmicas em termos de segurança nacional, pela percepção de que essas

14 O Relatório Final da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde — “*Diminuindo as distâncias numa geração: equidade em saúde a partir da ação nos determinantes sociais da saúde*” (Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health”) (WHO, 2008), está disponível em: http://www.who.int/social_determinants/en/ (Acesso em 02/08/2009). O trabalho da Comissão focalizou em nove amplos temas que concentram os maiores determinantes sociais da saúde. Cada um deles foi trabalhado por uma “Rede de Conhecimento” (Knowledge Network — KN). Cada KN foi composta por especialistas no campo específico que coletivamente estudaram os determinantes sociais e as questões de equidade em saúde que lhe fossem pertinentes. Os relatórios Finais de cada KN, e outros documentos de apoio, assim como os links para as organizações que lideraram o trabalho da respectiva KN estão disponíveis em: http://www.who.int/social_determinants/themes/en/index.html (Acesso em 02/08/2009).

iniciativas beneficiam, fundamentalmente, os países ricos (Calain, 2007; Aldis, 2008). Essa desconfiança foi amplificada e ganhou visibilidade nas controvérsias e tensões ocorridas no episódio das amostras de vírus da gripe A/H5N1 (da Indonésia) (Fidler, 2008) e nas críticas à revisão do Regulamento Internacional da Saúde (Calain, 2007). Ao mesmo tempo se intensifica o debate em torno da arquitetura da “governança global em saúde” (Dogson *et al*, 2001).

O conceito de “segurança humana”, por sua vez, formulado em 1994, no âmbito do Relatório de Desenvolvimento Humano, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), propõe uma mudança de foco dos Estados e da territorialidade para as pessoas e comunidades, e da dinâmica “ameaça-defesa” para solidariedade, interdependência e desenvolvimento desigual. Definições mais recentes, como a da Comissão sobre Segurança Humana (2003), defende que ela se refere à proteção e expansão da liberdade vital das pessoas, o que requer tanto a busca da proteção contra ameaças súbitas, de qualquer tipo, quanto o empoderamento para que possam cuidar autonomamente de suas próprias vidas. Apesar de certa ênfase na perspectiva liberal do indivíduo, essa definição traz elementos interessantes para a reflexão.

Em termos gerais, esse debate tem potencial crítico para iluminar várias tensões presentes na nova “geopolítica da saúde” assim como alertar para a estreiteza do foco na segurança nacional. Embora em alguns casos o risco de pandemias ou ameaças causadas por determinadas doenças possa ser visto como problema de segurança nacional e, como tal deva ser tratado, a chamada “segurança global em saúde” (ou mesmo a “governança global da saúde”) vem sendo estruturada a partir de tensões conjunturais e questões específicas e não tem enfrentado seriamente as complexas relações que envolvem os determinantes que ameaçam, de fato, a saúde das pessoas no mundo. Sendo assim, atuar nesse âmbito requer um maior engajamento crítico em relação à revisão dos conceitos e, conseqüentemente, das estratégias de atuação.

3 | AJUDA EXTERNA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO

A reflexão sobre a cooperação internacional ainda é relativamente pouco explorada analiticamente e, em termos gerais, está bastante marcada pelas correntes tradicionais de pensamento da área de relações internacionais — realista, liberal e idealista. Mais recentemente, reflexões do próprio campo das relações internacionais, da ciência política e da antropologia têm ampliado o debate sobre a cooperação técnica internacional para o desenvolvimento, centrando a discussão, nas duas primeiras disciplinas, na dinâmica do sistema mundial, permeada por relações de poder, e, na terceira, no aparato institucional e no processo de cooperação numa perspectiva etnográfica. De qualquer forma, no Brasil esse debate ainda é inicial, embora venha

crescendo a partir dos anos 2000, seja no que concerne à discussão sobre projetos de cooperação desenvolvidos no país, como receptor, seja no que se refere à atuação do Brasil como agente promotor da cooperação no exterior. E, na área de saúde, essa discussão é muito incipiente.

Para alguns autores, as visões mais tradicionais espelhariam o *caráter fragmentado da ajuda externa na política exterior de uma nação* (Campos, 2007: 347). Outros enfatizam como cruciais as condições de desigualdade nas relações de poder entre os Estados e nas estruturas de poder do sistema mundial e atribuem diferentes papéis à cooperação na relação de troca que aí se estabelece, definindo-a como uma *situação política* (Keohane, 1984: 63), onde atuam diferentes atores, com distintas perspectivas e possibilidades. E, no ponto de vista da antropologia aplicada, a cooperação internacional é vista como o *conjunto de práticas, valores e atores envolvidos na gestão da ajuda externa*, caracterizando um *“campo de ação política”* (Silva, 2005: 41), onde campo é entendido tanto como modo de reprodução de determinada ordem, quanto como processo, local de instalação de uma luta competitiva entre diferentes visões, conhecimentos, práticas e atores (governamentais ou não, nacionais e internacionais), que traz embutida relações de poder. A categoria poder permeia, de distintas maneiras, os diferentes enfoques analíticos.

A forma e articulação de diferentes atores e agentes em âmbito internacional — redes sociais (de ativismo político ou solidariedade) e outras formas de associação — também são, às vezes, confundidas com cooperação internacional. A confusão entre esses diferentes âmbitos de atuação e entre os termos “ajuda externa”, “cooperação internacional” e “assistência técnica” é grande na literatura.

Assim, encontram-se diferentes termos e definições, para *designar as mais distintas situações*, [e a cooperação adquire] *diferentes sentidos semânticos, sendo uma expressão de escopo flexível e amplo, tão amplo quanto suas possibilidades e fins* (Valente, 2010: 48). Mas não existem definições claras para designar esse conjunto amplo e diverso de práticas, experiências e redes de relações, que atuam em escalas variadas e promovem diferentes fluxos e contra fluxos de saberes, tradições e culturas, entre mundos políticos e sociais muito distintos (Lima, s/n; Souza Lima, 2007).

A primeira definição de cooperação técnica internacional formalmente reconhecida e vigente até hoje foi estabelecida pela Resolução no. 200 da Assembléia Geral da ONU, em 1948: *transferência não comercial de técnicas e conhecimentos, a partir da execução de projetos em conjunto, envolvendo peritos, treinamento de pessoal, material bibliográfico, equipamentos, estudos e pesquisas, entre atores de nível desigual de desenvolvimento (prestador e receptor)*. Esse conjunto de práticas é viabilizado por uma série de instrumentos legais (Acordos, Ajustes, Convênios etc.) negociados, decididos e firmados entre governos, seja bilateral ou multilateralmente, ou entre governos e outras organizações, nacionais ou internacionais, supra-estatais, governamentais ou

não. Esses instrumentos se materializam e são operacionalizados em projetos que envolvem duas ou mais instituições executoras dos países (receptor e prestador), em geral órgãos do aparelho de Estado ou outros designados por ele. O pressuposto por trás dessa definição de cooperação é a fragilidade institucional do aparelho de Estado dos países menos desenvolvidos e a necessidade de fortalecer e capacitar a administração pública. A outra face dessa moeda é a expansão do conhecimento sobre territórios e populações estrangeiras, aumentando, portanto, a capacidade de influência sobre eles, no qual *a dívida é a moeda de troca e fonte de poder e prestígio* (Silva, 2005: 41).

Na definição do governo brasileiro a cooperação técnica internacional se propõe a desenvolver capacidades, de instituições e indivíduos, na perspectiva de promover mudanças, minimizar problemas e explorar possibilidades de desenvolvimento. É entendida como atividade temporária e de fornecimento de subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas do país receptor, mas não como substituta das ações precípuas desse Estado em seu território específico (Brasil/MRE-ABC, 2004).

As elaborações teóricas e conceituais disponíveis sobre a cooperação internacional não são numerosas e ainda existe carência de enfoques teóricos mais inovadores para analisá-la como um dos instrumentos preferenciais de política exterior. Existem alguns bons trabalhos em curso e que começam a apresentar seus produtos, mas grande parte do que está publicado reproduz a “história oficial” ou a descrição factual, colocando a cooperação internacional como instrumento privilegiado das políticas promotoras do desenvolvimento, sem uma reflexão mais profunda e crítica do significado desse processo em momentos históricos concretos e conjunturas particulares.

Para o que interessa discutir neste trabalho, privilegia-se a percepção da cooperação internacional como a atuação de determinados Estados nacionais em solo estrangeiro, por meio de projetos de cooperação para o desenvolvimento, negociados governo a governo, com ou sem a intermediação de organismos internacionais bi ou multilaterais em diferentes áreas, implementados a partir do pós-guerra no século XX. Não se pretende com isso, porém, que a cooperação internacional seja um fenômeno restrito essencialmente aos governos ou ao sistema de instituições e agências multilaterais, uma vez que as fronteiras entre o governamental e o não governamental são fluidas, pelo fluxo entre elas, tanto de especialistas quanto de financiamentos. Mas procura-se enfatizar o papel dos governos e organizações internacionais nesses processos, reconhecendo-se o seu protagonismo. É inerente a esse enfoque a perspectiva histórica que se propõe a sistematizar essa atuação em conjunturas concretas, na dinâmica do sistema mundial e nas mudanças estruturais aí ocorridas. Essa abordagem assume a cooperação internacional para o desenvolvimento como uma das estratégias adotadas pelos Estados nacionais para consolidar ou transformar

seu posicionamento no âmbito do sistema mundial, o que significa atuar num campo permeado por assimetrias na distribuição do poder e por jogos de poder nas relações entre os Estados nacionais ou entre estes e um elenco variado de atores

Significa também perceber a cooperação internacional como uma das dimensões da política de governo, ou seja, como um dos mecanismos utilizados pela política exterior de um país para desenvolver ou implementar determinadas práticas e conhecimentos em outro país, realizando, por essa via, interesses nacionais articulados internacionalmente. Nessa perspectiva, configura-se como atuação no exterior voltada para o acúmulo de poder, que se expressa tanto por atividades conjuntas, quanto por trocas e intercâmbios os mais variados, envolvendo recursos financeiros, materiais (como equipamentos) e imateriais (conhecimentos, idéias, tecnologia), veiculados pela atuação de pessoas — especialistas e profissionais.

Parte-se da premissa que a ajuda externa e a cooperação internacional para o desenvolvimento são historicamente marcadas pelas relações e práticas sociais, políticas e econômicas de cada sociedade particular e pela posição que essa sociedade ocupa no sistema mundial. Entretanto, os projetos político-ideológicos que orientam essa ajuda ou cooperação assumem sentidos particulares em conjunturas históricas específicas, permeados por tensões e disputas permanentes.

Nessa perspectiva, concordando com Hirst (2010), uma leitura política da cooperação internacional deve, necessariamente, articulá-la com o âmbito da política externa e os condicionantes impostos às relações internacionais pelo sistema mundial.

3.1 | Um Pouco de História

Este tópico explora os contextos históricos em que se conceitua e projeta a cooperação internacional como um processo de expansão e consolidação de novas formas de intervenção mundial, justificadas pela lógica do desenvolvimento.

3.1.1 | Origens da cooperação internacional para o desenvolvimento e da moderna diplomacia

Vários autores referem que as diretrizes para uma política de cooperação internacional para o desenvolvimento, promovidas pelos EUA no imediato pós-guerra, tem origem no programa de governo de Truman, operacionalizadas pelo Plano Marshall, lançado em 1948, para reconstrução da Europa destruída pela guerra. E alguns assinalam que as origens da cooperação internacional (ou cooperação técnica) têm suas raízes muito antes, no século XIX, tanto embutidas nos esquemas de dominação empreendidos pelas metrópoles sobre suas colônias, quanto associadas aos contextos de guerra e à lógica militar.

Ainda que os processos de intervenção de determinados Estados sobre outros não sejam novos, nem exclusivamente governamentais, as dinâmicas anteriores, verificadas no século XIX e início do XX, relacionadas ao colonialismo e formas de administração de colônias além-mar, ou à produção e acúmulo de conhecimentos ativamente realizados por expedições de países centrais em áreas específicas (de interesse mercantil ou de dominação societária), não podem ser automaticamente alinhadas com a dinâmica de estímulo ao desenvolvimento do pós-guerras sob a batuta dos EUA¹⁵.

É preciso, portanto, analisar a inflexão que se opera na segunda metade do século XX. Após a segunda grande guerra intensificaram-se as trocas e intercâmbios entre diferentes atores internacionais e nacionais, ativamente impulsionadas pela potência hegemônica — os EUA —, *pari passu* à criação, entre 1945 e 1951, dos principais organismos multilaterais e suas agências especializadas (ONU, FMI, BM, UNESCO em 1945; OMS em 1946; OECD em 1947; entre outras), institucionalizando o chamado sistema internacional. No âmbito desse sistema se consolida uma específica política multilateral de desenvolvimento onde se situa a cooperação internacional (formalizada com a Resolução no. 200 da ONU, em 1948). Essa dinâmica se intensificou nos anos 1960 até meados dos 1970, com características, entretanto, bastante particulares.

Da mesma forma, é necessário qualificar a associação entre cooperação internacional e contextos de guerra ou emergências. Sem dúvida é uma prática antiga o envio de alimentos, medicamentos e suprimentos, sob a lógica militar, para populações afetadas pela guerra ou por conflitos, ou ainda por calamidades e desastres naturais, onde existem desabrigados e refugiados. E essa prática, que persiste até os dias de hoje, marcou a atuação de Estados, organizações humanitárias (como a Cruz Vermelha) e outras instituições de assistência social ou religiosa, consolidando uma das dimensões da ajuda internacional, centrada no humanitarismo e na solidariedade. Entretanto, ainda que os meios logísticos militares persistam nesse tipo de ajuda internacional, a lógica subjacente à prestação de ajuda e de assistência militar a populações atingidas pela guerra, preconizada e operacionalizada como parte do Plano Marshall, nos anos 1950, difere completamente dessas práticas mencionadas. Uma evidência disso é a destituição da UNRRA (*United Nations Relief and Rehabilitation Administration*), que atuou de 1943 a 1949, como principal responsável pela ajuda às populações desabrigadas

¹⁵ Ainda que aquelas práticas fossem práticas de dominação, formuladas como uma política de assistência das metrópoles para o desenvolvimento das colônias (como no caso da Inglaterra, em 1929, com o *Colonial Development Act*), e tivessem características que as aproximassem da cooperação técnica internacional — fluxo de relações e instituições entre metrópole-colônia, transferência de conhecimentos e práticas para “promover o desenvolvimento” — e que sejam práticas de alguma maneira reeditadas (ou adaptadas) no período pós-colonial, que alguns autores chamam de neo-colonialismo, historicamente elas não representam uma continuidade linear de “cooperação internacional”, como alguns apregoam (Tickner, 1966, *apud* Valente, 2010). As correlações existentes têm seus significados esclarecidos na especificidade de cada processo histórico, em momentos específicos, além de que a experiência colonial e pós-colonial inglesa não pode ser generalizada nem considerada paradigmática para analisar o passado colonial em geral, que envolve diferentes metrópoles e territórios e distintas formas de colonialismo.

e refugiados de guerra, cujas funções “de assistência ao bem-estar social” foram extintas, a pedido dos EUA, para serem substituídas por outras medidas de cooperação internacional para a reconstrução do pós-guerra, previstas no Plano Marshall.

De forma semelhante, são bem diferentes as intervenções militares de forças de paz da ONU, assim como a atuação de governos transitórios comandados pelas Nações Unidas em terras estrangeiras (como no Camboja nos anos 1980, ou no Kosovo e no Timor Leste, no final dos anos 1990, ou no Haiti nos anos 2000). Os interesses aí envolvidos vão muito além da idéia de solidariedade e as características da ajuda externa, tanto para a pacificação quanto para o desenvolvimento, também são particulares, em cada contexto específico (Fonseca, 2011; Fonseca & Almeida, 2013).

Por outro lado, a moderna diplomacia também surge em relação com a guerra. A origem do termo remonta ao século VIII (Ostelino, 1993: 348-349), mas o seu conteúdo variou progressivamente ao longo dos séculos. Inicialmente, estava referida ao uso, bem mais antigo, do mensageiro para dirimir controvérsias (portador do *diploma*¹⁶), assim como ao estabelecimento de um *sistema de relações diplomáticas*, pelos gregos no século V, que instituiu o princípio da inviolabilidade dos mensageiros. Posteriormente, com os romanos, o termo é retomado para designar as negociações que deveriam substituir a força, então em declínio. Segundo Ostelino (1993), foi com Bizâncio que a diplomacia teria ganho uma peculiaridade inteiramente nova e atualíssima ainda hoje:

(...) tornou-se uma arte de referência, na medida em que foi entregue ao diplomata o encargo de negociar e, ao mesmo tempo, de relatar, quando voltava à pátria, as condições de vida, a força e a disponibilidade para a guerra e para a paz dos países junto dos quais funcionava a missão [diplomática]. (p. 348).

Em síntese, no período feudal a diplomacia era *a arte do arquivo e da exegese dos tratados* e, somente nos séculos XV e XVI aparecem as primeiras missões permanentes (iniciativa dos Estados italianos); mas, é apenas no século XIX que a diplomacia é definitivamente consagrada, desenvolvendo-se, a partir de então, as suas principais formas de atuação. No século XX, finalmente, com o avanço tecnológico e as profundas transformações no sistema mundial, as funções clássicas da diplomacia dos oitocentos foram incorporadas paulatinamente à diplomacia moderna, acrescidas das características de atuação política mais ampla (chamada por alguns de *open diplomacy*), que extrapolam a função tradicional dos diplomatas profissionais (Idem, p. 349).

¹⁶ Diploma era o nome dado, antigamente, às folhas enroladas onde se registravam as missivas/comunicações, leis e editais públicos, portadas pelos mensageiros e que passou, depois, a ser sinônimo de licença (*laissez passé*) ou privilégios concedidos às pessoas (Ostelino, 1993: 348).

Na definição do *Oxford English Dictionary*, diplomacia é o ofício ou a arte do diplomata, isto é, *a condução das relações internacionais a partir das negociações. O método a partir do qual estas relações são reguladas e mantidas por embaixadores e encarregados (...)* (Ostelino, 1993: 348). O objeto da diplomacia seria, portanto, o método, e não o conteúdo das negociações. E, no Dicionário de Ciências Sociais, a ligação entre diplomacia e guerra é reiterada, pois, a ocorrência da guerra significaria o fracasso da diplomacia. Em outras palavras, a diplomacia refletiria outra forma de expressão dos interesses e do poder dos Estados nas relações com outros Estados em tempos de paz, mas seria, ao mesmo tempo, extensão e complementaridade das práticas militares, particularmente da guerra, como forma alternativa, e muitas vezes simultânea, de resolução de disputas e desacordos internacionais.

As práticas de cooperação internacional se formalizam, assim, no campo da diplomacia e constituem dimensão importante da política externa de um Estado nacional.

3.1.2 | A Invenção da Assistência Internacional para o Desenvolvimento

A Assistência Oficial para o Desenvolvimento (*Official Development Assistance* — ODA) tem origens que remontam ao final da Segunda Guerra Mundial, quando os EUA, vitorioso nesse conflito, assumem, a partir de 1945, uma liderança internacional sem precedentes e o governo norte-americano lança o Plano Marshal.

O termo assistência técnica (*technical assistance*) aparece pela primeira vez no Conselho Econômico e Social da ONU (*Economic and Social Council* — Ecosoc), em 1946, como parte da “assistência técnica ao bem-estar social”, conduzida pela UNRRA até 1947. E, ainda em 1946, a Assembleia Geral da ONU lançou as bases das diretrizes para a assistência técnica das Nações Unidas, ampliadas e consolidadas no seu Programa de Assistência, criado em 1948 pela Resolução no. 200¹⁷. A proposta norte-americana estava ancorada na “Doutrina Truman”, lançada em 1947, e propunha uma política de investimentos em infraestrutura para os países europeus, como parte da estratégia de contenção do avanço do comunismo: restaurar a prosperidade europeia evitaria que os países se alinhassem aos novos países comunistas e restabeleceria áreas de influências entre regiões distantes, mas que tinham vínculos históricos.

Em julho de 1947, em resposta à demanda norte-americana, ocorreu em Paris a Conferência da Cooperação Econômica Européia (CEEC). A CEEC converter-se-ia,

¹⁷ Esse programa previa envio de especialistas para atuarem em diferentes países, formação no estrangeiro de profissionais dos países insuficientemente desenvolvidos (bolsas), organização da capacitação e formação de técnicos nos próprios países, ajuda aos governos com fornecimento de recursos humanos e materiais (equipamentos), estruturação de seminários e intercâmbios de informação e conhecimentos. A expressão assistência técnica foi então instituída como um campo técnico (e não político), são criados os fundos para implementá-la e recomenda-se que deveria ser desenvolvida exclusivamente com os governos, ou sob a sua condução, e segundo os interesses e necessidades do país (Valente, 2010)

logo em seguida à sua realização, no Comitê de Cooperação Econômica Européia (CEEC). E, já em abril do ano seguinte, em 1948, o CEEC foi transformado na Organização para a Cooperação Econômica Européia (*Organization for European Economic Cooperation* — OEEC) (OECD, 2007, *apud* Campos, 2002), que deu origem ao Programa de Recuperação Européia (*European Recovery Plan* — ERP), previsto para ser executado num período de quatro anos (OECD, 2007 e 2007a, *apud* Campos, 2002). No mesmo abril de 1948, o então presidente dos EUA, Harry S. Truman, assinou o *Foreign Assistance Act* (Lei da Assistência Externa), legislação que criava oficialmente o “Plano Marshall”, como foi chamado esse programa de recuperação¹⁸. Ainda em 1948, os EUA criaram a Agência de Cooperação Econômica (*Economic Cooperation Agency* — ECA), responsável pelo gerenciamento do ERP (Campos, 2002).

Quando eleito para o segundo mandato como presidente dos EUA, em 1948, em seu discurso de posse no Congresso Norte-Americano, em 20 de janeiro de 1949, Truman apresentou as quatro linhas de ação que seriam as diretrizes de sua política externa: 1) liderança no apoio às Nações Unidas e respectivas agências; 2) continuidade dos programas para a recuperação econômica mundial (Plano Marshall); 3) fortalecimento das nações “amantes da paz” contra os perigos de agressão, com a criação da Organização para o Tratado do Atlântico Norte (OTAN); e 4) início de um programa para tornar os benefícios dos avanços científicos e industriais norte-americanos disponíveis para a melhoria e crescimento das áreas sub-desenvolvidas do mundo.

O último item ficou conhecido como o “Programa do Ponto IV” (*Point IV Program*) e continha todos os elementos que caracterizariam a intervenção norte-americana em nível internacional, conhecida como assistência para o desenvolvimento (*development assistance*), coordenada, a partir de 1950, pela Administração de Cooperação Técnica (*Technical Cooperation Administration of the United States*). Estava institucionalizada a “ajuda externa”, também conhecida como cooperação internacional para o desenvolvimento. As ações aí previstas deveriam ser implementadas pela ONU e suas agências e, para viabilizar essa determinação, em agosto de 1949 o Ecosoc aprovou o Programa Ampliado de Assistência Técnica (*Expanded Programme for Technical Assistance*), que foi o primeiro programa regular de cooperação técnica — nos campos econômico e de administração pública — e se limitava a promover capacitações para funcionários do Estado, nacionais e expatriados. Esse programa era financiado a partir de um fundo formado por doações dos países membros da ONU, fora do orçamento da organização, e era administrado por um novo departamento — a Direção de Assistência Técnica (*Technical Assistance Board*) e um Comitê de Assistência Técnica (Campos, 2002). Esse Programa foi o predecessor do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento — PNUD (Valente, 2010: 77).

18 George Marshall recebeu o Prêmio Nobel da Paz em 1953 por esse plano.

Apesar da existência das instituições multilaterais e dessa dinâmica institucional em torno da ajuda externa e da cooperação internacional desde os anos 1940, até meados dos 1960 grande parte dos recursos disponíveis e que circulavam mundialmente eram oriundos de relações bilaterais, sendo os EUA o maior doador e promotor dessas atividades.

Em 13 de janeiro de 1960, por ocasião da reunião do Comitê Econômico Especial da OEEC, estabeleceu-se o Grupo de Assistência para o Desenvolvimento (*Development Assistance Group — DAG*). O DAG foi criado com a função de se tornar *um fórum para consultas permanentes de doadores sobre a assistência para países menos desenvolvidos* (OECD, 1996: 2). Em março de 1961, novamente com o apoio dos Estados Unidos, o DAG, em sua quarta reunião em Londres, aprovou a Resolução sobre o Esforço Comum de Ajuda (*Common Aid Effort*), que altera o nome do Grupo para Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (*Development Assistance Committee — DAC*), transferindo sua diretoria para Paris (OECD, 1996; 2007; 2007a, *apud* Campos, 2002). E, em 14 de dezembro desse mesmo ano, por iniciativa dos Estados Unidos, foi assinada a convenção que propôs a criação da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (*Organization for Economic Cooperation and Development — OECD*), estabelecida oficialmente em dezembro de 1961¹⁹.

Ainda em 1961 foi criada a *Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional* (*United States Agency for International Aid — USAID*), um órgão independente do governo federal e responsável por programas de assistência econômica e humanitária em todo o mundo. A USAID surgiu com a assinatura do Decreto de Assistência Externa, assinado pelo então Presidente John F. Kennedy, que unificou diversos instrumentos da assistência externa norte-americana²⁰.

A expressão Assistência Oficial para o Desenvolvimento (*Official Development Assistance — ODA*) foi adotada oficialmente em 1969, no âmbito do DAC da OECD. À época, a ODA foi definida como as transações oficiais que tinham como

19 A OECD foi formada por um grupo de potências industriais, produtoras de cerca de 60% dos bens e serviços no mundo, como a contraparte econômica da OTAN, e desligou-se da OEEC em 1961, apresentando-se como uma organização pluralista e não excludente, cuja condição para tornar-se membro limitava-se ao compromisso com a economia de mercado e a democracia. Mesmo os não membros eram convidados a participar de seus acordos e os países doadores, agrupados no DAC, eram responsáveis por cerca de 90% da ODA no mundo (Valente, 2010: 77-8).

20 O discurso do presidente Kennedy, quando da criação da USAID, já mencionava que o interesse dos EUA na ajuda externa aos países em desenvolvimento incluía a questão da segurança nacional, mas enaltecia os valores e a política hegemônica norte-americana na condução dos assuntos externos: *the collapse of developing-countries (...) would be disastrous to our national security, harmful to our comparative prosperity, and offensive to our conscience* (*apud* Feldbaum *et al.*, 2010:83). Nessa perspectiva é que se pode entender a afirmação de Sato (2010: 51): *o conteúdo moral da cooperação internacional* (entendida como ensinar a pescar, mas, de determinada maneira), aliado à *visão moral das relações internacionais*, já estava presente no Ponto IV do programa de governo de Truman, mas ganhou enorme impulso com a criação da USAID. Esse conteúdo já estaria presente nas relações internacionais dos EUA desde o início do século, mesmo na atuação de fundações privadas, como a Carnegie e a Rockefeller, criadas respectivamente em 1905 e em 1913, mas sua institucionalização definitiva se deu com a criação da USAID.

propósito a promoção do desenvolvimento econômico e social dos países chamados “em desenvolvimento”, possibilitando condições financeiras favoráveis aos beneficiários, ou, como ficou posteriormente definido, com pelo menos 25% dos recursos disponíveis aplicados a fundo perdido. Com essa decisão, o DAC estabelecia, naquela época, a diferença entre a ODA e o que se denominou de Outros Fluxos Oficiais (*Other Official Flows* — OOF)²¹.

Em síntese, nas duas décadas posteriores à segunda guerra mundial estabeleceram-se os pilares institucionais e ideológicos da hegemonia norte-americana no mundo que orientou, por sua vez, a institucionalização da cooperação internacional para o desenvolvimento. Entretanto, já na era Eisenhower (1953-1961), o financiamento público para a implementação dessas políticas se retraiu, priorizando-se os investimentos privados e a América Latina, além do fortalecimento do papel do Banco Mundial, linha essa mantida na essência, mas modificada na operacionalização estratégica, no governo Kennedy (1961-1963). E, a partir de então, as grandes mudanças mundiais, alteraram substancialmente as percepções anteriores. Essa oscilação se transformou em regra ao longo do tempo e a alocação bilateral ou multilateral de recursos de cooperação internacional para países e regiões em todo o mundo ocorre a partir de complexos processos políticos e econômicos, permeados por considerações estratégicas, de ordem nacional e internacional. E as condicionalidades e prioridades mudam no decorrer das décadas, segundo as diferentes conjunturas (Almeida *et al*, 2010).

A partir do início dos anos 2000, porém, houve um aumento substantivo da ODA, que se tornou cada vez mais concessional (90% na forma de *grants* bilaterais); o suporte a programas setoriais aumentou consideravelmente (de 8% em 2001 para 20% em 2004); a parte destinada ao setor social nos países de baixa renda passou de 29% no início dos anos 1990 para 52% entre 2001 e 2004; e, paralelamente, a parte referente à infraestrutura e produção caiu de 59% para 38%, no mesmo período. Ao mesmo tempo, observa-se grande complexidade da ajuda externa e da cooperação internacional, com proliferação de agências bilaterais e multilaterais que interatuam com os países recipientes, especialmente no setor social, incluída a saúde, fragmentação da ODA e significativo grau de *earmarking* dos fundos e programas para problemas específicos, incluindo os fundos e programas globais verticais (cerca de 50% dos fundos multilaterais, mas também nos bilaterais) (IDA, 2007). No caso da saúde, esse crescimento é vertiginoso, sobretudo a partir de 2001 (OECD, 2009).

21 A ODA pode ser oferecida aos países na modalidade bilateral ou multilateral. Por ODA bilateral entende-se todo o fluxo de recursos alocados ou desembolsados que se enquadram nos três critérios de ODA do DAC/OECD, a partir de um país-membro do DAC diretamente para um país em desenvolvimento ou para ONGs e Parcerias Público-Privadas (PPP), ou ainda contribuições para programas específicos, destinados a um determinado país e disponibilizados por meio de organizações multilaterais. Já por ODA multilateral entende-se o fluxo de recursos alocados ou desembolsados, com base nos três critérios do DAC, a partir de organizações multilaterais, cujos recursos advêm de contribuições regulares de seus países-membros (OECD, 2008).

3.1.3 | Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento — CTPD ou Cooperação Sul-Sul

Os antecedentes da cooperação Sul-Sul (ou Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento — CTPD) situam-se nos meados do século XX e têm como marco a “Conferência de Bandung”, realizada em 1955, na Indonésia²². Gradualmente, esse tipo de cooperação constitui-se numa estratégia de fortalecimento dos recursos de poder na arena internacional dos chamados países em desenvolvimento — ou subdesenvolvidos ou do “Terceiro-Mundo” —, como eram chamados à época.

Na década de 1960, um conjunto de iniciativas pavimentou o caminho para novas oportunidades de construção de alianças entre os países do Sul com condições sociais, políticas e econômicas semelhantes. Essas alianças emergem no âmbito das discussões sobre o desenvolvimento e a ajuda externa e passaram a reivindicar o estabelecimento de uma “Nova Ordem Econômica Internacional”, a partir de mudanças na dinâmica da econômica e maior participação nos fóruns internacionais. O “Movimento dos Países Não Alinhados” (MNA), estabelecido oficialmente em 1961, também integra essas iniciativas.

Em 1964, fortemente preocupados com sua participação no comércio internacional, esses países convocaram uma conferência para tratar desse tema e buscar soluções alternativas. Como resultado dessa iniciativa, realizou-se em Genebra, na Suíça, nesse mesmo ano, a primeira Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (*United Nations Conference on Trade and Development — UNCTAD*), já com o *status* de órgão permanente das Nações Unidas. Em 15 de junho de 1964, ao final da primeira sessão da UNCTAD, um grupo de 77 países assinou a “Declaração Conjunta dos 77 países” que, posteriormente, originou o “Grupo dos 77” (G-77), a maior organização

22 A “Conferência de Bandung” (na Indonésia) foi realizada de 18 e 24 de abril de 1955, com o objetivo de fortalecer politicamente o chamado “Terceiro Mundo”, visando a promoção da cooperação econômica e cultural afro-asiática, como forma de oposição ao colonialismo ou neocolonialismo. Trinta e dois países participaram da Conferência: 15 da Ásia (Afeganistão, Birmânia, Camboja, Ceilão, República Popular da China, Filipinas, Índia, Indonésia, Japão, Laos, Nepal, Paquistão, República Democrática do Vietnã, Vietnã do Sul, e Tailândia); 9 do Oriente Médio (Arábia Saudita, Egito, Iêmen, Irã, Iraque, Jordânia, Líbano, Síria, e Turquia); e apenas 5 da África (Costa do Ouro — atual Gana —, Etiópia, Líbia, Libéria e Sudão), pois grande parte desse continente ainda era colônia da Europa, Estiveram presentes uma delegação da Força de Libertação Nacional argelina (FLN) e uma do Destur tunisiano (partido independentista tunisiano). Contou também com a presença do premiê indiano Jawaharlal Nehru. Os países participantes representavam uma população de 1,350 bilhões de habitantes. O Japão foi o único país industrializado a participar da conferência. Apesar de condição econômica semelhante, esses países tinham pouco em comum. Bandung deu origem a uma política de “não-alinhamento” — uma postura diplomática e geopolítica equidistante das Grandes Potências — com o objetivo de que esses países se liberassem da influência dos países poderosos da Guerra Fria (URSS e EUA). O “não alinhamento” não foi possível no contexto da bipolaridade, mas, no lugar do “conflito Leste-Oeste”, Bandung criou o conceito de “conflito norte-sul”, expressão que representava um mundo dividido entre países ricos e industrializados (centrais) e países pobres exportadores de produtos primários (periféricos). O patrocínio da reunião coube à Indonésia, Índia, Birmânia, Ceilão (atual Sri Lanka) e Paquistão, que haviam preparado a conferência numa reunião anterior em Colombo, no Ceilão. A declaração de Bandung continha dez pontos sobre “a promoção da paz e da cooperação mundiais”, baseada na Carta das Nações Unidas.

intergovernamental e espaço de articulação dos países em desenvolvimento no âmbito das Nações Unidas²³.

Nos anos 1970, impulsionada pela atuação do G-77, a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento — CTPD se consolidou como um importante instrumento da Cooperação Sul-Sul. Em 1972, na perspectiva de avançar as oportunidades de articulação entre os países do Sul, a Assembleia Geral das Nações Unidas criou um Grupo de Trabalho sobre a CTPD. Dois anos depois, em 1974, no âmbito do PNUD, emerge a Unidade Especial das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul. E, em 1978, 138 países se reuniram em Buenos Aires, Argentina, por resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas, e aprovaram o Plano de Ação de Buenos Aires (PABA), que é um documento seminal no estabelecimento e avanço da CTPD. Paulatinamente, a discussão sobre o desenvolvimento se desloca do eixo Leste-Oeste para o eixo Norte-Sul.

A CTPD — também chamada de “cooperação horizontal” — tornou-se um instrumento importante de política externa nas relações Sul-Sul e ganhou novos contornos políticos, econômicos e estratégicos, como o princípio da “horizontalidade” representou uma alternativa à “verticalidade” — transferências unilaterais e impositivas de “pacotes prontos” — então conhecida como ajuda internacional Norte-Sul. A aprovação do PABA institucionalizou a “horizontalidade” como um princípio fundamental da CTPD. As premissas que, posteriormente, foram incorporadas como “novos paradigmas” da cooperação internacional já estavam ali enunciadas²⁴. Esse processo é concomitante, porém, à crise econômica mundial da segunda metade da década de 1970.

A CTPD se manteve, pelo menos conceitualmente, até os dias atuais, adquirindo novos contornos políticos, econômicos e estratégicos, segundo as diferentes conjunturas políticas.

Após o refluxo dos anos 1980, nos meados dos anos 1990 a CTPD encontrou momento propício para sua retomada e expansão e vem ganhando novo alento no início do novo século quando, segundo Amador (2001), assume o desafio de representar uma alternativa para neutralizar, ou pelo menos reduzir, as forças negativas resultantes do processo de globalização econômica. Desde então passou a contar

23 O G77 promove a articulação dos interesses econômicos e as negociações conjuntas de seus membros, além da cooperação Sul-Sul. A atuação do grupo começou em 1967, com o primeiro Encontro Ministerial, na Argélia, e sua estrutura institucional permanente vem se desenvolvendo gradualmente. Embora mantenha o nome, o G77 conta hoje com 131 países-membro e um deles é o Brasil.

24 O PABA propunha que os países em desenvolvimento deveriam: impulsionar o desenvolvimento a partir da potencialização de suas próprias capacidades; buscar soluções endógenas para o desenvolvimento segundo suas aspirações, necessidades e valores; fortalecer suas capacidades para analisar as suas dificuldades e formular estratégias conjuntas para a condução de suas relações econômicas internacionais, a partir do conhecimento disponível, da cooperação e da troca de experiências.

com mecanismos institucionalizados de parceria internacional para a consecução de seus objetivos. Países e organismos internacionais do sistema da ONU gradualmente passaram a oferecer recursos para a CTPD a partir da chamada *cooperação triangular*, ou *triangulação*. Novas leituras técnicas e políticas sobre o tema da cooperação e da ajuda internacional consolidaram esse impulso e definiram-se compromissos com metas específicas, entre os quais se destacam os Objetivos do Milênio (ODM), estabelecidos em 2000. E, em 2004, uma resolução da Assembleia Geral da ONU reconheceu que os países em desenvolvimento tem a *responsabilidade primordial de promover e realizar a cooperação Sul-Sul*, não como substituição da cooperação Norte-Sul, mas como sua complementação. A mesma resolução mudou o nome da Unidade Especial das Nações Unidas para “Cooperação Sul-Sul” (*United Nations Special Unit for South-South Cooperation — UN-SUSSC*), destacando a dimensão geopolítica da CTPD (Santana, 2011).

“Triangulação”, segundo a UN-SUSSC, é uma *iniciativa de cooperação técnica entre dois ou mais países em desenvolvimento apoiada financeiramente por doadores do Norte ou por organizações internacionais*. Em vários documentos o Ecosoc e a própria UN-SUSSC se referem à triangulação como uma forma híbrida de colaboração Sul-Sul e Norte-Sul, que envolveria os doadores tradicionais e os novos doadores do Sul, assim como outros parceiros. A ABC, por sua vez, define triangulação como *a modalidade de Cooperação Técnica na qual dois países implementam ações conjuntas com o objetivo de prover capacitação profissional, fortalecimento institucional e intercâmbio técnico para um terceiro* e afirma que o Brasil tem *angariado diversos parceiros para as ações de triangulação* (ABC, 2009)²⁵.

Paralelamente à revisão das normativas globais sobre as responsabilidades na ajuda externa e na cooperação, os países em desenvolvimento (alguns rotulados como *doadores emergentes*) passaram a ser considerados um *eixo de vinculação* entre os dois extremos, um *elemento de articulação entre dinâmicas cooperativas múltiplas* (Norte-Sul e Sul-Sul) e, ao mesmo tempo, como uma *lógica de soma zero, onde a maior responsabilidade como doador conduziria à superação da condição de receptor* (Hirst, 2010: 18). Por seu lado, o Sul também vem afinando suas demandas, diversificando o tipo de participação dos países melhor posicionados na arena internacional, articulando-se em blocos (ou foruns) e desenvolvendo novas formas de cooperação, o que outorga um novo lugar para a cooperação Sul-Sul, como instrumento de política externa.

Hirst (2010) assinala ainda que existiria *uma vinculação positiva* entre os novos formatos de articulação interestatal dos países emergentes — com ou sem poder regional — e a valorização da agenda de cooperação Sul-Sul. *Além de se*

25 Exemplos disso é a triangulação com vários países do Norte, dentre os quais se destacam a Cooperação Técnica Alemã (GTZ), a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), a Agência de Desenvolvimento Internacional do Canadá (CIDA) e o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID). O Brasil também conta com organismos multilaterais e regionais em parcerias de triangulação, como é o caso da OPAS-OMS, do UNAIDS, dentre outros.

apoiar em oportunidades comerciais, a cooperação representa um caminho de aprendizagem político, econômico e cultural, constituindo-se num meio para o fortalecimento recíproco da governabilidade democrática (p. 22). A atuação desses países nos âmbitos regionais Sul-Sul — na América do Sul e na África —, voltada para a configuração de uma agenda própria de alavancagem do desenvolvimento, promotora da paz e da democracia, evidencia a conotação política da arquitetura da CTPD.

A preocupação em diferenciar-se do *modus operandi* da cooperação Norte-Sul, sobretudo em relação a não imposição de condicionalidades e à forma de trabalho (voltada para a construção de capacidades), configuram-se como mudanças concretas. Na realidade, esse processo de “diferenciação” dos países, que são ao mesmo tempo doadores e receptores, está mais relacionado com determinados princípios e opções de política externa do que com preferências de oferta ou demanda por assistência técnica (Hirst, 2010: 23).

3.2 | Um Pouco de Teoria

Até bem pouco tempo as expressões cooperação internacional e cooperação técnica internacional (ou assistência técnica) tinham significados distintos na literatura especializada (Sato, 2010): a primeira tinha um sentido mais genérico e estava relacionada à busca de associação entre países com propósitos específicos; e a segunda — cooperação ou assistência técnica — estava referida, fundamentalmente, à ajuda internacional fornecida pelos países mais ricos, e tecnologicamente mais avançados, aos países mais pobres, seja diretamente ou por meio de agências multilaterais. Essa diferenciação está na base do aparecimento da cooperação internacional para o desenvolvimento, ou da cooperação técnica internacional.

3.2.1 | Cooperação internacional para o desenvolvimento e cooperação (ou assistência) técnica: diferentes abordagens

Os enfoques tradicionais adotados na cooperação internacional para o desenvolvimento não se apóiam num paradigma específico, mas seguem a tendência dos significados e paradigmas que permeiam o olhar de diferentes campos do conhecimento e setores de atividade envolvidos na cooperação (Lima, s/d). Porém, tanto no contexto do discurso político e social, elaborado por agentes governamentais ou não-governamentais, como no contexto do discurso acadêmico, os significados que surgem, conforme as articulações do termo, acabam por definir relações decisivas, instauradoras ou decorrentes, do processo de cooperação (Lima, s/d). Em termos gerais, as mudanças de enfoque na cooperação técnica internacional seguiram os paradigmas de reflexão sobre o desenvolvimento, onde a assistência técnica tinha uma função complementar e de “promoção do desenvolvimento”.

Nos anos 1950, na esteira do Plano Marshall, a então nascente cooperação internacional foi fortemente influenciada pelo paradigma da modernização (Todaro, 1997, *apud* Campos, 2002), ou seja, voltada especificamente para promover o crescimento econômico. A crença subjacente era que uma vez alcançado esse crescimento os demais problemas, inclusive sociais, seriam resolvidos automaticamente. A questão da pobreza estava presente nos debates, mas considerava-se que, paulatinamente seria superada com o crescimento econômico (*trickle-down theory*) (Pereira, 2010). Projetos de larga escala intensivos em capital — tais como os de infra-estrutura —, seriam os principais meios para impulsionar o crescimento econômico dos países menos favorecidos. A cooperação técnica (ou assistência técnica) era vista então como uma forma de fornecer *inputs* adequados, humanos e tecnológicos, para alavancar o crescimento e preencher as “lacunas do desenvolvimento”, sobretudo nos países menos desenvolvidos, com projetos na área de educação, capacitação e treinamentos (*manpower aid*) (Stokke, 1996, *apud* Campos, 2002).

Nos anos 1960, fortes críticas ao paradigma da modernização levaram à elaboração de novas concepções sobre o desenvolvimento, recolocando a questão nos termos das relações de dependência e exploração econômica entre centro-periferia (ou entre países ricos e pobres) no sistema capitalista. A cooperação para o desenvolvimento (e a ajuda externa), na forma como vinha sendo implementada, poderia gerar mais dependência do que promover um desenvolvimento sustentável e de longo prazo.

Frente a essas críticas, exacerbadas no contexto das turbulências mundiais do fim dos anos 1960 e da primeira metade da década dos 1970 — reivindicações trabalhistas, movimentos sociais variados, inclusive alternativos, descolonização, movimentos dos “países não alinhados”, entre outros — estimularam revisões que procuraram articular o crescimento econômico com os aspectos humanos e sociais do desenvolvimento. E a efetividade da cooperação técnica também foi colocada em questão.

O enfoque das “Necessidades Humanas Básicas” (NHB), formulado pelo Banco Mundial, em 1973, foi direcionado explicitamente para a questão da pobreza e recolocou os termos do debate sobre o desenvolvimento e sobre a cooperação. Vários programas e agências das Nações Unidas abraçaram o novo conceito, ao enfatizar que os “enfoques participativos e centrados nas pessoas” eram cruciais para a promoção do desenvolvimento econômico e social. Nessa nova abordagem, uma perspectiva nova para o desenvolvimento, em cada sociedade, deveria ser orientada pelas necessidades (materiais e não materiais), endógena (soberana na definição de valores e visões de futuro), auto-confiante (centrada nas próprias forças e recursos), ecológica e promotora de transformações estruturais (Stokke, 1996 *apud* Campos, 2002).

A noção de NHB impulsionou também mudanças de abordagem na cooperação internacional que passou a ser focada na erradicação da pobreza, com

projetos pontuais e específicos (nutrição, atenção primária, desenvolvimento de pequenos produtores rurais etc.). O documento “Novas Dimensões para a Cooperação Técnica” foi aprovado na 27ª Sessão do Conselho Deliberativo do PNUD, em 1979, colocando ênfase na necessidade da cooperação técnica gerar “autoconfiança” nos países receptores, referida aos efeitos de mais longo prazo, isto é, aquisição de capacidades para formular e implementar planos e políticas para o desenvolvimento.

Entretanto, na década de 1980, na esteira do segundo choque do petróleo (1979) e da crise econômica subsequente, os princípios neoliberais impostos pelas condicionalidades dos empréstimos vinculados aos Programas de Ajuste Estrutural (*Structural Adjustment Programs* — SAP) ocuparam o centro das formulações nas esferas econômica e política, e também na cooperação internacional. Neste contexto, a CTPD sofreu retrocessos. As deficiências identificadas âmbitos político e administrativo dos países em desenvolvimento, muitas delas agravadas pelos SAP, foram abordadas a partir de programas de cooperação destinados a fortalecer as instituições governamentais.

O conceito de “desenvolvimento institucional” foi então cunhado pelo Banco Mundial, em 1987, e definido como um processo que proporcionaria o aumento da habilidade das instituições para usar os recursos (humanos e materiais) disponíveis de forma mais efetiva. Embora o campo do desenvolvimento institucional tenha sido definido de várias maneiras (*institution building, public sector management*), independentemente do rótulo o objetivo central da cooperação técnica seria a formação/capacitação de profissionais nacionais para o desempenho de “funções essenciais”, atreladas à redefinição do papel do Estado. A necessidade percebida de construir capacidade gerencial nas instituições do Estado e de treinar os funcionários dos governos para conduzir os processos de ajuste renovou os mecanismos de cooperação internacional a partir dos meados dos 1980.

O fim da ordem bipolar e o acelerado processo de globalização impactaram de forma importante os fluxos de ajuda externa e de assistência internacional para o desenvolvimento. Os desequilíbrios Norte-Sul renovaram os impulsos tanto da comunidade de doadores quanto das organizações multilaterais nessa área, a partir, entretanto, de diferentes propósitos e interesses.

No início da década de 1990, o reconhecimento generalizado sobre o fracasso dos ajustes estruturais (SAP) levou à percepção de que era necessário um novo paradigma para a promoção do desenvolvimento. Durante essa década, várias conferências das Nações Unidas foram realizadas, enfatizando preocupações sociais, ambientais e sobre os direitos humanos, entre outras, evidenciando a necessidade de rever a forma como projetos e atividades para a promoção do desenvolvimento vinham sendo implementados.

Assim, o conceito de “construção de capacidades para o desenvolvimento” (*capacity building for development*) foi elaborado para orientar a cooperação técnica internacional. É definido como o *processo pelo qual indivíduos, organizações, instituições e sociedades desenvolvem habilidades (individual ou coletivamente) para desempenhar funções, solucionar problemas, estabelecer e alcançar objetivos* (UNDP, 1997: 8). Este novo paradigma inovou em dois aspectos, em comparação a paradigmas anteriores: integrou formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional; e pretendia romper com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias. A nova abordagem propunha explorar as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país.

Essa reorientação trouxe mudanças significativas no papel dos agentes, consultores e especialistas internacionais, em todos os campos da cooperação internacional para o desenvolvimento (Morgan, 1994). Ao invés de meramente “transferir conhecimentos”, esperava-se que os projetos cooperativos dessem maior ênfase ao esforço conjunto entre os parceiros (consultores, especialistas estrangeiros e contrapartidas nacionais) na busca e identificação de soluções para problemas de desenvolvimento, de forma contínua durante a execução do próprio projeto, na esperança de que esse processo se tornasse, ao mesmo tempo, meio e fim da cooperação. Essa prática possibilitaria a permanência no tempo dos resultados do aprendizado e construção conjunta, uma vez findo o projeto de cooperação.

Porém, como instrumento de promoção do desenvolvimento, ao longo da história a cooperação internacional é marcada mais por fracassos do que por sucessos (Campos 2002). Algum sucesso é encontrado nos chamados projetos “duros” (*hard*), ou seja, projetos relativos à construção ou disponibilização de infraestrutura física, que foram a maioria, sobretudo no imediato pós-guerra. Nesses casos, o sucesso era atribuído à relativa facilidade com que esses insumos podiam ser transferidos e mensurados. Fracassos, por sua vez, concentravam-se nos projetos “brandos ou maleáveis” (*soft*), tais como aqueles orientados para a reforma ou fortalecimento organizacional e relacionados à transformação social. Os fracassos eram em geral atribuídos à dependência desses projetos da existência de habilidades locais e de instituições adequadas (Berg, 1993; Cassen, 1994).

Em síntese, frente à essa realidade pouco auspiciosa, diferentes perspectivas surgiram ao longo dos anos para a reorientação da prática da cooperação internacional. Porém, todas têm em comum o foco centrado no arcabouço institucional do setor público e a distinção entre elas está nas ênfases distintas e no *modus operandi*. Da noção de “construção institucional”, dos anos 1950 e 1960, passou-se para a de “fortalecimento institucional” nas décadas de 1960 e 1970; nos 1980, propôs-se a “gestão do desenvolvimento” e o “desenvolvimento institucional”, na perspectiva gerencialista e do Estado mínimo; e, nos 1990, emergiu o interesse pela “construção de capacidades”. O pressuposto em todas essas concepções é que a cooperação técnica internacional

teria como função primordial melhorar a habilidade do aparelho estatal para predizer, reconhecer, prevenir ou gerenciar os problemas que impedem ou dificultam o desenvolvimento (Trostle, Sommerfeld & Simon, 1997: 63, *apud* Campos, 2002).

No início do novo milênio, avanços na reflexão das próprias nações menos desenvolvidas sobre as questões do desenvolvimento proporcionaram a inclusão da cooperação internacional como instrumento privilegiado de suas políticas exteriores, ao mesmo tempo em que a comunidade internacional de doadores vem se articulando de forma mais intensa e ampliada para garantir maior efetividade à ajuda externa e à cooperação internacional. Na perspectiva de aperfeiçoar os instrumentos e melhorar os resultados da ajuda internacional, foram acordados consensualmente novos compromissos globais no âmbito da OECD, que contaram também com o aval das Nações Unidas e da União Européia (Hirst, 2010). E se ampliou de forma importante, a participação das ONGs e os compromissos de fundações privadas com a cooperação internacional.

Por outro lado, os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001, nos EUA, trouxeram o conceito de “securitização” para a cooperação internacional, destacando o seu potencial papel na contenção das ameaças globais e na promoção da “segurança internacional”²⁶.

A Declaração de Paris (DP), de 2005, fruto de reunião promovida pelos doadores, estabelece e sistematiza responsabilidades entre os parceiros, princípios ordenadores da distribuição de recursos, atribuições governamentais, papel dos organismos multilaterais e das organizações civis.²⁷ Hirst informa que nos países do Sul aparecem 3 opções em relação à adesão à DP: os que aderem com avaliação, os aderentes com monitoramento e os não aderentes. O elemento diferenciador parece ser a importância da dependência dos fluxos de assistência internacional e as posturas mais ou menos críticas em relação às agendas e políticas da comunidade tradicional de doadores. No caso da Cooperação Sul-Sul, em certa medida os países em desenvolvimento se descolam das consignas da Declaração de Paris²⁸.

26 Essa concepção é bastante clara também num Relatório do Banco Mundial de 2003 (WORLD BANK, 2003).

27 A Declaração de Paris — DP (2005), apesar de ter surgido de um foro pouco expressivo — o Grupo de Trabalho sobre a eficácia da ajuda (WP-EFF) do DAC/OECD — desencadeou um dinâmica inesperada, com várias reuniões e foros sucessivos, e se converteu em pedra angular para importante parte da governança internacional da ajuda externa e para a definição das relações entre doadores e receptores, estabelecendo vários conceitos, procedimentos e indicadores de acompanhamento e avaliação dos resultados da ajuda externa e da cooperação internacional. Está baseada em várias iniciativas anteriores (tais como o Marco Integral do Desenvolvimento, do Banco Mundial, e a Declaração da Cúpula de Monterrey), mas também se relaciona com os ODM e com outros marcos de desenvolvimento das Nações Unidas.

28 A África é o continente com 75% dos países aderentes à DP com monitoramento, incluindo a África do Sul, Afeganistão e Egito; Índia e Paquistão também aderiram, mas sem monitoramento. Na América do Sul, Argentina, Guatemala e México aderiram também sem monitoramento, enquanto Bolívia, Colômbia, Honduras, Nicarágua e Peru aderiram com monitoramento; o Brasil, Chile, Uruguai, Venezuela, Paraguai e Equador se recusaram a assinar a Declaração (Hirst, 2010: 23 e 37, nota 7).

A agenda carregada de conferências internacionais, promovida pela comunidade doadora, com o objetivo de melhorar os resultados dos novos consensos e implementar os compromissos acordados em Paris, mereceram novas reuniões, supervisões e revisões periódicas, entre as quais se destaca a Reunião de Accra (2008), onde se aprovou uma Agenda para a Ação²⁹. E, em 2011, a reunião de Busan (Busan High Level Forum), na Coreia, praticamente reiterou os princípios anteriores, propõe a substituição dos termos “ajuda” para “cooperação para o desenvolvimento”, e de “prevenção de riscos” para “gerenciamento de riscos”; equaliza as responsabilidades dos parceiros pelos resultados da cooperação, enfatizando a utilização de sistemas locais para a definição, implementação e avaliação dos projetos de cooperação; e amplia o espaço para que os países receptores definam suas prioridades (Golischenko, Koenig, & Jeantet, 2012)

3.3 | Ajuda Externa e Cooperação Internacional em Saúde: história e tendências

A ajuda externa e a cooperação internacional para o desenvolvimento em saúde não escapam dos paradigmas mais gerais que orientam o “desenvolvimento”, nem dos dilemas que lhe são inerentes.

A cooperação internacional em saúde surgiu relativamente cedo, muito antes da chamada cooperação para o desenvolvimento, em grande medida como resultado dos avanços no conhecimento sobre as doenças infecciosas e nas tecnologias de transporte do século XIX. A 1ª Conferência Sanitária Internacional, um marco histórico nesse processo, ocorreu em Paris em 1851. À época, os estados europeus, pela primeira vez, discutiam iniciativas coordenadas de cooperação para o combate às ameaças da cólera, peste e febre amarela. O evento representou *uma transição radical na forma de conceituar e abordar a saúde internacionalmente* (Fidler, 2004: 1). De 1851 em diante foram realizadas conferências internacionais, tratados foram assinados e organizações internacionais foram criadas para ampliar e fortalecer a cooperação internacional em saúde. Este processo culminou num marco histórico: a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) — oficialmente em 1946, mas implementada em 1948 — juntamente com o Regulamento Sanitário Internacional, um conjunto de regras fundamentalmente para o controle de doenças infecciosas. Combinadas, essas iniciativas produziram os primeiros *processos, regras e instituições para a governança global em saúde* (Fidler, 2001b: 843). Subjacente a essa institucionalização sempre esteve a mudança dos meios de produção e os riscos, para o comércio, de situações problemáticas do ponto de vista sanitário.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por sua vez, foi criada em 1902, na 2ª Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos (OEA),

²⁹ A Declaração de Accra (Accra Agenda for Action, 2008), resultante de sucessivos fóruns de monitoramento da DP, discutiu a eficácia da ajuda externa e aprofundou os mecanismos de controle acordados em Paris.

como Oficina Sanitária Internacional, um órgão regional do sistema interamericano especializado em saúde³⁰. Em 1948, a OPAS foi incorporada à OMS e os países sul-americanos fizeram consideráveis contribuições financeiras à organização, fazendo com que o seu orçamento, que estava em torno dos US\$ 100 mil dólares, passasse à cerca de US\$1,3 milhão. Nesse mesmo ano aconteceu a 1ª. Assembleia Mundial de Saúde, onde os acordos entre a OPAS e a OMS foram discutidos e negociados. Essa anterioridade histórica confere à OPAS uma certa “independência relativa” em relação à OMS, o que marca sua atuação na região. Para Lima (2002), a OPAS é não só o mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, mas também uma das primeiras instituições [internacionais] *de cooperação internacional* (Lima, 2002: 25)³¹.

Em consonância com a dinâmica mundial, os enfoques de cooperação internacional na área da saúde têm variado, acompanhando as tendências da reflexão sobre o desenvolvimento. Nas décadas de 1960 e 1970, influenciada por grande criticismo setorial (Almeida, 1995; 1996), pelos movimentos sociais ‘alternativos’ e dos países não-alinhados, a cooperação internacional em saúde estava focada na atenção comunitária, na priorização da saúde pública (ou da saúde coletiva) em detrimento da supervalorizada atenção médica, e na construção de sistemas de saúde organizados com base na atenção primária à saúde.³²

A partir de meados da década de 1970, a crise fiscal mundial desviou as atenções para os elevados custos da assistência médica e a força anunciada das propostas alternativas em saúde perdeu fôlego. Na década de 1980, a crise econômica, o reembolso das dívidas externas, a implementação dos SAP e outras mudanças políticas profundas — distúrbios civis e políticos, difusão da hegemonia neoliberal, processos de redemocratização política na América do Sul e de construção de novas nações emergentes da libertação colonial na África — agravaram a pobreza e as desigualdades no Sul. A disseminação mundial da epidemia de HIV/AIDS, conjuntamente com outras doenças fatais, sobrecarregou de forma desproporcional os sistemas de saúde nos países de renda média e baixa. Todos esses fatores, combinados com uma globalização econômica extremamente desigual, aumentou as necessidades locais e enfraqueceu ainda mais os sistemas de saúde, seja pela falta de prioridade de investimento, seja pela emigração (especialmente para países do Norte) de trabalhadores de saúde dos países do Sul.

30 Segundo seu site oficial, a OPAS tem por missão *orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas*

31 Em seu trabalho, Lima (2002) divide a história da OPAS em momentos distintos. O primeiro, de 1902 a 1947 foi marcado por sua atuação por meio das “Conferências Sanitárias Pan-Americanas”, que difundiam as ideias científicas e as ações de saúde desenvolvidas pela organização, principalmente por intermédio do Boletim da Oficina Sanitária Pan-americana. Nesse período, conseguiu implementar o Código Sanitário Pan-Americano, em 1924, que regulamentava as ações pertinentes ao controle das doenças transmissíveis. E, o segundo momento, a partir de 1947, se caracteriza pelas atividades de implantação do programa de descentralização da OMS e de transformação da OPAS em seu branch; a incorporação da OPAS à OMS somente ocorreu efetivamente em 1948 (Lima, 2002: 48).

32 Essa tendência foi reforçada no final da década de 1970 pelo programa de Atenção Primária em Saúde (APS) e pela estratégia da “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT 2000), proclamada na Declaração de Alma Ata (1978).

Não obstante, durante a década de 1980, agendas restritivas de reforma do setor saúde prosperaram e se disseminaram em todo o mundo, fomentadas pela ideologia neoliberal então hegemônica e pela crítica ao *Welfare State*. Os gastos em saúde foram submetidos às exigências dos ajustes macroeconômicos, incorporando os mesmos princípios neoliberais de “menos Estado”, privatização, flexibilidade e desregulamentação, desconsiderando-se os problemas sociais (Almeida, 1995; 2002). O acesso aos serviços de saúde deixou de ser considerado um bem público e as privatizações pioraram a situação, com aumento do gasto privado, mesmo entre as populações mais carentes. Este processo foi acompanhado da negligência com as questões epidemiológicas e as atividades de saúde pública — prevenção e controle de endemias, doenças epidêmicas e transmissíveis.

Vale mencionar que essa trajetória é acompanhada pela disputa entre a OMS e o Banco Mundial na condução do setor na arena internacional (Mello & Costa, 1994; Almeida, 1995, 2006; Brown, Cueto & Fee, 2006). Até os anos 60, a OMS era a liderança setorial incontestável no plano internacional, mas, historicamente, sua legitimidade esteve vinculada à construção de um paradigma teórico e conceitual baseado na autoridade científica e profissional, sobretudo médica, que orientou práticas e estratégias capazes de enfrentar os problemas de saúde no âmbito mundial. Anteriormente, a partir do fim do século XIX e primeiras décadas do século XX, os avanços da tecnologia médica e dos meios terapêuticos, haviam orientado a criação e a atuação da OPAS dentro do “paradigma da saúde pública”, fundado basicamente no controle de vetores e parasitas e na prevenção das enfermidades infecciosas (com a extensão da vacinação). Esse programa clássico do sanitarismo foi incorporado à OMS quando da sua criação em 1948.

A partir dos anos 60, esse consenso foi questionado com a constatação e crescente crítica à baixa eficácia da saúde pública tradicional para lidar com as questões estruturais que condicionariam a saúde e a enfermidade, sobretudo nos países em desenvolvimento. A agenda da OMS começou então a ser reconstruída, incorporando outros temas de políticas públicas que interferem com a saúde, ampliando o debate setorial. É desta fase a formulação da estratégia de Atenção Primária em Saúde (Alma Ata, 1978), no âmbito da “Saúde para todos no Ano 2000”. Mas esse ambicioso programa foi indiretamente solapado com a discussão da “crise da saúde” (iniciada nos meados dos anos 70).

A disputa pela liderança setorial culminou com a predominância do Banco Mundial na arena internacional da saúde, a partir do final dos anos 1980, o que possibilitou, inclusive, a formulação de uma agenda de reforma *pós-welfare* também para a saúde, capitaneada pelo banco (Almeida, 1995, 1996, 2002).

Essas reformas dos sistemas de saúde dos anos 1980 e 1990 não ajudaram a superar as desigualdades existentes, seja no Norte ou no Sul; mas prejudicaram ainda mais, sobretudo no Sul, a já precária capacidade de resolução de problemas

dos sistemas de saúde, agravando as desigualdades. Enquanto isso, a cooperação internacional deslocou-se para intervenções tecnológicas e de produtos (novas drogas e vacinas, novos equipamentos), enquanto enfraquecia-se consideravelmente o apoio ao fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde. Na segunda metade dos 1990 os resultados dessas décadas de sub-investimento eram evidentes.

Nesse mesmo período, no quadro de “renovação” da OMS e de recuperação do seu papel global no comando do setor, foi estimulada a criação de “parcerias” e “fundos globais”, envolvendo diferentes atores, públicos (governamentais e não-governamentais) e privados (incluindo os filantrópicos), concentrados em alvos específicos. Essas parcerias foram incentivadas tanto para fortalecer a situação financeira da OMS, e outras organizações ou agências multilaterais, quanto para estabelecer alianças que ampliariam o seu poder de atuação, perdido nas décadas precedentes (Brown, Cueto & Fee, 2006).

Por outro lado, o ataque terrorista de 11 de setembro, nos EUA, impulsionou mudanças importantes na forma como a saúde se insere na política externa dos diferentes países, como também na dinâmica e volume da ajuda externa dos países desenvolvidos para os de renda baixa, que se reflete, por sua vez, na cooperação internacional.

Desde os anos 2000, as parcerias público-privadas, chamadas Iniciativas Globais em Saúde (*Global Health Initiatives — GHIs*), anteriormente conhecidas como Parcerias Público-Privada em Saúde ou Parcerias em Saúde Global (*Global Health Public-Private Partnership* ou *Global Health Partnership*)³³ tiveram um aumento impressionante e são consideradas uma *resposta concertada* para enfrentar o preocupante aumento da carga de doenças no mundo (WHO, 2009: 2137-38; Cosgrave, s/d). Em 2007 somavam mais de 100, e poucas delas concentravam parte importante do total do financiamento da saúde por doadores externos — o Fundo Global, a GAVI, o PEPFAR e o Banco Mundial (mais especificamente o *World Bank Multi-Country AIDS Program — MAP*). O impacto dessas novas articulações na cooperação internacional em saúde — com significativo aumento de recursos e atores — foi substancial. Em 2007, o Fundo Global, o PEPFAR e o Banco Mundial — MAP contribuíram com mais de dois terços do total de fundos externos para o controle da epidemia de HIV/AIDS e malária nos países pobres (WHO, 2009).

3.4 | A Ajuda Internacional para o Desenvolvimento em Saúde: alguns dados

Seguindo a tendência histórica da assistência internacional para o desenvolvimento, nas décadas 1960 a 1980 a ajuda externa para a saúde, capitaneada

33 As Iniciativas Globais em Saúde (GHIS — *Global Health Initiatives*) incluem o reforço da participação do setor privado, entidades filantrópicas e da sociedade civil na área da saúde (WHO, 2009).

pelos EUA, e mesmo a de outros países desenvolvidos do ocidente, refletiam as tensões da polarização da Guerra Fria, privilegiando os países e regiões estratégicas para o mapa geopolítico e, em termos gerais, não era muito expressiva, mantendo-se estagnada por praticamente todo esse período. Por outro lado, apesar dos discursos em prol do combate às doenças para assegurar melhores condições de saúde para a população dos países mais pobres, os vínculos entre a ajuda para o desenvolvimento em saúde e os objetivos de política externa não eram evidentes naquela época, tornando a definição dessa ajuda bastante problemática.

Ainda que não exista um sistema abrangente e completo de informação e monitoramento da ajuda internacional em saúde (ou do fluxo de recursos para o financiamento da saúde no mundo, ou da assistência internacional para o desenvolvimento da saúde), vários autores constatam um aumento expressivo dessa ajuda nas décadas recentes. E mesmo que as diferentes fontes de informação disponíveis sejam pouco homogêneas e compatíveis entre si, algumas estimativas são possíveis.

Segundo dados analisados por Ravishankar *et al* (2009: 2116-17), de 1990 a 2007 o total da ajuda externa para o desenvolvimento da saúde quadruplicou (de USD 5,6 para 21,8 bilhões), sendo maior o aumento no período 2001-2007. A porcentagem de recursos mobilizados pelas agências da ONU decresceu (de 32,3% em 1990 para 14,0% em 2007); o Banco Mundial, e outros bancos regionais, depois de um pico relativo em 2000 (21,7%), reduziram seu aporte para 7,2% em 2007. A parte financiada pelas agências bilaterais decresceu de 46,8% em 1990 para 27,1% em 2001 e voltou a subir para 34,0% em 2007. Ao mesmo tempo, o financiamento via Fundo Global e GAVI passou rapidamente de menos 1%, em 2002, para respectivamente 8,3% e 4,2% em 2007. Os recursos canalizados a partir de ONGs aumentaram de 13,1% em 1990 para 24,9% em 2006. A mudança em relação à década de 1980, que apresentou níveis baixos e estagnados de ajuda externa, é impactante.

O combate à epidemia de HIV/AIDS, por sua vez, recebeu grande parte desses recursos, que passaram de US\$ 292 milhões, em 1996, para mais de US\$ 10 bilhões em 2007, tendo quadruplicado no período 2001-2007. Enquanto em 1998 esses recursos constituíam 5% de toda a ajuda externa para o desenvolvimento em saúde, em 2007 totalizavam 47% da assistência internacional para a saúde. Por outro lado, o aporte dos EUA nesses anos (2001-2007) cresceu 208%; mas, no mesmo período, o crescimento da ajuda norte-americana para governos, sociedade civil e esforços de democratização aumentaram 260% (Feldbaum *et al*, 2010: 84-85).

Ambos os financiamentos externos para saúde, públicos e privados, aumentaram ao longo do período 1990-2007, mas esse crescimento foi maior após 2001, e o principal doador foi o governo dos EUA, cuja participação continuou crescendo em todos os períodos; e as fontes privadas foram responsáveis pelo maior crescimento —

pouco acima de 19% em 1998 e 26,7% em 2007 —, pico esse que corresponde à entrada da Fundação Bill e Melinda Gates na “arena do desenvolvimento”, com participação de 3,7% em 2007, permanecendo como a maior fonte privada. Todas as regiões receberam esses financiamentos, mas o afluxo para a África Subsaariana aumentou de 9,7% em 1990 para 13,8% em 2001 e 22,7% em 2007 (Ravishankar *et al*, 2009).

No que toca especificamente à Fundação Bill e Melinda Gates (*Bill and Melinda Gates Foundation* — BMGF), vale a pena examinar alguns dados. Embora seja uma tradição norte-americana a participação de fundações privadas filantrópicas no financiamento da saúde global, como a Fundação Ford ou a Rockefeller, a influência da BMGF nesse financiamento tem características particulares. Em 2007, o financiamento total destinado à saúde global pela BMGF foi quase igual ao orçamento anual da OMS no mesmo ano (aproximadamente US\$ 1,65 bilhões) e, atualmente, é a maior doadora da OMS, excedendo as contribuições de muitos países do G-20 (McCoy *et al*, 2009: 1645).

A BMGF financia hoje um amplo espectro de atores na saúde global, principalmente os mais importantes deles, desde agências das Nações Unidas, parcerias público-privadas, Banco Mundial, universidades e ONGs não lucrativas. O total dos *grants* financiados pela BMGF, entre janeiro de 1998 e dezembro de 2007, foi cerca de US\$ 8,95 bilhões, dos quais US\$ 5,82 bilhões foram divididos entre 20 organizações (McCoy *et al*, 2009: 1645). As ONGs e parcerias público-privadas receberam a maior parte desses financiamentos (respectivamente 36,8% e 32,5%), incluídos aí alguns importantes *policy think thanks*; a seguir vêm as universidades (20,2%), as organizações intergovernamentais (7,9%), organizações públicas (1,4%), algumas organizações privadas (0,9%) e outras não identificadas (0,3%) (McCoy *et al*, 2009: 1649).

Dado o volume de recursos envolvidos nessas relações de financiamento e o fato de que a BMGF não é um doador passivo, ela desfruta hoje de grande poder de influência, interferindo de forma decisiva no *policy making* para definição tanto da arquitetura política quanto da agenda da saúde global, alavancando também outros atores nessa influência, principalmente da sociedade civil³⁴. Por outro lado, esse financiamento é altamente concentrado: grande parte dos recipientes tem base nos EUA (82% do total entre 1998-2007) e pequeno número de universidades e ONGs recebem a maior parte dos recursos desse grupo. Além disso, o gerenciamento desse financiamento parece ser feito de forma pouco formalizada, permeado por uma rede de relações pessoais e não a partir de um processo mais transparente e com critérios técnicos ou de *peer review* (McCoy *et al*, 2009: 1649-50).

A OMS é o quarto maior receptor de fundos da BMGF, mas, diferente de outros recipientes, esses financiamentos vêm fracionados em vários *grants* e acordos

34 A BMGF participa do “grupo de líderes da saúde global”, conhecido como H8 (conjuntamente com OMS, Banco Mundial, GAVI, Fundo Global, UNICEF, UNFPA, UNAIDS) e também esteve envolvida na formulação da agenda para a saúde do G-8, além de exercer considerável influência nas prioridades de pesquisa, sobretudo na área de malária, vacinas e pesquisa básica em saúde (McCoy *et al*, 2009: 1650).

separados (69 entre 1998–2007), o que sugere o agravamento do problema histórico da OMS de fragmentação orçamentária e submissão aos desígnios dos doadores. No caso do Banco Mundial, também chama atenção o fato de que, embora alguns *grants* sejam canalizados para outras organizações a partir do Banco, parte substantiva foi destinada ao próprio Banco, mais especificamente à *International Finance Corporation*, que tem como mandato alavancar o desenvolvimento do setor privado. Esse fato levanta suspeita de que esses recursos estejam sendo utilizados para estimular o crescimento do setor privado nos países mais pobres onde o Banco atua e das redes de colaboração horizontal em saúde global (McCoy *et al*, 2009: 1650-51). Portanto, uma investigação crucial para a discussão da governança da saúde global seria aprofundar a análise sobre a natureza e os efeitos das relações entre os financiamentos da BMGF para a OMS e o Banco Mundial, como parceiros-chave que são no financiamento nessa área.

Cerca de 42% do total de recursos da BMGF foram destinados ou à provisão de serviços ou distribuição de medicamentos e vacinas; e mais de um terço (37%) foi para desenvolvimento de pesquisas em biotecnologia e ciências básicas ou desenvolvimento de equipamentos e novas tecnologias. A prioridade para doenças específicas é explícita — diarreia, pneumonia, malária, HIV/AIDS e tuberculose —, assim como para vacinas, mas é evidente a predominância dos recursos para HIV/AIDS. Uma questão que emerge e continua sem resposta é como essas prioridades são definidas, pois, aparentemente, seguem a demanda por tecnologias e privilegia os programas verticais e não as necessidades das populações e os determinantes sociais da saúde (McCoy *et al*, 2009: 1650-52).

Apesar do discurso dos doadores em geral enfatizarem a importância do apoio ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, em reuniões e conferências multilaterais e globais, sobretudo a partir de 2005, o fluxo de recursos com essa finalidade permaneceu baixo. Da mesma forma, a ajuda externa para reforçar o orçamento geral da saúde, e conseqüente alívio da dívida dos países pobres, foi muito pequena. Por fim, a correlação entre carga de doenças e ajuda externa para a saúde existe, mas não é uniforme entre os países e regiões, sugerindo que os critérios que orientam o fluxo de recursos externos são variados — desde nível de renda e carga de doenças, até estabilidade política, colaboração em outras áreas e relações históricas entre determinados doadores e receptores (Ravishankar *et al*, 2009: 2119-20).

Em relação aos vínculos entre a ajuda externa em saúde e os objetivos de política externa, alguns dados exemplificam que nem sempre estão alinhados com necessidades de saúde ou fatores setoriais. As análises informam, por exemplo, que entre 2002-2004 o Iraque recebeu mais recursos de ajuda externa para a saúde que qualquer outro país do Norte da África ou do Leste Meridional, devido aos esforços dos EUA e da União Européia para consolidar um governo estável e pró-ocidente nesse país; e o PEPFAR foi utilizado também para promover percepções positivas sobre os EUA em outros países africanos (Feldbaum *et al*, 2010; Frist, 2007).

Em síntese, demonstra-se em números o que já é conhecido na prática: a assistência para o desenvolvimento destinada à melhora da saúde nos países de renda média e baixa aumentou consideravelmente nos últimos 20 anos. Essa expansão, na primeira década do século XXI, veio acompanhada de importante mudança no panorama institucional — o Fundo Global e o GAVI atraíram a maior parte dos recursos, assim como as ONGs, ao mesmo tempo em que as agências da ONU e os bancos diminuíram seus aportes, sendo que no caso destes últimos, a maioria dos recursos que permanecem são “carimbados” e vem de fontes privadas, como a BMGF. Doações de drogas, medicamentos e equipamentos concentra boa parte dos recursos, enquanto o desenvolvimento dos sistemas de saúde permanece claramente negligenciado, evidenciando distância entre discurso e prática. Isto significa que as agências da ONU — especificamente OMS e UNICEF — cada vez mais devem competir com os países receptores, ONGs e outras organizações, para a obtenção de financiamentos, o que enfraquece sobremaneira o seu papel de mediação entre as comunidades técnicas e científicas, de um lado, e os países em desenvolvimento, do outro (Ravishankar *et al*, 2009; McCoy *et al*, 2009)

A proliferação de atores, recursos e apoio político em prol da saúde e os esforços de assistência externa para o desenvolvimento em saúde ainda não produziram mudanças visíveis em termos de melhores resultados para a saúde de todas as populações. Em muitas partes do mundo, mesmo em países com histórias reconhecidas de sucesso econômico, a saúde continua sendo um enorme desafio.

O resultado desse processo é que além do aumento da dependência externa (acima de 50% dos orçamentos nacionais, sobretudo na África subsaariana), os países receptores vêm sendo confrontados com altos custos de transação para o recebimento e execução dessa ajuda, ao mesmo tempo em que enfrentam enorme fragmentação e dificuldades de coordenação, sobretudo nos serviços de saúde. Os esforços para aumentar a efetividade dessa ajuda, tal como recomendado internacionalmente (Declaração de Paris, 2005; Agenda para a Ação de Accra, 2009; *Busan High Level Forum*, 2011), não raro funcionam como uma intervenção na autonomia decisória dos países recipientes, seja pela extrema dependência seja pela ameaça real de corte no fluxo da ajuda, caso determinadas condicionalidades não sejam cumpridas ou decisões políticas desagradem algum proeminente doador³⁵. Por outro lado, paradoxalmente, o importante papel dessa ajuda externa não pode ser descartado, apesar da dominação dos doadores e de seu poder de interferência nos países receptores.

35 Isso ocorreu recentemente em Moçambique, no início do novo governo eleito, em 2010, quando o Fórum de Doadores (o G-19), que coordena a ação externa no país, segundo as recomendações de Paris e Accra, a partir da insatisfação de alguns doadores com o resultado das eleições, ameaçou suspender o fluxo de recursos externos até que “o novo governo demonstrasse condições de governabilidade” e solicitou respostas a várias questões. Foi dado um prazo de 60 dias para essa demonstração. Obviamente, esse foi um período tenso em que praticamente o país parou, pois o orçamento do Estado moçambicano tem mais de 56% de dependências das doações externa. Como diretora do Escritório Regional de Representação da Fiocruz para a África a autora viveu e acompanhou essa situação, que se refletiu, também, na quase paralisação de alguns projetos de cooperação em saúde do Brasil no país.

No que concerne à cooperação internacional, sobretudo no âmbito Sul-Sul (horizontal), após algumas décadas de paulatina reorientação, o início do século XXI trouxe novos desafios. A política do medo e a securitização da saúde alimentaram (com muito dinheiro) idéias e práticas conservadoras em nível global e legitimaram o poder imperial dos EUA (e de alguns de seus aliados ou representantes) também na área da saúde (Almeida, 2011).

4 | COMÉRCIO E SAÚDE: UM GRANDE DESAFIO

As relações entre comércio e saúde são muito antigas e se imbricam com o aumento das trocas comerciais entre Europa, Índia e China, na "rota da seda, desde o século XV, até a crescente expansão do comércio pelos mares nos séculos subsequentes. As implicações para a saúde dessa dinâmica também se desenvolveram na mesma proporção (Feldbaum *et al*, 2010: 84).

Após a segunda guerra o comércio mundial teve uma expansão acelerada, novas instituições foram criadas para apoiar a cooperação econômica internacional. O Acordo Geral sobre o Comércio e as Tarifas (*General Agreement on Tariffs and Trade* — GATT) foi estabelecido em 1947 e comandou as negociações comerciais por cerca de 50 anos. A Organização Mundial do Comércio — OMC (*World Trade Organization* — WTO) foi criada em 1995 como uma organização internacional intergovernamental, sucedendo o GATT, para formalizar e expandir as regras do comércio internacional e mudou, substancialmente, o sistema de comércio global.

No contexto da conferência de Bretton Woods (1944) o *rationale* inicial estava voltado para induzir certa estabilidade e garantias para o comércio internacional frente às tarifas de guerra. E a criação do GATT proporcionava regras e normas gerais para regular o comércio mundial, mas com baixo poder de *enforcement*. A criação da OMC, a partir da Rodada do Uruguai (*Uruguay Round*) das negociações comerciais, realizada em 1994, orientou sua atuação por uma agenda altamente seletiva de "livre comércio", coerente com a conjuntura neoliberal que preconizava a abertura de mercados e a garantia de prosperidade para as grandes corporações (Legge, 2007: 15). O GATT foi incorporado aos acordos da OMC e, com a nova organização, suas funções foram ampliadas e incluíram regras comerciais para todos os países; a agenda do comércio internacional se expandiu consideravelmente incluindo novos temas, tais como serviços comercializáveis internacionalmente (serviços bancários, telecomunicações, turismo e serviços profissionais, inclusive de saúde). Atualmente as negociações comerciais incluem também áreas tradicionalmente tratadas em âmbito das regulações domésticas, como controle migratório, proteção ambiental e saúde pública.

O mandato da OMC está voltado fundamentalmente para a redução das barreiras ao comércio de bens e serviços, a partir dos Acordos Multilaterais do Comércio

(MTAs — *Multilateral Trade Agreements*), e para a mediação das disputas comerciais entre os países. A premissa central que orienta o sistema da OMC é que o *bem estar humano aumentará com o crescimento econômico baseado na liberalização do comércio num contexto de regras não discriminatórias e transparentes*. Na realidade a OMC se constitui como fórum legislativo, mas desempenha importante papel de advocacia e de *enforcement*³⁶. Segundo alguns autores, na perspectiva da saúde essa meta requereria vincular os benefícios do sistema global de comércio com sólidas políticas sociais (Ranson *et al*, 2002: 18), vinculação esta, entretanto, que não é considerada.

Entre as regulamentações legais que orientam a atuação da OMC, quatro acordos são particularmente relevantes para a saúde:

1. Acordos referidos à propriedade intelectual (TRIPS — *Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights*), e que remetem ao acesso aos medicamentos. O Acordo TRIPS estabeleceu, em janeiro de 1995, padrões para a proteção da propriedade intelectual, incluindo o mínimo de 20 anos para a proteção de patentes da indústria farmacêutica. O cumprimento do TRIPS foi postergado até 2005 para os países em desenvolvimento e 2016 para os menos desenvolvidos, mas expandiu enormemente a proteção às patentes, incluindo os testes de efetividade e de segurança dos medicamentos, o que aumentou de forma importante o poder das grandes indústrias transnacionais.
2. Acordos relativos a barreiras técnicas ao comércio (TBT — *Technical Barriers to Trade Agreements*), isto é, referidos à exportação de produtos ou insumos para saúde, medicamentos, equipamentos etc. cujas negociações, historicamente, apresentavam baixo nível de conflito, mas nas últimas décadas vêm se tornando cada vez mais tensas, principalmente no que se refere à indústria farmacêutica.

36 A OMC é altamente estruturada institucionalmente: em primeiro lugar vêm as Conferências Ministeriais, que discutem e decidem sobre os acordos multilaterais de comércio; o Conselho Geral conduz o trabalho cotidiano, em nome da Conferência, e também atua como órgão de negociação para disputas e de revisão de políticas comerciais; abaixo do Conselho Geral estão os Conselhos específicos — de bens e comércio, do comércio em serviços e dos aspectos comerciais relacionados aos direitos de propriedade intelectual, mais as inúmeras comissões que reportam diretamente ao Conselho Geral; e o trabalho dos três Conselhos é subdividido em várias Comissões e Grupos de Trabalho. Em princípio, as decisões da OMC devem ser aprovadas por todos os Estados-membro, com direito a um voto cada um, mas, na prática, as decisões são tomadas por consenso, sempre que nenhum membro apresente alguma objeção formal nas reuniões em que elas são discutidas. Entretanto, os detalhes do “consenso” são definidos em reuniões fechadas e informais, em Genebra ou outras capitais, da qual participam determinados países e autoridades que, de fato, definem as agendas e pautam as decisões nas Conferências. Os maiores parceiros comerciais de quatro países/região — União Européia, EUA, Japão e Canadá — dominam essas reuniões restritas (chamadas *green room* discussions) que são limitadas a 20-40 delegados (Lee *et al*, 2009: 416). Esforços recentes têm sido feitos no sentido de incluir representações de coalizões de outros países, sobretudo dos em desenvolvimento e os menos desenvolvidos.

3. Acordos relativos a aplicação de medidas sanitárias (SPS — *Agreements on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures*), que são restritos às questões normatizada no Regulamento Internacional da Saúde.
4. Acordos Gerais para o Comércio de Serviços (GATS — *General Agreement on Trade Services*), que inclui os serviços de saúde.

Vale a pena se deter um pouco nesse último ponto. O conceito de comércio internacional no setor serviços é relativamente novo, constituindo uma resposta da OMC ao crescimento desse tipo de comércio. A proposta do GATS é estabelecer um marco multilateral de princípios e regras para o comércio de serviços, promovendo a sua expansão em “condições de transparência e progressiva liberação” e, para isso, define “comércio em serviços” de três formas (Ranson et al, 2002):

- a) Oferta de serviços a partir do exterior: impulsionando áreas emergentes, como a da Telemedicina (assistência médica prestada a partir de instrumentos de comunicação eletrônica, incluindo consulta, diagnóstico, tratamento, educação e transferência de dados médicos).
- b) Consumo de serviços no exterior: movimento de pacientes buscando prestação de serviços de atenção médica em países estrangeiros; treinamentos e formação de profissionais no exterior, em diferentes áreas .
- c) Provisão direta de serviços de saúde no país por empresas internacionais, com capital estrangeiro — hospitais, seguros de saúde, educação em saúde etc.
- d) Presença de profissionais ou prestadores estrangeiros nos serviços de saúde: movimento temporário ou permanente de profissionais de saúde para prestação de serviços em outros países — mecanismos de cooperação (ex. África, América do Sul), “drenagem ou fuga de cérebros”, que, mais recentemente, tem sido objeto de regulação e políticas específicas.

No caso da Telemedicina, é altamente dependente de investimento tecnológico, além de colocar questões éticas e de capacitação , entre outras. O consumo de serviços no exterior pode ser estimulado tanto por preços mais favoráveis ou por promoção ativa dos próprios países, como forma de “recuperação de custos” ou pela disponibilidade da tecnologia, como na Índia, Cuba e África do Sul. Entretanto, quem paga a conta é sempre um problema, pois os custos não podem ser pagos pelo sistema de saúde do país que fornece o serviço. Além disso, essa questão remete também à

obrigatoriedade do cumprimento do direito constitucional de acesso aos serviços de saúde (exemplo, SUS no Brasil), vinculando-se a outra, também bastante atual, que é a “judicialização da saúde” (Almeida *et al*, 2007-2008).

O poder ampliado da OMC vem sendo muito questionado a partir do final dos anos 1990, seja pelos Estados-membro seja por acadêmicos e organizações da sociedade civil, sobretudo em relação à sua capacidade de levar em conta e equilibrar os diferentes interesses dos atores envolvidos nas questões comerciais. A Conferência de Seattle, em 1999, e as negociações da Rodada de Doha renovaram as preocupações sobre a governança dos sistemas comerciais e seu impacto em diferentes áreas, como a saúde.

Apesar de vários esforços, mais recentes, para mudar o processo decisório na OMC as barreiras na participação permanecem e, conseqüentemente, os países mais ricos e poderosos dominam o debate e as decisões³⁷. Nas questões de saúde as disparidades entre os países são acentuadas pelas diferenças de poder das instituições internacionais que lidam com a saúde e o comércio, respectivamente. A governança no comércio internacional é altamente formalizada e ativa, enquanto a da saúde global é pouco estruturada; tem enorme diversidade de temas, atores e perspectivas; e frágeis obrigações legais (Smith *et al*, 2009).

A OMS tem pouco acesso à OMC, mesmo nas reuniões em que assuntos relacionados à saúde são tratados: tem *status* de observadora nas comissões que tratam de medidas sanitárias e fitossanitárias que impliquem em barreiras técnicas ao comércio; e de observador *ad-hoc* nos Conselhos de comércio em serviços e de propriedade intelectual. Essa posição permite à OMS participar nas discussões, mas não interferir nas decisões. Desde 2000, o *status* de observador *ad-hoc* vem sendo rediscutido na OMC e requerido por outras organizações. Por outro lado, são poucos os assuntos considerados diretamente prejudiciais à saúde — pois isso precisa ser comprovado por evidências científicas — e, portanto, a representação da OMS nas discussões é ainda mais restrita do que seria desejável. Além disso, a escassa troca de informações, tanto entre as duas organizações — OMC e OMS — quanto entre as respectivas comunidades epistêmicas — da saúde e do comércio —, juntamente com a escassez de monitoramento e avaliação das políticas comerciais na perspectiva de seu impacto sobre a saúde permanece como importantes barreiras a uma ação coordenada entre essas duas áreas. (Smith *et al*, 2009: 416).

Os processos de conciliação e acordo em torno a disputas é central na OMC para a regulação do sistema comercial e, permanentemente, inúmeros casos são julgados e negociados. Na área de saúde os debates e disputas tem sido intensos,

37 Enquanto a média de delegação dos países de baixa e média renda é de dois delegados, sendo que muitos deles não têm recursos para monitorar ou mesmo acompanhar as negociações; a União Europeia envia mais de 140 delegados às reuniões, além dos representantes do comércio de capitais. A complexidade da agenda (envolvendo inúmeras comissões, mais de 60 em 2009) dificulta ainda mais a participação. As representações empresariais são inúmeras e os negócios privados dominam a OMC (Lee *et al*, 2009).

pois restrições ao comércio não podem ser impostas apenas por razões de proteção à saúde, salvo raras exceções e desde que existam sólidas “provas científicas” sobre os riscos para saúde. Na área de meio ambiente o “princípio da precaução” tem vigorado em alguns casos, porém o debate continua ancorado no questionamento legal desse princípio e na reivindicação do estabelecimento de evidências científicas e de padrões internacionais para avaliação dos riscos. E, muitas vezes, o princípio da precaução, que permite restrições em casos específicos, não integra os acordos comerciais, dificultando a sua aplicação (Smith *et al*, 2009: 417).

O desafio, portanto, é criar os mecanismos que possibilitem a aplicação das medidas de precaução também para proteção da saúde, garantindo que as ações necessárias e efetivas não criem conflitos entre os países membros e que, quando ocorram, tenham foros específicos para a sua resolução.

Chama a atenção a pouca importância das questões de saúde frente ao *status* privilegiado dos interesses comerciais na OMC. Da mesma forma que nos países desenvolvidos, nos sistemas de controle e nas comissões assessoras para a política comercial dos países em desenvolvimento e menos desenvolvidos, os representantes da saúde são minoritários ou ausentes, enquanto os interesses privados e de negócios são dominantes (Lee *et al*, 2009).

4.1 | A OMC e o Acesso aos Medicamentos

A questão do acesso a medicamentos protagoniza um dos principais embates no que concerne aos acordos comerciais nos fóruns internacionais. Os medicamentos são o produto mais importante no comércio em saúde e, em 2006, foram responsáveis por cerca de 55% de todo esse comércio (pequenos acessórios e equipamentos são o segundo e respondem por 19%). O mercado de fármacos é um dos que movimentam o maior volume de recursos no mundo, tendo crescido a uma taxa de 10%/aa entre 1999-2006, sendo que os genéricos contribuem com menos de 10% desse mercado (Smith *et al*, 2009: 684).

O mercado global de fármacos é altamente concentrado e polarizado³⁸: a) 10 grandes empresas transnacionais produzem cerca de 50% do total do mercado e as 20 corporações mais importantes estão localizadas nos EUA, Reino Unido, Europa e Japão, sendo que cada uma delas tem, em média, cerca de 100 afiliados em mais de 40 países (dos quais 19 são países em desenvolvimento); b) EUA, Europa e Japão respondem por cerca de 75% das vendas e, incluindo-se a América Latina, essa porcentagem sobe para 85%; c) os países desenvolvidos produzem e exportam medicamentos de alto valor agregado e protegidos por patentes e os demais países em desenvolvimento

38 Esses dados provem de várias fontes compiladas por Smith *et al* (2009: 684-5), tais como WTO, WHO, UNCTAD, entre outras.

importam esses medicamento, sendo que alguns produzem genéricos de baixo valor ou medicamentos alternativos e tradicionais. Embora os países desenvolvidos sediarem essas corporações, o consumo global de medicamentos evidencia que mesmo em alguns desses países (como nos EUA) permanece um déficit de mercado.

Essa consolidação industrial concentrada acontece por vários motivos, mas entre os mais importantes destacam-se a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico associado (vinculado às patentes) e a criação de economia de escala a partir de um *pool* de recursos para pesquisa e investimento. A busca por melhor posicionamento nos mercados que envolvem biotecnologia também é um fator preponderante.

As patentes garantem não apenas o monopólio da produção, mas também barreiras à compra, pelo alto preço. Além disso, as patentes somente geram investimentos quando há mercados lucrativos assegurados e, em geral, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico produzido por esses laboratórios não estão voltados para as doenças mais prevalentes nas populações mais pobres (como malária, por ex).

As implicações do Acordo TRIPS para a saúde pública levou os países em desenvolvimento a proporem, e obterem, a adoção da Declaração de Doha, cujas flexibilidades seriam “necessárias à proteção da saúde pública e nutrição”. Isso ocorreu em abril de 2001, quando o governo norueguês sediou uma reunião que incluiu OMS, UNICEF, Banco Mundial, as grandes indústrias farmacêuticas transnacionais e poucas ONGs, para discutir estratégias que possibilitassem melhoria de acesso dos países pobres a drogas e medicamentos de alto custo. Embora a questão de licença compulsória tenha sido considerada, a reunião terminou por aprovar a proposta de “preços diferenciais” para países de baixa renda, que continuou a favorecer a indústria farmacêutica. Essa proposta foi endossada sete meses depois, na reunião do Conselho de Ministros da OMC, em Doha em 2001, que adotou a Declaração de Doha (o *Doha Statement on TRIPS and Public Health*), que reafirmou as flexibilidades previstas no TRIPS para apoiar problemas relacionados à saúde e reiterou os direitos dos países de usarem a licença compulsória para a produção e melhora do acesso aos medicamentos genéricos. O princípio subjacente a essa Declaração é que a saúde pública tem prioridade sobre as regras do comércio internacional e, para tal, afirma a legitimidade da licença compulsória assim como de certas flexibilidades do Acordo TRIPS para países que não dispõem de desenvolvimento industrial. As flexibilidades incluem: identificação de patentibilidade, concessão de licença compulsória para produção ou venda, ou importação paralela com preços reduzidos e sem consentimento prévio. A reunião de Doha comissionou um processo de elaboração de regulamentos para essas situações.

Os EUA e a União Europeia (UE) reagiram agressivamente contra a implementação dessas medidas. Na reunião de Cancun, em 2003, os países em desenvolvimento, liderados pelo G-20, conseguiram aprovar claras barreiras à

liberalização dos mercados caso não fossem acompanhadas de recíproca reforma no comércio e na agricultura. A resposta dos EUA e da UE foi desconsiderar o acordo negociado na OMC e começar a negociar acordos bilaterais e regionais que envolvem a aceitação de concessões dos países em desenvolvimento parceiros desses acordos (Legge, 2007). Esses acordos bilaterais e regionais (chamados “TRIPS plus”) são cada vez mais frequentes e importantes³⁹ e proporcionam muito mais proteção para as grandes indústrias farmacêuticas do que os TRIPS originais da OMC (Legge, 2007; Lee *et al*, 2009; Smith *et al*, 2009). Assim, desde 2001 qualquer acordo comercial norte-americano inclui aspectos relativos à proteção do direito de propriedade intelectual dos fármacos por período mais longo que os 20 anos previstos no TRIPS, erodindo as flexibilidades previstas na Declaração de Dowa.

Não existem evidências de reversão desse padrão de concentração da indústria de fármacos ou de sua atuação agressiva, mesmo nos casos de adoção das flexibilidades previstas na legislação. Como os direitos de propriedade intelectual são harmonizados globalmente, tampouco se comprova a promessa de maior investimento direto nos países que assinaram o acordo para o fortalecimento desses direitos. A escalada dos preços dos medicamentos é objeto de grande preocupação para a maioria dos países, sobretudo aqueles em desenvolvimento e os mais pobres. Alguns países — como Índia, Brasil e Tailândia — têm maior capacidade de produção, entretanto, no caso da produção de genéricos na Índia, com preços bem mais baixos que a posiciona como um dos maiores fornecedores dos países de renda média e baixa, as compras e fusões de indústrias pelas transnacionais já começou a acontecer (Smith *et al*, 2009).

4.2 | Comércio de Bens e Produtos que Impactam Indiretamente a Saúde

A literatura sobre o impacto na saúde de bens e serviços não diretamente relacionados ao setor é muito ampla, mas merece especial atenção a questão do acesso aos alimentos, que tem pelo duas dimensões: 1) acesso insuficiente, com desnutrição e até inanição, no caso de distintas condições de pobreza; e 2) acesso inadequado, seja no caso de obesidade e compulsões mórbidas, as mais novas “epidemias” mundiais, seja no caso de dificuldade ou impossibilidade de uma alimentação sadia, pelas condições de vida e trabalho, comotambém pela qualidade dos alimentos disponibilizados para o consumo das populações, sobretudo os industrializados.

O quadro regulatório para o comércio de alimentos está centrado nos Acordos relativos à aplicação de medidas sanitária e fitossanitárias (SPS) e no *Codex Alimentarius Commission*. Ambos, conjuntamente com o Artigo XX(b) do GATT, devem

³⁹ De 1990 a 2007, o número desses acordos aumentou de 20 para 159 (UNCTAD, 2007) e, em 2009, cerca de 250 desses acordos regulavam mais de 30% do comércio mundial (Oxfam, 2007a e b).

regular e prevenir a disseminação de alimentos contaminados ao mesmo tempo que minimizar as restrições ao comércio. Obviamente, a aplicação dessas regulações é controversa e levanta questões que vão para os fóruns de disputa. Os recentes eventos envolvendo carne bovina (Reino Unido, EUA e Canadá), ou frangos (China e Ásia), maçãs e legumes (Alemanha e Espanha), entre outros, os alimentos geneticamente modificados e industrializados (praticamente de todo o mundo) exemplificam claramente as tensões que opõem a promoção do comércio e a proteção da saúde (Lee *et al*, 2009, p. 85).

O caso da Convenção de Controle do Uso do Tabaco (aprovada pela AMS em 2003 e ratificada em 2005) é uma exceção, pois a *WHO's Tobacco Free Initiative* recolheu extensivo conjunto de evidências sobre a relação entre câncer de pulmão e uso do tabaco, além de comprovar, cientificamente, o impacto econômico negativo dessas esfermidades, o que possibilitou estruturar a Convenção em função de interesses comuns aos Estados. Além disso, a OMS também apresentou intervenções que reduziam o consumo do tabaco e construiu parcerias com ONGs, no âmbito da chamada *Framework Convention Alliance*. Mesmo assim, houve muita oposição de alguns países (EUA, Japão, China e Alemanha) e de empresas produtoras, que tiveram sucesso em modificar a redação final do texto, incluindo flexibilidades e linguagem ambígua. Até hoje a aplicação da convenção é extremamente variável entre os países, mesmo naqueles que a assinaram.

De forma mais ampla, os termos desiguais de comércio entre países e sua contribuição para o aumento da pobreza e das desigualdades nas condições de vida e saúde das populações, em diferentes regiões do mundo, também estão sob escrutínio. O protecionismo comercial de países e regiões, por exemplo, na forma de subsídios agrícolas, trazem desvantagens nas exportações dos países mais pobres. Pressões econômicas e medidas para atrair investimentos estrangeiros também ameaçam a saúde, pelas frágeis regulações ambientais e das condições de trabalho que freqüentemente são impostas como moeda de troca para tais investimentos.

4.3 | Engajamento da Saúde nas Questões Comerciais

O engajamento de organizações de saúde nas questões comerciais pode se dar de diferentes maneiras, mas as vinculações mais formais ocorrem na própria OMS. De 1948-1990 essas vinculações eram muito débeis, circunscritas a poucas questões previstas no Regulamento Internacional da Saúde (assim renomeado em 1969 e revisto entre 2005 e 2008). Além da OMS, a FAO também participa na regulamentação dos produtos alimentares, trabalhando em coordenação com a OMS.

Por várias décadas, a governança das questões de saúde e comércio, mediada por essas duas organizações e com base nos instrumentos tradicionais, se restringiu a temas estritamente técnicos e isentos de controvérsias. A expansão do comércio mundial e a criação da OMC passaram a requerer novas formas de

engajamento, claramente expressa na piora do acesso aos medicamentos depois do Acordo TRIPS. A publicação do Relatório da OMS “Globalização e Acesso aos Medicamentos, Implicações do Acordo TRIPS da OMC”, juntamente com uma Resolução da Assembléia Mundial da Saúde (AMS), em 1997, por iniciativa do programa de medicamentos essenciais, foi uma ostensiva defesa dos princípios da saúde frente aos do comércio e a resolução convocava os países a reverem suas opções em relação aos TRIPS. Ambos os documentos foram muito criticados pela indústria farmacêutica, levando a mais um ano de consultas e debates acalorados.

Em 2000, um programa sobre globalização, comércio e saúde foi estabelecido na OMS, junto ao Gabinete da Diretora Geral (Gro H. Brundtland, 1998-2003) e produziu um estudo, em conjunto com a OMC que, ao invés de *enfrentar as questões polêmicas e advertir como proteger a saúde frente os riscos da abertura e a liberalização comerciais, era cauteloso com as palavras e amplamente descritivo* (Lee et al, 2009, p. 419). Adicionalmente, durante essa mesma administração, profissionais da indústria farmacêutica passaram a ocupar posições proeminentes dentro da OMS, ao mesmo tempo em que a organização apoiava a proposta de descontos preferenciais à indústria em detrimento dos genéricos e da aplicação das flexibilidades do TRIPS, solicitadas por Índia, Tailândia e África do Sul.

Sob a administração de Lee Jong-Wook (2003-2006, que deixou o cargo antes do final do mandato, por morte repentina), vigorou a pouca clareza sobre a prioridade da OMS para o tema e o programa foi colocado num novo depto denominado Ética, Comércio, Direitos Humanos e Legislação em Saúde, que produziu uma revisão sobre a legislação da OMC relacionada com saúde — GATT, acordos sobre barreiras técnicas ao comércio e acordos sobre padrões sanitários e fitossanitários (Lee et al, 2009). Para esta autora, a questão do acesso aos medicamentos foi utilizada como forma de medir a capacidade institucional da OMS e sua vontade política de se engajar, de fato, nas discussões sobre comércio e saúde.

Alcazar (2008) relata que, em 2003, o Conselho Executivo da OMS decidiu incluir o tema “Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública” na 56ª AMS. Em consequência, o secretariado preparou um relatório (A56/17) intitulado Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (*Intellectual Properties Rights, Innovation and Public Health*) que enfatizava a propriedade intelectual e relegava a um segundo plano as questões relativas à saúde pública, mas também ressaltava o Comitê Consultor da OMS sobre pesquisa em saúde, onde a propriedade intelectual é colocada como geradora de iniquidades, e criticava os preços dos medicamentos. Concluía afirmando que não havia solução para a inovação em saúde pública enquanto se mantivesse a proteção à propriedade intelectual. Esse relatório foi muito mal recebido na AMS pela maioria dos países desenvolvidos e, como reação, a delegação brasileira, apoiada por todos os países africanos, conseguiu aprovar uma resolução (WHA56.27) sobre o tema, a partir da qual foi criada a Comissão sobre Direitos de

Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública, localizada no gabinete do diretor. O trabalho da comissão terminou em 2006, depois de muita discussão, e recomendações específicas para os desdobramentos futuros, não foram pactuadas. Entre janeiro e maio de 2006, Kenia e Brasil trabalharam sobre dois projetos de resolução, que tratavam de mecanismos globais que proporcionassem apoio financeiro para a pesquisa voltada para as necessidades de saúde pública e apoio industrial para questões que dependiam do mercado: a primeira propunha uma estratégia e um plano de ação e a segunda apoiava-se na idéia de uma convenção em P&D. Ambas as propostas se juntaram numa resolução denominada “Saúde Pública, Inovação e Direitos de Propriedade Intelectual: em prol de uma estratégia global e de um plano de ação” (*Public health, innovation and intellectual properties rights: towards a global strategy and plan of action* — WHA59.24) aprovada na 59ª AMS, em maio de 2006, no período do diretor interino, antes da nova diretora assumir o cargo. Essa resolução solicitava a criação de um grupo de trabalho intergovernamental — o Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (*Intergovernmental Working Group* — IGWG) — com o mandato de preparar uma estratégia global e um plano de ação para o enfrentamento dessas questões em situações que afetam desproporcionalmente os países em desenvolvimento (Alcazar, 2008).

Em 2007, a nova diretora, Margaret Chan, criou um novo depto. — Ética, Equidade, Comércio e Direitos Humanos — a partir da fusão do depto anterior com o de equidade, pobreza e determinantes sociais da saúde. O programa foi então responsável pela iniciativa chamada “diplomacia global da saúde” (*global health diplomacy*), que incluía a área de comércio e saúde. Entretanto, o programa sempre dependeu de fundos extra-orçamentários e contava com pouco *staff* permanente, trabalhando fundamentalmente com consultores de curto prazo, para algumas especialidades. Essa dependência financeira e a pressão política dos EUA e de grandes corporações farmacêuticas circunscreveram e limitaram a atuação da OMS nesses assuntos (Lee *et al*, 2009).

As discussões foram retomadas e as flexibilidades dos acordos TRIPS foram enfatizadas pelo IGWG, cujo trabalho terminou em 2008 e levou a outra resolução da AMS (WHA61.21), que definiu prioridades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico para doenças prevalentes, estimativa de necessidades de investimento e um plano de ação. Esse processo se arrastou com altos e baixos ao longo das discussões e consultas, sem contar com o apoio efetivo da OMS, e com grande oposição dos países desenvolvidos. O plano de ação, previsto para 2008-2015, contem ações específicas voltadas para a promoção da inovação e do acesso aos medicamentos, além do fortalecimento dos sistemas de saúde e do treinamento na aplicação e manejo do TRIPS na perspectiva da saúde pública, para que as flexibilidades sejam claramente entendidas e aplicadas. Mesmo assim, a indústria farmacêutica segue buscando medidas e mecanismos protecionistas, a partir de acordos unilaterais ou bilaterais (TRIPS-plus) que vinculam a proteção patentária a outras concessões comerciais (principalmente na agricultura).

Para Lee *et al* (2009), a dificuldade no manejo das questões sobre comércio e saúde ficaram evidentes também na revisão do Regulamento Internacional de Saúde, pois deveria ter sido efetuada em 2005, após o surto de SARS em 2003, com foco prioritário nas contribuições financeiras para a saúde global e, embora o comércio seja explicitamente mencionado como central na proteção da saúde e na prevenção e resposta aos surtos de doenças etc., o novo Regulamento não mudou fundamentalmente as normativas legais e nem a atuação da OMS nessa seara.

5 | POLÍTICA EXTERNA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NO BRASIL: EIXOS ESTRATÉGICOS E AGENDAS

A análise da política externa (PE) em geral é fortemente influenciada pelas correntes teóricas tradicionais das relações internacionais. Segundo Silva *et al* (2010), conceitos mais contemporâneos de política externa vem surgindo do embate entre a tradição teórica europeia das relações internacionais (realista, liberal, construtivista) e o enfoque de análise de políticas públicas, que aparece mais recentemente nos EUA (*foreign policy analysis* — FPA) (Silva, Spécie & Vitale, 2010: 10).

Na tradição europeia, as primeiras abordagens teóricas buscavam explicar as relações internacionais com base na segurança nacional, justificando por essa via a centralidade e monopólio do Estado na condução da política externa, que deveria ser “secreta e estratégica”, como proteção contra os “Estados inimigos”. Com a transnacionalização produtiva, financeira e cultural, acompanhada da revolução tecnocientífica, a política exterior passaria a ser vista como qualquer outra política pública, com a particularidade que expressaria sempre os interesses de “coalizões” formadas entre forças domésticas, externas e internacionais, compondo um *continuum* do processo decisório poliárquico (Silva, Spécie & Vitale, 2010: 10).

Em outras palavras, sendo uma política pública a política externa também é influenciada pela dinâmica de constituição e transformação do Estado e pelas relações entre o governo e a sociedade (Amorim, 2009). E uma concepção mais pluralista do interesse nacional não permitiria *seguir adotando as premissas do realismo clássico, que reifica a noção de interesse nacional com base em um ator estatal monolítico e racional* (Milani, 2011, p. 83).

No que concerne à dimensão operacional da PE, existe relativo consenso na literatura sobre a percepção de que as atividades e políticas de cooperação internacional se configuram como a principal dimensão instrumental da política externa dos diferentes países. Essa dimensão se confirma tanto como mecanismo de dominação quanto como parte importante da estratégia de inserção internacional dos diferentes países, sempre mediada, portanto, pelo jogo de poder inerente à dinâmica do sistema mundial.

Assim, como em outros campos de política pública no Brasil, o das relações exteriores *mostra relevantes transformações nos anos recentes*, seja nos eixos estratégicos seja nas agendas, constatando-se na política externa brasileira (PEB) *uma combinação entre conteúdos e dimensões institucionais do passado com metas e articulações inter-burocráticas e políticas inovadoras* (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010, p. 22). Para entender as transformações e os desafios que colocam para o futuro, vale a pena uma revisão sucinta da história da PEB.

5.1 | Um Pouco de História

Em termos gerais, os autores referem que desde os anos 1930 a política externa brasileira sempre foi formulada na perspectiva de promover o desenvolvimento nacional. Embora a meta fosse clara as estratégias para alcançá-la variaram no tempo e os estudos apontam que duas diferentes perspectivas sobre o desenvolvimento orientaram essa formulação e se alternaram em diferentes conjunturas (Saraiva, 2007; Almeida, 2004; Vaz & Inoue, 2007): a liberal e a nacional desenvolvimentista. No período 1964-1969, o enfoque liberal prevaleceu, enquanto na última década (início do século XXI) o desenvolvimentismo voltou a conduzir a política externa brasileira. E nas décadas de 1970, 1980 e 1990, observam-se oscilações e superposições de ambos os paradigmas, com matizes particulares, em momentos específicos. Embora se reconheça a existência de um equilíbrio tenso e persistente no pensamento diplomático brasileiro entre essas duas correntes teóricas, de cujo embate emergem as atuais prioridades e diretrizes da política externa, há consenso entre os autores sobre o lugar político-estratégico que o Brasil deve ocupar no cenário internacional e, principalmente, que essa meta estaria presente na diplomacia brasileira há algumas décadas.

Também existe concordância na literatura que, historicamente, as relações políticas e econômicas com os EUA tem dominado a agenda da PEB. Os antecedentes desse alinhamento viriam desde a proclamação da República, em 1889, consolidando-se nas primeiras décadas do século XX, quando

(...) a autonomização relativa nos marcos de uma ‘aliança não escrita’ com os EUA e o fortalecimento doméstico da PEB, sob a liderança do Barão de Rio Branco (1902-1912), garantiram ao Brasil a negociação dos acordos e a resolução dos litígios de fronteiras com os países vizinhos na América do Sul (Milani, 2001: 70).

A partir dos críticos anos da década de 1930, o discurso oficial da “boa vizinhança” e a retórica da cooperação ajudou a reforçar a esfera de influência e a liderança norte americana na região, consolidadas no pós-guerras (Cervo, 2011; Milani, 2011).

Entretanto, os autores mencionam que seja nos alinhamentos políticos, seja nos projetos de cooperação com outros países, o Brasil sempre utilizou estratégias “pragmáticas”, associando *claramente a PEB aos desafios do desenvolvimento nacional* (Milani, 2011: 71).

Embora “universalismo” e “pragmatismo” sejam princípios–guia que persistem na sua formulação ao longo de diferentes décadas, entendidos, respectivamente, como o exercício de autonomia relativa em relação aos poderes e potências dominantes e a capacidade de maximizar oportunidades para promover o desenvolvimento nacional (Vaz & Inoue, 2007; Cervo & Bueno, 2011), as relações geopolíticas sempre pautaram vínculos específicos e interagiram com as opções internas.

5.1.1 | Período 1945–1964

Ao longo do período 1945-1964, salvo momentos específicos, as relações bilaterais Brasil-EUA dominaram o cenário da política externa, facilitadas pela *influência cultural* e pela *identidade de instituições* (Bueno, 2008: 351). Embora essas relações não tenham sido abaladas por desentendimentos conjunturais, foram marcadas por períodos de ambigüidade e tensões, segundo a força e dominância da vertente nacionalista do desenvolvimento e os limites impostos pela conjuntura internacional. Projetos de cooperação em áreas estratégicas sempre permearam essas relações e as posições brasileiras nos fóruns internacionais geralmente acompanharam, nesse período, as opções norte-americanas, supondo que o Brasil ocuparia lugar de aliado especial no continente americano e buscando vantagens comparativas para impulsionar o seu próprio desenvolvimento (Cervo, 2011).

Durante o governo Dutra (1945-1951), período de redemocratização, após a ditadura de Vargas (1930-1945) a expectativa de recepção de recursos externos pela via da Ajuda Oficial para o Desenvolvimento continuava, como no Estado Novo, mas não se concretizou, solapada pelos acordos que pautaram a nova geopolítica mundial no pós-guerras (Cervo & Bueno, 2011).

A idéia de “segurança hemisférica” (lançada em 1945, Conferência de Chapultepec, México), fomentada no contexto de guerra e no quadro da Guerra Fria, exigiu mudanças institucionais nos países. No caso brasileiro, várias reformas se iniciaram a partir de 1946, sobretudo no exército, seguindo o modelo norte-americano — a criação do Estado Maior das Forças Armadas, a reorganização do Ministério da Guerra, a concepção da Escola Superior de Guerra são alguns exemplos (Cervo, 2011).

Datam dos anos 1950, período do segundo governo Vargas (1951-1954), as mudanças institucionais e da estrutura da administração pública voltada para a cooperação técnica internacional. Mas as reformas só se intensificaram nos anos 1960 e 1970, quando foram assinados acordos básicos de cooperação que vigoram

até hoje⁴⁰. Em relação à cooperação multilateral, em 1950 é constituída a Comissão Mista Brasil-EUA (CMBEU) e, em 1953, é criada, no MRE, a Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNTA). Mais tarde, em 1958, a Operação Pan-americana (OPA), lançada por Juscelino Kubitschek (1956-1961), pensada para a região e voltada para a luta contra a pobreza, a partir de projetos de cooperação com os EUA, também não prosperou e a CMBEU foi destituída em 1953 (Cervo & Bueno, 2011; Milani, 2011). Segundo alguns autores, mesmo assim, tanto o seu funcionamento quanto a OPA teriam deixado um legado importante em relação ao desenvolvimento nacional, como a criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico — BNDE (depois Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social — BNDES), em 1952, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento — CND, em 1956, subordinado diretamente à Presidência da República⁴¹; e, em âmbito regional, aparecem o Banco Interamericano de Desenvolvimento—BID e a Associação Latino-americana de Livre Comercio—ALALC. Em 1959 foi criado o Escritório do Governo Brasileiro para a Coordenação do Programa de Assistência Técnica e, em 1965, o Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso (Contap), cujo programa havia sido lançado em 1961, com o fim último de conter o avanço do comunismo na região latino-americana⁴². Toda essa institucionalização reflete o alinhamento com os EUA (Cervo & Bueno, 2011; Milani, 2011).

Nos anos 1960, a Política Externa Independente—PEI foi uma das marcas dos governos de Jânio Quadros (janeiro a agosto de 1961) e João Goulart (1961-1964), num contexto regional bastante turbulento (marcado pela revolução cubana e seus desdobramentos na região), o que significou uma inflexão nas relações com os EUA. O Brasil retomou relações diplomáticas com o bloco socialista e as relações comerciais se diversificaram; em termos políticos, se pronunciou mais afirmativamente contra os regimes de opressão (*apartheid* e colonialismo) e o voto brasileiro nos fóruns internacionais se alinhou aos países em luta pela sua independência; e empresas estrangeiras foram nacionalizadas (telecomunicações no Rio Grande do Sul e energia elétrica no Rio de Janeiro). Em artigo na revista *Foreign Affairs* o Presidente Jânio Quadros afirmou que o Brasil estaria abandonando *a política de diplomacia acessória e subsidiária de uma nação instrumentalizada por interesses estrangeiros* (Milani, 2011: 72). A PEI, assim como outras iniciativas, foi abortada pelo golpe militar de 1964.

40 O Acordo Básico de Cooperação com os EUA foi assinado na década anterior, em 1950.

41 O CND formulou o Plano de Metas de 1956, cujos projetos teriam se baseado nos trabalhos da CMBEU e nas propostas do Grupo Misto CEPAL/BNDE, criado em 1953, também por influência da CMBEU.

42 A Aliança para o Progresso surgiu no contexto da Guerra Fria e da luta norte-americana contra a expansão do comunismo no “terceiro mundo”, em especial na América Latina, e significou uma mudança paradigmática na política externa dos EUA para a América Latina, que propunha um programa de “desenvolvimento estratégico” econômico, social e político. Os EUA adotariam o discurso de que seu próprio bem-estar dependia do bem-estar de outros países e que a prosperidade americana não podia existir na ausência de uma prosperidade global (Matos, 2008). No governo Kennedy (1961-63), previu-se um grande montante de ajuda financeira e técnica para a América Latina, consubstanciada num plano de cooperação decenal, com três dimensões interdependentes: crescimento econômico, mudanças sociais estruturais e democratização política.

5.1.2 | Período 1964–1985

No período dos governos militares a política externa não seguiu uma linha uniforme e os autores mencionam que a diplomacia brasileira oscilou entre a aliança automática (com cooperações específicas, inclusive na área militar), certo alinhamento e diferenças explícitas (Cervo, 2011; Milani, 2011)⁴³. Houve momentos em que se afirmou *o que é bom para os EUA deve ser bom para o Brasil* (Juracy Magalhães, ministro das Relações Exteriores, 1966-1967) e períodos em que a *diplomacia do interesse nacional* (Gibson Barbosa, 1969-1974) tentava, simultaneamente, alinhar com os EUA e diversificar parceiros comerciais, em meio ao *milagre econômico brasileiro* (Milani, 2011: 73). O pragmatismo resultante postulava o *sacrifício de valores e idéias abstratas em benefício de ficar à espreita das oportunidades*, (Cervo, 2011: 368), uma vez que os recursos de poder do país para a sua movimentação externa eram frágeis frente ao jogo político do sistema mundial.

Implementada inicialmente em conformidade com a bipolaridade e o desenvolvimento associado ao capital transnacional no governo Castelo Branco (1964–1967), a política externa correspondia à contribuição do Brasil para o fortalecimento do bloco ocidental sob a hegemonia norte-americana e supunha, em contrapartida, recolher benefícios econômicos, financeiros e tecnológicos para o desenvolvimento interno. Esse alinhamento condicionou a ação diplomática brasileira aos limites impostos pelos interesses dos EUA e embora tenham sido mantidas algumas relações comerciais (por ex. com o bloco soviético) esses intercâmbios foram substancialmente reduzidos. O Brasil rompeu relações diplomáticas com Cuba (em 1964 (só foram retomadas em 1986), enviou tropas à República Dominicana em 1965 (com a OEA) e se afastou dos países africanos e asiáticos e do Movimento dos Não-alinhados.

As correções de rumos posteriores sempre mantiveram, entretanto, o propósito de utilizar o setor externo para auxiliar o crescimento econômico nacional, com várias contradições e resultados pífios.

Até o final dos anos 1960 as práticas de assistência técnica internacional eram descentralizadas em diferentes órgãos da administração pública, apesar de algumas instituições nacionais já existirem desde os anos 1950. Mas, em 1969, um decreto instituído pela Junta Militar⁴⁴ centralizou a coordenação da cooperação técnica internacional, bilateral e multilateral. Essa reforma é considerada o marco fundacional de um sistema interministerial de coordenação nessa área. O decreto determinou que os órgãos competentes para esses assuntos eram a Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (Subin), do Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, e a Divisão de Cooperação Técnica do Ministério das Relações Exteriores–MRE. O primeiro seria responsável pelo financiamento da política de cooperação técnica e

43 Para uma boa descrição dessas iniciativas opostas, ver Milani, 2011.

44 Dec. nº 65.476/1969.

a coordenação de sua execução e ao MRE caberia a formulação da política externa de cooperação técnica, a negociação de seus instrumentos e o encaminhamento de solicitações de agências e organismos internacionais e estrangeiros (Cervo, 2011). O mesmo Decreto extinguiu os órgãos específicos criados anteriormente (CNAT, Escritório e Contap), passando suas atribuições à Subin e à Divisão do MRE, mas todos os ministérios mantinham suas respectivas assessorias internacionais, responsáveis pela aprovação dos projetos específicos.

Fortalece-se, nesse processo, o papel do Itamaraty e começa-se a criar um sistema interministerial centralizado de coordenação da cooperação internacional; mas institucionaliza-se a lógica de divisão de tarefas entre o MRE e o Planejamento, ou entre o âmbito “técnico” e o financeiro, para a análise e execução dos projetos de cooperação. Também são institucionalizados nesse momento os mecanismos e instrumentos de cooperação técnica internacional com a promulgação de normas e procedimentos relativos à tramitação de projetos e à sua padronização. Tanto a divisão de tarefas quanto as normas permanecem até hoje (Inoue & Apostolova, 1995). Vale registrar que nesse mesmo período o Brasil participou do processo de criação do G77, em 1964.

A partir de 1975, com Geisel (1974–1979), a diplomacia se tornou mais ativa e independente, no marco do *pragmatismo responsável*, retomando alguns dos princípios fundamentais da PEI dos anos 1960. Alguns autores consideram essa inflexão como uma ruptura com a PEB tradicional (Fonseca Jr, 1998, *apud* Milani, 2011); outros indicam que se recupera, nesse momento, com nuances, o *sentido realista* da política externa, com *isenção ideológica e sem espaço para alinhamentos incondicionais ou oposições automáticas*, com alguma *margem de autonomia* (a chamada *diplomacia da prosperidade*), característica da política externa em épocas passadas, configurando-lhe certa continuidade (Cervo, 2011: 374). Segundo este autor, a *atuação diplomática pragmática* e com perspectiva *ecumênica* já se havia disseminado na diplomacia brasileira como método de trabalho, mesmo antes de Geisel, e seus atributos eram a *flexibilidade e agilidade da conduta, discrição que não alardeava êxitos, adaptabilidade e relativa indiferença política* (Cervo, 2011: 386-7).

A visão geopolítica de segurança nacional, de um lado, e a concepção de autonomia com diversificação comercial caracterizou o pragmatismo responsável que priorizou o fator energético (Milani, 2011: 73). A construção da autonomia militar e tecnológica foram objetivos-chave da política externa, sobretudo na área de energia (nuclear, combustível alternativo e hidrelétrica), espaço aéreo e telecomunicações, como importantes dimensões do projeto nacionalista, buscando-se parceiros na área internacional (Vaz & Inoue, 2007)⁴⁵.

45 As relações políticas e econômicas entre Brasil e Alemanha voltaram a se intensificar nos anos 1970 e, segundo Lobhauer (*apud* Valente, 2011: 83), o país recebeu então 2/3 dos investimentos alemães na América do Sul; mas os principais eixos dessa consolidação já haviam ocorrido nos anos 1960, quando são assinados o Acordo Básico de Cooperação Técnica entre os dois países, em 1963, e o Acordo Bilateral de Cooperação Nuclear em 1964 (Valente, 2011).

Paralelamente, desenvolvia-se a ação continental latino-americana, tendo em vista fortalecer o papel do país nas organizações multilaterais (OEA, TIAR, Aliança para o Progresso, Alalc). A *integração latino-americana supunha* [... entretanto] *a limitação das soberanias em benefício da segurança coletiva* (Cervo, 2011: 375)⁴⁶. Mas, ao mesmo tempo, orientava-se a política externa também em outras direções, segundo a perspectiva “universalista”, tanto geográfica quanto política, para atender os interesses do comércio exterior: atuação nos órgãos multilaterais não regionais (UNTACD, GATT, Conferência do Desarmamento e ONU), investida em direção aos países socialistas, contatos com a África árabe e subsaariana, com abertura de novas embaixadas no continente, e alinhamento com as aspirações dos povos menos desenvolvidos — o Brasil foi o primeiro país a reconhecer a independência de Angola sob o governo do Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA)⁴⁷ —, deslocando-se do confronto Leste-Oeste para o diálogo Norte-Sul (Cervo, 2011: 379). Na Ásia, iniciou o programa satélite com a República Popular da China. E, por fim, rompeu com o acordo de cooperação militar com os EUA (vigente desde 1952) (Milani, 2011: 74).

Vale registrar que, em relação à África, a política externa brasileira passou por grande ambigüidade no período 1967–1979: num primeiro momento, as estratégias de inserção brasileira nesse continente eram confrontadas com as vinculações e alinhamentos políticos com Portugal (sobretudo na ONU), obstaculizando o apoio explícito às lutas contra o colonialismo e o *apartheid*, ao mesmo tempo em que se reforçavam as vinculações econômicas por meio da comunidade luso-brasileira; e, logo após, o Brasil marchava junto com os novos países independentes da África negra⁴⁸, postura que se afirmou na década seguinte (1980).⁴⁹

46 Nessa perspectiva é que se iniciam as tentativas de projeção do país na região sul-americana e fora dela, assim como de fortalecimento de sua posição econômica na região do Atlântico Sul. No caso da então chamada América Latina, a política brasileira privilegiava o conteúdo econômico, de forma coerente e contínua, e buscava adaptações sucessivas em função das conjunturas políticas e percepções contraditórias em relação à integração regional. Fundamentalmente, abarcava três dimensões: atuação nos órgãos multilaterais regionais para promover a cooperação dos EUA no desenvolvimento da região, iniciativas esparsas de integração multi e bilateral intrazonal e escalonamento da região na inserção mundial (Cervo, 2008). Para Cervo, a atuação do Brasil no continente, apesar de coerente e servil, não obteve a esperada contrapartida em termos da ajuda ao desenvolvimento.

47 Mesmo antes da independência, o governo brasileiro já havia inaugurado sua Representação Especial em Luanda.

48 Ainda em 1975 o Brasil reconheceu também a independência da República Popular de Moçambique, conduzida pela FRELIMO–Frente de Libertação de Moçambique. E, em março de 1976 foi aberta a Embaixada brasileira em Maputo, Moçambique. Mas somente em janeiro de 1998 é que foi inaugurada a Embaixada de Moçambique em Brasília.

49 O Acordo de Cooperação Cultural e Científica com a República Popular de Angola foi assinado em 11 de junho de 1980 e sustentou as relações bilaterais entre os dois países a partir de 1990. Esse Acordo foi aprovado pelo Congresso Nacional do Brasil pelo Decreto Legislativo no. 64, de 10 de novembro de 1981, porém, um novo decreto presidencial foi elaborado posteriormente para esse mesmo Acordo — Decreto No 99.558, de 05 de outubro de 1990. Ver cópia integral do Acordo e do último decreto presidencial no website do MRE: http://www2.mre.gov.br/dai/b_ango_02_501.htm. E com a República Popular de Moçambique foi assinado o Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica, em 15 de setembro de 1981.

Em relação à Ásia, as propostas de intercâmbio e cooperação privilegiavam a área econômica, no âmbito do comércio e exportação de produtos primários e manufaturados; e até 1973, o Brasil apoiava a permanência das “duas Chinas” e das “duas Coreias” na ONU; mas o pragmatismo teria optado pela China continental, cujo primeiro acordo comercial foi concluído em 1978.

No período do governo Figueiredo (1979-1985), foi posta em prática a *diplomacia do universalismo*, com denúncias do protecionismo comercial dos EUA, condenação da crise das dívidas externas dos países em desenvolvimento e apelo às negociações multilaterais, de ordem política e não contábil, para resolver a questão (Milani, 2011: 74). A diplomacia brasileira também se alinhou aos clamores mundiais em torno dos direitos humanos, respondendo à intensificação dos movimentos da sociedade civil (a Lei da Anistia foi aprovada em 1979).

Para atender essa dinâmica, o MRE passou por reformas, reformulou suas estruturas e adaptou a formação de seus quadros, fornecendo ao governo “chanceleres coerentes” com as conjunturas políticas, o que possibilitou maior penetração nas esferas de poder mundial. Além disso, começou a acumular estudos e informação sobre as diferentes regiões e seus países, além de elaborar análises sobre a possível inserção brasileira no sistema mundial (Cervo, 2011).

Concretamente, perspectivas (e ações) aparentemente contraditórias foram a marca da PEB no período 1975-1985, que desempenhou, de novo, papel instrumental do desenvolvimento nacional (Cervo & Bueno, 2011; Vizentini, 2008; Milani, 2008). Posicionamentos aparentemente polares parecem constituir distintos paradigmas na condução da PEB: um de aliança com os EUA e outro de defesa de uma PEB mundial e universalista (Lima, 1994, *apud* Milani, 2011: 75)⁵⁰. Segundo Cervo (2011), pela primeira vez algumas propostas universalistas da diplomacia brasileira tiveram conteúdo concreto, tanto do ponto de vista conceitual quanto geopolítico.

É preciso não esquecer, porém, que a *abertura [política] lenta gradual e restrita*, iniciada pelo Presidente Geisel, estava em pleno curso nesse período, a derrocada do “milagre” era evidente e a efervescência (social e política) da sociedade brasileira era uma realidade. Portanto, a autonomia do Estado frente à sociedade estava sendo clara e fortemente contestada. Não é de se estranhar, assim, que comesçassem a se explicitar também diferentes posições no âmbito da diplomacia brasileira, até então considerada bastante homogênea.

Os limites do pragmatismo foram estabelecidos tanto pela baixa capacidade de influência do Brasil no sistema internacional quanto pela contingência de subordinação a ele. A coerência, como estratégia de ação, não se manteve alheia às pressões diferenciadas dos diferentes âmbitos do processo decisório da política

⁵⁰ Para uma boa síntese dos eventos e caminhos da PEB no período 1945-1989 ver Milani, 2011.

externa — Itamaraty, Forças Armadas, ministérios e empresas estatais, área financeira do governo etc. Após um período de êxitos incontestáveis (mas questionáveis), embora se mantivesse nas intenções, esse modelo de política externa perdeu força a partir da década de 1980, simultaneamente à falência do “milagre econômico” e à derrocada do governo militar.

5.2 | Transição Política, Retomada Democrática e a Política Externa

O período da transição política no Brasil, da Nova República à eleição do primeiro presidente, e consequente democratização da sociedade repercutiu na formulação e implementação da PEB, com continuidades e rupturas que adquirem especificidades nos distintos governos.

5.2.1 | Período 1985–2002

Na transição política (governo Sarney, 1985-1989), os discursos oficiais da PEB não se alteraram substancialmente. No âmbito nacional, a crise econômica e grande instabilidade interna, aliada à complexidade da transição democrática e a decisão governamental de *conduzir as negociações da dívida externa de forma isolada e despolitizada, sem articulação com o Congresso e a chancelaria* (Cervo, 2011: 427). Essa postura teria minado a credibilidade do país e interferido negativamente na dinâmica diplomática brasileira, reduzindo-se significativamente a capacidade do país interferir na dinâmica do sistema internacional. A profunda transformação da ordem mundial, como resultado da conjuntura crítica — nas áreas econômica, financeira e política —, levaram à retração importante das atividades de cooperação e à redefinição de alinhamentos.

Mesmo assim, em 1987 foi criada a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), vinculada à Fundação Alexandre de Gusmão (Funag), do MRE, numa tentativa de coordenar e centralizar a negociação e gestão dos projetos de cooperação, historicamente realizadas pelos distintos ministérios em suas áreas específicas. Entre suas atribuições incluem-se ser o órgão normatizador e responsável pela execução e coordenação da cooperação técnica internacional do governo brasileiro, assim como pela elaboração dos instrumentos que regulamentam as relações do governo com outros países ou organizações internacionais nessa área. É também a instância de articulação e comunicação entre o governo e as embaixadas brasileiras no exterior, assim como embaixadas estrangeiras no país, para os assuntos de cooperação técnica internacional. Por outro lado, mantém a separação entre cooperação técnica (incluindo a acadêmica e científica) e financeira, realizadas por instâncias governamentais distintas, respectivamente ABC e a Secretaria de Assuntos Internacionais (Seain), do Ministério do Planejamento.

Nos anos 1990, após a queda do Muro de Berlim e o término da Guerra Fria, o reordenamento das relações internacionais sob a hegemonia política neoliberal e a globalização econômico-financeira, assim como a consolidação de blocos econômicos redefiniram e agudizaram as assimetrias entre centro e periferia. A esse novo cenário internacional aliava-se o conservadorismo neoliberal do primeiro governo eleito no Brasil pós-transição política (Collor de Mello, 1990–1992). O país vivia grande instabilidade interna (crise econômica, inflação e déficit), com um processo de ajuste estrutural submetido pelo FMI, e condicionalidades estabelecidas pelo Banco Mundial, além de grande vulnerabilidade externa (enfrentava a abertura do mercado interno, neoprotecionismo e fortalecimento de blocos regionais) (Cervo, 2011; Milani, 2011).

A indefinição foi a regra nesse período, agravada pelo *impeachment* do presidente Collor de Mello (em 1992) e pelo governo de coalizão de Itamar Franco (1992–1994). A instabilidade na condução do MRE denotava falta de clareza no pensamento estratégico na política externa (Cervo, 2011)⁵¹; a reestruturação do aparelho de Estado e o fortalecimento dos ministérios setoriais coincidiu com a perda parcial de autonomia da área diplomática (Pinheiro, 2009).

Até o início do novo século (anos 2000), os eixos históricos da PEB se mantiveram ativos e alternados: aliança ou alinhamento histórico com os EUA e tentativas de autonomia e diversificação. A diplomacia brasileira oscilou entre a *aceitação sem contrapartida das forças economicistas da globalização, seguindo de perto a onda neoliberal*, no governo de Collor de Mello, e a *revalorização da dimensão nacional e da soberania nas negociações internacionais, sustentando, ao mesmo tempo, o respeito das instituições multilaterais*, no governo Itamar Franco (Milani, 2011, p. 79).

O surgimento de espaços de integração (Mercado Comum do Sul-Mercosul, em 1991; e o Tratado Norte-americano de Livre Comércio — Nafta, em 1994), as negociações em torno da integração hemisférica (Área de Livre Comércio das Américas–Alca) e as disputas na Organização Mundial do Comércio — OMC redimensionaram as relações Brasil–EUA (Milani, 2011, p. 77).

Frente à instabilidade do Itamaraty na primeira metade da década de 1990, e a “perda de rumo” da política externa, nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC, duas gestões, 1995-2002) acabou por predominar a perspectiva de ação do presidente, que havia sido ministro das relações exteriores no período anterior (de outubro de 1992 a maio de 1993), caracterizando o que os autores deonominam “diplomacia presidencial” (Preto, 2006). A estabilidade da pasta na segunda metade dos anos 1990 (por seis anos conduzida pelo embaixador Lampréia, de 1995-2000), refletiria ainda a linha de ação do presidente. O processo decisório da política externa também teria enfraquecido o Itamaraty pelo seu deslocamento, nos assuntos estratégicos

51 Entre 1990 e 1995, cinco ministros ocuparam a pasta das Relações Exteriores, sendo dois de fora da casa (Cervo, 2008: 455).

(econômicos e financeiros), para as autoridades governamentais dessas áreas, fortalecendo as premissas neoliberais dominantes no período.

Para Milani (2011), os governos FHC retomaram a *prioridade das relações com os EUA e a Europa Ocidental, porém na base da ‘reciprocidade moderada’* (Almeida & Barbosa, 2005) e da *cooperação bilateral* (Milani, 2011, p. 79). Entretanto, isso não significou discordância com as posições norte-americanas, pois o *multilateralismo moderado* de FHC procurou manter um bom relacionamento tanto com os EUA (no governo Bill Clinton) quanto com o Reino Unido (governado por Tony Blair), com divergências pontuais que denotavam certa ambigüidade, evidenciada na instabilidade diplomática do período. O episódio do “ministro sem sapatos” (em 2002)⁵² desnuda a submissão política do Brasil aos EUA, reiterada também por outras decisões no âmbito diplomático, menos “anedóticas”, como explicita Milani (2011: 80).

Entretanto, é nesse mesmo período que emerge com força um pensamento crítico dentro do próprio MRE, evidenciando diferenças e discordâncias internas, contrabalançado, porém, pela prevalência do *pensamento externo à casa* na condução da política exterior (Cervo, 2011). Para este autor, toda essa dinâmica teria trazido efeitos negativos e positivos, sendo que os últimos teriam sido potencializados e ampliados, na virada do século, pelos governos Lula (2003-2010).

Essa visão não é inteiramente compartilhada na literatura, mas, com algumas nuances e a partir de outras claves analíticas, é reiterada por outros autores.

Para Saraiva, a adequação da política externa brasileira à nova conjuntura internacional dos anos 1990 não ocorreu de forma abrupta nem linear. Na presidência de Fernando Collor de Mello a diplomacia brasileira teria vivido mais intensamente o que a autora caracteriza como uma *crise de paradigma*, que teria questionado os princípios da política externa adotados até então, mas não teria sido capaz de consolidar princípios alternativos. Essa crise não teria levado a nenhum consenso sobre as estratégias de inserção internacional do Brasil a partir de então, pelo contrário, teria gerado duas correntes na própria diplomacia, que diferiam da dinâmica histórica. Uma, chamada “autonomista”, defenderia uma atuação mais autônoma do país na arena internacional, com preocupações de caráter político-estratégico em relação aos problemas Norte-Sul, com maior destaque para a expectativa brasileira de participar como membro efetivo do Conselho de Segurança das Nações Unidas, e buscaria construir um papel de maior liderança brasileira na América do Sul, com grande ênfase na cooperação Sul-Sul. Outra, chamada “liberal”, defenderia uma “soberania compartilhada” na inserção internacional do país, onde a autonomia se realizaria pela participação (valores globais deveriam ser defendidos por todos), procurando destacar o apoio do Brasil aos regimes

⁵² Celso Lafer, ministro das relações exteriores do Brasil na época, em visita oficial do Brasil aos EUA, em 31 de maio de 2002, foi solicitado (e aceitou) retirar os sapatos nos aeroportos de Miami, Nova York e Washington, por causa das novas medidas de segurança adotadas após os atentados terroristas do 11 de setembro de 2001.

internacionais vigentes e buscando uma liderança mais discreta na América do Sul. Independentemente da corrente adotada, a autora destaca um traço comum entre ambas correntes: o entendimento de que o *Brasil deve ocupar um lugar especial no cenário internacional em termos político-estratégicos* (Saraiva, 2007: 46), mas o que muda são os métodos e instrumentos para alcançar essa meta.

No governo Collor a diplomacia brasileira teria seguido a corrente liberal, enquanto no governo Itamar Franco a corrente autonomista foi mais evidente, amparada pela noção de que o sistema internacional vivia uma conjuntura de *polaridades indefinidas* (Saraiva, 2007: 46), optando por uma política não-intervencionista, mantendo sua tradição diplomática a despeito das mudanças no cenário internacional, e não reforçando o Mercosul. Já nos governos FHC, houve uma tentativa de conjugar ambas as visões — autonomista e liberal —, promovendo uma “modesta revisão” da diplomacia e do comportamento do Brasil na região, a partir *do binômio segurança e estabilidade democrática, estabelecendo vínculos fortes com os países vizinhos e atuando como mediador em situações de crise quando chamado para tal*. (Idem: 48).

Nesse mesmo movimento, o governo brasileiro abraçou e iniciou a construção de uma comunidade sul-americana de nações, de caráter mais político e abrangente que o projeto da ALCSA ou do Mercosul. A realização, em 2000, da primeira reunião dos países sul-americanos em Brasília, com vistas a formar a futura UNASUL— União das Nações Sul americanas (ex—Comunidade Sul-Americana de Nações—CASA), foi emblemática e *as idéias principais discutidas foram integração econômica e infra-estrutura da região, assim como o reforço dos regimes democráticos* (Saraiva, 2007: 48). Ao mesmo tempo, também a partir dos anos 2000, o Brasil começou a intensificar e diversificar as relações com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs).

5.2.2 | Período 2003 em diante

Nos governos Luis Inácio Lula da Silva (2003–2010) há uma clara retomada da corrente autonomista, imprimindo nova direção à política externa brasileira e possibilitando a construção de uma nova estratégia de inserção internacional do país, mais adequada tanto ao seu papel no mundo quanto aos constrangimentos próprios à inserção periférica dos países em desenvolvimento (Almeida, 2004; Saraiva, 2007). Em termos regionais, o governo adotou uma posição mais incisiva e vigorosa na construção de sua liderança, articulada à segurança, e avançou no papel de moderador político regional, ao mesmo tempo em que assume iniciativas de intervenção, como no caso do Haiti (como líder das Forças de Paz, a Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti—MINUSTAH, em 2004) numa clara mudança do padrão histórico de não-intervenção. Nas palavras do então Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim:

O Brasil sempre pautou [sua atuação] pela não-intervenção nos assuntos internos de outros Estados (...) Mas (...) o preceito da não-intervenção deve ser visto à luz de outro preceito, baseado na solidariedade: o da não indiferença (apud Oliveira, 2005, p. 21-22).

Para Almeida (2004) identificam-se elementos de ruptura e de continuidade entre as diplomacias dos dois governos — Lula e FHC — tanto do ponto de vista da forma e do conteúdo, quanto da agenda diplomática propriamente dita, seja no plano político ou econômico. A diplomacia do governo Lula evidencia *um ativismo exemplar*, não apenas pelas inúmeras viagens e visitas bilaterais do chefe de governo e seu chanceler, no Brasil e no exterior, mas também pela *intensa participação, executiva e técnica, em quase todos os foros relevantes abertos ao engenho e arte da diplomacia brasileira, conhecida por ser extremamente profissional e bem preparada (...)* (Almeida, 2004: 162).

Entretanto, ainda que essas iniciativas guardem traços de continuidade em relação à administração anterior, e possam ser consideradas desdobramentos e reforços da diplomacia dos governos de FHC e não ruptura, vários autores identificam inovações conceituais e diferenças operacionais importantes (Almeida, 2004; Hirst, Lima & Pinheiro, 2010). A diplomacia de Lula seria mais ativa na forma; mais assertiva e enfática no conteúdo, defendendo explicitamente os interesses nacionais e a soberania, assim como buscando alianças privilegiadas no Sul; essencialmente crítica à abertura comercial e reafirmativa das posições tradicionais do Brasil, em termos da agenda diplomática. Foram evidentes também os esforços para, no plano político, ampliar o poder de intervenção do Brasil no mundo e, no plano econômico, buscar maior cooperação e integração entre países – outras potências médias (Índia, África do Sul e China) e vizinhos regionais – promovendo *ativa coordenação política com atores relevantes da política mundial, geralmente parceiros independentes no mundo em desenvolvimento* (Almeida, 2004: 162-165).

A criação da Comunidade do Países de Língua Portuguesa – CPLP, em 2006, com ativa participação do Brasil, foi um estímulo à estruturação de novas estratégias de cooperação internacional com esses países, incluída a área de saúde⁵³.

Milani reitera essa visão, afirmando que

(...) o ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, restaurou a credibilidade da idéia de autonomia política e inserção soberana do Brasil no cenário internacional... [e] defendeu o multilateralismo e o bilateralismo com base na

⁵³ A título de exemplo, data do ano 2003 o Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área de Saúde, a partir do qual são assinados outros acordos e ajustes para desenvolvimento de vários projetos de cooperação.

‘reciprocidade’ (...) [isto é, preservando] as necessidades e os interesses dos diferentes Estados (Milani, 2011: 80).

Apartir do enfrentamento de resistências e atritos no plano internacional⁵⁴, seja na área comercial ou política, observa-se um *ajuste* nas relações com os EUA, *doravante estimadas importantes, mas não essenciais...*, *permanecendo relevantes nas agendas diplomáticas de Lula...* [mas] *deixando de ser prioritárias e norteadoras das estratégias diplomáticas nacionais* (Milani, 2011: 80). Para este autor, as relações entre os dois países continuaram a mudar de rumo no período 2003-2010, nos planos político e comercial, permeadas por conflitos e atritos⁵⁵, *mas a noção de autonomia política e inserção soberana do Brasil no cenário internacional nortearam a PEB durante os governos de Lula*, sobretudo a partir de 2003 (Idem: 81)⁵⁶. Além disso, seus recursos de *soft power* foram fortalecidos tanto na perspectiva de radiação e influência — baseada na retórica do humanismo e da solidariedade — quanto na de cooperação. Para Vigevani & Cepaluni (2007), a política externa dos governos Lula, desde 2003, tem se destacado das anteriores ao buscar, de forma mais decisiva, o que os autores denominam uma “autonomia pela diversificação” no sistema internacional.

Os autores, de uma maneira geral, reiteram essa percepção e assinalam que novos desafios se impõem à política externa brasileira para responder à posição que o Brasil vem ocupando no cenário mundial e, já há algum tempo, o Estado vem se reestruturando para atender essas exigências⁵⁷. Entre eles destaca-se a crescente conexão entre as políticas domésticas e internacionais, o que requer que os processos decisórios nacionais passem a considerar, de forma mais explícita, dimensões e tendências internacionais — *cada vez mais as políticas internas se tornam internacionalizadas e a política internacional é progressivamente internalizada* (Silva, Spécie & Vitale, 2010: 11). Além disso, várias questões assumiram dimensões transnacionais e os problemas resultantes não são passíveis de resolução isolada, além de que políticas deliberadas em fóruns internacionais passam a influenciar também a dinâmica doméstica (Sanchez & França, 2009).

54 Integração das Américas, presença da Venezuela e da Aliança Bolivariana para as Américas (Alba) na América do Sul, o papel do Estado no desenvolvimento econômico etc.

55 Merecem menção: a atuação conjunta Brasil-Índia na V Conferência Ministerial da OMC em 2003, quando lideraram a revolta dos países em desenvolvimento contra os subsídios agrícolas dos EUA e da União Européia, que resultou na criação do G20 comercial; o caso de Honduras; a mediação na questão nuclear do Brasil e Turquia com o Irã etc. (Milani, 2011: 80).

56 Para uma boa síntese dos principais eixos da PEB no período 1995–2010 ver Milani (2011).

57 Milani relata que em 2002, o Brasil tinha 150 representações em todo o mundo, que passaram a 216 em 2010; 35 novas embaixadas foram criadas na gestão Amorim — 16 delas na África. O Brasil é hoje o quarto maior doador, entre os países em desenvolvimento, para o orçamento das operações de paz da ONU, participando em 9 missões, com 2.256 soldados. (...). Do ponto de vista econômico, de acordo com dados do Itamaraty, entre 1998 e 2008 a participação do Norte nas exportações brasileiras passou de 57,4% para 46,9% enquanto a dos países em desenvolvimento (África, Ásia e América Latina) cresceu de 42,6% para 53,1% (Milani, 2011: 82-83).

Consolida-se uma dinâmica que já acontecia desde os anos 1990, mas é mais visível a partir dos governos Lula: uma *horizontalização* das competências, ou *descentralização horizontal* do processo decisório para a formulação e execução da política externa brasileira, no próprio Poder Executivo, tirando do Itamaraty a exclusividade histórica na condução da política externa (Silva, Spécie & Vitale, 2010).

A análise da regulamentação legal evidencia que todos os órgãos do Poder Executivo federal, desde a Presidência da República aos Ministérios, contam hoje com competências para atuar na área internacional, sobretudo na cooperação internacional; e vários Ministérios e Secretarias Especiais têm mais de 50% de suas estruturas voltadas para a atuação nessa área (França & Sanchez, 2009; Silva, Spécie & Vitale, 2010). Essa estruturação não é nova historicamente, mas no contexto democrático ganha maior importância e complexifica as relações internacionais do Brasil, sobretudo no âmbito da cooperação.

Observa-se, assim, uma *parcial diluição da tradicional centralização da política externa nas mãos do MRE* e *contraposição entre características da diplomacia tradicional, desempenhada necessariamente pelo corpo diplomático*, e atividades de uma *diplomacia [mais] contemporânea*, conduzida por diversos atores, oficiais ou não, governamentais e não governamentais (Silva, Spécie & Vitale, 2010: 12-13; Hirst, Lima & Pinheiro, 2010). Aumenta também a participação dos outros poderes (Legislativo e Judiciário), e de outras instâncias e níveis subnacionais do próprio Executivo, assim como do setor empresarial e não governamental (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010). Fala-se ainda na emergência de uma *nova diplomacia presidencial* (Silva, Spécie & Vitale, 2010). Como consequência, não apenas se ampliam os espaços burocráticos de formulação da política externa, mas também se tornam mais acessíveis os canais de interlocução com a sociedade civil nessa matéria, o que é novo na história da diplomacia brasileira. Essa dinâmica coincide com

(...) a crescente [e nova] inserção internacional do Brasil e é profundamente marcada pela democratização e pelo crescimento do poder de lobby dos atores não estatais, além do aprofundamento da liderança personalista dos chefes de Estado na condução da política externa, de forma bastante nítida nos governos Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva (Silva, Spécie & Vitale, 2010, p. 13).

Para Hirst, Lima & Pinheiro (2010), embora já anunciada na administração anterior, a mudança substantiva da PEB nos governos de Lula, sobretudo a partir de 2003, está situada nas *novas nuances*, possibilitadas tanto pelo crescimento econômico quanto pela decisão política de maior protagonismo e atuação do país nos assuntos

internacionais, numa postura menos defensiva e mais propositiva, ampliando a base de apoio da PEB, tanto interna quanto externamente.

Essa constatação coloca na pauta de discussão tanto a possibilidade de uma nova dinâmica no processo decisório para a política exterior, com mais transparência e participação democrática, quanto o risco de incoerências, pulverização de responsabilidades, fragmentação e falta de coordenação. Os novos atores passam, de certa forma, a rivalizar ou competir com o MRE e com os diplomatas de carreira, mas não têm as competências específicas da área diplomática; e os diplomatas, por sua vez, tem que lidar tanto com problemas estruturais das chancelarias, decorrentes das mudanças recentes da política externas e que não foram ainda superados – escassez de recursos e falta de *constituency* –, quanto com deficiências técnicas mais específicas, decorrentes da formação generalista dos diplomatas, competências estas que podem ser encontradas nos ministérios setoriais ou temáticos (Silva, Spécie & Vitale, 2010, p. 12). Não por acaso, as chamadas “diplomacias setoriais” não são bem vistas, em termos gerais, pela diplomacia brasileira.

5.3 | Novos Desafios para a Política Externa Brasileira

Hirst, Lima e Pinheiro (2010), entre outros autores, reiteram e analisam essa dinâmica recente da PEB e seus principais desafios. A principal mudança, a partir de 2003, seria que PEB deixou de ser *acessória à estabilidade macroeconômica* e funcional para a garantia da credibilidade internacional do país, e passou a ter uma atuação mais “pró-ativa e pragmática”, como um dos pilares da estratégia de governo, que articula manutenção da estabilidade econômica, retomada do papel do Estado na coordenação do desenvolvimento em novas bases e inclusão social. A ampliação dos interesses e ambições do Brasil no cenário internacional, que se beneficia das conjunturas globais e regionais e da difusão do poder na direção dos novos emergentes, combinada a posições coordenadas com outros países em desenvolvimento, vem possibilitando o desenho de uma política externa *mais assertiva*. Entretanto, *ao alargar a agenda de temas e atores (burocráticos e sociais), a política externa passou a ter uma base social com a qual não contava anteriormente*, ampliando inclusive o debate público sobre o tema (Hirst, Lima e Pinheiro, 2010: 22-23), embora de forma pouco informada. A participação da sociedade como um todo nessa discussão ainda é bastante limitada.

Essas diretrizes, lançadas em 2003, e os seus resultados, têm sido objeto de discussão na literatura e na mídia e a argumentação se polariza entre a *partidarização*, a excessiva dominância da presidência, a *generosidade inconseqüente* da PEB e a defesa da ampliação dos recursos de poder que essa dinâmica proporciona. Hirst, Lima e Pinheiro (2010) argumentam, acertadamente, que

(...) mais que responder a bandeiras partidárias, a política internacional brasileira alargou como nunca sua ancoragem institucional com base na mobilização de múltiplas agências do Estado com agendas externas próprias ou complementares às linhas de ação do Itamaraty (p. 23).

Essa nova *estatalidade* vem sendo articulada com um mercado dinamismo empresarial, voltado para investimentos nos países em desenvolvimento, especialmente na América do Sul, África e Ásia, que pode ser positivo no *novo tabuleiro mundial*. Acrescenta-se a esse quadro um *adensamento da política de cooperação internacional* nos âmbitos Sul-Sul e triangular, como um *vigoroso instrumento da PEB* (Hirst, Lima e Pinheiro, 2010: 24)⁵⁸, com caráter estratégico (ABC, 2006). Entretanto, essa dinâmica traz também desafios importantes.

5.3.1 | Novos atores

A *pluralidade de atores* e a *politização da política externa*, engendrada pela maior projeção internacional, aliada à diversificação dos temas em discussão, trouxe maior visibilidade e criou grande expectativa em torno do Brasil, ao mesmo tempo em que a diversidade de agências, atores e interesses, nem sempre completamente alinhados com o governo, vem exigindo mecanismos sólidos de coordenação e *um novo padrão de construção de consensos na formulação dos projetos externos*, para garantir tanto sua maior representatividade quanto sua efetividade (Hirst, Lima e Pinheiro, 2010: 24).

O aumento importante da cooperação técnica internacional, sobretudo com os países em desenvolvimento, tem dado destaque à atuação internacional dos ministérios domésticos, favorecendo (e privilegiando) o atendimento de demandas, que aumentaram de forma significativa. Da mesma forma, o setor empresarial também tem intensificado sua presença internacional e, ainda que atue paralelamente, tem desenvolvido diálogo expressivo com o governo e participado de várias missões exploratórias conjuntas, em diferentes países. O impacto dessas dinâmicas na administração pública é disperso, o que é agravado pela diversidade de temas — agricultura, saúde, educação, C&T, defesa, minas e energia, cultura e turismo – configurando uma *presença expandida* no exterior (Hirst, Lima, & Pinheiro, 2001: 25 a 28)⁵⁹.

Especificamente em relação à saúde, ainda que o Brasil já desenvolva projetos de cooperação há algumas décadas, sobretudo com países do Sul e em

58 Para uma boa análise da PEB dos governos Lula ver Hirst, Lima & Pinheiro (2010).

59 Ver o primeiro levantamento sobre o volume de recursos para a cooperação internacional, realizado pela ABC em colaboração com o IPEA. Apesar de problemas metodológicos, que questionam alguns dos resultados apresentados, esse primeiro esforço de registro é extremamente bem-vindo.

temáticas específicas (como por exemplo na área de HIV/AIDS), desde os meados da década de 2000 a saúde é reconhecida como tema predominante na agenda nacional de cooperação Sul-Sul, revelando uma aproximação sem precedentes entre os Ministérios das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde (ABC, 2007). Como conseqüência, houve um aumento marcante do número e diversidade de projetos de cooperação internacional na área de saúde, principalmente com a África e a América do Sul⁶⁰. No âmbito internacional, o Brasil também vem assumindo a liderança, em coordenação com outros países do Norte e do Sul, nos esforços de construir relações mais consistentes entre saúde e política externa⁶¹, assim como vem atuando de forma marcante e propositiva nos foros internacionais específicos da área, como a Assembléia Mundial da Saúde. Também tem demonstrado ativismo notável nos órgãos multilaterais regionais — UNASUL e CPLP (Almeida *et al*, 2010; Buss & Ferreira, 2010a e 2010b; Buss & Ferreira, 2010b; Santana, 2011).

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)⁶², do Ministério da Saúde, foi então convocada a assumir o papel de ponto focal na cooperação em saúde, por seu papel histórico nacional e internacionalmente, trabalhando em coordenação com a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA) e a ABC, do MRE. Um Escritório Regional de Representação da instituição foi inaugurado na África em outubro de 2008, sediado em Maputo, Moçambique (o “Fiocruz África”) reiterando a missão internacional da Fiocruz e o compromisso governamental⁶³.

60 É digno de referência o projeto de transferência de tecnologia para a produção de medicamentos anti-retrovirais e outros, em Moçambique, que está sendo levado a cabo por Farmanguinhos, uma das unidades técnicas da Fiocruz, como uma área nova e desafiante para a cooperação brasileira em saúde.

61 Declaração de Oslo (Oslo Ministerial Declaration, 2007).

62 A inauguração do “Fiocruz África” contou com a presença do Presidente Lula, do ministro Celso Amorim, dos ministros da saúde de ambos os países e do então presidente da Fiocruz, Paulo Buss. A Fundação Oswaldo Cruz é uma fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde, e integrante do Sistema Único da Saúde (SUS). Tem uma missão diversificada — ensino, pesquisa, produção e desenvolvimento tecnológico – desempenhada por Unidades Técnico-Científicas, e também está engajada em intercâmbio com centros científicos e tecnológicos em vários países, desenvolvidos e em desenvolvimento. Seus dois campi principais estão no Rio de Janeiro — Manguinhos e Jacarepaguá –, mas a Fiocruz tem Unidades também em outros 7 diferentes estados, o que lhe confere abrangência nacional (são ao todo 15 unidades técnico-científicas e 5 unidades administrativas). O Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (CRIS/Fiocruz) foi criado em janeiro de 2009, no campus de Manguinhos do Rio de Janeiro, e é um órgão assessor da Presidência da Fiocruz, além de coordenar o Grupo Técnico de Cooperação Internacional da Fiocruz, composto por representantes das Unidades Técnico-Científicas envolvidas na cooperação internacional.

63 Este é o primeiro escritório internacional de representação da Fundação e também o primeiro posto brasileiro da área de saúde sediado no exterior. O Escritório de Representação da Fiocruz na África (“Fiocruz África”) é regional e tem como missão: representar a Presidência da Fiocruz junto aos países da União Africana em atividades de cooperação técnica; acompanhar o desenvolvimento de projetos de cooperação técnica em saúde desenvolvidos pela Fiocruz no Continente Africano com prioridade para os países da CPLP, principalmente os localizados na África (e, excepcionalmente na Ásia, como o Timor Leste); realizar análises de conjuntura e situacionais nesses países, relacionadas ao desenvolvimento em saúde; levantar, avaliar e encaminhar demandas de cooperação técnica em saúde dos países da União Africana, via Fiocruz/Ministério da Saúde ou outra instituição brasileira, quando pertinente; participar, junto com parceiros nacionais em cada país, na definição dos programas de cooperação; promover articulações com outras agências bi-laterais e multilaterais que atuem na região.

Essa nova configuração tem impulsionado também reestruturações no aparelho de Estado, seja nas áreas setoriais⁶⁴, seja na própria organização administrativa do Itamaraty, que procura *ajustar-se aos ‘novos tempos’ e preservar algum grau de autonomia e poder de pilotagem* (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010: 27), inclusive criando unidades administrativas “especializadas”, que espelham os temas e regiões em destaque na PEB. Hirst et al (2010) chamam a atenção também para o aumento do número de brasileiros vivendo no exterior que, juntamente com todas as outras mudanças, tem outorgado *visibilidade inédita* aos aspectos políticos da dimensão consular da diplomacia brasileira.

Em relação ao Congresso Nacional, as mesmas autoras alertam que, embora menos ativo que no passado, quando

(...) o PT, como partido da oposição, foi responsável por incentivar os debates e o monitoramento da política externa(...) ainda vige a lógica de uma ‘delegação transitória’ ao Executivo na formulação dos negócios exteriores... [que] é retirada quando surgem divergências que produzem polarizações (Hirst, Lima e Pinheiro, 2010: 28).

O mesmo ocorre quando implica em novas regulamentações para viabilizar a cooperação, como por exemplo na doações de equipamentos⁶⁵.

Por fim, o protagonismo presidencial e o estilo de sua atuação internacional não são negligenciáveis, pois se buscou aproveitar tanto a geopolítica global pós-guerra Fria, quanto o processo político e econômico nacional (estabilidade democrática e econômica, participação da sociedade civil) e as políticas sociais domésticas mais inclusivas (Almeida, 2004; Saraiva, 2007; Hirst, Lima & Pinheiro, 2010). Embora não seja propriamente uma novidade no Brasil, as características específicas dessa *diplomacia presidencial* ainda não foram melhor analisadas, mas, aparentemente, a presença de uma assessoria especial em relações internacionais junto à Presidência da República nas administrações de Lula balizou também a atuação do presidente (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010: 28).

64 Além do “Fiocruz África” a Embrapa também tem escritório regional de representação na África, sediado em Gana, além de escritórios de projetos em países específicos. A institucionalização do Fiocruz África depende de Decreto ministerial específico, ainda não aprovado, pois significa a criação de uma nova unidade da Fiocruz e sua especificidade exige legislação própria. Até o final de maio de 2013 a legislação para a criação do “Fiocruz África” não tinha sido aprovada, apesar dos esforços institucionais e do Escritório já estar operando 2008.

65 Como ocorreu no caso da entrada da Venezuela no Mercosul ou nas negociações com o Paraguai sobre Itaipu (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010: 28). Um exemplo paradigmático dessa situação foi a necessidade de tramitação e aprovação no Congresso de legislação específica que autorizasse a doação de equipamentos pelo governo brasileiro à Moçambique, para o projeto de transferência de tecnologia para a fábrica de medicamentos..

5.3.2 | A agenda diplomática

No que toca à agenda diplomática, duas principais inovações são destacadas pelos autores: o abandono das posições defensivas e adoção de uma agenda propositiva e demandante nos fóruns de governança global; e a prioridade concedida às relações Sul-Sul.

Ainda que mantendo a clássica posição de mediador entre o Norte e o Sul, mudou também a postura negociadora do Brasil nos fóruns globais, agora centrada na busca e construção de coalizões que aumentem os seus recursos de poder e que variam segundo o tema, mas, em geral, priorizam alianças com os parceiros do Sul, algumas vezes trianguladas com os do Norte (as chamadas *coalizões de geometria variável*), e refletindo mudanças também nas políticas internas (Lima, 2010; Hirst, Lima & Pinheiro, 2010). As autoras referem que a aproximação com os “novos emergentes”⁶⁶ na articulação multilateral é um dos aspectos mais importantes da nova inserção do Brasil no sistema mundial e tem se traduzido na promoção ativa das articulações regional e trilateral (com a Índia e África do Sul, no fórum IBSA, e no fórum BRICS)⁶⁷. Essas articulações se caracterizam como coalizões ou arranjos políticos e cooperativos e cumprem papel estratégico. No caso do BRICS seria coalizão política; e no IBAS se combinaria coalizão com arranjo cooperativo (Lima, 2010: 164).

No sistema de segurança da ONU o movimento diplomático continua vinculado à conquista de um lugar no Conselho de Segurança, no contexto de uma reforma institucional das Nações Unidas, e as mudanças do posicionamento brasileiro — como a aceitação do comando da MINUSTAH — têm sido bastante significativas, além de que, nas negociações financeiras (G-20 financeiro), o Brasil tem atuado em coordenação com os BRICS.

⁶⁶ Lima (2010) e Hirst (2010) referem que esses países são chamados de diferentes formas – *intermediate states* (Cooper, 2000), *middle powers* (Reis & Dehon, 2004 e Nolte, 2007), potências médias, países intermediários, potências regionais, potências emergentes (Lima, 2010; Hirst, 2010) — e também são variados os critérios para a sua classificação, que inclui indicadores clássicos (econômicos e sociais) e outros indicativos de *soft power*, tais como identidade geopolítica e “*capacidade de irradiação e influência sobre outros países*”, em âmbito regional e global, particularmente em relação a “*políticas públicas voltadas para o desenvolvimento e padrões de organização social ... que possam servir de modelo ... para países menos desenvolvidos*”. Em geral, são também países com marcadas dualidades sócio-econômicas, o que lhes confere peculiaridade em suas estratégias internacionais, uma vez que combinam atitude pró-ativa na cena internacional, na perspectiva de autonomia, e vulnerabilidade persistente (Lima, 2010, p. 155).

⁶⁷ O Fórum IBAS é uma iniciativa trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul, desenvolvida no intuito de promover a cooperação Sul-Sul. Surge como resultado das discussões entre os Chefes de Estado desses países na reunião do G-8, que ocorreu em Evian em 2003, e das consequentes consultas trilaterais: os ministros das relações exteriores dos respectivos países encontraram-se em Brasília em 6 de junho de 2003. O fórum BRICS era composto no início por Brasil, Rússia, Índia e China (BRICS) e posteriormente, incluiu a África do Sul (BRICS). Foi formalizado como plataforma política em 23 de setembro de 2006, na I Reunião Ministerial dos Chanceleres desses países, à margem da 61ª Assembléia Geral das Nações Unidas. Como agrupamento, o BRICS tem caráter informal: não conta com um documento constitutivo; não funciona com um secretariado fixo, nem dispõe de fundos destinados a financiar quaisquer de suas atividades, salvo acordos para programas específicos. Em última análise, o que sustenta o mecanismo como tal é a vontade política de seus membros.

Lima (2010) diferencia a primeira e a segunda *geração de emergentes*. A primeira, que se constituiu na década de 1980, seria a dos NICs—Novos Países Industrializados⁶⁸ e a novidade era a participação de alguns países da periferia capitalista nas exportações de produtos industrializados e sua penetração nos mercados dos países desenvolvidos, deslocando os produtores domésticos em alguns setores. Os NICs teriam duas características distintivas em relação aos países em desenvolvimento: o seu crescimento se dava com base no aumento das exportações, após o crescimento pautado na substituição de importações; e não participavam do movimento de reforma do regime comercial, preconizado pelo G77 com ativa participação do Brasil (Lima 2010; Fiori, 2007). A segunda geração aparece nos anos 1990, no contexto da globalização e da derrocada do comunismo, e os “novos emergentes” são vistos como grandes mercados incorporados à globalização capitalista, chamados também de “grandes países periféricos” (Dupas, 2006, *apud* Lima, 2010). Segundo a mesma autora, no contexto neoliberal dessa década, os analistas não identificavam, na América Latina em particular, conotação política nesses novos atores, pela suposta homogeneidade em torno das teses neoliberais; já a partir dos anos 2000, com a crise do modelo neoliberal e os processos de democratização, com realinhamento político-eleitoral à esquerda, sobretudo na região sul americana, recoloca-se a questão da participação — real ou potencial — desses países na economia global. O fator demográfico seria um recurso de poder importante na economia política mundial.

Diferentemente das *coalizões terceiro mundistas* dos países do Sul, formadas nos meados dos 1960 — Movimento dos Não-Alinhados e Grupo dos 77 — a participação dos novos emergentes nos circuitos globalizados da produção e do consumo, poderia permitir *a difusão do poder econômico na direção de alguns países periféricos, cujo tamanho da população permitia um papel diferenciado na economia global e, conseqüentemente, uma possível influência no ordenamento político mundial* (Lima, 20010: 157)⁶⁹. Entretanto, a heterogeneidade desse grupo de países ainda é a norma, como também o é a marcada dualidade entre indicadores econômicos e sociais, pois apesar de estrutura econômica diversificada em seu conjunto, e expressivo crescimento econômico em alguns, apresentam também sérios problemas de desigualdade e exclusão social. Embora o maior protagonismo político de alguns dos novos emergentes mantenha a postura de oposição à situação dominante de assimetrias (econômica e política) mundiais, pleiteiam a reforma das instituições internacionais e manifestam um ativismo diplomático assertivo e propositivo.

Ao contrario da primeira geração de emergentes, cujo protagonismo era majoritariamente comercial, os de segunda geração não apenas dispõem de massa critica para participação diferenciada na economia global, como articulam políticas pró-ativas na política mundial (Lima, 2010: 159).

68 Entre eles se destacam primeiro o Japão, depois a Coréia do Sul e os pequenos países do Sudeste asiático.

69 Integram esse grupo 13 países: Argentina, Brasil, China, Índia, Indonésia, Irã, México, Polônia, Coréia do Sul, África do Sul, Tailândia, Turquia, Rússia. Em 2000, esses países representavam 15,42% do PIB mundial e, em 2008, 21% (Lima, 2010: 158).

Especificamente no foro IBAS, alguns eixos principais caracterizariam a articulação: cooperação com vasta gama de intercâmbios técnicos e comerciais, cooperação trilateral com países de menor desenvolvimento relativo e coordenação de posições comuns nos foros multilaterais. O amplo programa de cooperação, em temas diversificados de políticas públicas, que incluem saúde, *indica que o foro foi concebido para transcender as chancelarias* [que funcionariam como pontos focais de coordenação em cada país], *articulando as respectivas burocracias, representantes dos setores privados e da sociedade* (Lima, 2010: 164-5)⁷⁰. O que diferencia esta iniciativa das anteriores é que a vertente comercial está presente, mas não é prioritária como antes, e a cooperação Sul-Sul é um elemento distintivo, incluindo a cooperação trilateral com países menos desenvolvidos⁷¹. Para essa autora, o foro IBAS se diferencia claramente das coalizões do passado: enquanto as anteriores atuavam de forma defensiva em face aos regimes internacionais, as atuais combinam o revisionismo com propostas construtivas de fortalecimento internacional; defendem, explicitamente, as instituições e os valores democráticos; e propõem arcabouços para a cooperação entre países do Sul, sobretudo com os menos desenvolvidos, na perspectiva de superação da situação de pobreza e desigualdade. Além da dificuldade de compatibilizar as respectivas agendas regionais e globais, os desafios incluem, por um lado, conseguir transcender a dinâmica centro-periferia, onde os laços econômicos majoritariamente são constituídos com países do Norte; e, por outro, superar o *modus operandi* da cooperação Norte-Sul clássica, o que inclui a não imposição de condicionalidades políticas e econômicas.

Em relação aos BRICS, as diferenças entre os quatro países são ainda mais marcantes e, até o momento, as articulações não ultrapassaram a esfera financeira, nos momentos de crise. Embora, no plano político, compartilhem posições comuns em algumas temáticas, não se sabe em que medida essas aproximações seriam replicáveis (ou mantidas) em relação a outros assuntos em diferentes conjunturas (Lima, 2010: 167 e 174).

Assinala-se ainda que a *geometria variável de acordo com a temática e o regime internacional* (Lima, 2010) parece ser o traço dominante nos arranjos cooperativos e nas coalizões entre os novos emergentes, refletindo os limites e carências de recursos de poder. Essa dinâmica e *um novo tipo de multilateralismo ad hoc*⁷² está provocando iniciativas, tanto dos EUA como da União Européia, para constituição de *parcerias estratégicas* com os emergentes, sugerindo uma forma de cooptação (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010: 30). Portanto, os desafios para a institucionalização desses arranjos cooperativos são específicos e distintos. Lima alerta também que, diferente do passado, *não existe mais*

70 Foram constituídos 16 grupos de trabalho em diferentes áreas.

71 A constituição do Fundo IBAS de Combate à Fome e à Pobreza, em maio de 2004, sob a administração do PNUD, com aporte dos três países, confirma essa linha de trabalho: o primeiro projeto financiado pelo Fundo destinou-se ao desenvolvimento da agricultura e da pecuária na Guiné Bissau, atividades que representam 70% do PIB desse país; e as atividades no Haiti também foram financiadas por essa via, com projetos de cooperação para a coleta de lixo e para a criação de empregos (Lima, 2010:165).

72 Exemplo disso é o G 20 financeiro, um mecanismo de coordenação informal sem base num tratado internacional.

um único movimento ou coalizão que possa abrigar os interesses variáveis do Brasil nas diversas arenas internacionais (Lima, 2010: 167).

No caso dos arranjos cooperativos, o Brasil vem implementando uma agenda própria de cooperação, onde atua como doador, sobretudo com os países menos desenvolvidos, e o envolvimento de diferentes agências governamentais e a participação da sociedade civil em várias iniciativas é, de fato, um novidade. Entretanto, essa internalização doméstica de iniciativas de política externa gera outros novos desafios (Lima, 2010: 175): a) necessidade de extrair e mobilizar recursos do Estado e da sociedade para realizar e intensificar a cooperação; b) exigência de maior coordenação inter e intrainstitucional, num único setor e entre distintos setores; c) necessidade de enfrentar a inerente maior politização da cooperação internacional, resultante da ampliação do componente doméstico na política externa, e de evitar retrocessos ou estancamento devidos ao realinhamento político-partidário em função das mudanças governamentais. Depende, portanto, *não apenas do contínuo incremento de suas capacidades materiais e simbólicas, mas da continuidade do compromisso das elites governantes e da sociedade com a estratégia atual da política externa* (Lima, 2010, p. 176).

Esse alerta de Lima é corroborado por outros autores (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010; Milani, 2011) e traz elementos importantes para a reflexão sobre a cooperação internacional do Brasil na área de saúde.

5.3.3 | As relações com a América do Sul e com a África

A América do Sul tem sido prioridade na PEB e o papel de mediador do Brasil nas crises políticas na região, assim como a sua expansão comercial e de investimentos, tem sido reconhecido; entretanto, esse reconhecimento rivaliza com o aumento, sem precedentes, de demandas, nem sempre passíveis de serem atendidas, e provoca reações às aspirações de potência regional do país. Os avanços nos planos políticos e de defesa têm sido mais significativos que na área econômica: Mercosul continua com vários entraves, mas UNASUL e CEALC parecem avançar (Hirst, Lima, & Pinheiro, 2010: 32).

Já o relacionamento com a África *se converteu num referente simbólico da estratégia Sul-Sul, reforçado pelo discurso da convergência identitária que envolve aspectos históricos, étnicos e socioculturais do país* (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010: 33), além de que, concretamente, recuperou-se grande dinamismo nas transações comerciais a partir de 2000⁷³. No plano diplomático, além das novas embaixadas, o presidente e seu chanceler visitaram o continente inúmeras vezes, passando por diferentes países, sempre acompanhados de representantes e assessores de diferentes áreas e

⁷³ Entre 2000-2008 o comércio do Brasil com o continente africano passou de 4 bilhões para 26 bilhões (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010: 33).

também empresários, e criou a Cúpula África–América do Sul, em 2008. As motivações especificamente políticas estão associadas também aos interesses brasileiros no jogo global, especificamente a reforma das Nações Unidas e a aspiração a um assento no Conselho de Segurança da ONU.

Na primeira década do novo milênio a África foi o principal destino da cooperação técnica internacional do Brasil, em resposta tanto a demandas dos países, canalizadas via Embaixadas ou mesmo diretamente, quanto de ofertas feitas nas visitas presidenciais e do Chanceler. Existe atualmente uma grande gama de projetos de cooperação envolvendo distintos ministérios, destacando-se Ciência e Tecnologia, Indústria e Comércio Exterior, Agricultura e Saúde, e a atuação no continente africano vem sendo conduzida pelos órgãos especializados — como Embrapa, Fiocruz, SENAI, entre outros — num processo de internacionalização que tem exigido grande esforço institucional. Outros projetos, implementados por ONGs ou mesmo instituições privadas e filantrópicas, por demanda do governo brasileiro, também tem estreitado os vínculos com os países africanos.

Atenção especial tem sido dada às relações com a África do Sul, tanto em nível do diálogo no Fórum IBAS, quanto no G-20 e forum BRICS, ou nas conferências temáticas, incluída as assembleias mundiais, e o foco tem sido a decisão tanto de assumir responsabilidades comuns em questões estratégicas (como por ex. no Atlântico Sul) quanto de coordenar posições em questões econômicas, sociais e políticas na arena internacional, com crescente visibilidade (Hirst, Lima e Pinheiros, 2010: 33-34).

6 | COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

A história do Brasil como receptor de cooperação internacional é antiga. Datam do início do século XX as cooperações internacionais para controle das doenças transmissíveis — principalmente as epidemias urbanas (cólera e febre amarela) e as chamadas endemias rurais (malária, Chagas e ancilostomose) — e, durante a primeira metade do século passado, cada uma a seu tempo e de maneira específica, produziram impactos importantes no sistema político brasileiro, na formulação da política de saúde, na organização dos serviços, na formação profissional (sobretudo de médicos e enfermeiros) e no desenvolvimento científico do país. Essas cooperações se concretizaram com diferentes países e organizações – Fundação Rockfeller, OPAS (mesmo antes da criação da OMS), governo norte-americano (que deu origem à Fundação Serviços de Saúde Pública–SESP), entre outros (Lima, 2002; Cueto, 1996; Hofman, 2007 e 2008). A criação de Universidades e escolas superiores em áreas específicas (como medicina e agricultura), assim como de importantes instituições de pesquisa (como o Instituto Butantã e a Fundação Oswaldo Cruz–Fiocruz), também se beneficiaram de distintas cooperações internacionais (Schwartzman, 2001). Os contextos de guerra

mundial estimularam a intensificação dos controles contra a transmissão de doenças — proteção continental e da saúde — para além das preocupações anteriores, centradas na consolidação das sociedades de massa e na expansão do comércio entre as nações, como também na formação de profissionais com apoio estrangeiro.

A OPAS, desde sua criação, em 1902, sempre promoveu iniciativas para melhorar a quantidade, perfil e modo de atuação dos trabalhadores em saúde na região latino-americana, inclusive no Brasil (Cueto, 2007; Pires-Alves et al, 2010). A participação do Brasil nos fóruns internacionais de saúde pública (como as Conferências Sanitárias Pan Americanas) e na criação da própria OMS foi marcante (Lima, 2002).

No imediato pós-guerra, programas de cooperação importantes foram implementados e ajudaram a estruturar instituições fundamentais para a consolidação do sistema universitário brasileiro, como o Conselho Nacional de Pesquisa–CNPQ e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (em 1951). Em outras áreas tecnológicas também foram proporcionados impulsos fundamentais, como programas de cooperação conduzidos pela Força Aérea Brasileira – FAB e o governo dos EUA, em parceria com instituições norte-americanas (como o MIT–Massachusetts Institute of Technology), do qual resultou a constituição do pólo de tecnologia aeronáutica de São José do Rio Preto, São Paulo (em 1950), que foi fundamental para o desenvolvimento da indústria aeronáutica brasileira (embrião da Embraer)⁷⁴ (Schwartzman, 2001).

Com a criação da OMS, nesse mesmo período, e mudanças na OPAS, impulsionaram-se novas agendas de cooperação, sobretudo na área de formação profissional, na perspectiva de superar o “higienismo” anterior e estimular uma nova perspectiva para a saúde pública e a formação médica.

Nas décadas de 1960 e 1970, a força de trabalho passou a ser considerada recurso-chave para impulsionar o desenvolvimento (com base na economia da educação e nas teorias do capital humano) e a formação profissional ganhou novo impulso e significado. Como parte desse processo, nos meados dos anos 1960, é criada uma área de *desenvolvimento de recursos humanos* na OPAS (Ferreira, 2005 *apud* Pires-Alves et al, 2010: 68). Ainda nessas mesmas décadas, desenvolvem-se reformas educacionais no Brasil com

(...) tendência tecnicista com o objetivo de aplicar na escola o modelo empresarial baseado na ‘racionalização’ imbuída no sistema capitalista de produção. Para implantar um projeto de educação voltado para o almejado

⁷⁴ A construção do polo inicia com a criação do Centro Tecnológico da Aeronáutica (CTA) para abrigar dois institutos científicos: um para o ensino superior, o Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA), e outro para pesquisa e desenvolvimento nas áreas de aviação militar e comercial, o Instituto de Pesquisas e Desenvolvimento (IPD) (Schwartzman, 2001).

crescimento econômico, que coadunasse com as exigências da sociedade industrial e tecnológica, inúmeros acordos entre o Brasil e os Estados Unidos são efetivados — os chamados acordos MEC — Usaid (Ministério da Educação e Cultura e United State Agency for International Development), pelos quais o Brasil recebeu assistência técnica e cooperação financeira. Desenvolve-se uma reforma educacional atrelada ao modelo econômico dependente, instituído pela política norte-americana para a América Latina, em três pontos: educação e desenvolvimento; educação e segurança; educação e comunidade. No Paraná, a Escola Técnica Federal do Paraná, atualmente Universidade Tecnológica do Paraná, foi centro difusor de treinamentos amplamente divulgados pela imprensa paranaense e nacional (Matos, 2008: 359) (Pires-Alves et al, 2010: 68)

Por outro lado, *pari passu* ao surgimento da cooperação técnica entre países em desenvolvimento, sobretudo nos anos de 1970, as práticas de cooperação na região tentam revalorizar as *idéias de soberania, de interação entre iguais de apropriação efetiva dos conhecimentos e tecnologias*, indicando que a cooperação poderia ser também *um processo de construção coletiva de conhecimentos e práticas inovadoras* (Ferreira, 1976, *apud* Pires-Alves et al, 2010: 69). Segundo esses autores, as relações entre a OPAS e seus Estados Membros também seguiram essa dinâmica, atualizando suas agendas em iniciativas conjuntas.

Um grande acordo de cooperação técnica em recursos humanos para a saúde foi celebrado entre a OPAS e o governo brasileiro em 1973 — Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde –, envolvendo os ministérios da Saúde, Educação e Cultura e Planejamento, cujo programa de ação, assinado em 1976 — o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (PPREPS) – tem desdobramentos que persistem até os dias de hoje e é um modelo percebido como *possível matriz para outras experiências de cooperação Sul-Sul* (Pires-Alves et al, 2010: 69).

O PPREPS, extremamente inovador para a época, propunha ajustar a formação de recursos humanos às necessidades do sistema de saúde e em sintonia com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975), dando sustentação à ampliação de cobertura da atenção à saúde de forma hierarquizada e regionalizada, segundo as necessidades sócio-econômicas de cada região e articulava-se aos anseios de reforma na saúde que começa a se estruturar nessa mesma época. Sucessivos desdobramentos nas décadas seguintes impulsionaram a criação de centros descentralizados formadores de recursos humanos em saúde nos estados e de núcleos de desenvolvimento de recursos humanos em saúde junto às secretarias de saúde, a constituição de uma rede de escolas técnicas multiprofissionais para o setor, a criação de Núcleos de Saúde

Pública e de Saúde Coletiva nas universidades, entre outros. Toda essa estruturação teve papel importante na reforma sanitária brasileira.⁷⁵

Na área de formação pós-graduada, a cooperação internacional possibilitou também a construção de parcerias entre a OPAS e entidades privadas (como a Fundação Milbank), apoiando a criação de novas instituições — como o Instituto de Medicina Social (IMS), na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) — e o revigoramento de outras — como a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz⁷⁶.

Toda essa dinâmica permitiu a associação entre a cooperação técnica internacional e a reforma sanitária brasileira, mantendo-se um projeto alternativo e crítico em relação à agenda neoliberal, evidenciando as complexidade e possibilidades da cooperação que, sem ser isenta de conflitos, pode alavancar mudanças históricas. Atualmente,

(...) os âmbitos de atuação e os cenários institucionais entre a OPAS e o governo brasileiro ampliaram-se sensivelmente, refletindo as especificidades dos temas de saúde na nova agenda da política externa e da diplomacia ... A OPAS/OMS tem acordado com o país a responsabilidade de atuar como instância estratégica de mediação e catalisadora das possibilidades de cooperação, assim como instância de acompanhamento de iniciativas ... [mobilizando] redes colaborativas e [promovendo] a sua articulação ... na América do Sul e África (Pires-Alves et al, 2010: 76).

Paulatinamente, nas últimas décadas, o Brasil passou de um país essencialmente receptor de cooperação para um ativo doador de cooperação.

6.1 | Cooperação Brasileira em Saúde no Âmbito Sul-Sul

Na primeira década do novo século, o Brasil ampliou de forma importante a cooperação em saúde no âmbito Sul-Sul, especificamente com a América do Sul e a África. Vem também formulando uma nova concepção, chamada de “cooperação estruturante em saúde”, que se baseia fundamentalmente na abordagem da *construção*

75 Para uma boa descrição, análise e discussão sobre esse Acordo, o PPREPS e outros programas que foram gerados nesse âmbito — como o Programa Larga Escala, o Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU), o Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde (GERUS), entre outros — ver Pires-Alves et al (2010).

76 Um exemplo emblemático foi a parceria entre a Universidade Estadual do Rio de Janeiro—UERJ, a OPAS, a Fundação Kellog e a FINEP, no caso da criação do IMS—Instituto de Medicina Social, da UERJ, nos anos 1970; e, logo após, na segunda metade dessa mesma década e nos anos 1980, essas mesmas parcerias nacionais e internacionais possibilitaram o revigoramento da Escola Nacional de Saúde Pública—ENSP, da Fiocruz.

de capacidades para o desenvolvimento, noção que, como mencionado anteriormente, surge nos anos 1990 e vem se desenvolvendo, com avanços e recuos, ao sabor da dinâmica da cooperação para o desenvolvimento. A inovação brasileira estaria, portanto, no fato de efetivamente tentar operacionalizar o conceito, desafio ainda em curso e cujo impacto ainda é cedo para ser avaliado.

O propósito é ir além das formas tradicionais de ajuda externa e reorientar a cooperação brasileira para o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, além de promover o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que os próprios países 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). Nesse contexto o papel do agente internacional muda substancialmente, o que se constitui numa novidade.

Os principais projetos de cooperação brasileira na África e América do Sul são, portanto, direcionados para o treinamento e formação de recursos humanos, construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e para o fortalecimento (ou criação) das “instituições estruturantes” do sistema de saúde, tais como ministérios da saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos profissionais (medicina, odontologia, enfermagem etc), escolas politécnicas em saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos e medicamentos. A proposta é que estas instituições atuem de forma conjunta em redes nacionais e regionais e apoiem os esforços de estruturação e fortalecimento de seus respectivos sistemas de saúde⁷⁷.

A cooperação brasileira em saúde com a África prioriza a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), embora existam projetos de cooperação e negociações em andamento com outros países africanos. Os antecedentes da cooperação em saúde com os PALOPs vêm desde os anos 1990 e três eventos foram importantes nesse processo: a Reunião de Ministros da Saúde dos PALOP, realizada no Rio de Janeiro em 1994, a missão brasileira aos PALOP, em 1997, e a Oficina de Trabalho sobre Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, promovida pela Fiocruz e realizada com os PALOP, em maio de 2000. Esses eventos desencadearam algumas atividades conjuntas e intensificaram a formação de profissionais desses países no Brasil, além de que as demandas dos representantes dos países destacaram alguns dos problemas cruciais de saúde pública que assolavam suas realidades e que poderiam ser objeto de cooperação.

O modelo de cooperação em saúde adotado em 2009 para os países da CPLP baseia-se num plano estratégico conjunto de cooperação em saúde (Plano Estratégico de Cooperação em Saúde — PECS), construído com a participação de autoridades dos

77 Para maiores detalhes ver os artigos de Buss & Ferreira, 2010a e b.

ministérios da saúde dos oito países e apoiado por “pontos focais” locais, cuja tarefa foi identificar interesses e necessidades a partir da mobilização de autoridades nacionais e outros atores. O financiamento vem dos próprios governos e outras fontes nacionais e internacionais.

A estrutura da CPLP para a cooperação em saúde consiste no Conselho de Ministros da Saúde, que decide sobre os “pontos focais” em cada país e é coordenado pela Secretaria Executiva da CPLP, com apoio técnico formal da Fiocruz (do Brasil) e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Portugal). Este modelo foi discutido e aprovado nas sucessivas reuniões dos ministros de saúde dos respectivos países.⁷⁸

O PECS da CPLP tem a peculiaridade de levar em consideração as metas de avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em cada país, bem como os determinantes sociais da saúde (*MDG Africa Steering Committee*, 2008); cobre sete áreas prioritárias e inclui algumas doenças específicas e áreas temáticas definidas conjuntamente, sendo que esse leque de prioridades pode ser revisto periodicamente, de acordo com as necessidades de cada país⁷⁹.

Essa forma de cooperação em saúde não exclui nenhum dos demais projetos bilaterais ou multilaterais em andamento em cada país, incluindo aqueles entre os próprios países da CPLP. Entretanto, o modelo também busca a articulação e coordenação entre eles, para reduzir a fragmentação e promover melhores resultados. Os países celebraram calorosamente o PECS, o que levou a CPLP a adotar um modelo semelhante para outras áreas de cooperação social, tais como a educação, o meio-ambiente e outras. Entretanto, a primeira avaliação dos seus resultados concretos está prevista para 2012.

Recente levantamento da cooperação em saúde brasileira com os PALOPs, realizada pela OMS em 2010, evidencia que entre 2006 e 2009, o volume de recursos de ajuda externa recebidos pelos PALOPs foi da ordem de USD 942 milhões, 90% dos quais para Moçambique, tendo os EUA e o Fundo Global como maiores doadores. A cooperação brasileira em saúde ainda é modesta em termos financeiros, mas existe grande expectativa de aumento em futuro próximo. Cerca de 31 projetos estão em andamento e as entrevistas com informantes-chave revela que a cooperação brasileira em saúde é bem acolhida e vista de forma muito positiva pelos países receptores; a introdução de novas formas de trabalho e a difusão da experiência brasileira na

78 As reuniões foram realizadas nas cidades de Praia, Cabo Verde, em abril de 2008, e no Rio de Janeiro, Brasil, em setembro de 2008. O PECS para os próximos quatro anos (2009-2013) foi aprovado em outra reunião em Lisboa, Portugal, em maio de 2009.

79 Inicialmente as áreas definidas foram: desenvolvimento da força de trabalho, vigilância epidemiológica, preparação para emergências e desastres, informação e comunicação, pesquisa e desenvolvimento para a saúde, desenvolvimento tecnológico e produção de medicamentos e vacinas, promoção e proteção da saúde, incluindo ações inter-setoriais (determinantes da saúde). As doenças são malária, tuberculose, HIV/AIDS, e as áreas temáticas são saúde e migração, e diplomacia da saúde.

construção de seu sistema de saúde está contribuindo para desafiar paradigmas tradicionais. Entretanto, a falta de um sistema de acompanhamento e monitoração dos projetos e de informações confiáveis em relação ao montante de recursos financeiros envolvidos coloca dúvidas sobre a sua efetividade (Russo *et al*, 2011).

Em relação à América do Sul, várias iniciativas de cooperação e articulações na área da saúde, regionais e sub-regionais, tem sido realizadas ao longo das décadas, com resultados pouco expressivos. A nova perspectiva em curso tem sido orientada pela prioridade da política externa no trabalho conjunto com a recém estabelecida Unasul⁸⁰.

O Conselho Sul-Americano de Saúde (UNASUL Saúde), estabelecido em dezembro de 2008, na Cúpula Presidencial da UNASUL, é composto pelos ministros de saúde dos 12 países-membros e por uma estrutura executiva⁸¹. Os objetivos do Conselho são consolidar a integração sul-americana em saúde por meio de políticas consensuais, atividades coordenadas e esforços de cooperação entre os países.

O modelo de cooperação em saúde adotado pelo UNASUL é muito semelhante ao da CPLP e o Plano de Trabalho preliminar, também conhecido como a “Agenda de Saúde Sul-Americana”, foi aprovado em abril de 2009⁸². Outro importante diferencial desse modelo envolve o engajamento, nesse processo de discussão, de políticos, figuras destacadas da saúde pública e da sociedade civil.

Os principais objetivos da cooperação em saúde na UNASUL são fortalecer os sistemas e serviços de saúde e suas instituições estruturantes e ainda avançar no desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Diferentemente da CPLP, entretanto, eles também incluem o estabelecimento de um “escudo epidemiológico sul-americano” e a negociação conjunta com companhias farmacêuticas para assegurar preços mais justos para medicamentos, kits de diagnóstico, vacinas e equipamentos médicos.

80 O Mercosul e a Comunidade Andina (CAN) foram por muitos anos os dois blocos regionais dos países sul-americanos. A criação da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) culmina um movimento para ampliar o processo e a abrangência da integração regional na América do Sul. Este movimento foi iniciado em 1994 quando Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai (os países-membros originais do Mercosul) propuseram o estabelecimento de uma Área de Livre Comércio Sul-Americana (ALCSA). Embora o movimento tenha sido proposto em meados dos anos 1990, foi apenas em 2004, dez anos depois, que ganhou nova força política. A UNASUL foi oficialmente estabelecida em 23 de maio de 2008, em Brasília, capital do Brasil.

81 A estrutura do Conselho inclui um Comitê de Coordenação composto por representantes de cada ministério da saúde dos países membros; uma Secretaria Técnica sob a responsabilidade do país sede da Presidência Pro Tempore da UNASUL, o último país que a assumiu, e o país que a assumirá a seguir; grupos de trabalho sobre temas específicos, e os pontos focais de saúde (Comitê Coordenador de Saúde da UNASUL).

82 A “Agenda de Saúde Sul-Americana” foi desenvolvida por Grupos Técnicos sobre temas prioritários específicos, foi revista pelo Comitê Coordenador de Saúde da UNASUL e aprovada, em abril de 2009, na reunião do Conselho em Santiago, no Chile.

7 | PARA CONCLUIR

Elaborar cenários ou delinear tendências relacionando a nova inserção internacional do Brasil e o papel da cooperação internacional em saúde nesse processo, ou ainda enunciar possíveis desdobramentos futuros para os atuais projetos de cooperação em curso, não é tarefa fácil, seja pela complexidade do tema, pelo pouco tempo de desenvolvimento desses projetos ou ainda pelas turbulências conjunturais a que estão submetidos. Entretanto algumas observações podem ser feitas, com base na revisão da literatura apresentada, e podem ajudar a reflexão conjunta.

A cooperação Sul-Sul brasileira combina motivações de política externa com o atendimento de demandas de assistência técnica específicas, calcadas na experiência doméstica, e tenta evitar a reprodução das lógicas tradicionais da cooperação Norte-Sul. Ao mesmo tempo em que foi *reforçada a marca estatista da política externa conduzida pelo Itamaraty, ampliou-se [tanto] a dimensão interburocrática [quanto] a base societal da inserção internacional brasileira* e criaram-se novas conexões *interministeriais* (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010: 38).

No caso específico da saúde, o Brasil está buscando aplicar a abordagem de “cooperação estruturante em saúde”, com base em alguns aspectos: (a) foco sobre o desenvolvimento de capacidades em saúde; (b) iniciativas coordenadas no contexto regional; (c) forte envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos; e (d) estímulo à parceria nacional entre os ministérios da Saúde e Relações Exteriores.

A horizontalidade da cooperação Sul-Sul tem sido buscada na ênfase contínua no intercâmbio de experiências, aprendizagem conjunta, compartilhamento de resultados e responsabilidades com parceiros nacionais e internacionais. Esta é uma postura política e estratégica moldada pela recente experiência democrática, no Brasil, de movimentos amplos de participação social que articularam distintos grupos da sociedade, instituições formadoras e governamentais na construção da política social — particularmente a política nacional de saúde.

Os riscos assumidos nesse processo são substantivos e, em caráter exploratório e para estimular o debate, listamos alguns deles, especificamente relacionados à cooperação em saúde.

1. O foco sobre a construção de capacidades em saúde é um grande desafio e tem exigido permanente aprendizado. Apesar da importante mudança conceitual, pouco tem sido feito para explorar a melhor forma de implementá-la com a finalidade de fortalecer os sistemas de saúde. Além disso, o papel dos “agentes internacionais” torna-se menos claro e muito mais complexo na construção da parceria para a identificação das questões

problemáticas e suas soluções. A falta de quadros capacitados para essa tarefa é uma realidade, daí que a capacitação é uma via de mão dupla, envolvendo doador e receptor. E ampliar a capacitação para a cooperação no âmbito das agências estatais com condições de oferecer cooperação internacional é uma meta crucial para o sucesso da cooperação Sul-Sul.

2. A capacidade de oferta de bens públicos requer instrumentos que outorguem visibilidade e especificidade aos projetos de cooperação. Para isto, é fundamental a coordenação na gestão da cooperação, entre doadores e receptores e no interior de seus próprios Estados. Existe ainda falta de instrumentos técnicos apropriados e de recursos, financeiros e humanos, pois as atividades de cooperação, muitas vezes, são desenvolvidas como parte de programas e projetos já previstos nos orçamentos nacionais e deve contar com os quadros disponíveis, que são os mesmos que atuam no próprio país. Além disso, é preciso lidar também com a competição política entre atores locais e externos, governamentais e multilaterais.

3. Altas expectativas por resultados efetivos convivem com mecanismos administrativos bastante limitados, de ambos os lados. E os projetos de cooperação envolvem uma ampla gama de atores e, conseqüentemente, as decisões são tomadas em vários níveis e diferentes espaços de poder, envolvendo culturas organizacionais e institucionais diferenciadas nos distintos países, não raro com instituições ainda precárias.

4. A cooperação Sul-Sul combina motivações de política externa com demandas de assistência técnica específica o que, freqüentemente, se traduz por atendimento de demandas pontuais, colocando como tendência o aumento da fragmentação do tecido assistencial (Mussi, 2007, *apud* Hirst, 2010; Hirst, Lima e Pinheiro, 2010). A precariedade institucional e política do país receptor (e, muitas vezes, também do doador) exacerba ainda mais a dificuldade para ordenar demandas e tornar a ajuda mais efetiva. A competição e convivência com outras formas de cooperação internacional, tradicionalmente estruturadas, em geral na mesma área de atuação, é uma complicação adicional. Portanto, torna-se incompatível o atendimento incondicional de demandas e o cumprimento de um programa estratégico de cooperação. A necessidade de coordenação intra e inter-institucional, portanto, é uma exigência.

5. A credibilidade dos compromissos internacionais assumidos é diretamente dependente de resultados concretos. Entretanto, a possibilidade de expectativas frustradas é muito grande, sendo importante manter uma visão realista sobre as metas, de curto e médio prazo. Pelo lado da oferta, além da forma pragmática e improvisada, a motivação política, que muitas vezes prevalece, se configura como desafio adicional à falta de preparo dos profissionais para trabalhar de forma diferente e em condições adversas. Pelo lado do receptor, por suas próprias características, a cooperação Sul-Sul em saúde inevitavelmente corresponde a um conjunto de ações que contam com condições operacionais limitadas, cujos resultados são mais lentos e progressivos, o que também retarda a avaliação de seu impacto e, conseqüentemente, sua visibilidade. Na área social em geral, e de saúde em particular, isso é particularmente importante, pela dependência de outros determinantes externos ao campo setorial.

6. Para o desempenho de uma liderança cooperativa regional é fundamental uma visão estratégica de longo prazo e a capacidade de mobilização de recursos e de conquistar a legitimidade da sociedade. Como alertam Hirst, Lima e Pinheiro (2010) *não está claro o quanto a população brasileira está disposta a aderir a um projeto cooperativo, sobretudo bi-regional — com a América do Sul e a África*. Na área de saúde a situação se complica, sobretudo porque o sistema de saúde brasileiro ainda tem várias dificuldades a superar (inclusive financeiras). O debate público sobre esse tema ainda não é muito difundido na mídia e na sociedade, e a desinformação ainda é grande, mas as dificuldades enfrentadas no Congresso para aprovar, por exemplo, recursos para a compra e doação de equipamentos para o projeto da fábrica de medicamentos em Moçambique e as condicionalidades impostas pelo relator do projeto de lei, de não onerar o orçamento setorial em âmbito nacional, alertam para a fragilidade doméstica dessa liderança e certa distância entre discurso e prática.

7. Adicionalmente, como os projetos de cooperação Sul-Sul estão vinculadas a prioridades de política externa, podem sofrer descontinuidade de recursos institucionais, financeiros e humanos. Em outras palavras, a precária institucionalização dos projetos de cooperação pode torná-los extremamente vulneráveis e dependentes da vontade política dos governantes, em conjunturas específicas.

8. A pluralidade de instituições e agentes envolvidos nos projetos de cooperação, assim com o a ampliação do debate, em nível do Estado e da sociedade, é extremamente positiva. Entretanto, a construção de consensos é mais difícil, e a possibilidade de disputas internas e interburocráticas também aumenta. Torna-se necessário, assim, definir os arranjos institucionais mais apropriados para responder, de forma mais rápida, às decisões de política externa e evitar o risco de descrédito e de pulverização das responsabilidades.

9. Como analisa Hirst (2010), na medida em que se ampliam as aptidões dos “doadores emergentes” cresce também o interesse na cooperação triangular, tentando-se combinar recursos financeiros (dos países desenvolvidos) com a “experiência” dos emergentes, capitalizando-se com as vantagens comparativas — culturais, lingüísticas, políticas e a “familiaridade” com a exclusão social e desigualdades — e, dessa forma, maximizando resultados. Para os emergentes, isso pode significar o potencial fortalecimento de suas capacidades de oferta de bens públicos internacionais, na perspectiva da cooperação Sul-Sul, mas supõe uma articulação “entre pares” Norte-Sul-Sul. Torna-se difícil, entretanto, escapar dos campos de interesse dos países doadores tradicionais e desenvolvidos, e seu poder de agenda, o que implica, muitas vezes, em submissão a condicionalidades para a montagem da associação. A manutenção do equilíbrio entre esses “pares” não é fácil, e o conflito é a regra, pois a tendência é de manutenção das respectivas identidades e formas de trabalho. Um bom exemplo desses desafios está no Acordo triangular EUA/Brasil/Moçambique na área de AIDS. Ainda que a experiência brasileira de cooperação com os norte-americanos na área de HIV/AIDS seja antiga, mesmo em projetos triangulares, o que é novo é a triangulação com Moçambique, que coloca desafios adicionais na construção dos consensos, seja no conteúdo, seja na operacionalização da cooperação. Por outro lado, é exatamente essa homogeneidade e imposição poderosa do Norte que é questionada na cooperação horizontal, e isso faz com que a cooperação triangular se configure tanto como “fachada oportunista”, ou cooptação, quanto como campo de confronto e de construção coletiva.

10. A atuação do Brasil no âmbito multilateral não tem incluído, de forma sistemática, a articulação das questões de saúde nas

negociações nos distintos fóruns não setoriais. Os imbricamentos entre comércio e saúde são inúmeros, extremamente problemáticos, e ainda que o Brasil esteja presente em fóruns setoriais e temáticos, essa atuação ainda é fragmentada e pontual. Algumas questões merecem especial atenção:

- A proteção da propriedade intelectual é um tema estratégico para a indústria e para a saúde pública. O crescimento das novas parcerias público-privado, com iniciativas como a da vacina de malária, mostraram que a gestão criativa do sistema de propriedade intelectual é essencial para o desenvolvimento e subsequente acesso aos medicamentos. Entretanto, isso não é feito de forma regular e os países não estão utilizando adequadamente as flexibilidades já previstas na lei para superar as barreiras das patentes, tais como as licenças compulsórias ou as importações paralelas (Smith *et al*, 2009: 690). Uma das principais razões para isso é a deficiência de capacidade ou de recursos domésticos, ou ainda a dependência e submissão aos doadores. Similarmente, a desigualdade de poder e influência entre os países deixa muitos deles vulneráveis às pressões que protegem o comércio e os interesses econômicos. Assim, uma prioridade política imediata é enfrentar essas questões como parte do apoio ao desenvolvimento, sobretudo na cooperação Sul-Sul, utilizando o expertise dos países em desenvolvimento que já vem trabalhando nessa linha, assim como fomentar as alianças Sul-Sul para a implementação coletiva das flexibilidades do TRIPS e da Declaração de Doha, em âmbito regional ou de blocos específicos.
- Um dos principais impedimentos para isso é a possibilidade de provocar repercussões amplas e sanções dos países desenvolvidos nos acordos bilaterais de comércio. A indústria farmacêutica é dominada por grandes transnacionais, sediadas em poucos países, e os emergentes estão sob considerável pressão dos países desenvolvidos, que são seus parceiros ou doadores. Mas o TRIPS-plus leva a exclusividade em mercados e preços, o que aumenta o gasto em saúde e reduz a acessibilidade a novos medicamentos essenciais, além de ter efeito negativo nas indústrias farmacêuticas domésticas. Aumentam as evidências de que esses acordos subvertem as flexibilidades, mas poucos estudos analisaram o seu impacto real na saúde, ou se os benefícios obtidos

com eles superam os custos negativos no âmbito da saúde. Assim, a análise, vigilância global e gerenciamento dos casos sob as condicionalidades adicionais do TRIPs-plus contidas em qualquer acordo de livre comércio é uma necessidade estratégica.

- Países em desenvolvimento com mercados substantivos, como por exemplo, Brasil, Índia e Tailândia, que já estabeleceram precedentes adotando as flexibilidades nas leis nacionais sobre patentes, poderiam avançar na construção de parcerias Sul-Sul que mitigariam a falta de recursos e capacidade técnica. Uma alternativa seria fazer valer as várias resoluções da OMS sobre o tema⁸³. O desafio que significa a viabilidade da implantação da fábrica de medicamentos em Moçambique, em relação ao mercado africano de medicamentos e o poder das empresas transnacionais, acionadas e privilegiadas pelos grandes doadores, não pode ser menosprezado.

11. Os impasses presentes nas negociações multilaterais sobre comércio são substantivos, gerando grande insatisfação em relação às organizações envolvidas. A falta de preocupações ou de cuidado com as questões de saúde nessas negociações é parte do problema. Algumas sugestões de Lee *et al* (2009, pp. 420-421) para fortalecer a atuação da comunidade da saúde nesses processos merecem reflexão:

- Governança global da saúde: a falta de coerência na governança global da saúde é um dos grandes desafios. A “colcha de retalhos” formada por diferentes mandatos institucionais, atividades, autoridades e recursos que caracterizam as iniciativas globais em saúde evidenciam que não há um plano ou visão estratégica para enfrentar os amplos determinantes da saúde, incluindo o comércio. Seria necessário criar uma liderança consensual na comunidade da saúde coletiva sobre as questões que envolvem comércio e saúde.
- Liderança setorial: se a OMS deve desempenhar o papel de liderança, seu envolvimento com o secretariado da OMC e seus membros deveria ser substancialmente reforçado, passando para observador permanente do Conselho Geral da

83 Atualmente existem pelo menos 7 Resoluções sobre esse tema : WHA49.14; WHA52.19; WHA54.11; WHA56.27; WHA59.24; WHA60.30; WHA61.21.

OMC. Os painéis de disputa e discussão da OMC deveriam ter igual participação de representantes da saúde quando fosse apropriado. Além disso, acordos de cooperação com o FMI e o Banco Mundial com a OMC proporcionam plataformas úteis para a expansão das atividades e programas da área comercial. Impulsionar semelhantes vínculos entre comércio e saúde facilitaria a troca de informações e a análise, monitoramento e avaliação de políticas e encorajaria mais transparência nas discussões. De fundamental importância é também o estabelecimento de incentivos para a colaboração nesses acordos de cooperação. Uma forma de alavancar o aumento da representação da saúde na OMC poderia ser nas áreas óbvias para articulação de interesses como, por exemplo, as ameaças de surtos epidêmicos e de pandemias que, potencialmente, podem afetar a economia e o comércio globalmente. Ademais, para legitimar sua liderança setorial, a OMS deve resistir aos poderosos interesses econômicos e políticos dessa área. Historicamente, o seu papel tem sido reativo e uma atitude mais proativa e rápida na representação dos interesses da saúde nas negociações comerciais seria desejável.

- Representação de interesses: para fortalecer a representação dos interesses da saúde e melhorar a atuação da OMS e dos seus estados membros nessa área é fundamental ter recursos suficientes para isso. A dependência de recursos extra-orçamentários, que podem ser substantivos, submete a organização aos desígnios dos doadores e a sua relutância na expansão de seu papel nessa área pode ser explicada pela falta de uma estratégia para lidar com o tema, mas pode também significar vínculos com interesses econômicos. Assim, destinar recursos orçamentários específicos para isso é fundamental.
- Capacidade técnica: a OMS não tem técnicos e especialistas suficientemente capacitados para lidar com as articulações entre comércio e saúde (Lee *et al*, 2009) e, frequentemente, a gestão desses temas é fragmentada e sujeita a disputas internas. Seria necessário coordenar e construir capacidade analítica, além de acumular conhecimentos, inclusive para apoiar os países na participação efetiva da governança das questões que envolvem comércio e saúde, fortalecendo os ministérios da saúde nessa área. O trabalho da OMS junto aos ministérios da saúde deveria fortalecer o que David

Fidler chama de “epidemiologia do comércio” (2009), isto é, a aplicação de princípios e métodos da saúde pública na formulação e implementação das políticas comerciais, a partir de atividades tais como: construção de evidências para a política, monitoramento e relato dos efeitos dos acordos comerciais, integração dos especialistas sanitários nas negociações de novos acordos e arranjos e habilitação das instituições de saúde para o direito de resposta durante os períodos chamados de “resfriamento” dos acordos de comércio. Os mecanismos de revisão da OMC, que regularmente avaliam as políticas nacionais de comércio, é um modelo que pode ser experimentado (Lee *et al* 2009: 421). A OMS poderia adotar um modelo similar, incluindo-o nas análises de países, ou estabelecer parcerias com a OMC para isso, proporcionando subsídios para esses processos de revisão. Poderia também promover o treinamento e capacitação de especialista, não apenas nos ministérios da saúde, mas nos das finanças, comércio e indústria e relações exteriores. Também poderia apoiar e fomentar as coalizões, sobretudo entre os países em desenvolvimento e menos desenvolvidos, aumentando sua capacidade técnica e seu poder de negociação. Por fim, a construção de alianças também pode ser impulsionada entre atores relevantes dentro de um mesmo país.

- Pesquisa: embora a comunidade de saúde pública tenha se esforçado para demonstrar o impacto do comércio na saúde, a importância de proteger a saúde por razões comerciais não foi claramente articulada e evidenciada e, portanto, é um objeto de pesquisa a ser mais bem explorado.
- Sociedade civil: externamente aos governos, organizações da sociedade civil e ONGs podem desempenhar importante papel. Ainda que não participem da OMC, podem proporcionar assistência técnica e operacional e mobilizar a opinião pública na regulação dos interesses corporativos, inclusive utilizando o quadro de referência da discussão sobre direitos humanos. As organizações da sociedade civil foram capazes de moldar algumas políticas internacionais em relação ao acesso aos medicamentos essenciais, estruturando-as como uma questão ética e moral e não econômica, e essa experiência poderia ser ampliada para a esfera da propriedade intelectual.

- Advocacia: o reconhecimento de que as questões de saúde têm precedência sobre as do comércio é fundamental para o desenvolvimento, mas esse reconhecimento só será possível com forte trabalho de advocacia e fortalecimento da capacidade de enforcement da OMS, dos profissionais que militam pela saúde nos diferentes países, sobretudo aqueles em desenvolvimento que atuam na arena internacional e são capazes de construir alianças estratégicas; e com a ativa participação da sociedade civil na defesa dos seus direitos.

Enfim, as oportunidades são muitas, mas a complexidade dos temas e os poderosos interesses envolvidos, além da necessidade de uma liderança clara e comprometida com o enfrentamento dessas discussões, são desafios que podem ser enfrentados com enfoque estratégico e ação coordenada. Por outro lado, o fortalecimento da cooperação internacional em novas bases, também é um recurso estratégico poderoso.

Portanto, estimular o debate e a construção coletiva em torno dessas questões, assim como fomentar a investigação, é urgente e crucial para a consolidação do Brasil na cooperação Sul-Sul. Ainda é cedo para avaliar os impactos, mas já se faz quase tarde para alguns ajustes e correções de rumos fundamentais para garantir maior efetividade nos resultados da cooperação Sul-Sul em saúde no Brasil.

8 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCRA AGENDA FOR ACTION, 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness. Available at: <<http://www.undp.org/mdtf/docs/Accra-Agenda-for-Action.pdf>> Acesso em: 07/10/2011.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO – ABC. Cooperação bilateral com América Latina e Caribe. **Via ABC – Boletim Eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE)** (16 pp.). Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/documentos/via-junho.pdf>>. (Acesso em 04/10/2011).

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO – ABC. Cooperação técnica brasileira em saúde. **Via ABC – Boletim Eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE)**. (24 pp.). Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/documentos/viaABC-baixa.pdf>> (Acesso em 04/10/2011).

ALCAZAR, S. The Copernican Shift in Global Health. **Working Paper N.3 – The Graduate Institute/Global Health Programme**, Geneva: The Graduate Institute/Global Health Programme, 2008.

ALDIS, W. Health security as a public health concept: a critical analysis. **Health Policy & Planning**, London, v. 23, pp. 369-375, 2008. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/6/369.full.pdf+html>> (Acesso em: 07/08/2011).

ALMEIDA, C. International perspectives on the public health implications of 9/11 – Health and foreign policy: the threat from health securitisation. **Aust NZ J Public Health**, Australian, v. 35, n. 4, pp. 312, 2011.

ALMEIDA, C., HAINES, A. F. & CAMPOS, R. P. C. Salud Global: Un nuevo objeto de estudio en salud colectiva? **Revista Palimpsestus**, Bogotá, n. 6, pp. 49-68, 2007-2008.

ALMEIDA, C.M., **As reformas de saúde nos anos 80: crise ou TRANSIÇÃO?** (Um estudo dos países centrais — EUA, Reino Unido, Alemanha, Suécia, Itália e Espanha). Tese (Doutorado) defendida na Escola Nacional de Saúde Pública–ENSP/FIOCRUZ, em Rio de Janeiro, 05 de julho de 1995. Orientador: José Luis Fiori. (411 pp.).

ALMEIDA, C.M., CAMPOS, R.P, BUSS, P, FERREIRA, J.R, FONSECA, L.E. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante” em saúde. RECIIS–**Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** (Edição em português. Online), Rio de Janeiro, v.4, n. 1, pp. 25–35, 2010.

ALMEIDA, C.M., Novos modelos de atenção à saúde – Bases conceituais e experiências de mudança. In: Nilson do Rosário Costa & José Mendes Ribeiro (Org.) **Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996. pp. 69-98.

ALMEIDA, P.R. Uma política externa engajada: a diplomacia do governo Lula. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 47, n. 1, pp. 162-184, 2004.

AMADOR, E.A. El nuevo rostro de la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y las nuevas tendencias internacionales. *Revista de Ciências Sociais*, Costa Rica, v. IV, n. 94, pp. 169-188, 2001.

AMORIM, C.O Brasil e os direitos humanos: em busca de uma agenda positiva. **Política Externa**, Brasília, v. 18, n. 2, pp. 67-75, 2009.

BERLINGUER, G. Globalização e saúde global. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, Abril 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a03.pdf>> (Acesso em: 13/09/2011).

BRASIL. MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Diretrizes para o Desenvolvimento da Cooperação Técnica Internacional Multilateral e Bilateral**. 2ª Ed. Brasília: ABC. 2004. 64 pp. Disponível em: <http://www.abc.mre.gov.br/abc/abc_historico.asp> (Acesso em: 06/06/2011).

BROWN, T.M; CUETO, M; & FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências & Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro. v. 13, n. 3, pp. 623-647, 2006.

BUENO, C. Parte II: Da agro exportação ao desenvolvimentismo (1989-1964). In: Amado Luiz Cervo & Clodoaldo Bueno, **História da política exterior no Brasil** (3ª edição, revista e ampliada), Brasília: Ed. UnB, 2011. pp.

BUNYAVANICH, S & WALKUP, R. B. US Public Health Leaders Shift Toward a New Paradigma of Global Health. Editorials. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 91, n. 10, pp. 1556-58, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446823/pdf/0911556.pdf>> (Acesso em: 25/04/2010).

BUSS, P. M. & FERREIRA, J. R. 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 — **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** (Edição em português. Online), Rio de Janeiro, v.4, n. 1, pp. 106-118, 2010b.

BUSS, P. M. & FERREIRA, J. R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. RECIIS—**Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** (Edição em português. Online), Rio de Janeiro, v.4, n. 1, pp. 93-105, 2010a.

CALAIN, P. From the field side of the binoculars: a different view on global public health surveillance. **Health Policy & Planning**, London, v. 22, n. 1, pp. 13-20, 2007.

CAMPOS, R.P. A cooperação técnica brasileira entre países em desenvolvimento: limites e perspectivas da política externa nacional. In: Kelly Cristina da Silva & Daniel Schoroeder Simião (Org.). **Timor Leste — Por trás do palco: a cooperação internacional e a dialética da formação do Estado**, Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. pp. 342-364.

CAMPOS, R.P. The potential of group learning for Technical Co-operation: Evidences from JICA and CIDA public health projects in Brazil. 2002. 181p. Tese (Doutorado) – Graduate School of International Development, Nagoya University. Orientador: Nobuyuki por Yasuda. Coorientador: Takeshi Higashimura, 2002.

CERVO, A. L. Parte III: Do projeto desenvolvimentista à globalização. In: Amado Luiz Cervo & Clodoaldo Bueno, **História da política exterior no Brasil** (4ª edição revista e ampliada), Brasília: Ed. UnB, 2011, (pp. 393-523)

CERVO, A. L. e BUENO, C. Introdução. In: Amado Luiz Cervo & Clodoaldo Bueno, **História da política exterior no Brasil** (4ª edição revista e ampliada), Brasília: Ed. UnB, 2011, (pp. 13-16).

CHAN, M. Global Health Diplomacy: Negotiating Health in the 21st Century. In: Second High-level Symposium on Global Health Diplomacy. Genebra, Suíça, 21/Outubro/2008. Disponível em: <<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081021/en/index.html>>. (Acesso em: 23/junho/2011).

COMMISSION ON HUMAN SECURITY. **Human Security Now: Protecting and Empowering People**, New York. Disponível em: <<http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/91BAEEDBA50C6907C1256D19006A9353-chs-security-may03.pdf>> (Acesso em: 06/03/2012).

- COSGRAVE, John. The impact of the war on terror on aid flows. An Action Aid Report, s/d. Disponível em: <http://www.actionaid.org.uk/doc_lib/114_1_war_terror_aid.pdf> (Acesso em: 09/04/ 2011) (35 pp.).
- CUETO, M. **O Valor da Saúde – História da Organização Pan-Americana da Saúde** (Capítulos 5-6). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- DAVIES, S. E. Securitizing infectious disease. **International Affairs**, Blackwell Publishing Ltd, v. 84, n. 2, pp. 295-313, 2008.
- DOGSON, I.; LEE, K. & DRAGER, N. Global Health Governance: A Conceptual Overview. **Discussion Paper N. 1**. Centre on Global Change & Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Geneva: Dept of Health & Development, World Health Organization, February, 2002.
- FARMER, P. “Social inequalities and emerging infectious diseases.” *Emerging Infectious Diseases*, vol. 2, n. 4, pp. 259-69, 1996. Disponível em inglês em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2639930/pdf/8969243.pdf>> (Acesso em: 19/02/2012). Disponível em espanhol em: <<http://wwwnc.cdc.gov/eid/pages/Spanish-v2n4.htm>> (Acesso em: 19/02/2012).
- FELDBAUM, H; LEE, K. & MICHAUD, J. Global Health and Foreign Policy. **Epidemiologic Reviews**, v. 32, pp. 82-92, 2010.
- FIDLER, D. P. Germs, Norms and Power: Global Health’s Political Revolution. **Law, Social Justice & Global Development (LGD) (An Electronic Journal)**, n. 1, 2004, Disponível em: <<http://elj.warwick.ac.uk/global/issue/2004-1/fidler.html>> (Acesso em 09/03/2012).
- FIDLER, D. P. Health as foreign policy: Between principle and power. **Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations**, v. VI, pp. 179–194, 2005.
- FIDLER, D. P. Influenza Virus Sample, International Law, and Global Health Diplomacy. **Emerging Infectious Diseases**, v. 14, n. 1, p. 88-94, January 2008. Disponível em: <<http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/14/1/pdfs/07-0700.pdf>> (Acesso em: 29/04/2013).
- FIDLER, D. P. Health in foreign policy: an analytical overview. **Canadian Foreign Policy Journal**, v. 5, n. 3, pp. 11-29, 2009. Disponível em: <[Http://dx.doi.org/10.1080/11926422.2009.9673489](http://dx.doi.org/10.1080/11926422.2009.9673489)> (Acesso em 09/03/2012).
- FIDLER, D.P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 9, pp. 842-849, 2001.
- FIORI, J. L. O poder global e a nova geopolítica das nações. **Crítica y Emancipación**, n. 2, pp. 157-183, 2009.
- FONSECA, L.E. 2011 **Formulação de Políticas de Saúde em Situação Pós-Conflito**: o Processo de Elaboração do Primeiro Documento Propositivo de uma Política de Saúde Para o Timor Leste, 1999 a 2002. Tese de Doutorado, ENSP/Fiocruz, Julho, 2011 (166 pp)
- FONSECA, L.E. & ALMEIDA, C. 2013. Formulação de políticas de saúde em situação pós-conflito: o caso do Timor Leste. Rev. **História, Ciência e Saúde — Manguinhos** (aceito para publicação, no prelo). GARRET, L. “The Challenge of Global Health.” **Foreign Affairs**, v. 86, n. 1, pp. 14-23, 2007.
- GARRETT L. HIV and National Security: Where Are the Links? A Council on Foreign Relations Report. New York: Council on Foreign Relations; 2005. Disponível em: <www.cfr.org/content/publications/attachments/HIV_National_Security.pdf> (Acesso em: 06/07/2011).

GOLICHENKO, O.; KOENIG, S. & JEANTET, A. (2012): Global health cooperation: what is next? The Broker — connecting world of knowledge blog. Disponível em: <http://www.thebrokeronline.eu/Blogs/Busan-High-Level-Forum/Global-health-cooperation-what-is-next> (Acesso em: 20/03/2011).

HIRST, M. América Latina y la Cooperación Sur-Sur: reflexiones conceptuales y políticas. In: Bruno Ayllon Pino & Javier Surasky (orgs). **La Cooperación Sur-Sur en Latinoamérica: Utopía y Realidad**. Madrid: Los libros de la Catarata/Instituto Universitario de Desarrollo — Serie Desarrollo y Cooperación, 2010, pp. 17-40.

HIRST, M; LIMA, M. R. S. & PINHEIRO, L. A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios. Nueva Sociedad (Especial em Português), 2010. Disponível em: http://library.fes.de/pdf-files/nuso/es_2010.pdf (Acesso em: 09/07/2011).

HOCHMAN, G. From Autonomy to Partial Alignment: National Malaria Programs in the Time of Global Eradication, Brazil, 1941-1961. **Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'histoire de la Médecine**, v. 25, n. 1, pp. 202-232, 2008.

HOCHMAN, G.. Agenda Internacional e Políticas Nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: Gilberto Hochman, Marta Arretche & Eduardo Marques. (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 367-397, 2007.

HOMMA, A; MARTINS, R. M. M; LEAL, M. L. F.; FREIRE, M. S. & COUTO, A. R. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, pp. 445-458, 2011.

HORTON, R. Health as an instrument of foreign policy. **The Lancet**, v. 369, n. 9564, pp. 806-807, 2007.

INGRAM, A. **The new geopolitics of diseases: between global health and global security**. Geopolitics, v. 10, n. 3, pp. 522-545, 2005.

INOUE, C. Y. A & APOSTOLOVA, M. S. **A cooperação internacional na política brasileira de desenvolvimento**. São Paulo: Abong; Rio de Janeiro: Núcleo de Animação Terra e democracia, 1995.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA–IPEA, AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO–ABC. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005–2009**. Brasília: SAE/PR/ IPEA/MRE/ABC, 2010. 78 pp.

INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION–IDA/ Resource Mobilization Department–FRM. **Aid Architecture: An Overview of The Main Trends In Official Development Assistance Flows. An Update**: May 2008. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/IDA/Resources/Aid_Architecture-May2008.pdf (Acesso em: 06/07/2011).

KEOHANE, R. **After hegemony: cooperation and discord in the world of political economy**. Princeton: Princeton University Press, 1984, 290 pp.

KICKBUSCH I.; SILBERSCHMIDT G. & BUSS P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. **Bull World Health Organ**, v. 85, n. 3, pp. 230-232, 2007.

KICKBUSCH, I.; NOVOTNY, T.; THOMAS, E.; DRAGER, N.; SILBERSCHMIDT G. & ALCAZAR, S. **Global health diplomacy: Training across disciplines**. Bull World Health Organ, v. 85, 12, p. 917-973, 2007.

LEE K.; SRIHAR D. & PATEL M. Bridging the divide: global governance of trade and health. **The Lancet Series**, v. 373, pp. 416-422, 2009.

LEGG, D. Globalization and Health: a political economic perspective on the global struggle for health. **Global Health Watch**. 2007. Disponível em: <www.ghwatch.org/index.php> (Acesso em: 25/07/2007).

LIMA, M. R. Brasil e polos emergentes do poder mundial: Rússia, Índia, China e África do Sul. In: Renato Bauman (Org.). **O Brasil e os demais BRICs — Comércio e Política**. Brasília: CEPAL-IPEA, 2010. Disponível em: <http://eclac.org/publicaciones/xml/7/39967/O_Brasil_e_os_demais_BRICS.pdf> (Acesso em 20/06/2011).

LIMA, N.T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões, In: JACOBO FINKELMAN (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/OPAS, 2002. pp. 23-116.

MACCOY, D; KEMBAVI, G; PATEL, J. & LUIINTEL, A. The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health. **The Lancet**, v. 373, pp. 1645-1653, 2009.

MATOS, E. A. O Programa "Aliança Para o Progresso": o discurso civilizador na imprensa e a educação profissional no Paraná — Brasil. In: Simpósio Internacional Processo Civilizador. Buenos Aires, novembro de 2008. **Anais do Simpósio**. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2008. pp. 359-367. Disponível em: <<http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais11/artigos/38%20-%20Matos.pdf>> (Acesso em 06/08/2011).

MILANI, C.R.S. A importância das relações Brasil-Estados Unidos na política externa. **Boletim de Economia e Política Internacional**, N.6, pp. Brasília: IPEA, 2011.

ORGANIZACION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT — OECD, DAC. **Measuring AID to Health**, OECD Publications, Paris: OECD, November 2009.

ORGANIZACION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT — OECD. **Employment outlook**. OECD Publications, No. 48561, Paris: OECD, 1996.

ORGANIZACION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT — OECD. **Employment outlook. Employment outlook**. OECD Publications, No. 56189, Paris: OECD, 2008.

OSLO MINISTERIAL DECLARATION. Global Health: a pressing foreign policy issue of our time. **The Lancet**, v. 369, n. 570, 2007, pp. 1373-1378. Disponível em <<http://www.thelancet.com>> (Acesso em 09/03/2012).

OSTELINO, P. Diplomacia. In: Bobbio, Mateucci & Pasquino, **Dicionário de Política**, 1993. pp. 348-349.

OXFAM INTERNATIONAL. All costs, no benefits: how TRIPS-plus intellectual property rights in the US-Jordan FTA affect access to medicines. 2007b. Disponível em <http://www.osfam.org/en/policy/briefingpapers/bp102_jordan_us_fta> (Acesso em: 03/08/2011).

OXFAM. Significant away the future: how trade and investment agreements between rich and poor countries undermine development. **Briefing Paper**. London: Oxfam, 2007a. Disponível em: <<http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/Signing%20Away%20the%20Future.pdf>> (Acesso em: 03/08/2011).

PARIS DECLARATION. Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonisation, Alignment, Results and Mutual Accountability. **High Level Forum on Joint Progress Toward Enhanced Aid Effectiveness: Harmonization, Alignment and Results. 2nd High level Forum on**

Aid Effectiveness. Paris, France, February 28 – March 2, 2005. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>> (Acesso em 03/08/2009).

PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C; SANTANA, J.P. & MEJÍA, D.V. A cooperação técnica OPAS–Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas. RECIIS–**Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** (Edição em português. Online), v. 14, n. 1, pp. 68–77, 2010.

PRETO, A. F. **O conceito de diplomacia presidencial: o papel da presidência da República na formulação de política externa.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 2006.

RANSON, M.K.; BEAGLEHOLE, R.; CORRÊA, C.M.; MIRZA, Z.; BUSE, K. & DRAGER, N., The public health implications of multilateral trade agreements. In: Kelley Lee, Ket Buse & Suzanne Futuskian (Editors), **Health Policy in a Globalising World**, New York, EUA e Port Melbourne, Australia: Cambridge University Press, 2002. pp. 18-40.

RAVISHANKAR, N.; GUBBINS, P.; COOLEY, R. J.; LEACH-KEMON, K.; MICHAUD, C. M.; JAMISON, D. & MURRAY, C. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. **The Lancet**, v. 373, p. 2113-2124, 2009.

RUSSO, G.; FERRINHO, P.; DUSSAULT, G. & FLORIANO, A., Brazilian Cooperation's Health Projects in Portuguese Speaking African Countries. **Draft Report** 31/05/2011. WHO/Instituto de Higiene E Medicina Tropical, Univ. Nova de Lisboa. (mimeo).

SANCHEZ, M. R. & FRANÇA, C. L. A horizontalização da política externa brasileira. **Valor Econômico, Opinião**, São Paulo, 24 abr. 2009.

SANTANA, J. P. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, pp. 2993-3002, 2011.

SARAIVA, M. G. As estratégias de cooperação Sul-Sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 50, n. 2, p. 42-59, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v50n2/a04v50n2.pdf>> (Acesso em 27/07/2009).

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

SCHWARTZMAN, S. **Um Espaço para a Ciência. A Formação da Comunidade Científica no Brasil.** Brasília: MCT/CEE/CNPq, 2001.

SILVA K.C. Paradoxos da Autodeterminação: A Construção do Estado Nação e Práticas da ONU em Timor Leste. 2005. Tese de Doutorado do Departamento de Antropologia da UnB, Brasília. (370 pp.).

SILVA, E.C.G; SPECIE, P & VITALE, D. Um novo arranjo institucional para a política externa brasileira. **Textos para Discussão**, n. 3, Brasília: CEPAL/IPEA, 2010.

SMITH R.D, CORREA C & Oh C. Trade, TRIPS and pharmaceuticals. **The Lancet Series**, v. 373, pp. 684-691, 2009.

SOUZA LIMA, A. C. Notas (muito) breves sobre a cooperação técnica internacional. In: Kelly Cristina da Silva & Daniel Schoroeder Simião (Org.). **Timor Leste — Por trás do palco: a cooperação internacional e a dialética da formação do Estado**, Rio de Janeiro: 2007. pp. 417-426.

UNITED NATIONS CONFERENCE ON TRADE AND DEVELOPMENT. Trade and development report. Geneva: United Nations, 2007. Disponível em: <http://www.unctad.org/en/docs/tdr2007_en.pdf>. Acesso em: 03/08/2011.

UNITED NATIONS. The millenium development goals report 2009. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/>>, Acesso em 03/08/2009.

VALENTE, RC. **A GTZ no Brasil: uma etnografia da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: LACED–Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento/Museu Nacional–UFRJ / e–Papers, Coleção 5, Antropologias. 2010, (230 pp).

VAZ, A. C & INOUE, CYA. Emerging Donors in International Development Assistance: the case of Brazil. **Summary of a Research Report**, December 2007. Canada: IDRC/Partnership & Business Development Division, 2007.

VIEIRA, M. A. The securitization of the HIV/Aids epidemic as a norm: contribution to Constructivistic Scholarship on the emergence and diffusion of international norms. **Brazilian Political Science Review**, 1(2): 137-81, 2007.

VIGEVANI, T. & CEPALUNI, G. A Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. **Revista Contexto Internacional**, v. 29, n. 2, pp. 273-335, 2007.

WHO–World Health Organisation, Who Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. “An Assessment of interactions between global health initiatives and country health systems”. **The Lancet**, Vol. 373, June 20: 2137-2169, 2009.

WHO–World Health Organisation, Who Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An Assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. **The Lancet**, v. 373, pp. 2137-2169, 2009.

WORLD BANK. **Breaking the Conflict Trap: Civil War and Development Policy. A World Bank Policy Research Report**. The World Bank Group and Oxford University Press. May. 2003, (221 pp).