



DANIELA PRANDI

**O BRASIL NA ARQUITETURA EM SAÚDE GLOBAL NO SÉCULO XXI: A
DUPLA INSERÇÃO NA COOPERAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE**

João Pessoa

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
CURSO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

DANIELA PRANDI

**O BRASIL NA ARQUITETURA EM SAÚDE GLOBAL NO SÉCULO XXI: A
DUPLA INSERÇÃO NA COOPERAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para a
conclusão do Curso de Graduação em
Relações Internacionais da Universidade
Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes

João Pessoa

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P899b Prandi, Daniela.

O Brasil na arquitetura em saúde global no século XXI: a dupla inserção na cooperação técnica em saúde / Daniela Prandi. – João Pessoa, 2016.

97f. :il.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes.
Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Relações Internacionais) – UFPB/CCSA.

1. Saúde global – desenvolvimento. 2. Cooperação internacional.
2. Cooperação técnica internacional. 3. Cooperação brasileira – saúde.
4. Diplomacia – saúde. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU: 327:61(043.2)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES
INTERNACIONAIS

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova, com nota 10,0, o Trabalho de
Conclusão de Curso

*"O Brasil na Arquitetura em Saúde Global no Século XXI:
a dupla inserção na cooperação técnica em saúde"*

Elaborado por

Daniela Prandi

Como requisito parcial para a obtenção do grau de

Bacharel em Relações Internacionais.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Henrique Zeferino de Menezes – UFPB (Orientador)

Profª Ms Xaman Korai Pinheiro Minillo – UFPB

Prof. Ms. Daniel de Campos Antiquera - UFPB

João Pessoa, 22 de junho de 2016.

DEDICATÓRIA

À Juvita Prandi

Bruna Prandi

Ari Prandi

Olga Prandi

Almeri Maria Amaral e Selene Lorandi Prandi (*in memorian*)

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio e encorajamento. Ao meu pai, pelo amor e suporte durante a graduação, à minha irmã pela paciência e broncas quando meus dramas se tornavam irritantes aos ouvidos, à minha mãe, pela extrema dedicação, carinho, confiança, por ser o meu porto seguro e sempre me incentivar a continuar seguindo em frente. Sem você eu nunca teria conseguido chegar até aqui. Obrigada por fazerem da saudade um estímulo.

Ao professor Henrique Menezes, meu orientador, que desempenhou papel fundamental na minha trajetória da graduação, abrindo portas e garantindo oportunidades de pesquisa, monitoria e extensão. Agradeço pelo auxílio, pela paciência (extrema!), por me salvar nas minhas crises e por ser parte fundamental e essencial desde o começo dessa pesquisa.

Aos professores do Departamento de Relações Internacionais da Universidade Federal da Paraíba, em especial aos professores Daniel Antiquera, responsável pela minha primeira experiência em pesquisa; Thiago Lima, pelo auxílio e paciência que resultaram na minha primeira publicação; e Xaman Minillo, devido ao aprendizado adquirido na monitoria de Introdução às Relações Internacionais e pela amizade extraclasse.

Aos meus colegas de curso, de sala, grupos de pesquisa e extensão. Em especial à Bárbara Adad e Jenifer Santana. A primeira pela paciência e apoio na revisão deste trabalho e pela amizade diária, a segunda pelo auxílio e companheirismo nas primeiras experiências acadêmicas.

Aos meus gatos pela companhia nas madrugadas.

EPÍGRAFE

“A saúde coletiva é parte integrante do verdadeiro desenvolvimento das nações, no qual os benefícios do crescimento econômico são absorvidos por toda a população, na forma de redução das desigualdades sociais e na garantia do exercício de seus deveres básicos. É para este desenvolvimento, portanto, que todos nós devemos dedicar os nossos maiores esforços e o foco principal de nossas políticas, seja no plano interno ou nas relações internacionais.”

Luiz Inácio Lula da Silva, 11º Congresso Mundial da Saúde.

RESUMO

Considerando a existência de uma nova arquitetura em Saúde Global – que agrega uma visão holística dos determinantes em saúde, com um maior palco de ação para atores do Sul influenciarem a Governança em Saúde Global – este trabalho se propõe a apresentar a inserção do Brasil nessa arquitetura. Ressaltando o caráter dual dessa dinâmica, que se desenrola tanto em uma atuação como doador para os países africanos de língua portuguesa em áreas nas quais o Brasil possui expertise, como receptor de cooperação cubana, via arranjo de triangulação com a Organização Pan-Americana de Saúde, no fortalecimento das ações em atenção primária em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Global, Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Cooperação Técnica Internacional, Cooperação Brasileira em Saúde, Diplomacia em Saúde.

ABSTRACT

Considering the existence of a new architecture on Global Health – which joins up a holistic vision on the determining factors on health with a greater policy space for the actors from the South to influence the Global Health Governance – this work aims to present the Brazilian insertion in this architecture. Highlighting the dual character of its dynamics, which takes place both in an action as donor for Portuguese-speaking African countries in areas where Brazil has expertise, and as a recipient of cooperation from Cuba, through triangulation with the PanAmerican Health Organization, strengthening the actions on primary health care.

KEYWORDS: Global Health, International Development Cooperation, International Technical Cooperation, Brazilian Cooperation on Health, Health Diplomacy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABC - Agência Brasileira de Cooperação

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AOD – Ajuda Oficial para o Desenvolvimento

CAD – Comitê de Assistência para o Desenvolvimento

CID – Cooperação para o Desenvolvimento

CNS – Cooperação Norte-Sul

CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa

CSS – Cooperação Sul-Sul

CSSD – Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento

CTPD – Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento

ENSPA – Escola Nacional de Saúde Pública de Angola

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

GSG – Governança em Saúde Global

HIV – Vírus da Imunodeficiência

IOPH – International Office of Public Hygiene

LNHO – League of Nations Health Office

MS – Ministério da Saúde

MRE – Ministério das Relações Exteriores

NOEI – Nova Ordem Econômica Internacional

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PALOPs – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PD – Países Desenvolvidos

PED – Países em Desenvolvimento

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PISUS – Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

SICD – Sistema Internacional para o Desenvolvimento

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNRRA – United Nations Relief and Rehabilitation Administration

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Cadeia de valores do Programa Mais Médicos ----- | 67 |
| Figura 2 - País de origem dos médicos inscritos que participaram do Programa Mais Médicos para o Brasil ----- | 68 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| CAPÍTULO 1: SAÚDE GLOBAL E POLÍTICA INTERNACIONAL | 15 |
| Do século XIX à década de 1970: os antecedentes da Saúde Global..... | 15 |
| De Saúde Internacional para Saúde Global: uma mudança “copernicana” | 24 |
| CAPÍTULO 2: COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE..... | 36 |
| Governança em Saúde Global..... | 36 |
| Cooperação Vertical em Saúde..... | 38 |
| Cooperação Sul-Sul e Doadores Reemergentes..... | 45 |
| Cooperação Técnica em Saúde | 51 |
| CAPÍTULO 3: A DUPLA INSERÇÃO BRASILEIRA NA ARQUITETURA DA SAÚDE GLOBAL..... | 56 |
| Política Externa e Saúde no Governo Lula (2003-2010)..... | 56 |
| A Cooperação Técnica Brasileira em Saúde para os PALOPs | 60 |
| Programa Mais Médicos para o Brasil: Triangulação com a OPAS e Cuba | 69 |
| CONCLUSÃO..... | 84 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 87 |

INTRODUÇÃO

Transformações importantes se operaram na esfera da Saúde Global, que distanciaram de maneira fundamental as realidades experimentadas no campo da saúde pública do século corrente em relação às práticas sanitárias restritas típicas da “era das quarentenas” no século XIX. Essa mudança se opera, em grande medida, pela realidade de uma transformação nas relações de interação, produção, mobilidade de recursos humanos e materiais ao longo das fronteiras nacionais. A Globalização é força catalisadora na maneira como as ameaças aos índices de saúde pública globais se diversificam, demandando práticas que vão além de ações pontuais para a contenção de doenças transmissíveis de caráter pandêmico. O estreitamento da interdependência entre as nações e as transformações na interação das sociedades com o meio no qual estão inseridas promovem riscos em saúde de natureza multidimensional, representados por doenças crônicas oriundas de hábitos de vida específicos, alastramento de doenças contagiosas ao longo das fronteiras nacionais porosas, doenças associadas às mudanças específicas no clima e na configuração ambiental de florestas, rios e plantações voltadas para a produção de alimentos.

Essas transformações, que urgem para a promoção de uma visão holística a respeito dos determinantes básicos em saúde, são combinadas com uma diversificação dos atores envolvidos em questões concernentes à saúde global. A participação ativa e robusta de organizações da sociedade civil, fundações e atores do Sul Global é realidade na Governança em Saúde Global no século XXI, elemento inimaginável para o contexto da época das quarentenas ou mesmo do auge do assistencialismo no Pós-Segunda Guerra Mundial. O estreitamento dos laços de interdependência e o crescimento da relevância política, econômica e estratégica de alguns atores do Sul os permite desenvolver um papel para além da passividade característica das relações de assistência em saúde desde o século XIX até, aproximadamente, quatro décadas posteriores à Conferência de Bandung em 1955

Essas transformações evidentes na maneira como questões de Saúde Global dialogam com o campo da Política Internacional tem sido consideradas por parte de alguns analistas como uma espécie de mudança ‘copernicana’. Fazendo uma analogia à teorização do matemático e astrônomo polonês Nicolau Copérnico - que mais tarde seria

confirmada por Galileu e substituiria as noções de disposição dos astros no sistema solar, suplantando o que era até então conhecido como geocentrismo -, Alcázar demonstra que as mudanças que se desenvolveram nos séculos XIX e XX na interação da saúde global com questões tradicionais de política externa (economia, comércio e segurança) são de tal forma radicais como a mudança de percepção do sistema solar: a partir do momento em que o Sol se posiciona como astro fixo e os planetas (com destaque para a Terra) passam a ser entendidos como elementos que orbitam ao redor do Sol, há uma ruptura drástica que provoca o ostracismo das concepções de Ptolomeu de que seria a Terra o centro do universo. Ou seja, a teoria antiga não é mais adequada para explicar a nova realidade (ALCÁZAR, 2008).

Essa noção da astrofísica se relaciona com o papel da Saúde Global nos discursos e práticas da política internacional a partir de uma percepção de que o papel anteriormente conferido à Saúde Global como *'low politics'* é completamente incongruente com a realidade que começou a se delinear na metade do século XX e se consolida no século XXI: a saúde passa a ocupar um espaço central na promoção do desenvolvimento, com ligações diretas com o combate à pobreza e questões ambientais, assim como estratégias de desenvolvimento econômico e transformação tecnológica. Em uma analogia à obsolescência do geocentrismo em face ao heliocentrismo, a maneira unidimensional de conceber a saúde, característica da metade do século XIX até pouco mais da metade do século XX, seria incompatível como a visão holística e multidimensional característica do século XXI.

É importante ressaltar que as transformações descritas aqui em uma ciência natural são infinitamente mais rigorosas que a mudança de percepção do papel da saúde em uma análise das ciências sociais. O que é necessário reter nessa analogia é o fato de que as concepções analíticas que percebiam a saúde de maneira unidimensional – ações para a melhoria da saúde deveriam ser tomadas exclusivamente no campo da saúde – e as novas estratégias a nível global tecidas para responder a esses novos desafios são inadequadas para o cenário atual e o regresso a uma condição semelhante à transição dos séculos XIX para XX é inexorável.

O posicionamento das questões de saúde no debate atual e os desafios que se desenham para o século XXI são fundamentais para que se compreenda qual o papel que ocupam os países emergentes nesse cenário de maior diversidade de atores e interesses, como eles podem contribuir com melhorias nos níveis de saúde global, tanto na esfera internacional por meio da Cooperação Sul-Sul, como na promoção de políticas

públicas e transformações internas em seus sistemas de saúde e demais setores que afetam os indicadores em saúde, como opções econômicas e comerciais.

Isto posto, esse trabalho se propõe a responder de que forma o Brasil se posiciona na nova arquitetura da saúde global. Historicamente, os países do Sul Global tem sido objeto de intervenções externas e receptores de ajuda para lidar com problemas relacionados à saúde, especialmente aqueles que pudessem ter impactos externos. Nas últimas décadas, esses países passaram a desempenhar um papel mais ativo, especialmente por meio da cooperação Sul-Sul. O Brasil, nesse caso, tem uma posição estratégica e que escapa dessa perspectiva linear do papel e lugar dos países em desenvolvimento, uma vez que tem uma dupla inserção na governança internacional em saúde. Essa inserção brasileira será analisada através da discussão dos casos de Cooperação Sul-Sul em saúde prestada pelo governo brasileiro aos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs) e da cooperação triangular recebida de Cuba e da OPAS na promoção de melhorias nos cuidados primários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para responder esta pergunta de pesquisa em sua totalidade, satisfazendo assim o objetivo geral da mesma, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar as transformações da governança em saúde global que resultaram na singularidade desse campo no século XXI;
- Realizar um balanço dos erros das iniciativas de cooperação norte-sul em saúde e do potencial da Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento para responder essas questões;
- Analisar de que maneira a política externa brasileira passou a incorporar temas de saúde;
- Ponderar como tal relação se operacionalizou nos projetos de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) para os PALOPs;
- e Avaliar a cooperação entre Brasil, Cuba e OPAS, no Programa Mais Médicos, para sanar os problemas na atenção básica em saúde no Brasil.

Esse trabalho se baseou, então, no estudo de dois casos específicos – o Brasil como doador de cooperação técnica para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, e como receptor de cooperação técnica em atenção primária através de Cuba e da OPAS-, com o objetivo de analisar a ‘dupla inserção’ brasileira no âmbito da

cooperação internacional para o desenvolvimento, destacando suas ações na esfera da arquitetura em Saúde Global no século XXI.

A pesquisa, em geral, foi baseada em material bibliográfico e em documentos oficiais e dados estatísticos (descritivos). A revisão bibliográfica foi amparada em material constituído principalmente de livros e artigos científicos encontrados em bases de dados acadêmicas, bibliografias utilizadas em disciplinas da graduação e através de indicações de pesquisadores do tema. Os documentos oficiais se referem, basicamente, à documentação do governo brasileiro, da OPAS e do governo cubano, que mapeiam tanto as ações para fortalecimento da atenção básica a saúde no Brasil, como as ações específicas da cooperação triangular.

A divisão da pesquisa se dá pela estruturação de três capítulos temáticos. O primeiro abordará de maneira aprofundada as transformações que ocorreram desde o século XIX até o começo do século XXI na maneira como se desenhou a interação entre questões de saúde e política externa, ressaltando a importância de uma concepção holística (Saúde Global) substituindo uma concepção restrita e unidimensional (Saúde Internacional), atentando para a maneira como ações que integrem política externa com saúde (Diplomacia em Saúde) transformam as respostas internacionais aos desafios da Saúde Global.

O segundo capítulo, grosso modo, enfocará o funcionamento da Governança em Saúde Global, destacando os resultados oriundos de arranjos tradicionais na manutenção de gargalos críticos nos indicadores de saúde pública. Isto posto, abordará as potencialidades da articulação dos países do Sul em responderem aos desafios globais de saúde de forma alternativa, inclusive incentivando uma transformação na Governança em Saúde Global, via atuação em arranjos de cooperação técnica para o reforço da solidariedade Sul-Sul. A possibilidade de participação dos atores do Sul, em particular os atores reemergentes, retira o Sul Global de um papel necessariamente passivo na cooperação em saúde em prol de uma atuação participativa e fundamental.

O terceiro e último capítulo lida exatamente com o caso brasileiro, discutindo seu papel e lugar na arquitetura da Saúde Global, com o objetivo de ilustrar as novas possibilidades de inserção do Sul na Governança em Saúde, destacando o papel de dupla inserção da maioria dos atores reemergentes. No caso do Brasil, dupla inserção que o coloca tanto como doador de cooperação técnica para o Sul (o caso dos PALOPs) e receptor de iniciativas técnicas também oriundas do Sul Global (o Programa Mais Médicos para o Brasil, em parceria com a OPAS e o governo cubano). A análise aqui

proposta se baseará, então, em uma revisão da literatura sobre a cooperação técnica prestada pelo governo brasileiro aos PALOPs. Tendo em vista que se trata de uma temática já muito trabalhada pela academia, optou-se por uma síntese dos estudos que abordaram a matéria. Por sua vez, a cooperação recebida pelo Brasil foi tratada por meio de análise documental.

CAPÍTULO 1: SAÚDE GLOBAL E POLÍTICA INTERNACIONAL

Do século XIX à década de 1970: os antecedentes da Saúde Global

Historicamente, partindo das primeiras décadas do século XIX, as questões de saúde internacional¹ eram marginalizadas na conformação da política externa, pois este campo era considerado parte integrante do arcabouço das *'low politics'*. Isso seria explicado através de uma percepção que privilegiaria questões de ordem econômica, comercial e de segurança como interesses maiores do Estado, refletidos, de tal modo, na conformação da política exterior. Além disso, mesmo nas *'low politics'*, a saúde a nível internacional ainda era marginalizada em relação aos outros elementos que compõe essa categoria, por ser, na avaliação de alguns tomadores de decisão, um campo demasiado técnico e humanitário (FIDLER, 2005).

A intensificação do comércio na Europa – que abarcava inclusive parceiros comerciais além do continente - gerou como revés o temor de transmissão de doenças contagiosas entre as fronteiras nacionais, que ainda não eram tão porosas. Pregava-se uma ideia reducionista da disseminação de doenças, na qual as mazelas em saúde eram frutos, essencialmente, do Sul que ameaçavam as populações do Norte. Quando um surto de cólera chegou à Europa através da Rússia em 1830 (devido ao seu contato comercial com a Índia), as respostas europeias se deram, majoritariamente, no sentido de lançar mão de ações em prol da contenção do risco, visão que reitera a posição de isolacionismo da Europa em relação aos problemas de saúde pública para além do continente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; ALLEYNE, 2007).

Como medidas preventivas, os governos europeus passaram a colocar em curso o estabelecimento de quarentenas para negociantes e turistas que se moviam através das fronteiras, assim como fiscalização nos transportes usados nas atividades comerciais.

¹ É necessário fazer uma distinção entre Saúde Internacional e Saúde Global. Os dois conceitos refletem, em grande medida, a mudança de percepção da saúde na Política Internacional. A Saúde Internacional pode ser vista como uma noção reducionista, composta de práticas localizadas e pontuais colocadas em curso, geralmente, por países mais ricos para amenizar eventuais pandemias oriundas dos índices de saúde precários do Sul. Essa visão também obscurece a influência que outras áreas, como o comércio, exercem nos determinantes em saúde pública. A noção de Saúde Global, por sua vez, abarca uma visão mais integralizada da saúde, que não limita mais as questões de saúde aos problemas dos países mais pobres, prezando, em consonância a isso, por uma maior integralidade entre ações no campo da saúde com escolhas econômicas, comerciais, de segurança e demais áreas que possam afetar os níveis de saúde pública (KICKBUSCH, 2004; ALLEYNE, 2007).

Essas ações pontuais reforçavam uma visão utilitarista das incipientes políticas voltadas para a saúde internacional: as quarentenas, ao buscarem impedir a propagação de doenças infecciosas, carregavam em si o objetivo maior de garantir o fluxo constante de comércio e salvaguarda do bem-estar de uma determinada população (europeia), deixando claro que a preservação da saúde não se colocava a nível mundial, tanto que não se registravam muitas ações no sentido da prestação de cooperação ou ajuda para melhorar a saúde nos países mais pobres (ALLEYNE, 2007).

Porém, o uso de quarentenas por si só logo se tornou insuficiente. Os governos perceberam a urgência de ações conjuntas melhor estruturadas, o que firmou a necessidade de uma coordenação internacional para que a troca de informações, estratégias e práticas conseguisse alcançar resultados satisfatórios no controle de doenças infecciosas. Para tal, os Estados articularam a realização de conferências para discutir os problemas de saúde na esfera epidemiológica, almejando acordar práticas conjuntas para lidar com riscos de contaminação. Essa percepção, porém, ainda carregava um viés unidimensional da saúde pública, que seria a noção de que problemas de saúde possuem suas causas e soluções unicamente no setor de saúde, negando a importância de ações em outros setores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; VILLA *et al*, 2001; KICKBUSCH; IVANOVA, 2013).

Em 1833, foi criado no Egito um Conselho Sanitário com o objetivo de estimular a troca de informações entre os Estados, para prevenir e impedir o alastramento da cólera, seguido de reunião do Comitê de Saúde Turco em Constantinopla em 1839, que buscava firmar as bases da coordenação entre os governos. O avanço da medicina (epidemiologia, bacteriologia, imunologia) na segunda metade do século XIX favoreceu essas discussões no sentido de aprofundar o escopo teórico das mesmas no que concerne às doenças comunicáveis² ‘tradicionais’ da época. Esses avanços científicos foram fundamentais para o reconhecimento de que quarentenas, desagregadas de outras práticas em saúde, não seriam suficientes para barrar o risco de entrada de doenças comunicáveis na Europa. Quase vinte anos depois, a Primeira Conferência Sanitária Internacional foi realizada em Paris em 1858, tendo por objetivo regular a quarentena de doenças como cólera, peste e febre amarela. O encontro reuniu delegados de 12 Estados (um representante governamental e um médico

² Ou doenças transmissíveis, que podem ser transmitidas por hospedeiros de origens vegetal ou animal.

por país) com duração de seis meses (VILLA, *et al*, 2001; KICKBUSCH; IVANOVA, 2013).

Em 1874, na Conferência Sanitária de Viena, foram apresentadas as primeiras sugestões para a criação de uma agência permanente internacional responsável para lidar com questões de saúde, porém as negociações se desenrolaram de forma vagarosa e superficial. Já em 1892 foi finalmente assinado o primeiro convênio para o controle da cólera a partir do Canal de Suez. (KICKBUSCH; IVANOVA, 2013):

The idea of creating a permanent international agency to deal with health was raised at the 1874 Sanitary Conference in Vienna. It would take 33 years to establish the first such agency. But the new diplomatic mechanism to defend national interests, less obstructive to trade, and more effective in the control of diseases and health protection, **through multilateral ad hoc conferences was a significant shift in the way foreign policy was conducted and a solid foundation for further developments in the twentieth century** (KICKBUSCH; IVANOVA, 2013, pp. 13).³

Os primeiros anos do século XX ainda são permeados pela noção unidimensional da saúde, além de continuar com o reforço de uma visão de verticalidade, na qual o Sul era visto, essencialmente, como fonte de ameaça ao Norte. O foco das ações se desenrolava em prol do controle de epidemias, não havendo discussões a respeito da promoção da prevenção e outras melhorias voltadas para as comunidades do Sul Global. Colocam-se em curso novas tentativas de regulação das ameaças epidêmicas por meio de políticas sanitárias, que continuarão a reverberar na conformação de organismos internacionais, como na criação *Pan American Sanitary Bureau* de 1902 (que originou, posteriormente, Código Sanitário Pan-Americano em 1924) e o estabelecimento do *International Office of Public Hygiene* (IOPH) de 1907, com participação de 12 países (incluindo o Brasil). Essa iniciativa foi a primeira tentativa de criação de uma agência permanente para regular os riscos em saúde para além das fronteiras nacionais. Porém, é imprescindível salientar que as organizações internacionais em saúde nos primórdios do século XX tinham mais o poder de informar do que de regular as ações em saúde internacional propriamente ditas (ALLEYNE, 2007; KICKBUSCH; IVANOVA, 2013).

³ “A ideia de criar uma agência internacional permanente para lidar com a saúde foi levantada em 1874 na Conferência em Viena. Passariam 33 anos para o estabelecimento de tal agência. Mas o novo mecanismo diplomático para defender os interesses nacionais, com menos obstruções ao comércio, e mais efetivo no controle de doenças e proteção da saúde, **através de conferências multilaterais ad hoc foi uma mudança significativa na maneira com a qual a política externa era conduzida e uma fundação sólida para os seguintes avanços no século XXI**” (tradução nossa, grifo nosso).

Na segunda década do século XX, a noção de isolacionismo começa a ser erodida, muito pela percepção de que regulações sanitárias e quarentenas são insuficientes para a garantia plena de que doenças infecciosas não iriam deturpar os níveis de saúde nacionais dos países do Norte global. Nesse sentido, os países mais ricos deveriam promover arranjos básicos de coordenação política em questões de saúde no Sul, seguindo fundamentalmente um viés de considerações humanitárias, que ainda carregava uma compreensão verticalizada dos papéis cabíveis às nações do Norte e do Sul no que se refere à saúde. Os países do Sul, claro, eram estigmatizados e mesmo culpados da precariedade de seus níveis nacionais de saúde e bem estar, cabendo aos países do Norte assisti-los em algumas esferas da promoção da saúde, ainda que paliativas e superficiais (ALLEYNE, 2007; KICKBUSCH; IVANOVA, 2013).

O que passava despercebida era a razão principal da existência de mazelas sociais no Sul, cuja fonte provinha de um processo de desenvolvimento desigual que enriqueceu o Norte a expensas do Sul. Essa noção é fundamental para compreender o motivo da maioria das ações de cooperação em saúde nos anos seguintes (até a década de 1990, mais precisamente) não gerarem os resultados esperados, atribuindo à nova gama de atores envolvidos na arquitetura da Saúde Global (destacando os países emergentes, como o Brasil) a possibilidade de uma atuação diferenciada na cooperação internacional em Saúde (KICKBUSCH; IVANOVA, 2013).

Em 1922, no âmbito da Liga das Nações, foi criado um escritório voltado para a saúde (*League of Nations Health Office* -LNHO), que urgia pelo compromisso dos Estados em atuarem juntos para a prevenção e controle de doenças. Essa organização atuava junto com o IOPH, ainda que de maneira incipiente, principalmente em face da recusa norte-americana de participar do órgão. O IOPH se debruçava sobre questões de quarentena da cólera e controle de outras doenças comunicáveis (malária, febre amarela, catapora e tifo, por exemplo), enquanto que o LNHO se dedicava ao serviço de coleta e disseminação de dados sobre doenças com potencial epidêmico, além de criação de comissões técnicas sobre doenças como malária, câncer e hanseníase. A noção unidimensional, que limita as soluções para problemas de saúde ao próprio setor, começara a ruir, indicando a integração necessária com outros setores que afetam os índices de saúde (KICKBUSCH; IVANOVA, 2013).

Esse período apresenta também uma maior participação de bancos e organismos financeiros internacionais, além de envolvimento incipiente de fundações e organizações não governamentais. Organismos como o Banco Mundial, o Banco

Interamericano de Desenvolvimento e o Fundo Monetário Internacional (FMI) começaram a atuar no financiamento de ações para a promoção da saúde no Terceiro Mundo, principalmente na determinação das prioridades dos investimentos em saúde na América Latina por perceberem, segundo Villa *et al* (2001), que tais investimentos seriam altamente rentáveis. Sobre o envolvimento de fundações e ONGs, em 1919 se consolida a Liga da Cruz Vermelha, previamente baseada em comitê que fora elaborado em 1863, e criação da divisão de saúde da Fundação Rockefeller, em 1928, que exerceria importante atuação no LNHO (KICKBUSCH; IVANOVA, 2013).

Durante a Segunda Guerra Mundial, as questões de saúde assumiriam viés principalmente humanitário, em face da tragédia humana que transcorria durante o conflito. Em 1943 foi estabelecida a *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA), com o objetivo de promover socorro médico para os países palcos do conflito na forma de missões médicas, além de administrar o abastecimento de medicamentos e auxiliar no desenho de tratados sanitários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). As ações que tomavam corpo nesse momento se colocavam em prol do controle e prevenção das doenças em nível mundial, a exemplo da varíola, e busca de proporcionar alívio em situações de guerras e conflitos civis. Essas iniciativas, obviamente, coexistiam, com motivações além do campo da saúde pública e de questões humanitárias, como a manutenção da segurança e dos fluxos de comércio internacionais (FIDLER, 2011).

Em sequência, o discurso motivado pela euforia do pós-guerra reforçava a necessidade da distribuição de recursos e conhecimento dos países ricos do Norte para o Sul, no reconhecimento da existência de vulnerabilidades comuns. Dentre os interesses próprios dos países mais ricos estava a percepção de que melhorias na saúde de países pobres poderiam atenuar os fluxos migratórios, além de impedir que cidadãos do Norte se contaminassem ao realizarem viagens para zonas mais pobres. Além disso, havia a percepção de que sociedades que sofrem de mazelas em saúde eram menos propensas a se tornarem mercados prósperos para os países desenvolvidos. Uma população com acesso à saúde de qualidade seria mais produtiva, pouparia mais, e seria mais elegível ao consumo e investimento (ALLEYNE, 2007; FIDLER, 2011; KATZ, 2011; BERKLEY; CHAN; DYBUL, 2013).

Durante a Conferência em São Francisco no ano de 1945, que estabeleceu as Nações Unidas, os representantes das 46 delegações acordaram a criação de uma organização própria para as questões de saúde, de tal modo que em 1948 foi

estabelecida a Organização Mundial da Saúde. Utilizando uma percepção de saúde como um direito básico⁴, a OMS atuava com um mandato mais amplo do que as organizações internacionais de saúde dos anos anteriores, porém seu protagonismo era mais técnico e não tanto político, pois a organização não atuava baseada em um corpo rígido de regras internacionais, mas sim '*soft laws*'⁵. Esse reconhecimento da integralidade dos determinantes em saúde pode ser caracterizada como o início das mudanças 'copernicanas' que se consolidarão nas últimas décadas do século XX (ALCÁZAR, 2008; FIDLER, 2011. KICKUSCH; IVANOVA, 2013).

A percepção da saúde como um direito universal permeou ações importantes da OMS, como o lançamento da estratégia "*Health for All by the Year 2000*". A saúde era definida como a existência de bem-estar físico, social e mental, não apenas marcado pela ausência de doenças. Nesse sentido, elementos dos mais variados passaram a influenciar e determinar bons indicadores em saúde, além do alastramento de doenças. Reconhecia-se que questões de saúde possuíam ligação transversal com condições econômicas, políticas, sociais e ambientais, de modo que a prevenção e o combate de determinada doença exigiria ação coordenada em outras áreas que não aquelas ligadas diretamente com questões de saúde. A unidimensionalidade das políticas para a saúde internacional eram substituídas por uma noção multidimensional de suas causas e possibilidades (FIDLER, 2011).

Posteriormente, dentre as conquistas da OMS poderiam ser destacadas a erradicação da varíola entre 1966-75 em, aproximadamente 55 países, uma conquista fundamental em face de uma doença que matava, anualmente, cerca de dois milhões de pessoas; além de promover campanhas de vacinação ao redor do mundo visando o combate a outras doenças comunicáveis. Esses resultados conferiram à OMS credibilidade e autoridade internacionais, principalmente nos países em desenvolvimento (FIDLER, 2011).

Reforçando a percepção de que a saúde pública internacional se colocava como campo além da unidimensionalidade característica do século XIX, em 1978 foi lançada a Declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (União Soviética) em setembro daquele ano. Esse documento reforçava a conceituação trazida pela OMS de que a saúde se

⁴ "Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis." (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948, Artigo XXV).

⁵ Não possuem caráter vinculatório.

colocava como além da mera inexistência de doenças e pontuava que as desigualdades econômicas e sociais eram inaceitáveis dentro e entre os países. Não seria tarefa exclusiva dos setores relacionados à saúde em delinearem e executarem políticas em prol da promoção da saúde a nível internacional, mas também de outras esferas, como comércio e políticas sociais. A Declaração reforçava que bons níveis de saúde deveriam ser ambições cruciais da comunidade internacional e condição *sine qua non* para a promoção do desenvolvimento em bases sólidas (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Os governos possuiriam a responsabilidade crucial para que políticas sanitárias e sociais gerassem resultados que garantissem níveis de saúde satisfatórios, de modo que as populações pudessem exercer seus potenciais produtivos, além de estarem suficientemente empoderadas para atuarem no sentido de contribuir para que suas demandas específicas fossem atendidas pelos governos nacionais. A Declaração também apontava para a maior atuação da saúde em caráter preventivo e educativo, enfocando o reforço do atendimento primário nos sistemas de saúde nacionais, de modo a promover práticas além da visão médico-hospitalar (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Em novembro de 1986, na cidade de Ottawa, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. O documento elaborado nesse encontro – que seria conhecido como Carta de Ottawa – reforçava as percepções multifacetadas da saúde que haviam sido expressas na Declaração de Alma Ata e exortava a comunidade internacional a tomar ações condizentes com essa visão holística. A Carta de Ottawa reiterava que a promoção da saúde se colocava para além da responsabilidade exclusiva desse setor, mas como algo de competência de toda a sociedade, o que gerava, inclusive, a necessidade de empoderamento, principalmente dos mais pobres, para participarem das decisões nacionais que concerniam ao desenho de políticas públicas para a saúde, reforçando a noção já trazida na Declaração de Alma-Ata (CARTA DE OTTAWA, 1986).

O documento estipulava que existiriam nove elementos fundamentais para a promoção da saúde, o que atestava o profundo reconhecimento do fato que as questões além do campo estrito da saúde poderiam influenciar positiva ou negativamente os índices de saúde nacionais e globais (multidimensionalidade). As ações a serem tomadas em conjunto pelos Estados visavam justamente evitar que essas interações acarretassem em impactos negativos. As áreas elencadas pela carta são: garantia da paz;

infraestrutura de habitação adequada; garantia de alimentação nutricionalmente balanceada; promoção da educação; melhor distribuição de renda; manutenção de ecossistemas estáveis; utilização de recursos sustentáveis na promoção do crescimento econômico; garantia da justiça social e equidade. Essa noção reforçava que políticas públicas para a melhoria nos índices de saúde deveriam ir além desse setor específico, não apenas para garantir que políticas econômicas e comerciais, por exemplo, não deteriorassem os níveis de saúde, mas também no sentido de incentivar e facilitar o acesso de pessoas mais pobres ao atendimento nos sistemas nacionais de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

É interessante perceber que essa visão holística não apenas da saúde, mas do desenvolvimento em si, está refletida de forma categórica nas percepções características do século XXI, principalmente no desenho e nas propostas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Carta de Ottawa reconhece a relação sinérgica fundamental entre índices de saúde e preservação ambiental, a necessidade de diálogo entre os diversos setores sociais na promoção da saúde, além da percepção precisa da importância crucial que o empoderamento individual possui para a promoção do desenvolvimento e na melhoria da saúde e bem-estar não apenas individuais, mas coletivos. Esse conjunto de ideias, em grande medida, se reflete na agenda de desenvolvimento da ONU para o Século XXI (CARTA DE OTTAWA, 1986; KICKBUSCH, 2016).

Apesar disso, muitas dessas ideias ainda serão relegadas ao campo do discurso, muito devido à superficialidade de práticas de cooperação internacional nas últimas décadas do século XX (e mesmo nas tentativas de realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, posteriormente) que serão postas em curso. Essa superficialidade deve-se a tais ações, muitas vezes, não adequarem suas estratégias e práticas à promoção mudanças estruturais e não serem voltadas para os interesses dos países mais pobres (*recipient-oriented*). São essas falhas que farão com que mesmo as iniciativas mais ambiciosas em cooperação internacional em saúde ainda não consigam reverter quadros críticos, pois permitem, em sua superficialidade, a manutenção da existência de sistemas de saúde nacionais precários, pouco enfoque a doenças tropicais e às garantias de acesso a medicamentos, por exemplo (GARRETT, 2013).

O que é válido ressaltar é que a partir de meados da década de 1980 uma percepção fundamental auxiliou no transcorrer de uma mudança na maneira em que a saúde se relaciona com a formação da política externa, e como isso se desenrola na

política internacional. É a percepção da globalização como força catalisadora de uma interdependência entre os Estados do Sistema Internacional que os fará atentar para a existência de profundas vulnerabilidades comuns e necessidade de adequação de suas práticas de coordenação internacional levando em conta essa constatação (ALLEYNE, 2007).

Esse momento pode ser caracterizado como a etapa em que se coloca em curso a terceira fase de uma revolução internacional de saúde. Essa noção significa afirmar que a visão unidimensional do século XIX e suas práticas sanitaristas no uso de quarentenas (primeira fase) e promoção de ações pontuais no controle de doenças epidêmicas nos países do Sul (segunda fase) não são condizentes com os novos desafios que se delineiam no horizonte da saúde global. A própria conceptualização do campo muda da noção de saúde internacional (ações de um ou mais Estados em um dado território, como as ações de países do Norte voltadas para a erradicação da varíola e da poliomielite nos países mais pobres durante a Guerra Fria) para Saúde Global, caracterizada como um objetivo voltado para promover níveis aceitáveis de saúde e bem-estar para todos os povos, reconhecendo que a garantia de índices de saúde satisfatórios caminha para além da mera promoção da saúde pública nacional, mas sim concebendo a saúde como um Bem Público Global (BPG)⁶ (KICKBUSCH, 2004; ALLEYNE, 2008; GARRETT, 2013; LEE; KAMRADT-SCOTT, 2014).

A consolidação da mudança ‘copernicana’ se dá ao atrelar novas questões de saúde, até então negligenciadas, à possibilidade de atuação de novos atores que, em sua maioria, atuavam como atores passivos, assistidos e tutorados em arranjos verticais do Norte. A participação e novos atores, com destaque para os Estados reemergentes do Sul Global, atesta para o entendimento de que melhorias postas em curso em prol da Saúde Global devem promover a integração entre os atores envolvidos e suas escolhas políticas na área, promovendo um novo conjunto de respostas condizentes com uma nova percepção dos desafios em Saúde Global. É na consolidação dessa transformação que atores como o Brasil podem desempenhar um papel mais ativo e mesmo alternativo (ALCÁZAR, 2008; LOPES, 2008).

⁶ Os Bens Públicos Globais (BPGs) são, ao mesmo tempo, objetivos e propulsores do desenvolvimento, tanto no nível doméstico como global. Dentre os BPGs podemos destacar o acesso à saúde, alimentação adequada, educação. A maioria dos BPGs não são excludentes ou rivalizantes, ou seja, o consumo de um BPGs por um indivíduo não implica na escassez do mesmo para outro indivíduo. Um BPGs é considerado ‘puro’ quando obedece a esse critério (PAULO, 2014).

De Saúde Internacional para Saúde Global: uma mudança “copernicana”

Um dos elementos no campo da saúde que reitera a singularidade dos desafios que se colocariam ao século XXI foi à percepção do caráter nocivo que a epidemia de HIV/AIDS provocaria na promoção do desenvolvimento e na estabilização das sociedades nacionais (FIDLER, 2005). Os casos dos esforços em prol da mitigação e tratamento da AIDS também são interessantes como exemplos ilustrativos de um período no qual a centralidade dos governos e da OMS no delineamento de ações em saúde passam a serem contestadas, abrindo espaço para uma miríade de novos atores guiados pelos mais diversos interesses. É nesse momento que questões de saúde começam a dialogar de maneira mais robusta com a esfera da Política Internacional de países do Sul Global, relação que se aprofundará nas décadas subsequentes, permitindo que novos atores ocupem posições estratégicas no que virá a ser conhecido como Governança em Saúde Global (KICKBUSCH; IVANOVA, 2013).

Nos anos 1990, a Organização Mundial da Saúde se colocava como o principal ator na arquitetura da saúde global. Cerca de 20% de todo o financiamento para ações de melhoria dos níveis de saúde ao redor do globo provinham da OMS. As estratégias e prioridades a serem adotadas também eram pautadas nos interesses e ações da organização. Esse cenário começa a mudar quando, nos primeiros anos da década de 1990, a epidemia de AIDS começou a se agravar, e o pouco financiamento dedicado à doença (menos de 300 milhões de dólares) demonstrou um descompasso nas ações da OMS relativas aos esforços de contenção ao vírus do HIV em relação às medidas urgentes a serem tomadas (GARRETT, 2013).

Em 1994, aproximadamente 3.5 milhões de novos casos de HIV foram diagnosticados, uma adição aos quase 15 milhões de pessoas soropositivas. Esse mesmo ano marca a descontinuidade do Programa Global para a AIDS, que era até então coordenado pela OMS, o que vai abrir caminho para a criação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) em 1995. Esse novo espaço permitiu que novas agências multilaterais desafiassem a centralidade da OMS, tanto na conformação de prioridades, como nas disputas por financiamento, muito porque, diferente da OMS, a UNAIDS já surgia admitindo membros não estatais em seu corpo diretivo (ALLEYNE, 2007; GARRETT, 2013; KICKBUSCH, IVANOVA, 2013).

O caso específico de como o HIV/AIDS proporcionou espaço para outros atores contestarem a centralidade da OMS demonstra como a influência do *advocacy* da sociedade civil em questões de saúde também explica sua maior relevância na agenda internacional do século XXI:

One of the things that may be applicable elsewhere, however, is the role of smart advocacy in the framing and reframing of AIDS: about speaking different languages to engage the interests of different policy audiences and about strategically using ideas and values which are hard to argue against (VAUGHAN, 2012, pp 21).⁷

Considerando esse momento, a sociedade brasileira organizada em prol das comunidades soropositivas desempenhou papel fundamental ao influenciar o Ministério da Saúde a dedicar atenção ao tratamento da doença e não apenas sua prevenção, buscando também demonstrar para a sociedade internacional (Estados e organismos não estatais) que esse tipo de escolha deveria ser uma tendência nas práticas internacionais para a AIDS, não apenas uma ação brasileira isolada (SOUZA, 2012a; KICKBUSCH, IVANOVA, 2013).

Apesar de anos mais tarde vir a reconhecer a política brasileira de promoção do tratamento da AIDS como um exemplo pioneiro, inicialmente a OMS não endossou a ideia. Posição semelhante tomaram a UNAIDS, a OPAS, o Banco Mundial e mesmo a Fundação Bill e Melinda Gates. Esses atores alegavam que

Países em desenvolvimento como o Brasil careciam dos recursos financeiros, materiais e humanos necessários para a compra de medicamentos caros e para o adequado monitoramento do tratamento de inúmeros pacientes; e que esses pacientes eram, de um modo geral, demasiadamente pobres e ignorantes para cumprir cronogramas de medicação e posologias complexos e rigorosos. Segundo eles, a provisão das terapias antirretrovirais nesses países tornar-se-ia insustentável e geraria o risco de aumentar a resistência ao HIV a essas terapias. Em vez de tentar oferecer tratamento para a AIDS, a prescrição para os países em desenvolvimento era que concentrassem seus esforços e recursos nas estratégias mais custo-efetivas de prevenção (SOUZA, 2012a, pp. 208).

O ativismo da sociedade civil brasileira organizada reforçou no Ministério da Saúde uma visão mais holística no combate ao HIV, que percebia a necessidade de integrar as ações em prol da erradicação da AIDS, atestando que apenas a prevenção não era suficiente, mas sim uma combinação entre ações preventivas e promoção do

⁷ “Um dos elementos que podem ser aplicados em outros lugares, no entanto é o papel do *advocacy* no enquadramento e reenquadramento da AIDS: sobre falar diferentes linguagens para engajar os interesses de diferentes audiências e sobre usar estrategicamente ideias e valores com as quais seria difícil argumentar contrariamente” (tradução nossa).

tratamento às comunidades soropositivas. Esse reconhecimento proporcionou a base para as políticas públicas que foram implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo as ações de utilização de licenças compulsórias para proporcionar a produção de antirretrovirais nacionais. O Brasil demonstrava para a comunidade internacional o que deveria ser uma tendência e não caso de exceção, o que atesta a singularidade do cenário do final do século XX e as potencialidades que novos atores – estatais e não-estatais – agora possuíam de influenciar os ditames da Saúde Global (SOUZA, 2012a).

Posteriormente adotada pela comunidade internacional, a terapia antirretroviral representou a esperança anunciada que indivíduos soropositivos poderiam viver com certo grau de normalidade, menos sujeitos às doenças ‘oportunistas’. Porém, os custos de tais tratamentos ainda eram superiores às capacidades de governos (principalmente) subdesenvolvidos de proporcionarem os medicamentos às suas populações. A possibilidade de lançar mão de licenças compulsórias, a exemplo do Brasil, não era uma realidade para a maioria dos países, que não possuíam capacidade produtiva para tal. O Banco Mundial, que em 1994 proibira expressamente o Brasil de usar os recursos⁸ disponibilizados pela instituição na forma de empréstimos para a prevenção da AIDS no tratamento de soropositivos, viria a se tornar um dos maiores financiadores do tratamento antirretroviral. Fundações, como a Fundação Bill e Melinda Gates, também passariam a desempenhar papel fundamental no financiamento da terapia, além de demais ações globais de promoção à saúde (SOUZA, 2012a; GARRETT, 2013).

A década de 1990 também foi palco de esforços na busca de novas opções para a promoção do desenvolvimento socioeconômico, mobilizando governos e organismos não-estatais. Partem de uma perspectiva de insuficiência dos receituários neoliberais para a promoção do desenvolvimento e refletem a proatividade do Sul global em buscar discutir novas maneiras de promover melhorias sociais. Esse novo corolário de ideais colocava o ser humano não apenas como receptor das ações em prol do desenvolvimento, mas também como um agente ativo, empoderado e com papel transformador (noção já expressa na Declaração de Alma-Ata e na Carta de Ottawa). As ideias que relacionavam desenvolvimento com foco no ser humano haviam sido delineadas já desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, mas foram acentuadas nas conferências internacionais realizadas nos anos 90, principalmente

⁸ Empréstimos conhecidos como AIDS I, AIDS II e AIDS III, de 1994 a 2006 (SOUZA, 2012a).

quando o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) lançou o primeiro Relatório sobre Desenvolvimento Humano em 1990 (SAITH, 2006; HULME, 2007).

Conferências importantes foram realizadas nessa década, como o *World Summit for Children* (1990), a Conferência do Rio (1992) sobre sustentabilidade, a Conferência do Cairo (1994) versando desenvolvimento e gênero e a Conferência de Copenhague (1995) a respeito da centralidade do combate à pobreza. Além disso, organismos como o Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (CAD/OCDE) lançaram em 1996 suas propostas para a uma agenda global para a promoção do desenvolvimento, seguidas por proposição elaborada pelo Secretário-Geral das Nações Unidas Kofi Annan em 2000 (*We the Peoples: The Role of United Nations in the 21st Century*), que foram amalgamados com outras noções, anseios e recusas da comunidade internacional, concretizando um projeto final representado no documento *A Better World for All: Progress towards the international development goals de 2000*. Essa seria a base para o lançamento da Declaração do Milênio em 2001, contendo oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) prescritos para os próximos quinze anos (HULME, 2007).

Apesar dos críticos apontarem que o processo tem origem *top-down* – refletindo imposições e interesses de países ricos e organismos internacionais como o FMI e o Banco Mundial – e que são pouco ambiciosos em relação aos anseios e transformações da década de 1990, os ODMs se colocaram como uma das mais ambiciosas ações em prol da promoção do desenvolvimento socioeconômico, carregando em si o mérito de mobilizar a comunidade internacional (atores estatais e não estatais) em um compromisso único, com prazo final para o ano de 2015. Três⁹ dos oito objetivos acordados tratam diretamente de saúde, o que atesta mais uma vez o papel central que era dedicado a esse campo na transição para o século XXI (SAITH, 2006; MCGILLIVRAY, 2008; FEHLING, NELSON & VENKATAPURAM, 2013).

Além da Declaração do Milênio, outros elementos que atestam uma transformação nos princípios até então vigentes no campo da saúde global podem ser sumarizados na Convenção de Controle do Tabaco de 2003 e na Declaração de Oslo de 2007. A primeira reconhece que a globalização não afeta apenas uma predisposição para o alastramento de doenças comunicáveis, mas também propicia mudanças nos estilos de

⁹ ODMs 4: Redução da Mortalidade Infantil; ODM 5: Melhoria da Saúde Materna; ODM 6: Combate à AIDS, Malária e Tuberculose.

vida das populações que são fatores de risco para o aparecimento de doenças crônicas. A segunda reflete uma necessidade premente de participação de questões de saúde no delineamento da política externa de maneira explícita, movimento que será encabeçado pelo Brasil em parceria com os governos da França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia (ALCÁZAR, 2008; FIDLER, 2011).

A Convenção de Controle do Tabaco buscava apontar que consumo de tabaco poderia gerar uma variedade de doenças respiratórias, além de ser fator catalisador na incidência de câncer pulmonar, mas que ações no sentido de limitação da oferta seriam possivelmente impraticáveis em face do poder e da influência da indústria. O aumento do consumo do tabaco poderia ser associado com o próprio advento da globalização e a consequente propagação midiática desse novo hábito, atestando que ações além da culpabilização individual por hábitos nocivos seriam necessárias para conter uma ameaça à saúde que poderia se tornar um problema crônico, sobrecarregando os sistemas de saúde nacionais (KICKBUSCH, 2004; VAUGHAN, 2012).

A Declaração de Oslo (2007) buscou enfatizar de maneira mais clara e precisa a necessidade de maior participação de questões de saúde na política externa. Os ministros reunidos em Oslo reiteravam uma noção já apontada por eles na Iniciativa Saúde Global e Política Externa, realizada em setembro de 2006, que buscava fortalecer as noções de oportunidades e desafios criados com a globalização, ressaltando os novos arranjos nas relações internacionais e o surgimento de novos atores, que tornam imperativo um concerto internacional no que concerne à promoção da saúde global. Apontavam para uma mudança fundamental que deveria tomar forma na relação entre os aspectos econômicos/comerciais e de saúde na conformação da política externa, prezando para que interesses comerciais não resultassem em malefícios para os níveis de saúde globais (OSLO MINISTERIAL DECLARATION, 2007).

A iniciativa em questão apontaria duas vertentes principais para justificar o foco que a comunidade internacional deveria dispor no campo da saúde: primeiro, demonstrar como a presença das discussões de saúde nas questões de política externa poderiam conferir maior visibilidade ao assunto e catalisar resultados, e, segundo, apontar como as melhorias em questões de saúde poderiam diminuir ou suavizar os efeitos perniciosos da globalização (OSLO MINISTERIAL DECLARATION, 2007; ALCÁZAR, 2008):

The multi sectorial nature of the issue [health] offers great **opportunities for cooperation and therefore governance**. Integrating health into the governance of other sectors [trade, security, development and the

environment] could serve to raise the profile of health alongside other global issues, and potentially also increases access to resources for health. (VAUGHAN, 2012, pp. 21).¹⁰

Dez áreas prioritárias deveriam ser enfocadas nas agendas de política externa, quais sejam: controle de novas doenças infecciosas; desenvolvimento de recursos humanos em saúde; maior capacidade de resposta aos efeitos de conflitos e desastres naturais na saúde; melhoria nas respostas à pandemia do HIV/AIDS; enfoque nas relações entre saúde e meio ambiente, desenvolvimento e comércio e promoção de uma governança em saúde, que se debruce, principalmente, em iniciativas para o HIV/AIDS, Malária e Tuberculose (OSLO MINISTERIAL DECLARATION, 2007; ALCÁZAR, 2008).

Os ministros reiteravam a percepção de que a globalização exige novas formas de governança para enfrentar novos desafios, preconizando ações de cooperação internacional que coexistam com o respeito à soberania, baseado na noção de que a saúde é peça basilar para a promoção do desenvolvimento. Os arranjos cooperativos deveriam prezar pela transparência, justiça e noção de que existem responsabilidades comuns, enfatizando a troca de informações no que diz respeito a riscos para a saúde global, intercâmbio de boas práticas e experiências de combate de doenças comunicáveis. Esses elementos reafirmavam a necessidade de relação simbiótica entre ações em saúde e o cálculo de política externa (OSLO MINISTERIAL DECLARATION, 2007; ALCÁZAR, 2008).

É fundamental ressaltar que as transformações que colocam a saúde global em um novo patamar não implicam em uma submissão total da política externa aos interesses da saúde global. Uma afirmação de tal maneira radical seria não apenas ingênua, mas desonesta em sugerir que elementos econômicos, comerciais e mesmo de segurança passam definitivamente para o segundo plano. Fidler (2011) é enfático em destacar que o que toma corpo com a globalização não é uma visão idealista da saúde que transforma a política externa ignorando os interesses materiais na dinâmica de poder que permeia o cálculo das nações. Para o autor, existem dois momentos distintos nos quais a saúde ocupou papel na conformação da política externa: uma fase na qual os

¹⁰ “A natureza multisetorial da questão [saúde] oferece **grandes oportunidades para cooperação e, portanto, governança**. Integrar a saúde na governança de outros setores [comércio, segurança, desenvolvimento e meio-ambiente] poderia servir para elevar o perfil da saúde ao lado de outras questões globais, e potencialmente aumentar o acesso à recursos destinados à saúde” (tradução nossa, grifo nosso).

interesses econômicos e comerciais usam das questões de saúde para a realização de seus interesses (a saúde como mera ferramenta) e posteriormente (e o que será a aparente tendência do século XXI) uma etapa que aponta para uma relação simbiótica entre os interesses tradicionais da política externa e questões de saúde, momento no qual os dois campos tenderão a interagir com equidade e menor volatilidade da importância da saúde na política externa (FIDLER, 2011).

As mudanças que tomam curso na política externa, com a percepção da insuficiência das quarentenas no final do século XIX e começo do século XX, se encaixam no modelo de Fidler, no qual a saúde pode atuar como ferramenta dos interesses tradicionais do Estado. A saúde é adicionada nos cálculos de política externa devido às ameaças que doenças comunicáveis com potencial epidêmico representam para a estabilidade do comércio e manutenção da segurança:

When diseases interfere with and frustrate a state's pursuit of its material interests, as frequently happened in the last decade in international trade, foreign policy bureaucracies respond. **What drives responses is the threat posed to the material interests and capabilities of states, not a cosmopolitan consensus on health's intrinsic importance to 21st century humanity** (FIDLER, 2005, pp. 184).¹¹

Essa visão perdurou por boa parte do século XX, mesmo com os discursos idealistas que enfatizam a saúde como elemento além dos interesses materiais e dos jogos de poder. Muito devido às transformações do papel da saúde no cenário internacional ser fruto de ameaças epidêmicas à estabilidade comercial e de segurança, por um longo tempo essa perspectiva se refletiu nas tomadas de decisão em política externa dos principais Estados. Essas escolhas, em grande medida, promoveram a marginalização de doenças não-comunicáveis, principalmente aquelas características de países e regiões mais pobres. É essa visão que pode ser a explicação da estigmatização de doenças tropicais caracterizadas como doenças negligenciadas. A própria falta de atenção ao fortalecimento dos sistemas de saúde das nações mais pobres pode ser explicada por essa vertente que usa a saúde na política externa como ferramenta na defesa dos interesses econômicos e comerciais (FIDLER, 2005).

¹¹ “Quando doenças interferem e frustram a busca do Estado por seus interesses materiais, como frequentemente aconteceu na última década no comércio internacional, os tomadores de decisão em política externa respondem. **O que guia essas respostas é a ameaça colocada aos interesses materiais e capacidades dos Estados, não uma visão consensual cosmo-política da importância intrínseca da Saúde para o século XXI**” (tradução nossa, grifo nosso).

A transformação que se desenha nesse modelo irá justamente ser um reflexo dos novos desafios da globalização e, ao mesmo tempo, um reforço do potencial transformador da maior interdependência entre os Estados. Fidler explica que esse modelo (que reflete, em grande medida, a política internacional do século XXI) busca enfatizar evidências epidemiológicas combinadas com interesses materiais, promovendo uma noção de integração entre política externa e saúde. É uma visão que busca focar o aspecto científico da saúde (epidemiológico), não mais a instrumentalidade da saúde como ferramenta para o reforço e manutenção poder político. Essa visão epidemiológica da saúde ressalta a necessidade imperiosa de promoção um diálogo entre ciência e política, não permitindo que o idealismo da saúde como ideologia ignore as dinâmicas da política internacional, mas ao mesmo tempo prevenir que os interesses tradicionais dos Estados no campo da segurança e poder obscureçam o papel fundamental da saúde na política externa na realidade do século XXI (FIDLER, 2005; MCINNES, LEE, 2012):

This dynamic contains scientific principles and imperatives that foreign policy cannot overlook, and anarchy/power considerations that health cannot ignore (FIDLER, 2005, pp 187).¹²

A foreign policy highly tuned to power politics but deaf to epidemiology is harmful to both foreign policy and health (FIDLER, 2005, pp. 190).¹³

Poucos investimentos – e mesmo pouca atenção doméstica – conferida à saúde geram desigualdades sociais graves no sentido de promoção do bem-estar e manutenção de níveis de saúde satisfatórios. Além disso, podem isolar os Ministros da Saúde nacionais, que, devido ao pouco financiamento e falta de visão estratégica da saúde, são preteridos em relação aos ministros que cuidam de pastas mais “importantes”. A mudança “copernicana” acontece no sentido de que a globalização amplia o escopo de saúde e de ameaças à saúde para além das definições restritas a causas biológicas localizadas, congregando novos atores capazes de apresentar alternativas aos modelos dominantes de ação política. A globalização apresenta a saúde em um novo matiz, agrupando noções econômicas, sociais e culturais nos determinantes de saúde. A percepção da saúde como um direito, particularmente enfocada no acesso a

¹² “Essa dinâmica contém princípios e imperativos científicos que não podem ser ignorados na política externa, e considerações de anarquia e poder que a saúde não pode ignorar” (tradução nossa).

¹³ “Uma política externa demasiado voltada para relações de poder, porém indiferente à epidemiologia é tanto prejudicial para a política externa, como para a saúde” (tradução nossa).

medicamentos e acesso à atenção primária, faz com que ações guiadas por interesses comerciais/econômicos e de segurança precisem gerar contrapartida para garantir os interesses do aspecto social e não mais apenas suas próprias ambições (DRAGER; FIDLER, 2007; ALCÁZAR, 2008):

As many recent analyses have shown we need to redress the balance from a focus on the global public goods necessary to the expansion of commerce to the global public goods needed to speed social progress and social justice. This is exactly where we are challenged as a public health community today (KICKBUSCH, 2004, pp. 12).¹⁴

Securing health's fullest participation in foreign policy does not ensure health for all, but it supports the principle that foreign policy achievements by any country in promoting and protecting health will be of value to all (DRAGER, FIDLER, 2007, pp. 162).¹⁵

Essa abordagem mesmo sugere uma necessidade de maior troca de informações entre os Ministérios da Saúde nacionais e seus corpos diplomáticos. Os profissionais de saúde que estão engajados em questões de Saúde Global carecem, em grande parte, de conhecimento diplomático, seja no quesito de capacitação para a condução de negociações internacionais, seja no sentido de compreender o papel que assuntos ligados à Saúde Global desempenham para os interesses de política externa de seus países. Portanto, há uma necessidade de treinar esses profissionais no campo técnico da diplomacia (e fazer o mesmo com os diplomatas a respeito de conhecimento técnico em saúde), de modo que a Saúde Global esteja presente na Política Externa de maneira mais robusta e consistente, favorecendo uma prática mais institucionalizada da Diplomacia em Saúde (KATZ, 2011).

As questões de saúde afetam os interesses tradicionais de política externa, e de tal modo as escolhas econômicas e comerciais também devem levar em conta em seus cálculos os possíveis efeitos para os índices de saúde pública. Uma visão que integra saúde e política externa preza por evitar que, por exemplo, um avanço ou prognóstico científico seja ignorado em prol de interesses puramente políticos. E, em contraste com uma visão idealista, busca evitar a percepção equivocada de harmonia absoluta, no que concerne aos interesses em saúde no cenário internacional (FIDLER, 2005). Dentre

¹⁴ “Como muitas análises já demonstraram, precisamos readequar o balanço entre o enfoque nos Bens Públicos Globais necessários para a expansão do comércio e os Bens Públicos Globais necessários para o avanço do progresso e da justiça social. Esse é exatamente o ponto no qual hoje somos desafiados como uma comunidade de saúde pública” (tradução nossa).

¹⁵ “Garantir a maior participação da saúde na política externa não garante saúde para todos, mas reitera o princípio de que ganhos em política externa por qualquer país na promoção da saúde serão ganhos valiosos para todos” (tradução nossa).

essas duas visões equivocadas (quando confrontadas com as realidades globais em saúde), a visão de submissão da saúde aos interesses da política externa foi uma visão predominante por um longo tempo (ao contrário da risível influência da concepção idealista da saúde acima dos interesses materiais tradicionais), sendo esse um dos motivos pelos quais Alcázar propõe a essa mudança de pensamento a noção de mudança ‘copernicana’:

This inversion is what the Copernican shift is all about. The situation, exemplified by the economy and trade cluster on the one hand and the social cluster on the other, was clearly dominated by the former. The economy and trade cluster occupied centre stage. The other cluster merely orbited it, like a planet travelling around the sun. In this respect, it would be appropriate to use the term ‘Ptolemaic’ in so far as this adjective would suggest that the economy and trade cluster would be regarded as being at the centre of the universe, whereas the social cluster would circle it, thereby reiterating an incorrect perception. Why incorrect? Because in this situation, the former cluster works for itself and not for the latter, in which mankind is found. The Copernican shift, in this context, would restore mankind’s status – in an ironical twist to the true, astronomical, shift that took place in the sixteenth century (ALCÁZAR, 2008, pp. 15-16).¹⁶

É justamente nessa fase de mudança provocada pela acentuação dos reflexos da globalização que os países do Sul passam a contestar a centralidade dos Estados do Norte – os chamados ‘doadores tradicionais’ - na promoção de políticas de desenvolvimento, com destaque para ações no campo da Saúde Global. Isso se traduz na maior presença dos países pobres e de renda média nas discussões sobre saúde global, via utilização da diplomacia em saúde. A atuação desses países complementa a noção de mudança copernicana, atrelando uma nova gama de temas em saúde com novas possibilidades de resposta, representadas em estratégias de atores alternativos (BUSS, FERREIRA, 2010a; KICKBUSCH, IVANOVA, 2013).

Dentre os elementos presentes que surgem nessa alternativa de cooperação em saúde destaca-se a necessidade de que as ações por parte dos doadores sejam focadas nas necessidades dos países receptores (*recipient-oriented*), prezando pela

¹⁶ “Essa inversão é a ideia central da mudança copérnica. A situação, exemplificada pelo elemento econômico e comercial de um lado e o elemento social do outro lado, foi claramente dominada pelo primeiro. O aspecto econômico e comercial ocupou posição central. O outro elemento meramente orbitou em torno do primeiro, como um planeta orbitando ao redor do sol. Nesse sentido, seria apropriado usar o termo ‘ptolomaico’, de modo a sugerir como o elemento econômico e comercial era tratado como sendo o equivalente ao centro do universo, ao passo que o elemento social iria orbitá-lo, reiterando uma concepção incorreta. Por que incorreta? Porque nessa situação, o elemento tido como central trabalha em benefício próprio e não pelo elemento social, no qual a humanidade se baseia. A mudança copérnica, nesse contexto, iria restaurar o lugar da humanidade – em uma mudança irônica para a transformação astronômica para a verdade que ocorreu no século XVI” (tradução nossa).

horizontalidade do projeto, de modo que o sistema de saúde nacional como um todo seja fortalecido e não apenas um setor específico (o que exigiria uma ênfase maior às ações de longo prazo). Isso evitaria que as prioridades dos países receptores fossem marginalizadas em prol dos interesses dos doadores, não permitindo que recursos financeiros e humanos fossem drenados de áreas consideradas sensíveis (BUSS, FERREIRA, 2010a).

Os países do Sul – em particular aqueles denominados ‘Estados emergentes – carregam potencialidades de transformar o estado corrente da cooperação internacional em saúde, muito devido as alternativas representadas pela modalidade sul-sul de cooperação. Esse modelo alternativo pode agir tanto no sentido de completar as lacunas deixadas pela cooperação tradicional – também denominada Cooperação Norte-Sul – ou agir no sentido de catalisar mudanças fundamentais nos arranjos verticalizados demonstrando novas práticas e estratégias, principalmente adequação das ações aos interesses dos receptores. A presença de novos atores Estatais, organismos internacionais, fundações, bancos e mesmo a sociedade civil organizada representam a conformação de um arranjo imprescindível para responder aos novos desafios que se delineiam nas décadas de transição dos séculos XX e XXI (KATZ, 2011; LEE; KAMRADT-SCOTT, 2014).

Esse arranjo, representado na noção de uma Governança em Saúde Global, reitera a noção de Alcázar: a mudança trazida pela globalização no papel da saúde global na política internacional gera laços de interdependência entre os Estados que não permite mais que estruturas obsoletas perdurem. Uma mudança ‘copernicana’, pois as abordagens unidimensionais e verticalizadas da coordenação internacional em face da ameaça da cólera no século XIX são inegavelmente impróprias para a nova realidade que se desenha. Os velhos arcabouços de práticas e ideias devem abrir espaço para um novo arranjo, que se desenha a partir de novas ameaças e potencialidades no campo da Saúde Global e novos atores atuando no mesmo. Esse arranjo pode ser concebido na noção de Governança em Saúde Global (ALCÁZAR, 2008).

Nos moldes do pensamento de Alcazár, um novo corolário de estratégias e práticas é necessário em face da incongruência e obsolescência das formas de tomada de decisão das quais os atores tradicionais de Saúde Global lançavam mão até o final do século XX (ALCÁZAR, 2008). Nesse sentido, é interessante refletir como os Países em Desenvolvimento (PEDs) podem influenciar na delineação de estratégias e ações mais adequadas para a Saúde Global do século XXI, considerando a proposta da Cooperação

Sul-Sul como uma alternativa ou complemento aos arranjos característicos da Cooperação Norte-Sul, que, historicamente, se colocaram como as práticas dominantes no setor da saúde. Esses países emergentes possuem maior relevância no cenário internacional em relação aos países mais pobres do Sul, porém ainda apresentam problemas de saúde pública nacional característicos de países em desenvolvimento. Considerando a influência de uma nova participação da saúde em seus cálculos de política externa e a proposta da Cooperação Sul-Sul por maior reciprocidade entre doadores e receptores, o capítulo a seguir busca elucidar como arranjos de cooperação entre países do Sul poderiam contribuir para a Governança em Saúde Global, colocando esse arcabouço de práticas como um dos elementos positivos da multiplicidade de atores na atual arquitetura da Saúde Global.

CAPÍTULO 2: COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE

Governança em Saúde Global

Definir Governança em Saúde Global é tarefa exaustiva, em face da diversidade de concepções, que podem divergir em elementos-chave. A dificuldade de precisão do conceito é, muitas vezes, o principal empecilho para operacionalizar as ações desenvolvidas nesse campo. Não é ambição deste trabalho apresentar uma noção precisa do conceito ou o engajamento em aprofundada discussão teórica de como os autores de referência definem o termo. Em um aspecto amplo, a definição de David Fidler (2011) sumariza uma compreensão básica do conceito, sem, todavia, negar sua complexidade:

Global health governance refers to the use of formal and informal institutions, rules, and processes by states, intergovernmental organizations, and non-state actors to deal with challenges to health that require cross-border collective action to address effectively. This definition's relative simplicity should not obscure the breadth and complexity of this concept (FIDLER, 2011, pp. 3).¹⁷

As discussões a respeito de Governança em Saúde Global são permeadas de valores, crenças e objetivos que, naturalmente, podem divergir entre si. Isso define diferentes agendas e perspectivas, o que pode gerar maior dificuldade em contextualizar ações no campo. De tal maneira, a Governança em Saúde Global não pode ser limitada a uma ideia específica ou a uma visão estrita de doenças infecciosas, pelo contrário, várias visões análogas ou opostas dialogam, além do que mais assuntos são incorporados como elementos que afetam direta ou indiretamente questões de saúde. Nesse sentido, nenhuma vertente é inteiramente dominante na esfera da Governança em Saúde Global, mas sim diferentes visões possuem distintos níveis de importância em diferentes campos da promoção dessa governança. Ou seja, progressos no sentido de melhorias na Saúde Global são melhores percebidos em áreas específicas e não em uma visão de todo holística dessa esfera (VAUGHAN, 2012).

Um dos principais problemas que dificulta uma conceituação precisa da Governança em Saúde Global é o atual estado da arquitetura da governança em saúde, ou seja, a composição de seus atores. A multiplicidade de atores se atesta na presença de

¹⁷ “Governança em Saúde Global se refere ao uso de instituições formais e informais, regras e procedimentos por Estados, organizações governamentais e atores não-estatais para lidar efetivamente com os desafios em saúde que requerem atuação tranfronteiriça coletiva. A aparente simplicidade do conceito não deve obscurecer sua profundidade e complexidade” (tradução nossa).

países com uma diversidade latente de poder e níveis de desenvolvimento em saúde pública nacional, além de instituições internacionais, ONGs nacionais e internacionais, fundações, instituições financeiras, organismos privados e academia. A multiplicidade de atores que surgiram a partir dessa nova forma de perceber a Governança em Saúde Global e o seu papel na política externa, ao passo que têm o mérito de destacar a transversalidade das questões de saúde, segurança, economia e desenvolvimento, situando a saúde global em um patamar mais consistente, também traz o revés de reforçar um quadro de pouca coordenação entre os atores envolvidos (KICKBUSCH; IVANOVA, 2013; LEE, KAMRADT-SCOTT, 2014).

Essa falta de coordenação pode influenciar na competição política entre os atores, desperdício de trabalho e recursos, incoerência normativa, sobreposição de iniciativas, permanência de lacunas em questões importantes, na maioria dos casos, doenças não-comunicáveis e falta de atenção à problemas de saúde que afetam principalmente os países mais pobres. Os principais gargalos e falhas que podem ser categorizados como desafios para o século XXI são oriundos, em sua maioria, de problemas de falta de coordenação entre os atores que compõe a arquitetura da Governança em Saúde Global (FIDLER, 2011; KICKBUSCH, IVANOVA, 2013; LEE, KAMRADT-SCOTT, 2014).

A maioria dessas lacunas provém de arranjos verticalizados, assistencialistas e pouco adequados aos interesses e necessidades urgentes dos países receptores das iniciativas internacionais em saúde. Isso resulta, em grande medida, de uma atuação utilitarista dos principais atores que prestam assistência no campo da Saúde Global, que ao alinharem suas ações, majoritariamente, em consonância com seus interesses nacionais a despeito das necessidades dos países receptores, reforçam a perpetuação de lacunas críticas em saúde pública. Essa prática também fortalece o ideário que categoriza o Sul como agente passivo e dependente das práticas assistencialistas do Norte Global (ALLEYNE, 2007).

Porém, a mudança fundamental que Alcázar nomeia ‘mudança copernicana’ na Saúde Global não transforma apenas o escopo das questões concernentes à saúde global tornando o campo mais holístico, mas também proporciona espaço para novos atores apresentarem práticas alternativas. Nesse aspecto, é possível a participação de atores do Sul Global – muitos dos quais tradicionalmente receptores de assistência em saúde – em arranjos alternativos, que busquem, dentre os mais diversos objetivos, apresentar

práticas que não reproduzam os históricos erros presentes nos arranjos verticalizados (ALCÁZAR, 2008; ECOSOC, 2008).

A participação desses atores do Sul é possível tanto pela mudança na Governança em Saúde Global característica do século XXI, como também de maior importância estratégica que esses atores passam a experimentar, que os agrega na noção de atores reemergentes. Esses atores desempenham o que Lopes (2008) concebe como dupla inserção: ao mesmo tempo em que continuam a ser receptores de iniciativas de assistência provenientes de atores do Norte, possuem potencialidades de prover cooperação para outros países do Sul, principalmente na transferência de conhecimento técnico (LOPES, 2008).

Cooperação Vertical em Saúde

As ações de cooperação internacional que se desenham ao final da Segunda Guerra Mundial são, em larga medida, expressão dos interesses estratégicos das nações mais ricas em resposta ao cenário pós-conflito. Dentre as motivações que guiaram a maioria das ações verticalizadas da época, destaca-se o temor à expansão do comunismo, que se traduzia na necessidade de promover a estabilidade econômica e política das nações arrasadas pela guerra e dos demais países mais pobres do Sistema Internacional, atrelando a percepção de desenvolvimento com as realidades e escolhas políticas do Ocidente (PUENTE, 2010; CORRÊA, 2010).

Inicialmente, essas iniciativas não se propuseram a estabelecer uma arquitetura clara das normas e práticas a serem desenvolvidas pelos países doadores. As ações de assistência eram baseadas, em grande medida, em concepções particulares dos países doadores a respeito das prioridades para a promoção do desenvolvimento, sem a presença de uma diretriz comum a respeito de prioridades e estratégias (PUENTE, 2010; PAULO, 2014).

Com o avançar das práticas de cooperação vertical, em 1972 no âmbito do Comitê para Assistência ao Desenvolvimento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (CAD/OCDE) foram delineadas as primeiras ações voltadas para a formação de um consenso sobre as normas e conceitos básicos na prática da assistência internacional. Nesse sentido, os países do Norte membros do CAD conceituaram como Ajuda Oficial para o Desenvolvimento (AOD) os fluxos internacionais voltados para a promoção do desenvolvimento no Sul Global, de tal

modo que as ações de cooperação desses países recebem a nomenclatura de Cooperação Norte-Sul ou Cooperação Tradicional¹⁸ (CORRÊA, 2010; HYNES & SCOTT, 2013).

Porém, essas ações verticalizadas eram oficialmente postas em curso a partir de um discurso de solidariedade internacional, que preconizava a necessidade de ação conjunta dos países em prol da promoção de melhorias nas regiões que enfrentavam problemas sérios de subdesenvolvimento (CORRÊA, 2010). Corrêa explica como esse discurso e a motivação estratégica da assistência dialogaram na definição de prioridades para o desenvolvimento nessa época:

O elemento motivador “oficial” da cooperação internacional, ou seja, a solidariedade, foi sempre objeto de uma interpretação muito particular sobre o que deveria realmente contemplar. Em outras palavras, os países desenvolvidos se reservavam a “prerrogativa” de determinar os temas que seriam, ou não, abordados nas ações de cooperação internacional. Nesse sentido, a agenda tradicional da Cooperação Norte-Sul compôs-se, por um lado, de temas que não haveria porque discordar de sua pertinência como ações promotoras de desenvolvimento [...] Por outro lado, essa mesma agenda omitiu propositadamente áreas que tangenciavam ou incidiam diretamente sobre as fontes de poder e de renda dos países desenvolvidos, a exemplo de pesquisa básica, desenvolvimento tecnológico, acesso a mercados, fluxos de investimento, etc (CORRÊA, 2010, p. 46).

Essa dinâmica se reflete no setor específico da saúde ao manter gargalos críticos nos níveis de saúde pública, como falta de fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde, pouco enfoque para doenças características de países em desenvolvimento (doenças tropicais), ausência de ações no sentido de prover capacidade técnica e industrial de produção de medicamentos, por exemplo. As ações desenvolvidas em Saúde Global nessa época, a despeito do discurso de solidariedade, se colocavam muito mais em conformidade com uma visão utilitarista dos países doadores do Norte. As melhorias que eram almejadas no Sul Global serviam, em grande medida, para atender os interesses estratégicos das nações mais ricas, não tanto para melhorar os índices de saúde dos países do Sul, como já mencionado no capítulo anterior (ALLEYNE, 2007; KATZ, 2011).

¹⁸ O uso do termo ‘tradicional’ para designar as ações de cooperação internacional postas em curso por países do Norte reforçaria uma percepção de que os arranjos do Sul são novos, quando na verdade países do Sul já promoviam suas primeiras ações de prestação de solidariedade internacional antes da Conferência de Bandung em 1955. Essas ações eram incipientes e obscurecidas. Exemplo dessa articulação do Sul que contesta o caráter tradicional da CNS seria a criação do *Kuwait Fund for Arab Economic Development* em 1961, primeiro fundo de cooperação entre países do Sul, que com a crise do petróleo dos anos 1970 prestou importante papel na concessão de fluxos para a promoção do desenvolvimento (QUADIR, 2013).

Além disso, esses arranjos verticalizados expressavam clara potencialidade de acentuarem disparidades críticas entre as estratégias e interesses dos países que atuam como prestadores de ajuda e as necessidades e capacidades dos países que recebem tais fluxos. Dentre os malefícios da ajuda verticalizada dissociada da análise dos interesses e necessidades locais, podem ser destacadas a sobreposição de iniciativas devido à falta de coordenação entre os doadores, perpetuando a existência de gargalos, além de manutenção de discursos que mascaram prioridades do Sul que não são compartilhadas pelo Norte (doenças tropicais, por exemplo). A Carta de Ottawa (1986), por sua vez, já prescrevia a necessidade fundamental de práticas de cooperação e prestação de ajuda internacional em saúde seguirem uma lógica *recipient-oriented*:

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos (CARTA DE OTTAWA, 1986, pp. 2).

Muitas iniciativas verticais de *Global Health Partnerships* (GHPs) têm o efeito negativo de não dialogarem com as necessidades e políticas nacionais, fazendo com que os Estados receptores não consigam administrar de forma satisfatória os recursos que lhes são dados (BUSS; FERREIRA, 2010a). A ajuda prestada nos moldes tradicionais é muitas vezes assistencialista e cunhada em um diálogo falho que não atenta para as necessidades e possibilidades dos receptores:

[...] a maior parte das atividades em saúde internacional não é compartilhada entre nações 'equivalentes'; elas refletem a ordem política e econômica internacional, na qual a 'assistência' internacional é 'provida' pelas nações ricas e industrializadas e 'recebida' pelos países pobres e subdesenvolvidos. [...] A assistência internacional reflete as relações geopolíticas e reproduz os desequilíbrios de poder e recursos (BIRN; PILLAY; HOLTZ, 2009, *apud*, BUSS; FERREIRA, 2010a, pp. 95).

Essa falta de adequação e coordenação entre os doadores de cooperação em saúde e permanência de arranjos que continuam a perceber o Sul global como receptores passivos podem ser vistos como um resquício das práticas em saúde internacional características do século XIX e da transição para o século XX. Essa prática reforça a ideia de um assistencialismo pernicioso que pode, muitas vezes, se desdobrar no que Reinert (2006) categoriza como '*welfare colonialism*': os fluxos de ajuda são direcionados para ações paliativas, que tratam dos sintomas negativos de um processo de desenvolvimento desigual, não das causas do mesmo. De tal modo que os países receptores podem desenvolver relações nocivas de dependência da ajuda e

mesmo condicionar suas políticas públicas aos interesses de seus doadores, postergando, muitas vezes, transformações nacionais de extrema necessidade, mas que não se alinham com as preferências dos Estados e atores não-estatais que lhes prestam ajuda (REINERT, 2006).

Quando há uma incongruência entre os discursos tradicionais da CNS e suas práticas *donor-oriented* se reforça uma incoerência no processo de promoção do desenvolvimento, pois

Se a função da cooperação internacional, nesse sentido, é a de promover desenvolvimento, ela somente será legítima e coerente com seu propósito original se buscar viabilizar a transferência ou o compartilhamento de conhecimento, de boas práticas, de experiências bem sucedidas, de processos inovadores, de mecanismos de acesso a informações de conteúdo e de inovação tecnológica que, uma vez reconhecidos e validados como eficazes, permitam proporcionar ao país beneficiário – por meio de uma eficiente estratégia de desenvolvimento de capacidades humanas, institucionais e de infraestrutura – mudanças que sejam qualitativas, mensuráveis e sustentadas frente a um quadro anterior de insuficiência de conhecimento de um determinado público-alvo para materializar suas metas coletivas (CORRÊA, 2010, p. 43).

O mau alinhamento de práticas de ajuda ou cooperação em relação os interesses e necessidades dos países receptores pode ser um dos maiores responsáveis por algumas dos principais vácuos temáticos em Saúde Global no século XXI. O aspecto paliativo de algumas iniciativas pode ser a resposta para uma das lacunas mais preocupantes na cooperação para o desenvolvimento em saúde: a falta de fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde (GARRETT, 2013).

Kickbusch (2004) afirma que o descompasso entre as realidades nos índices de saúde entre países ricos e pobres pode ser explicado pela constante negligência na prática da ajuda e cooperação internacional em aplicar duas políticas básicas a respeito da promoção do desenvolvimento: a primeira, a relação crucial entre melhorias nos níveis de saúde acompanhados de reformas sociais em outros campos, como promoção de uma melhor distribuição de renda e acesso à educação; segunda, o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde. A precarização dos sistemas de saúde, tanto no quesito infraestrutura física, como deficiência na provisão de profissionais de saúde, é um tema que torna a ganhar notoriedade, principalmente devido à percepção de que iniciativas para aprimoramento dos índices de saúde de um Estado necessitam da existência de sistemas de saúde nacionais fortes (KICKBUSCH, 2004; GARRETT, 2013).

Os sistemas nacionais de saúde dos países mais pobres refletem, em grande medida, um processo de desenvolvimento cujos resultados são desiguais. As

discrepâncias entre os investimentos em saúde entre países ricos e pobres são cada vez mais profundas, o que faz com que as desigualdades sociais geradas através do acúmulo desproporcional de riquezas tenham seus efeitos mais danosos nas populações mais pobres. Nesse aspecto, as crises de saúde global na ótica dos países mais pobres não dizem respeito apenas a pandemias, mas também a questões de acesso básico, como falta de serviços essenciais, ausência de profissionais de saúde e de medicamentos (KICKBUSCH, 2004; SANTANA, 2011).

Se considerarmos como uma das características da Saúde Global no século XXI o risco comum de países ricos e pobres em face de eventuais pandemias, é possível apontar que são as capacidades de resposta dos sistemas nacionais de saúde desses países que marcam as diferentes maneiras com as quais os surtos pandêmicos os afetam (GARRETT, 2013).

Entendendo o cenário atual como condizente com o que Keohane e Nye (2001) concebem como Interdependência Complexa¹⁹, países ricos e pobres podem ser igualmente sensíveis aos riscos de pandemias se alastrarem para seus territórios nacionais, porém, é o estado da infraestrutura de seus sistemas nacionais de saúde que irá determinar o grau de vulnerabilidade dos mesmos em responderem a possíveis surtos de doenças infecciosas. Ou seja, os custos para países pobres responderem aos efeitos de pandemias são muito maiores do que os custos a serem enfrentados por países mais ricos. De tal modo, ações de cooperação ou prestação de ajuda de caráter paliativo tendem a não transformar de maneira contínua as realidades do setor de saúde de países mais pobres, porque o não fortalecimento de seus sistemas nacionais de saúde proporciona uma tendência de manutenção de baixa capacidade nacional de garantir mesmo o atendimento básico. (KEOHANE; NYE, 2001; GARRETT, 2013).

Outro problema sensível que perdura no atual contexto da Saúde Global como um fruto de arranjos de cooperação verticalizados é a negligência com a qual doenças tropicais são tratadas nos arranjos da Governança em Saúde Global. Quando as transformações oriundas da globalização que refletem na Saúde Global são explicadas em termos de doenças infecciosas que possuem o potencial de se espalharem além das

¹⁹ Noção oriunda da obra *Power and interdependence: world politics in transition* (1977) de Robert Keohane e Joseph Nye que atesta para a realidade de uma interdependência assimétrica entre os Estados, enfatizando a existência de uma realidade incompatível com as percepções realistas de centralidade do Estado e uso da força como ferramenta recorrente no sistema internacional. Ressalta a maior participação de organismos não-estatais na Política Internacional, a inexistência de uma hierarquia clara de assuntos no cenário internacional e maior potencialidade de atuação de organizações internacionais na regulamentação das interações entre os Estados.

fronteiras nacionais, necessitando ações conjuntas para serem combatidas e solucionadas, problemas de saúde característicos de determinadas localidades, seja por questões climáticas ou práticas culturais, não estariam inseridos no escopo da Saúde Global. Essa percepção de riscos comuns impulsiona a maneira diferente com a qual a saúde deve dialogar com a política externa já na metade do século XX, mas tal visão é incongruente com as necessidades em saúde do século XXI. A globalização transforma padrões de produção e consumo, aumentando os fatores de risco de doenças crônicas, além disso, a manutenção dos Bens Públicos Globais não pode ser alcançada com a manutenção de alto nível de mortalidade de doenças típicas de países mais pobres que permanecem negligenciadas (MCINNES, LEE, 2012; LEE; KAMRADT-SCOTT, 2014).

Doenças como a diarreia crônica, por exemplo, podem ser muito mais perigosas em determinadas localidades do que pandemias com alta mobilização internacional, como a gripe aviária. Shifman (2009) explica que existem dois elementos que podem explicar as atenções conferidas a determinado problema de saúde no cenário internacional: a primeira maneira seria a percepção material do problema, estabelecida em termos do potencial de mortalidade e custos de resposta a uma determinada doença; a segunda seria percepção social da mesma, determinada de acordo com a leitura de determinados grupos, que conseguem posicionar algumas doenças em níveis de importância capazes de mobilizar atores estratégicos em prol de seu combate e tratamento (SHIFMAN, 2009).

A AIDS, por exemplo, possui ampla atenção internacional em sua prevenção e tratamento, contando com fundos de financiamento expressivos e atores importantes, como a UNAIDS, que reiteram o discurso tecido em torno do perigo do HIV e de seu potencial de mortalidade como um dos elementos fundamentais usados para justificar a atenção que dispõe a essa doença. Porém, Shiffman aponta que, nesse exemplo, a relação se explicaria mais por uma percepção sociológica e não material, visto que problemas de saúde como cólera e pneumonia possuem potencial de mortalidade maior do que o da AIDS. Ou seja, o uso de uma explicação baseada em percepção material seria mais adequado para ações em prol do combate da diarreia e pneumonia, por exemplo, em comparação com as ações em prol da erradicação do HIV/AIDS (SHIFFMAN, 2009).

McInnes e Lee (2012) reiteram essa noção quando apontam que, em algumas práticas internacionais em prol do combate às determinadas doenças, o enfoque

conferido pode usar da percepção de perigo de mortalidade de determinado problema como maneira de legitimar a mobilização internacional, mas que tal ação se desenrola mais em prol da defesa de interesses econômicos ou de segurança (como o caso da gripe aviária, SARS). Isso não significa afirmar que doenças como a AIDS e o surto da SARS não representem índice considerável de mortalidade, mas que a explicação material para a atenção internacional a uma determinada doença não precisa, necessariamente, ser a causa maior para justificar esse enfoque. A presença de doenças negligenciadas aponta que a percepção social de uma doença e a força dos interesses de atores com maior poder desempenha papel fundamental nas práticas em prol da Saúde Global:

Specifically, those issues that attract attention may be ones in which policy community members have discovered frames – ways of positioning an issue – that resonate with global and national political elites, and then established institutions that can sustain these frames [...] When policy communities develop convincing ideas and strong institutions, attention and resources may follow (SHIFMAN, 2009, pp. 608).²⁰

Essa noção reforça mais uma falha da Governança em Saúde Global, que apesar dos desafios urgentes do século XXI, ainda nutre práticas em saúde inapropriadas para responder a essas demandas, que são fundamentalmente globais em sua natureza. Para responder a essas novas questões, é imperiosa a definição de um conjunto de práticas e ações no campo da saúde global que agregue o desenvolvimento científico e tecnológico com ações centradas nas esferas política, econômica e social, além de buscar definir de forma precisa as responsabilidades de promoção da saúde nas esferas doméstica e global. Negligenciar esse raciocínio é, talvez, uma das razões da permanência de gargalos nos níveis globais de saúde que presenciamos atualmente. Os novos desafios à Saúde Global que se colocam no século XXI desafiam as fronteiras tradicionais de pensamento, atestando para a necessidade de um novo contrato social global para assegurar níveis satisfatórios de saúde (KICKBUSCH, 2004).

Isso não significa dizer que as ações de CNS saúde não tenham gerados efeitos positivos para países com baixos índices de desenvolvimento. A própria criação da Aliança Global para Vacinas e Imunização (*GAVI Alliance*) e suas campanhas bem sucedidas para vacinação contra doenças como a Malária, por exemplo, são de grande

²⁰ “Especificamente, as questões que atraem atenção podem ser aquelas nas quais membros da comunidade política encontraram maneiras de posicionar tais questões que reverberam nas elites nacionais e globais, posteriormente estabelecendo instituições que possam sustentar essas noções [...] Atenções e recursos tendem a surgir quando a comunidade política desenvolve ideias convincentes e instituições fortes para mantê-las” (tradução nossa).

importância para países com baixos índices de desenvolvimento. Porém, a permanência de escolhas por arranjos de financiamento verticais em saúde (campanhas pontuais de vacinação e prevenção, por exemplo) e a falta de ações voltadas para o financiamento horizontal (fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, melhoria da atenção básica) são elementos que não transformam de maneira aprofundada as realidades em saúde dos países mais pobres. Isso se dá, em grande medida, pela urgência de resultados mensuráveis e em curto prazo, o que reforça ainda mais a necessidade da cooperação internacional em saúde no século XXI caminhar para além das estratégias ‘instantâneas’ de assistência (SRIDHAR; TAMASHIRO, 2009; OOMS *et al*, 2010).

Corrêa (2010) ressalta que, apesar dessas constatações e de outras inadequações na prática da CNS, para alguns países de renda baixa os fluxos de AOD são demasiado importantes para serem rejeitados. Dentre as modalidades de CNS e CSS, a primeira é indiscutivelmente mais fortalecida na arquitetura da CID, tendendo a ter sua relevância continuada pelos anos que seguirão. Porém, as características do século XXI na CID urgem para a garantia de Bens Públicos Globais de tal modo que contestações se desenham ao monopólio das estratégias de CNS para o desenvolvimento (CORRÊA, 2010):

Na saúde, especificamente, a mudança copérnica elucidada por Alcázar contém duas dimensões, quais sejam: o aumento na gama de questões que afetam os índices de saúde global e o leque de atores com potencialidades de atuarem em arranjos para a melhoria de tais índices. Essas duas esferas dialogam com as críticas aos arranjos da CNS em saúde ao imputarem à prática da CSS possibilidade de apresentação de novos e alternativos arranjos em relação às ações verticalizadas em voga, em particular via a atuação de países reemergentes (PAULO, 2014).

Cooperação Sul-Sul e Doadores Reemergentes

A Cooperação Sul-Sul pode ser tanto uma modalidade específica da CID, como pode representar múltiplas relações entre os países do Sul no que concerne a integração regional, relações comerciais públicas e privadas, além de formações de coalizões em fóruns internacionais. Ao mesmo passo em que a amplitude do conceito dificulta a realização de estudos teóricos precisos, limitar o mesmo empobrece a complexidade da essência da CSS:

Entender a CSS como um processo complexo de trocas é fundamental diante do surgimento de abordagens que buscam tratar a CSS como um fenômeno ligado a trocas simplificadas, como apontam as abordagens baseadas na troca de conhecimentos (*knowledge exchange*) ou de políticas (*policy exchange*). O Banco Mundial e agências da ONU vêm insistindo em apontar que o caráter diferencial da CSS em relação à CNS se basearia nessas dimensões. Embora elas existam em bases claras quando observamos parcerias entre países de mesmo desenvolvimento relativo, subsumir a CSS a essas abordagens é reducionista, formando mais uma expressão e um pensamento normativo sobre a CSS (LEITE, 2012, p. 30).

Tomando em consideração essa ressalva, a cooperação realizada por PEDs para a promoção do desenvolvimento será chamada de Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento (CSSD). Essa modalidade de CSS possui diversas vertentes: cooperação econômica, investimentos, transferência de conhecimento tecnológico, podendo envolver a cooperação somente entre países do sul ou em combinação com outros organismos, originando arranjos triangulares²¹. O elemento crucial da CSSD é a existência de um elemento de troca entre os Estados envolvidos no arranjo cooperativo. Uma vez que a relação só será considerada cooperativa se ambos os envolvidos se considerarem beneficiados do arranjo, o que diferencia o termo ‘cooperação’ do termo ‘ajuda’ utilizado anteriormente (LEITE, 2012).

Os primeiros esforços de articulação dos países do Sul podem ser traçados a partir da descolonização afro-asiática, resultando na realização da Conferência sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) no ano de 1978. Esse evento reuniu delegações de mais de 130 países, reiterando a necessidade de solidariedade entre os países do Sul, herança que pode ser atribuída à Conferência de Bandung em 1955. Apesar das dificuldades de articulação entre esses atores devido às suas disparidades internas e restrições ao número de Estados participantes, avanços estratégicos foram alcançados, representados, em grande medida, nas contestações que urgiam para a transformação do termo ‘ajuda’ por ‘cooperação’, imputando a necessidade de que os arranjos internacionais fossem calcados na noção de parceria, não mais de assistência, além de reforço da solidariedade Sul-Sul (LOPES, 2008; PUENTE, 2010).

Nas décadas de 1980 e 1990, devido aos problemas domésticos dos países em desenvolvimento, oriundos de constrangimentos da estrutura do sistema internacional,

²¹ A Cooperação Triangular baseia-se na coordenação ente dois doadores que direcionam sua cooperação para um terceiro Estado (receptor). Pode incluir um país desenvolvido ou uma organização internacional (LOPES, 2008).

as articulações em torno da solidariedade dos mesmos foram prejudicadas. Entre esses problemas destacam-se as crises com dívidas externas, competição por recursos pelos países do Sul em um cenário de ajuste neoliberal, refletidos, em grande parte dos casos, na sujeição aos receituários ortodoxos de organismos como o FMI e Banco Mundial (LOPES, 2008; LEITE, 2012; MILANI; CARVALHO, 2013).

Esse momento de dismantelamento da solidariedade entre países do Sul coincide com o momento de maior presença de questões de saúde global na Política Internacional, o que pode ser tomado como mais uma justificativa para a prevalência de arranjos verticalizados de cooperação em saúde nessa época. As contestações aos efeitos superficiais de tais políticas vão se refletir nos anos 2000, com o lançamento da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), além de retorno da articulação entre países do sul em prol de arranjos horizontais de cooperação de maneira mais acentuada (ALLEYNE, 2007; MILANI & CARVALHO, 2013).

Esse retorno da articulação da CSSD é tanto marcado por um reforço de uma percepção de desenvolvimento mais holística, como da maior relevância de atores concebidos como ‘reemergentes’. A recuperação econômica de atores estratégicos, como Brasil, China, Índia, Turquia e África do Sul, aliadas com uma visão mais integralizada do processo de desenvolvimento, passam a apresentar alternativas à noção verticalizada característica dos arranjos provenientes do Norte Global (LEITE, 2012):

Trata-se, desde então, de uma tentativa de garantir uma inserção internacional diferenciada de alguns países do Sul no diálogo com os países desenvolvidos. Boa parte da engenharia institucional que, desde o começo dos anos 2000, tem sustentado a CSS fundamenta-se no pressuposto de que países em desenvolvimento podem e devem cooperar uns com os outros a fim de garantir reformas políticas da governança global (FMI, Banco Mundial, ONU) e resolver os seus próprios problemas econômicos e sociais com base em identidades compartilhadas (ex-colônias, status econômico, experiência histórica, etc.), esforços comuns, interdependência e reciprocidade. Isso significa afirmar que a CSS pressupõe uma geopolítica e uma geoeconomia do mundo que não sejam exclusivamente a expressão das prioridades do Ocidente (MILANI; CARVALHO, 2013, p.15).

Esses doadores reemergentes são ao mesmo tempo receptores de cooperação Norte-Sul e doadores de Cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento, são Estados que possuem importância política e estratégica crescentes no cenário internacional (LOPES, 2008). Apesar de incipiente em relação aos montantes de ajuda fornecidos pelos países membros da OCDE, a participação desses atores no cenário da CID cresceu exponencialmente nos últimos anos. Nesse aspecto, a atuação dos países do Sul Global

como doadores enfatiza a noção de que a CSSD pode atuar como uma força catalisadora na mudança das concepções de promoção do desenvolvimento pautada em abordagens verticalizadas (MILANI, 2012; MILANI; CARVALHO, 2013):

In its most political form, SSC is the illustration of the erosion of the developing world's ties of dependence to the West and the former colonial powers – even more so in light of the global economic downturn of 2008, which began with the financial crisis in the US, followed by Europe (SIDIROPOULOS, 2012, pp. 2).²²

É necessário salientar que a cooperação prestada pelos mesmos não é recente, apenas obscurecida pela ausência de dados e participação reduzida nos fluxos destinados a CID quando comparados com os montantes disponibilizados por atores do Norte, concebidos como “tradicionais”. Além disso, esses atores percebidos como reemergentes não firmaram consensos entre si para a prática da CID (institucionalização)²³, ao oposto dos doadores tradicionais membros do CAD/OCDE. Os holofotes estão sobre eles devido, em grande medida, à aceleração do crescimento econômico e político (influência como atores regionais e globais) dos mesmos nos últimos anos (BROWN; MORTON, 2012; QUADIR, 2013).

Porém, apesar das promessas de impacto desses atores na CID os mesmos enfrentam sérias dificuldades para a institucionalização de suas ações, o que pode ser um dos principais problemas para o fortalecimento da CSSD. Quadir (2013) aponta que à medida que crescem em participação no cenário da cooperação internacional, os países do Sul encontram dificuldades para coordenar, administrar, monitorar e avaliar os resultados da ajuda prestada de maneira sistêmica/institucionalizada. Esses países, na maioria dos casos, tendem a preferir arranjos do tipo *ad hoc* ao invés da institucionalização de corolário comum entre si, o que pode dificultar a coordenação de práticas entre os mesmos. A operacionalização da CSSD encontra ainda enormes empecilhos de ordem técnica, como a inexistência de bases nacionais de coleta de dados, inclusive de fluxos não-oficiais (LEITE, 2012; QUADIR, 2013).

Outro problema para mensurar o montante da participação dos países do Sul nos arranjos de cooperação é a multiplicidade de metodologias para a coleta desses dados.

²² “Em sua forma mais política, a CSS é a ilustração da erosão das amarras de dependência do Ocidente e das antigas potências coloniais – ainda mais em face da crise econômica global de 2008, que se originou nos Estados Unidos, seguidos da Europa” (tradução nossa).

²³ No âmbito acadêmico não há consenso sobre a institucionalização da CSS, porém o debate está corrente. (KLEMIG, 2014).

Grosso modo, existem três impeditivos para a melhor compilação dos dados sobre os fluxos de cooperação Sul-Sul: 1) problemas técnicos e institucionais de coleta e definição dos dados; 2) falta de coordenação na coleta de dados no nível nacional (fragmentação entre agências e ministérios); e 3) falta de coordenação da coleta de dados devido à ausência de um fórum que execute tal atividade (ECOSOC, 2008).

Apesar de tais empecilhos, entre os estudiosos e defensores da CSSD, é a identificação de identidades e problemas compartilhados entre os países em desenvolvimento que define o diferencial dessa modalidade em comparação com os arranjos verticalizados. A proximidade dos países do Sul possibilitaria o intercâmbio de práticas e políticas adequadas a contextos semelhantes, priorizando uma relação de troca, não apenas de transferência de recursos e imposição de condicionalidades, elemento presente na CNS. Esse entendimento também fortaleceria a ideia de que a CSSD têm o potencial de promover concepções alternativas do processo de desenvolvimento e, concomitantemente, proporcionar uma ruptura com os moldes dominantes de cooperação em prol de uma reestruturação da arquitetura da CID (SIDIROPOULOS, 2012; MILANI; SUYAMA; LOPES, 2013).

Porém, ressalvas fundamentais devem ser feitas para evitar a essencialização do Sul contida nesse tipo de argumento. A primeira é o reconhecimento indubitável de particularidades e assimetrias entre países do Sul Global, cujas realidades econômicas, sociais e culturais são diversas, tornando uma homogeneização e generalização de suas características tarefa impraticável e, certamente, improdutiva. Alguns países do Sul compartilham de raízes históricas semelhante, como o advento da colonização, além de outras características próprias que os agregam no mesmo estrato de países em desenvolvimento, diferenciando-os de países desenvolvidos. Porém, as diferenças entre tais tipos de Estados são fundamentais e claras, refletidas na diversidade de índices de desenvolvimento e potencialidades dentro do grupo que agrega os Estados do Sul Global (SOUZA, 2012a).

A segunda ressalva importante é a desmistificação de que a CSSD opera baseada na ausência de interesses próprios dos países do Sul que prestam cooperação - ambições que podem ser econômicas, políticas, de manutenção da segurança dentre outros elementos não exaustivos -, mas sim voltadas para a solidariedade Sul-Sul desinteressada²⁴. A cooperação prestada por atores do Sul Global pode carregar noções

²⁴ Dentre as razões políticas, o caso chinês pode servir como exemplo já que o começo da cooperação da China com países africanos tinha, dentre outros motivos, o objetivo de enfraquecimento das relações

dependistas, pois a elaboração de suas estratégias e práticas não geraria, necessariamente, resultados benéficos e, conseqüentemente, opostos a eventuais resultados perniciosos oriundos de ações postas em curso por atores do Norte (BROWN; MORTON, 2008; SOUZA, 2012a).

Complementando essa ressalva, não apenas a CSSD pode ser guiada por interesses próprios dos países doadores a despeito das reais necessidades daqueles atores que recebem essas ações de cooperação, mas esses arranjos também podem promover o reforço de noções imperialistas, desta vez levadas a cabo por atores do Sul. Para os países receptores, se não houver uma mobilização internacional para a promoção de bens públicos globais na garantia de suprimento das necessidades humanas básicas esse arranjo poderá representar apenas a troca de um ‘patrão’ por outro (ROSEMBAWN; TYLER, 1975; LEITE, 2012):

Contrary to what some authors and policy makers claim, this article finds that the Southern donors’ overseas development agendas are based largely on national self-interest and national priorities. Non-tied aid thus becomes a sort of rhetoric, not a serious political commitment to managing and/or delivering development in a concrete manner that ensures the role of Southern countries in determining their own priorities and preferences (QUADIR, 2013, p. 16).²⁵

Portanto, a noção de uma cooperação necessariamente desinteressada é errônea, visto que os doadores do Sul também podem dirigir seus fluxos de cooperação guiados por interesses nacionais de ordem política e econômica, além de alguns países delinarem seus programas de ajuda exigindo o consumo de seus bens e serviços na execução dos projetos nos países receptores. Apesar de a horizontalidade, de maneira realística não poder ser necessariamente garantida em virtude das discrepâncias entre os próprios países do Sul Global no que diz respeito às suas estratégias e realidades, essas observações não devem obscurecer o potencial que tais arranjos desempenham em um

dos países africanos com Taiwan, fortalecendo o reconhecimento da China continental. Além disso, há ainda o caso da Venezuela, na conformação de um modelo alternativo ao modelo neoliberal representado na figura dos Estados Unidos (conformando, inclusive, a Alternativa Bolivariana para as Américas - ALBA). Isso demonstra que a CSSD não pode ser tomada como uma cooperação desprovida de interesses políticos, não diferindo, essencialmente, da cooperação Norte-Sul (ECOSOC, 2008).

²⁵ “Em oposição às concepções de alguns atores e *policy makers*, esse artigo demonstra que as agendas de atuação dos doadores do Sul são baseadas largamente no interesse nacional e prioridades internas. A ajuda sem condicionalidades é basicamente retórica, não um compromisso político sólido de administrar e/ou conceder políticas de desenvolvimento em uma maneira que garanta aos países do Sul a determinação de suas próprias prioridades e preferências” (tradução nossa).

cenário de contestação aos modelos tradicionais no século XXI (CORRÊA, 2010; KEIJZER, 2012, PINO, 2013):

Tomando-se o conjunto desses fatores, criam-se condições objetivas para se discutir o que poderia ser considerado relevante como ação de cooperação internacional no futuro, bem como qual seria a pertinência dessas novas políticas e estratégias para a materialização de condições reais de promoção de um desenvolvimento equilibrado e durável. Não há como tais discussões continuarem a ser conduzidas a partir de pautas em que temas sensíveis tem sido cuidadosamente podados de forma unilateral pelos países doadores [...] Somente com o amadurecimento das relações políticas e econômicas entre os países em desenvolvimento, a partir da identificação de temas de interesse comum que resistam à tendência histórica de fragmentação de posições, será possível induzir novas dinâmicas nos fluxos de intercâmbio de conhecimentos, de informação e de investimento que permitirão reconfigurar a atual arquitetura dos mecanismos de cooperação internacional que hoje beneficia exclusivamente os países desenvolvidos (CORRÊA, 2010, p. 49).

Nesse cenário de uma nova arquitetura em saúde e da possibilidade de participação de atores do Sul na conformação dos ditames da CID em Saúde, a particularidade dos atores reemergentes – refletida em sua dupla inserção nos arranjos de CID – torna-os uns dos principais atores na proposição desses novos arranjos. A prática da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento é uma das principais ferramentas desses países enquanto doadores.

Cooperação Técnica em Saúde

A retomada do fôlego da Cooperação Sul-Sul, grosso modo, reforça uma noção de que as ações internacionais em prol do desenvolvimento devem trilhar um caminho que se molde para além da prestação de ajuda, que preze por arranjos pautados na adequação das práticas cooperativas em consonância com transformações profundas nas estruturas que geram problemas típicos do subdesenvolvimento, com destaque para problemas no campo da saúde:

Today, aid needs to deal with a larger variety of development situations across countries and on the global level. Beyond basic needs and poverty reduction, the national and local problem areas in partner countries vary considerably. At the same time, issues such as climate change, **global health** and food security have emerged as global development challenges. Attempts by aid actors to keep their formal goals free of policy objectives other than poverty reduction are being challenged by new global demands related to the provision of **global public goods**. Finally, aid is

under budgetary pressure in a number of rich countries (JANUS; KLINGBIEL; PAULO, 2014, p. 2).²⁶

A saúde precisa sair da esfera da caridade, e ser reconhecida em termos de direitos e justiça globais. Os próprios modelos de assistência em saúde precisam reconhecer a mesma como um dos aspectos fundamentais que afetam a garantia de direitos fundamentais. As ações de CID urgentes para o século corrente exigem que tais arranjos garantam transformações concretas nas realidades locais, modificando de maneira positiva os índices nacionais dos países receptores, principalmente via promoção do desenvolvimento humano nos mesmos (KICKBUSCH, 2004; CORRÊA, 2010).

Nesse sentido, a Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento (2005) reitera a necessidade de apropriação dos países receptores de ajuda em relação às escolhas e estratégias empregadas, reforçando o caráter complementar do papel dos doadores. Isso seria fundamental para que seus projetos não se sobreponham ou entrem em conflito com as ações já tomadas pelo país receptor, atentando para a manutenção do caráter de mútua responsabilidade, integrando doadores e receptores (DECLARAÇÃO DE PARIS, 2005; BUSS, FERREIRA, 2010a).

A Declaração de Oslo seria uma das principais iniciativas no sentido de promover a cooperação internacional em acordo com os princípios da Declaração de Paris, que são posteriormente reforçados na Declaração de Busan de 2011: “Parcerias para o desenvolvimento só terão êxito se são liderados pelos Países em Desenvolvimento, implementando abordagens adaptadas as situações e necessidades específicas do País” (DECLARAÇÃO DE BUSAN, 2011, pp. 12).

A proposta da CTPD é, em grande medida, congruente com essa lógica, quando enfatiza a necessidade de coerência entre as estratégias dos doadores e as necessidades dos receptores, reforçando noções de parceria e promoção de arranjos capacitivos. Esse arcabouço de ideias é herança do Plano de Ação de Buenos Aires (PABA) de 1978, considerado o marco da CTPD (LOPES, 2008).

²⁶ “Atualmente, a ajuda engloba uma variedade de assuntos relacionados com o desenvolvimento nos países e no nível internacional. Além das necessidades básicas e da redução da pobreza, os problemas nacionais e locais nos países variam bastante. Ao mesmo tempo, questões como mudanças climáticas, saúde global e segurança alimentar emergem como desafios globais à promoção do desenvolvimento. Tentativas postas em curso pelos doadores de ajuda no sentido de garantir que seus objetivos formais sejam dissociados de esferas além da redução da pobreza estão sendo desafiadas pela demanda global por políticas que garantam a provisão de bens públicos globais. Além de tudo, os fluxos destinados para a ajuda internacional estão sofrendo sob pressões orçamentarias em países ricos” (tradução nossa).

É necessário firmar, porém, que não é objetivo da CTPD substituir a cooperação Norte-Sul, mas sim disseminar experiências bem sucedidas entre os países do Sul, permitindo, em alguns casos, um melhor aproveitamento da cooperação outrora recebida pelo Norte. A prática da CTPD por países do Sul não eximiria os países do Norte de continuarem a buscar opções adequadas de promoção de cooperação para o desenvolvimento (LOPES, 2008; LEITE, 2012).

A Unidade Especial do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento²⁷ estabelece que dentre os princípios que classificam uma atividade como CTPD devem ser prezadas as noções de compartilhamento de conhecimentos, além de tecnologias, recursos e capacidades. Caso a cooperação de vertente técnica seja realizada via um arranjo de triangulação, os recursos que fundamentem as ações de CTPD devem ser oriundos da contraparte do Sul para serem considerados ações de cooperação técnica, não mera transferência de práticas e recursos do Norte (LOPES, 2008).

Um dos potenciais da CTPD é a replicação de ações bem sucedidas do país doador para o país receptor, mas tal noção precisa ser tecida com ressalvas. Replicar tais práticas nem sempre é possível, devido às diversidades de realidades e potencialidades dos países do Sul. Tais políticas devem ser cuidadosamente atreladas com as configurações internas dos países receptores, para que não gerem a mesma incongruência da replicação dos receituários do Norte (LOPES, 2008; CORRÊA, 2010).

Em Saúde, as ações de CTPD devem prezar por uma visão holística da saúde e de seus determinantes, enfatizando em suas ações enfoque na mitigação dos efeitos da pobreza, necessidade de preservação ambiental, promoção da educação, garantia de desenvolvimento urbano e emprego. Essa visão integralizada da CTPD em saúde deve focar, majoritariamente, na melhoria das capacidades organizativas dos Sistemas Nacionais de Saúde (SNS), mediante a formatação de um diagnóstico claro e aprofundado que explique as dificuldades correntes em saúde na localidade receptora dos arranjos de cooperação (BRONFMAN; POLANCO, 2003).

Nesse sentido, a CTPD reconhece o fortalecimento dos SNS como a base fundamental para o aprimoramento das capacidades nacionais de resposta a desafios em saúde. Esse tipo de cooperação pode tomar forma, por exemplo, na estruturação dos SNS quando a precariedade dos mesmos os torna pouco resolutivos ou no treinamento

²⁷ Essa instância foi criada como resultado do Plano de Buenos Aires de 1978, convertida no ano de 2004 em um organismo para tratar da Cooperação Sul-Sul de maneira mais ampla (ssd.undp.org).

de profissionais em saúde, garantindo melhor aproveitamento dos recursos humanos nacionais e mesmo complementando lacunas oriundas da falta desses profissionais (BUSS; FERREIRA, 2010a). Além disso, outras ações de CTPD voltadas para a saúde podem ser exemplificadas na promoção de transferência de expertise na produção de medicamentos, como acontece com as ações da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em Moçambique (FERNANDES, 2013).

A concepção brasileira de Cooperação Técnica Internacional baseia-se na ação conjunta dos atores envolvidos na execução de arranjos que prezem pela transmissão de arcabouço de conhecimentos e experiências, além de tecnologias, que proporcionem resultados em conformidade com a garantia do desenvolvimento socioeconômico do país receptor. A CTPD, em particular, representa uma oportunidade de transferência de conhecimentos e políticas públicas para a promoção do desenvolvimento nos países receptores, não apenas no intuito de sanar deficiências imediatas, mas também no sentido de prover as bases para a realização de um processo de desenvolvimento autônomo desses países receptores. Fundamenta-se no fortalecimento institucional dos países receptores, com destaque para ações nos SNS, por meio do que concebe como Cooperação Estruturante em Saúde (LOPES, 2008; IPEA/ABC, 2013):

A abordagem [Cooperação Estruturante em Saúde] visa a colaborar na construção de capacidades para o desenvolvimento, tomando em conta as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país. Para tal, combina intervenções concretas com a geração de conhecimento e a construção de capacidades locais (SILVEIRA, 2011, p. 53).

Essa modalidade de CTPD adotada pelo Brasil agrega os seguintes elementos: enfoque em concepções horizontais em saúde (fortalecimento dos SNS); garantia de resultados que promovam qualificação em saúde; coordenação de atividades no âmbito regional; presença constante e enfática dos ministros da saúde na condução do processo; além de reforço da parceria entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores (SILVEIRA, 2011).

A integração entre as esferas da saúde e da formação da política externa - elemento crucial para a formação de iniciativas em cooperação em saúde robustas e consistentes, como exposto por Fidler (2010) - se reflete no caso brasileiro no firmar do Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores em 2005. Essa iniciativa visava fortalecer o diálogo e a coordenação entre os dois ministérios na condução da CTPD brasileira em Saúde (SANTANA, 2011).

A justificativa brasileira pela predileção pelo o modelo de Cooperação Estruturante em Saúde se baseia na necessidade de evitar uma transmissão exaustiva de conhecimento em prol de um arranjo calcado no empoderamento, de modo que os países receptores atuem como protagonistas do processo. Essa estratégia garantiria e sustentabilidade do arranjo, possibilitando que a cooperação realizada garanta a realização de transformações estruturais e contínuas (CORRÊA, 2010; SILVEIRA, 2011).

A CTPD brasileira mobiliza mais de 170 organismos federais, dentre Ministérios, agências governamentais, governos locais, fundações e outros organismos provenientes da articulação da sociedade civil organizada. Dentre as instâncias responsáveis pela estruturação e operacionalização da CTPD brasileira em Saúde, podemos destacar: a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (IASA-MS); o Programa DST/AIDS; a Fundação Nacional de Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz. A IASA coordena a maioria dos projetos em saúde voltados para membros da CPLP e do Norte africano, enquanto que o Programa DST/AIDS é um dos principais articuladores da necessidade de transferência de tecnologia para a produção de antirretrovirais. A Fundação Nacional de Saúde promove, em parceria com a OPAS, ações de saneamento básico em países latino-americanos, além de promover ações para controle e combate de doenças como a Malária e Febre Amarela nas regiões de fronteira. Já a FIOCRUZ, que se debruça, majoritariamente, na condução de pesquisa científica e avaliação de políticas públicas, auxilia arranjos específicos de cooperação brasileira, como o estabelecimento da fábrica de antirretrovirais em Moçambique (CEPIK; SOUSA, 2011; ABDENUR; FONSECA, 2014).

A partir disso, o Brasil se configura como um dos doadores reemergentes que possuem potencial de influenciarem os ditames da cooperação em saúde global no século XXI. Como já mencionado, esses países possuem uma dupla inserção nessa arquitetura, são ao mesmo tempo doadores e receptores de cooperação em saúde. O capítulo seguinte tem como objetivo analisar como o Brasil se comporta na Governança em Saúde Global levando em consideração essa dualidade de atuação.

CAPÍTULO 3: A DUPLA INSERÇÃO BRASILEIRA NA ARQUITETURA DA SAÚDE GLOBAL

Alcazár (2008), ao tecer sua argumentação a respeito da singularidade do século XXI no tratamento à Saúde Global, aponta que o Brasil desempenhou papel fundamental na transformação observada na relação de questões de saúde pública com a formulação da política externa. As principais transformações são oriundas da maneira como o país trata questões de direito à saúde e como isso se reflete na formulação da Política Externa nacional e, conseqüentemente, prática da Diplomacia em Saúde.

A percepção de uma nova arquitetura da Saúde Global no século XXI apresenta um considerável leque de possibilidades de ações, elemento singular em relação ao modo como questões de saúde eram tratadas no nível internacional até meados do século passado. A combinação de uma gama maior de temas tratados no âmbito da saúde pública global com a reemergência de atores estratégicos permite que os mesmos desempenhem papéis duais nessa arquitetura, caracterizados pela noção de uma dupla inserção (ALCAZÁR, 2008; LOPES, 2008).

Tendo tais reflexões em consideração, esse capítulo se propõe a expor como o Brasil se insere nessa nova arquitetura de Saúde Global, previamente exposta no capítulo um, utilizando dessa noção de dupla inserção. Para tal, será exposto o papel de doador de cooperação técnica em saúde para os países africanos de língua oficial portuguesa, e de receptor de cooperação técnica cubana através do Programa Mais Médicos para o Brasil. É interessante notar que, na escolha desses dois casos ilustrativos, o Brasil não se comporta apenas como doador para o Sul, mas também como receptor do Sul.

Política Externa e Saúde no Governo Lula (2003-2010)

O tratamento concedido pelo governo brasileiro a questões de Saúde Global pode ser explicado a partir de duas raízes fundamentais: a primeira é a percepção nacional a respeito da saúde pública, expressa na legislação federal desde a criação do

Sistema Único de Saúde (SUS). Essa visão reforça a capacidade de articulação política do Ministério da Saúde, além de, na ótica de Buss e Ferreira (2012), favorecer tanto as pastas da saúde e das Relações Exteriores ao dar-lhes um marco político doméstico de extrema importância para o suporte da posição brasileira a nível nacional e internacional (BUSS; FERREIRA, 2012).

A segunda explicação fundamental é a própria transformação da realidade internacional em saúde e a emergência de outros temas sociais correlatos nas Relações Internacionais, que proporcionam a países reemergentes a participação mais efetiva nos ditames da política internacional via recursos de *soft power*. Esses países seriam considerados Estados-pivôs, ou seja, atores em desenvolvimento que apresentariam potencial com perfil para assumir liderança na promoção e aplicação da CTPD. No campo específico da saúde, essa vertente de atuação pode ser caracterizada na prática da Diplomacia em Saúde (LOPES, 2008; SANTANA, 2011).

O pioneirismo da atuação internacional brasileira em saúde data da metade da década de 1990, via resoluções nacionais de promoção do tratamento ao HIV, prática até então desencorajada pela Organização Mundial da Saúde e demais agências correlatas. A promoção do tratamento antirretroviral representou o reconhecimento máximo da saúde como um direito humano, evitando o ostracismo da comunidade soropositiva no delineamento de políticas públicas, além de incentivar uma tendência internacional que transformaria a maneira com a qual as ações para o HIV/AIDS eram realizadas até então (ALCÁZAR, 2008; SOUZA, 2012b).

É durante o governo do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva (2002-2010) que as questões de Saúde Global se intensificaram no cálculo da política externa brasileira. O discurso do ex-presidente na abertura no 11º Congresso Mundial de Saúde e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizados no Rio de Janeiro em 2006, sumariza essa percepção:

[...] a saúde coletiva no mundo, hoje, em especial em países com graves disparidades de renda e oportunidades, transcende as barreiras dos hospitais, dos postos de saúde, das farmácias e das universidades. Os governos devem continuar fortalecendo e democratizando esses mecanismos tradicionais para o trato da saúde da população, mas está cada dia mais claro que essa agenda é de natureza, sobretudo, política. **A saúde coletiva é parte integrante do verdadeiro desenvolvimento das nações, no qual os benefícios do crescimento econômico são absorvidos por toda população, na forma de redução das desigualdades sociais e na garantia do exercício de seus direitos básicos.** É para este desenvolvimento, portanto, que todos nós devemos dedicar os nossos maiores esforços e o foco principal de nossas políticas, seja no plano interno ou nas relações internacionais [...] É por esse

motivo que o Brasil, assim como muitas das nações e dos organismos aqui representados, está engajado em uma agenda internacional no qual o desenvolvimento com justiça social e o combate à fome e à miséria são as linhas mestras (BRASIL, 2006, grifo nosso).

A expressão ‘mudança copernicana’ trazida por Alcázar também é reafirmada nesse momento da política externa brasileira em saúde com a “quebra da patente” do antirretroviral Efavirenz, justificada, na comunicação oficial da Presidência da República, pelo fato que a licença compulsória firmava suas bases na percepção de que a saúde precedia o comércio. A inclinação contida nas atitudes do governo Lula – que indicava a possibilidade de novas ações nesse sentido, caso fossem os meios necessários para garantir a saúde e a dignidade da comunidade soropositiva brasileira – indicava uma clara mudança na relação entre saúde pública e política externa, com claro potencial para se espalharem para as ações brasileiras de CSSD (ALCAZÁR, 2008).

As possibilidades que se estendiam para a cooperação brasileira em saúde foram reforçadas pelo então Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, na 60ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra em 2007:

O interesse nacional medido em termos do bem estar de nosso povo - especialmente daqueles menos favorecidos - deve ser o princípio central da política de Governo. Mas o interesse nacional deve ser combinado com solidariedade ativa em relação à sorte de outros povos. Em um mundo globalizado, nas quais as ameaças globais provêm principalmente da pobreza, da alienação e da exclusão social, solidariedade não é somente um dever moral, é uma demonstração de interesse próprio inteligente [...] A saúde é crucial para o desenvolvimento e para o combate à pobreza. "A fome e a doença são irmãs gêmeas", disse o Presidente Lula na Assembleia Geral das Nações Unidas no ano passado [...] A cooperação Sul-Sul pode desempenhar um papel central na luta contra doenças infecciosas. O Brasil está no momento cooperando com Guiné-Bissau e Moçambique, entre outros, para combater a epidemia de HIV/AIDS. Nós fornecemos medicamentos antirretrovirais e ajudamos na prevenção da transmissão de mãe para filho. Também estamos envolvidos no treinamento de pessoal médico e na instalação de infraestrutura para o tratamento (AMORIM, 2007).

O lançamento da Declaração Interministerial da Oslo (2007) a partir da formação da Iniciativa Saúde Global e Política Externa (2006), parceria do Brasil com os Ministros das Relações Exteriores da França, Indonésia, Senegal, África do Sul e Tailândia, marca de maneira mais robusta o princípio de atrelamento entre Política Externa e questões de saúde. Esse documento apresenta de maneira consistente a impossibilidade de permanência de lacunas na política externa no que concerne a assuntos ligados à Saúde Global, reiterando a percepção de uma realidade social global cujos desafios a serem enfrentados pelas nações assumem formas até então negligenciadas. Visto de maneira holística, a promoção do desenvolvimento requer

atenção em áreas sensíveis, cujos reflexos se espalham para além de si próprias, como é o caso da saúde (OSLO INTERMINISTERIAL DECLARATION, 2007).

Isso atesta uma escolha brasileira de se inserir de maneira aprofundada nas questões sociais que passam a permear as Relações Internacionais, aproveitando-se da maior relevância econômica, política e estratégica do país nos últimos anos. As ações brasileiras em Saúde Global também se refletem em uma diversificação de parceiros, manobra que Pecequilo (2008) caracteriza como uma combinação dos eixos verticais tradicionais da PEB com eixos horizontais, representados na aproximação com os países do Sul Global, promovendo a autonomia brasileira pela diversificação (LOPES, 2008; PECEQUILO, 2008).

O governo Lula, ao promover uma diversificação de parcerias, equilibrando as relações Norte-Sul e Sul-Sul na PEB, estaria equilibrando duas vertentes, de maneira geral, opostas: um arranjo hemisférico-bilateral, caracterizado, grosso modo, pelos arranjos de aproximação com os Estados Unidos, e uma tendência global-multilateral, que passa a englobar atores do Sul na estratégia de inserção internacional brasileira. Uma inserção hemisférica-bilateral, condizente com a PEB da década de 1980, representara uma autonomia pela exclusão ao buscar a inserção brasileira no Sistema Internacional dominado pela hegemonia norte-americana. A prevalência de tal arranjo, todavia, se mostrara inconcebível no século XXI, exigindo do Brasil uma inserção internacional condizente com suas capacidades e sua relevância no cenário internacional. De tal modo, a aproximação com os países do Sul – todavia, sem negar o caráter estratégico das relações com o Norte Global – atestaria a mescla entre as relações verticais e horizontais na PEB (PECEQUILO, 2008).

Os programas de internacionalização brasileira em Saúde também foram conduzidos via maior aproximação com organizações internacionais reguladoras de atividades em tal questão, como a Organização Pan-Americana de Saúde. Foi através da OPAS, no ano de 2003, que o Brasil buscou a internacionalização de seu modelo de reforma sanitária via o Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária. As funções da OPAS se desenrolariam no sentido de realizar mobilização e promoção de cooperação técnica internacional, de modo a promover reformas sanitárias nos sistemas de saúde nacionais dos países receptores, ao passo que o Ministério da Saúde seria incumbido de divulgar o modelo brasileiro de organização do SUS para os PALOPS, os países vizinhos latino-americanos e os países da iniciativa IBAS (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012).

Promovendo a manutenção da parceria, em 2006, o Brasil assinou com a OPAS um de seus mais importantes documentos de promoção da cooperação triangular, o Termo de Cooperação nº 41, iniciativa com participação da FIOCRUZ com vistas a promover o intercâmbio de experiências em saúde pública brasileira, representando uma das estratégias mais robustas e capazes de catalisar o intercâmbio das práticas bem sucedidas em saúde pública Brasil no escopo da CSSD (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012, p. 445).

Esse termo de cooperação tem como foco o estabelecimento de um Programa de Saúde Internacional alinhado com a pasta do Ministério da Saúde, que visaria promover pesquisa em:

saúde coletiva, produção de insumos, análise de políticas públicas, apoio às ações de ciência e tecnologia, experiências em desenvolvimento comunitário, controle de qualidade e risco ambiental, implementação de processos educativos inovadores, exploração de fontes de informação, comunicação social e história da saúde (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012, p. 448)

Dentre os principais beneficiários da CTPD brasileira encontram-se os países africanos, que, de acordo com dados da ABC, receberam 22.6% dos, aproximadamente, 57 milhões de dólares que o Brasil destinou para atividade de CTDP no ano de 2010 (aproximadamente 6% dos gastos nacionais com CID). Dentre as nações africanas receptoras da CTPD brasileira destacam-se os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs)²⁸ (ABDENUR; FONSECA, 2014).

A Cooperação Técnica Brasileira em Saúde para os PALOPs

Até os anos 1990, aproximadamente, a África não era um dos enfoques principais da política externa brasileira, que priorizava a aproximação com os países desenvolvidos (Estados Unidos e Europa Ocidental) e a promoção da integração regional via o fortalecimento do Mercosul. Esse cenário só iria se transformar durante o Governo Lula, que buscou ampliar de maneira significativa as relações do Brasil com o continente africano (SILVEIRA, 2011):

²⁸ : Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

As mudanças na política externa refletiam a percepção, por parte do governo brasileiro, de oportunidades decorrentes do ordenamento internacional. **Sob este prisma, existiriam brechas para uma potência média como o Brasil lograr uma presença mais afirmativa em plano global** (SILVEIRA, 2011, p. 59, grifo nosso).

O uso da Diplomacia em Saúde e da prática da CTPD foram alguns dos instrumentos utilizados pelo governo federal na aproximação com a África, noção que se reflete nos 17 acordos de CID firmados entre o Brasil e os países africanos membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) entre 2003-2010. Os PALOPs receberam importantes ações de CTPD em saúde por parte do Brasil durante a gestão Lula, que abarcam as necessidades mais urgentes identificadas pelos governos dos países receptores, as quais são: ações de combate e tratamento ao HIV/AIDS; produção de medicamentos antirretrovirais; promoção da capacitação de profissionais de saúde nacionais; ações voltadas para a prevenção e controle da Malária; estruturação dos sistemas nacionais de saúde e promoção da educação em saúde no nível superior e pós-graduação (PASQUALÍN; GARCIA, 2011).

As ações desenvolvidas nos PALOPs, em especial o fortalecimento dos SNS e promoção da capacidade local de produção de antirretrovirais, são congruentes com os princípios que já eram defendidos pelo Brasil no encontro interministerial em Oslo:

Improve national and regional research capacity and the management capacity of public health systems, taking into account the special needs of the developing countries and using a variety of modalities including twinning, exchange programmes and institutional collaboration, transfer of technology, regional centres of excellence, etc, fostering regional and South-South collaboration based on shared interests (OSLO INTERMINISTERIAL DECLARATION, 2007, p.3)²⁹.

A atuação brasileira via prestação de CTPD é elemento crucial para a transformação da realidade desses países, uma vez que os processos de descolonização recentes e os agravos sociais gerados pela persistência da pobreza e desigualdade são solo fértil para o alastramento de doenças como Malária, cólera, Ebola, AIDS/HIV, além de predisposição para doenças crônicas. Os sistemas de saúde da maioria dos PALOPs são precários, contando com investimentos mínimos, falta de profissionais de

²⁹ “Melhorar as capacidades de pesquisa nacionais e regionais e a capacidade de gestão dos sistemas nacionais de saúde, levando em consideração as necessidades específicas dos países em desenvolvimento usando uma variedade de modalidades, incluindo combinação de estratégias, programas de intercâmbio e colaboração institucional, transferência de tecnologia, centros regionais de excelência, etc, promovendo a colaboração regional e Sul-Sul baseada em interesses compartilhados” (tradução nossa)

saúde qualificados, infraestrutura insuficiente, atestando a incapacidade resposta dos SNS de maneira resoluta às necessidades de suas populações (ABC, 2007; BUSS; FERREIRA, 2010b).

Dos membros da CPLP, os PALOPS (assim como o Timor Leste) apresentam os indicadores sociais mais frágeis em saúde: ao passo que em 2007 a cada mil nascimentos em Portugal eram registradas cinco mortes, em Moçambique a mortalidade respondia por 168 casos a cada mil, e na Guiné-Bissau essa razão era ainda maior, com 198 óbitos de crianças abaixo de cinco anos a cada mil nascidos vivos. A média de expectativa de vida dos PALOPs nesse ano rondava em torno dos 45 anos, ao passo que Portugal e Brasil alcançam o patamar de 72 a 75 anos (BUSS; FERREIRA, 2010b).

A atuação brasileira nos PALOPs é facilitada pelo fator linguístico, elemento essencial nas estratégias de qualificação profissional. Essa atuação se desenrola, a partir de 2005, via o aprofundamento da cooperação que já era prestada de maneira incipiente desde o ano 2000, focada, principalmente, no treinamento de profissionais de saúde e demais estudantes em cursos promovidos pela FIOCRUZ, CPLP e Agência Japonesa de Cooperação (JICA) na área de saúde pública. São arranjos de cooperação que buscam, por meio da elaboração de planos de ação, a identificação das realidades socioeconômicas desses países de modo a garantir a apropriação das ações de cooperação, além de alinhamento e harmonização (ABC, 2007; BUSS; FERREIRA, 2010b).

Em 2007, no âmbito da CPLP, foi instituído um Grupo Técnico de Saúde, cujas primeiras três reuniões anuais foram realizadas, respectivamente, em Lisboa (as duas primeiras) e Recife. As discussões que tomaram forma nesses encontros, combinadas com as resoluções oriundas dos encontros do Conselho de Ministros da CPLP em 2008 (realizados em Praia e no Rio de Janeiro) firmaram as bases para o lançamento de uma estratégia conjunta para a promoção da cooperação nos países da CPLP, manobra conhecida como Plano Estratégico de Cooperação em Saúde, a ser seguido entre os anos de 2009 e 2012 (BUSS; FERREIRA, 2010b).

Esse plano, voltado para as estratégias a serem pensadas pelos Ministros de Saúde nos quatro anos de sua vigência, ressaltava o caráter integralizado da promoção do desenvolvimento ao reiterar o papel sinérgico e essencial da saúde para o êxito das iniciativas de CID. A horizontalidade das ações em saúde, destacando a apropriação e adaptabilidade das estratégias, seria a maneira mais coerente de reversão dos quadros

precários em saúde pública vivenciados pela maioria dos integrantes da comunidade (BUSS; FERREIRA, 2010b).

Sete eixos estratégicos foram identificados no plano, eixos esses que deveriam nortear de maneira fundamental as ações cooperativas a serem tomadas dentro da CPLP na promoção do desenvolvimento em saúde, são eles:

- Formação e Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde;
- Informação e Comunicação em Saúde;
- Investigação em Saúde;
- Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde;
- Vigilância Epidemiológica e Monitorização da Situação de Saúde;
- Emergências e Desastres Naturais;
- Promoção e Proteção da Saúde (CPLP, 2009, p. 2).

Desses sete eixos estratégicos surgiram 21 ações a serem revertidas em projetos: seis voltadas para a formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde, quatro para a promoção da informação e comunicação em saúde, três voltadas para o desenvolvimento do complexo produtivo em saúde, e dois projetos voltados para cada uma das áreas restantes. O Brasil foi incumbido da articulação individual de doze desses projetos, nos quais em todos a FIOCRUZ se colocou como a principal articuladora da CTPD brasileira em saúde, o que aponta para o pioneirismo brasileiro na internacionalização de fundações dedicadas à questão da saúde pública do Sul Global. O Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal (IHMT), por sua vez, se responsabilizaria individualmente por sete ações, o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) por uma e a CPLP como um todo ficaria responsável por mais um projeto (CPLP, 2009; BUSS; FERREIRA, 2010b; SILVEIRA, 2011).

Os projetos direcionados para a articulação brasileira no que diz respeito à Formação e Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde visam à criação de um Observatório de Recursos Humanos em Saúde no âmbito da CPLP; organização curricular e organizacional de Escolas Técnicas de Saúde e criação da Escola Nacional de Saúde Pública em Angola (ESNPA), priorizando cursos de formação de médicos, enfermeiros e odontólogos. Foi inclusive no âmbito da ENSPA que o Brasil implantou o primeiro curso de mestrado em saúde pública do país. Ainda na esfera da educação, no que diz respeito às melhorias na informação e comunicação em saúde, o Brasil foi responsável pela estruturação de uma rede de bibliotecas virtuais para atender aos cursos de formação, além de centros de documentação, de modo a garantir a difusão do conhecimento técnico em saúde para o melhor aproveitamento das ações em capacitação empregadas até então (ABC, 2007; CPLP, 2009).

As ações brasileiras nos PALOPs voltadas para a investigação em saúde seriam levadas a cabo via a estruturação de centros nacionais voltados para compilação de dados e pesquisa, de modo a garantir ações direcionadas para a vigilância dos determinantes nacionais em saúde, promoção de melhorias na gestão dos sistemas nacionais e incentivo à pesquisa biomédica local. Essa esfera dialoga com as ações brasileiras a respeito do desenvolvimento de complexos produtivos de saúde, que se desenrolaram na análise de oportunidades de financiamento e posterior implantação do primeiro laboratório público de produção de antirretrovirais na África, localizado em Moçambique (CPLP, 2009; FERNANDES, 2013).

Já os projetos voltados para o monitoramento e vigilância em saúde, melhoria da capacidade de resposta a desastres naturais e promoção da proteção a saúde congregam as seguintes ações brasileiras: estruturação de laboratórios nacionais, provendo serviços integralizados e de referência; auxílio na elaboração de planos comunitários de resposta em face de desastres naturais; aplicação de modelos de saneamento básico e promoção de hábitos de higiene, tanto no nível doméstico, como na comunidade e em ambientes específicos, como escolas (CPLP, 2009).

A potencialização da CTPD para os PALOPs pode também ser atribuída a arranjos de triangulação com a OPAS, que integra as ações dos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação do Brasil com suas contrapartes na África, além de auxiliar na cooperação prestada pela FIOCRUZ, algumas universidades brasileiras, e mesmo Portugal, membro da CPLP. Esse arranjo triangular com a OPAS, especificadamente, é traçado na origem da assinatura do Termo de Cooperação n ° 41 entre o governo brasileiro e a representação da organização no Brasil. A atuação da OPAS nos arranjos de CTPD do Brasil para os PALOPs reflete, em grande medida, o papel crucial da organização para a projeção da CSSD brasileira e o prestígio conferido às ações da organização no âmbito nacional (SANTANA, 2011).

Essas ações em saúde que se fortaleceram de maneira exponencial nos dois mandatos do ex-presidente Lula e são refletidas, em grande medida, no governo Dilma, atestando para uma continuidade na política externa brasileira no que concerne à promoção da cooperação brasileira em saúde, apesar da redução dos orçamentos destinados a esses arranjos em comparação com o governo anterior. O fortalecimento da atuação internacional do MS em 2014, por exemplo, foi planejado via criação de uma Comissão Permanente de Assuntos Internacionais de Saúde, visando conferir suporte às ações brasileiras em organismos internacionais a respeito de questões de Saúde Global.

Porém, a CSSD brasileira em saúde nos primeiros anos do governo Dilma, grosso modo, seria propriamente mais enfocada no fortalecimento das ações herdadas do governo anterior, sem a busca de inovação no desenho de novas estratégias de atuação (VENTURA, 2015).

O governo Dilma deu continuidade ao Plano Estratégico de Cooperação em Saúde com a CPLP, implantando com sucesso melhorias nas redes integradas de saúde nos PALOPs, além de instalar em Cabo Verde um Centro de Formação Médica Especializada, voltado para a qualificação de docentes e profissionais de saúde, reiterando a noção de a cooperação brasileira prezar por promover melhorias estruturais nos países que recebem seus arranjos de cooperação em saúde (cooperação estruturante em saúde). Foi também durante o governo Dilma que foi finalizada a iniciativa mais ambiciosa do Brasil em cooperação em saúde, com a inauguração do primeiro laboratório público de produção de antirretrovirais, iniciativa que data de 2008 e se finaliza em 2014. Apesar de alguns problemas de coordenação e diminuição orçamentária em alguns setores que prestam CTPD em Saúde, em síntese o governo Dilma tende a manter a escolha brasileira de ligação entre política externa e saúde herdadas da Declaração de Oslo (VENTURA, 2015).

De acordo com a Agência Brasileira de Cooperação, até 2016 as ações de CTPD em Saúde para Angola se operacionalizaram através de 17 ações concluídas nas áreas de capacitação para a produção de antirretrovirais, implantação de bancos de leite, organização do sistema de saúde angolano e capacitação de recursos humanos. A respeito dessa última atividade, a reestruturação Escolas Técnicas em Saúde angolanas e fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde Pública se desenvolveram no sentido de promover a formação de docentes em saúde pública, incentivo ao estudo a nível superior dos agravos oriundos de doenças tropicais, além de capacitações no âmbito do Sistema de Vigilância Epidemiológica, de modo a criar agentes multiplicadores para atuarem na transmissão de conhecimentos a respeito do controle e prevenção da Malária e doenças fitossanitárias (TORRONTEGUY, 2010, PASQUALINI; GARCIA, 2011; ABC, 2016).

Um projeto consta como ativo, intitulado “Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola”, que se desenrola em sua segunda fase desde Junho de 2010, com prazo de término para Novembro de 2016. Essa ação visa, em grande medida, proporcionar melhorias na formação dos profissionais de saúde de Angola, uma vez que

essa área foi identificada como prioritária pelo governo local na estratégia nacional de fortalecimento do sistema de saúde angolano (ABC, 2016).

Em Cabo Verde já foram concluídas 12 ações da ABC, que tratam da implantação de banco de leite humano, implantação de laboratório de saúde pública, ações para o combate ao HIV/AIDS, além de cooperação na área sanitária com objetivo de diminuir a transmissão vetorial de doenças como a Malária. Dois projetos constam como em andamento, referentes à regulamentação farmacêutica e alimentar, e fortalecimento das ações em atenção primária, via readequação dos planos estratégicos nacionais e treinamento de profissionais de equipes de atenção básica (PASQUALINI; GARCIA, 2011; ABC, 2016).

Um dos projetos visa à consolidação da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares de Cabo Verde (ARFA) como instância capaz de promover a regulamentação de alimentos e medicamentos no arquipélago via capacitação em gestão e auxílio na elaboração de códigos, de modo a garantir o registro adequado de fármacos e alimentos, evitando situações de exposição insegura às drogas não inspecionadas e eventuais surtos de doenças oriundos do consumo de alimentos contaminados. Esse projeto tem seu início datado de Agosto de 2012, com prazo de término para Junho de 2016 (ABC, 2016).

Em Guiné-Bissau, já foram implementados seis ações voltados para a saúde no escopo da ABC. Esses programas se debruçaram em ações de capacitação em saúde pública no setor da atenção primária (alguns desses técnicos, inclusive, sendo capacitados no Brasil), cooperação técnica na gestão de casos de Malária e anemia falciforme, fortalecimento das ações sanitárias voltadas para a vigilância epidemiológica e ações específicas para o combate e tratamento do HIV/AIDS (PASQUALINI; GARCIA, 2011; ABC, 2016).

Dois programas encontram-se ativos, ambos versando sobre ações de combate ao vírus e fortalecimento das ações de capacitação em diagnósticos laboratoriais para a AIDS e demais doenças infecciosas. Esse último projeto, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com início em Junho de 2012 e previsão de término para Julho de 2016, visa o fortalecimento da atuação do Instituto Nacional de Saúde de Guiné-Bissau (INASA) por meio da qualificação dos profissionais de saúde que atuam no laboratório da instituição, o Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP). Uma das ideias centrais das ações de capacitação para o

laboratório é a prática de diagnósticos precoces para evitar o óbito de crianças portadoras do HIV (ABC, 2016).

Em São Tomé e Príncipe, foram identificadas 13 ações concluídas, de acordo com a ABC. Esses programas são voltados, em grande medida, para ações preventivas e de tratamento para a Malária. Além disso, também foram postas em curso ações de prevenção à AIDS, treinamento técnico de profissionais em saúde e capacitação de corpo docente em saúde pública. Torronteguy (2010) aponta que dentre os PALOPS, São Tomé e Príncipe talvez seja o Estado receptor com o maior número de acordos de cooperação que prescrevem instrumentos de monitoramento das ações cooperativas, ainda que a periodicidade dos mesmos e métodos de divulgação não estejam explícitos, como na maioria dos demais arranjos com os PALOPs (TORRONTÉGUY, 2010; ABC, 2016).

Dois projetos constam como ativos no diretório da ABC. Um a respeito de ações voltadas para o combate à Tuberculose, o outro direcionado para a promoção de alimentação saudável nas escolas. Essa última é feita em um arranjo triangular com a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), com previsão de duração de Janeiro de 2015 até o final de Junho de 2016. O reconhecimento da importância da agricultura e da alimentação são exemplos de visões holísticas e integralizadas da saúde (ABC, 2016).

Dentre os PALOPs, Moçambique se destaca como o maior receptor de CTPD em saúde do Brasil. São 25 ações concluídas, de acordo com a ABC, e seis em andamento. As áreas abarcadas nas ações promovidas são diversas: capacitação de profissionais de saúde e docentes; combate ao HIV/AIDS, Tuberculose, Malária; aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica; fortalecimento institucional do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique; ações de implementação de bancos de leite; e intercâmbio acadêmico com instituições de ensino brasileiras (ABC, 2016).

As ações em educação podem ser exemplificadas via a articulação para a formação do curso de mestrado profissional em Ciências Biomédicas no Instituto de Saúde Pública de Moçambique, realizado com apoio da Fiocruz entre 2007-2008, além da criação da Escola Nacional de Saúde Pública, integrando os cursos locais existentes de enfermagem, medicina e farmácia, além de lançar a graduação em odontologia, ações postas em curso via parcerias com a Universidade Federal da Bahia e UNIRIO (ABC, 2007; TORRONTÉGUY, 2010).

Moçambique também é palco da maioria das ações brasileiras para o combate ao HIV/AIDS, o que resulta em uma das ações brasileiras mais ambiciosas da CTPD em saúde para os PALOPs: a construção do primeiro laboratório público voltado para a produção sustentável de antirretrovirais no continente africano. Essa ação brasileira implica na transferência de tecnologias, operacionalizada, em grande medida, pela FIOCRUZ, que inclusive conta com sede em Maputo. Essa produção, porém, não se restringirá a esse tipo de fármaco, pois se estipula que a Sociedade Moçambicana de Medicamentos seja capaz de produzir até 21 tipos de remédios, voltados para Malária, diabetes, hipertensão, além de anti-inflamatórios (FERNANDES, 2013).

Esse projeto brasileiro encontra-se em clara consonância com as orientações da Declaração de Oslo a respeito da promoção de pesquisa e inovação em saúde, via a produção de medicamentos por meio da cooperação internacional. A implantação da fábrica, em resumo, coloca Moçambique em uma posição de destaque no leque da cooperação brasileira em saúde, com perspectivas interessantes para os anos vindouros (OSLO INTERMINISTERIAL DECLARATION, 2007; TORRONTÉGUY, 2010).

Isto posto, conclui-se que a CTPD brasileira em saúde prestada aos PALOPs se volta em resposta as necessidades mais prementes em saúde expressas pelos governos locais, exemplificadas, por exemplo, na abertura e reestruturação de instituições de ensino em saúde seguindo demanda específica dos mesmos. A implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos, fruto de demanda expressa do governo local, é talvez o projeto mais ambicioso brasileiro, iniciado no Governo Lula e finalizado no Governo Dilma em 2014. Essa atuação brasileira, destacando o papel da FIOCRUZ, proporcionará nos anos vindouros a sustentabilidade de produção de antirretrovirais em solo africano, atestando para o caráter estruturante da cooperação técnica prestada pelo Brasil (VENTURA, 2015). Essa atuação em relação aos PALOPs demonstra, em grande medida, consonância entre os discursos de política externa voltados para a saúde (baseados majoritariamente nos preceitos da Declaração de Oslo) e a prática da CTPD brasileira em Saúde.

Programa Mais Médicos para o Brasil: Triangulação com a OPAS e Cuba

A Atenção Básica em Saúde (AB, ou Atenção Primária) é a porta de entrada dos Sistemas Nacionais de Saúde, responsável pelo atendimento inicial e integralizado da população, de modo a resolver o máximo de questões e evitar sobrecarga nas instâncias mais especializadas dos cuidados em saúde. É no âmbito da AB que são promovidas ações em prol do bem-estar, via acompanhamento rotineiro, além de focar o caráter preventivo evitando futuras enfermidades. A AB congrega uma visão holística dos determinantes em saúde e preconiza a ação comunitária e constante de suas equipes (ONG *et al*, 2009).

A Declaração de Alma-Ata, fruto Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na União Soviética em 1978, reforça que as ações realizadas no âmbito da AB

Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 1)

O mérito da AB consiste em prezar pela proximidade entre as equipes de saúde e a comunidade local, o que garante um atendimento integralizado e coadunado com as reais necessidades comunitárias. Os cuidados contínuos auxiliam no caráter preventivo de enfermidades, sejam elas contagiosas ou crônicas, via a conscientização de hábitos saudáveis e higiênicos, ou ações precisas e localizadas em caso de início de agravos médicos. A Declaração de Alma-Ata reforça que as ações em AB empoderam as pessoas e as tornam participativas no planejamento e organização do setor de saúde local (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A Política Nacional de Atenção Básica (2012) explicita que no Brasil as ações em atenção primária são marcadas por considerável capilaridade, devido às estratégias de descentralização das iniciativas, garantindo o princípio da universalidade e acessibilidade aos serviços de saúde. As equipes buscam o contato mais próximo e integrado possível com a comunidade, prezando pela continuidade do mesmo, de modo a garantir que o serviço, que é a porta de entrada do SUS, seja capaz de resolver até 80% de todos os casos atendidos:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 19).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), lançada em 1998, é a principal estratégia brasileira de organização da AB. De acordo com dados de 2008 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o Programa Saúde da Família (PSF) é mais abrangente que os planos de saúde, com, aproximadamente, 96 milhões de pessoas cadastradas (IBGE, 2008):

O modelo de atenção à saúde proposto pelo Programa de Saúde da Família prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. **Seu objetivo é a substituição da rede básica de saúde tradicional.** As unidades de saúde da família devem ser integradas à rede de serviços, pois são a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Seu objetivo é garantir a atenção integral à saúde das famílias e a hierarquização da assistência.** Cada unidade de saúde da família é regionalizada, com clientela territorializada e adscrita (CAMPOS; MALIK, 2008, p. 349, grifo nosso).

As equipes multiprofissionais que fazem parte do programa podem apresentar as seguintes configurações: Equipe Saúde da Família com ou sem equipe bucal; Equipe Saúde da Família Ribeirinha com ou sem equipe de saúde bucal; Equipe Saúde da Família Fluvial com ou sem equipe de saúde bucal; Equipe Consultório de Rua; Núcleos de Apoio à Saúde da Família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff (2011-2014), as ações de fortalecimento da AB no Brasil foram priorizadas na estratégia de fortalecimento do SUS. Esse enfoque do governo se deu a partir da percepção de dez desafios fundamentais que se apresentavam como óbices para o fortalecimento da AB, quais sejam:

- Financiamento insuficiente da Atenção Básica;
- Infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde;
- Necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis;

- Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado;
- Pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo de qualificação e gestão;
- Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores;
- Necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica;
- Importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O déficit de provimento de profissionais é um dos obstáculos que merece destaque. Esse empecilho não diz respeito apenas a um baixo número de médicos atuando no Brasil, mas também para o caráter desigual da distribuição dos mesmos nos territórios da federação. Dados do Conselho Federal de Medicina de 2011 apontam que a média nacional de médicos a cada mil habitantes nesse ano era de 1,9, com três regiões acima da média nacional (o Sudeste com 2,61, o Sul com 2,03 e o Centro-Oeste com 1,99) e duas regiões abaixo da média (Nordeste com 1,19 e Norte com 0,98). A média nacional brasileira encontrava-se abaixo dos 2,28 recomendados pela OMS, com apenas uma região nacional (o Sudeste) apresentando cifra acima do ideal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Em 2013 esse cenário se repete. A média nacional orbita ainda em torno de 2 médicos para cada mil habitantes e o perfil desigual da distribuição de médicos entre as regiões se mantém. As disparidades são ainda mais profundas dentro dos Estados, demonstrando uma clara concentração dos médicos nas capitais estaduais. O Pará, por exemplo, em 2013 ocupava a penúltima posição no ranking de distribuição de médicos por unidades da federação, com uma cifra alarmante de 0,84 médicos a cada mil habitantes, razão abaixo da média nacional e abaixo da média da região Norte. Porém, a capital Belém apresentava proporção de 3,44 médicos a cada mil habitantes, se colocando como a 17ª no ranking de demografia médica por capitais estaduais, com um percentual muito acima da média paraense, da média nacional, regional e recomendada pela OMS. Belém representa apenas 17% da população total do Pará e abriga 73% de todos os médicos cadastrados no estado, o que aponta que a média de médicos por habitante no resto do estado do Pará é de pouco mais de 0,3 médicos a cada mil habitantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

As disparidades de distribuição de médicos entre as regiões e dentro dos estados foi um dos fatores que culminou na baixa expansão da Estratégia Saúde da Família entre os anos de 2009-2014, representada na cifra de crescimento de 1,5% anuais ou aumento de 1.141 novas equipes nos PSFs por ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A OMS alerta para o dado preocupante de que, aproximadamente, 50% da população mundial se concentra em áreas remotas, dispondo de apenas 25% do total da força médica mundial. Wyss (2004) demonstra que o fator humano é essencial para o bom aproveitamento dos investimentos nacionais em saúde e que a ausência dos mesmos pode incorrer em prejuízos financeiros e sociais graves (WYSS, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Uma distribuição desigual dos profissionais de saúde agrava o acesso de comunidades mais pobres e reverter esse quadro é tarefa de extrema urgência: *“unless the workforce crisis is addressed, neither priority disease initiatives, included those aimed at achieving the health-related MDGs, nor health systems strengthening can succeed”*³⁰ (ONG *et al*, 2009, p. 1719).

A ausência de quantidade adequada de profissionais de saúde e a disparidade distributiva dos mesmos, na maioria dos Estados, se dá pelos seguintes fatores básicos: pouco investimento em educação na formação de novos quadros, baixos salários, condições de trabalho precárias e exposição demasiada a riscos. Nas zonas rurais e demais regiões distantes dos grandes centros urbanos são as situações socioeconômicas precárias dos locais que, na maioria das vezes, incentivam a força médica a migrar para as grandes cidades na busca de condições de vida diferenciadas (WYSS, 2004; ONG *et al*, 2009).

No caso específico do Brasil, as explicações que apontam os motivos da baixa presença de médicos atuando na AB em zonas remotas são as seguintes: forma de contratação via terceirização, precarização da infraestrutura das UBS, condições socioeconômicas da localidade, perfil socioeconômico dos médicos brasileiros e falta de adaptabilidade dos mesmos para atuar no SUS e na AB (CAMPOS; MALIK, 2008; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

A respeito das formas de contratação, como as responsabilidades de gerenciamento da AB no SUS são de prerrogativa municipal, em algumas localidades a expansão do programa lança mão de estratégias de terceirização na contratação dos

³⁰ “A menos que a crise no provimento de profissionais de saúde seja resolvida, nem as ações para combate a doenças prioritárias, incluindo as ações criadas para alcançar os ODMs relativos à saúde, nem as estratégias de fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde terão êxito” (tradução nossa).

médicos. Isso se explica, muitas vezes, pela urgência de estruturação da AB local, levando à flexibilização das leis trabalhistas. A instabilidade dessa relação de trabalho atua como uma das causas da rotatividade dos médicos nas UBS. Além disso, a precarização da infraestrutura das UBS, tanto em questão de ausência de material, quanto de falta de equipe de apoio (enfermeiros e técnicos de enfermagem), aliadas às condições socioeconômicas das cidades, agem como desestimulantes para a fixação médica no local (CAMPOS; MALIK, 2008).

Além disso, o perfil socioeconômico da maioria dos médicos brasileiros não se coaduna com realidades de cidades interioranas que não dispõe dos mesmos recursos e atrativos dos grandes centros urbanos. Esse perfil da profissão médica no Brasil é explicado, em grande medida, pela dificuldade de aprovação em cursos de Medicina, que favorece os indivíduos provenientes de extratos sociais mais elevados, que dispõem dos recursos necessários para realizarem cursos complementares para garantir aprovação nos processos seletivos de vestibular. Esse perfil social explica, muitas vezes, a insuficiência de incentivos puramente econômicos de fixação dos profissionais em áreas remotas (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

A formação médica brasileira também se coloca como um problema central na dificuldade de retenção de profissionais médicos nas UBS, não apenas nas zonas rurais, mas mesmo nos grandes centros urbanos. A típica formação médica brasileira prioriza a atuação hospitalar e a especialização médica, gerando um corpo de profissionais pouco adaptado para a atuação em estruturas com a ausência de tecnologias características de hospitais, e com deficiências para entender as dinâmicas e particularidades da AB via atuação como Médicos da Família (CAMPOS; MALIK, 2008; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Os profissionais de saúde têm o direito de buscarem novas condições de trabalho, mas as pessoas que sofrem com a falta de médicos também tem o direito de verem seus investimentos em educação e formação na forma de impostos revertidos na garantia do cuidado: *“the space between these two fundamental rights is the area where a global framework for response and cooperation is needed”*³¹ (ONG et al, 2009, p. 1720).

As tentativas brasileiras de retenção de profissionais de saúde em áreas remotas são muitas, com destaque para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e

³¹ “O espaço entre esses dois direitos fundamentais é a área na qual uma estratégia global de resposta e cooperação é necessária” (tradução nossa, grifo nosso).

Saneamento (PIASS - 1976) e o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS - 1993), ações tomadas antes do lançamento da ESF em 1998; e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS – 2001) e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB - 2011), mecanismos já delineados condizentes com a ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os dois últimos programas, feitos no intuito de fortalecimento da ESF, baseavam-se nas seguintes propostas: o PITS tinha como objetivo alocar médicos e enfermeiras em localidades onde o PSF ainda não havia sido implementado, via o oferecimento de bolsas e especializações, mas apenas 181 médicos e 240 enfermeiros concluíram o programa, atendendo a 300 municípios. O PROVAB - voltado, prioritariamente, para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas – previa bonificações, especializações à distância e bônus de 10% na pontuação dos médicos interessados em ingressar programas de residência médica. Em sua primeira edição 2.176 municípios inscreveram-se, dos quais 950 foram selecionados e puderam então receber 4.671 profissionais. Destes, 617 foram contratados (381 médicos, 126 enfermeiros e 110 dentistas), evidenciando um percentual de retenção de 13,2%. A região Nordeste recebeu 67% dos profissionais mobilizados pelo PROVAB, ao passo que a região Norte destaca-se negativamente por ter sido beneficiada com apenas 2% (CARVALHO; SOUSA, 2013).

A baixa retenção pode ser explicada, em grande medida, pela má comunicação e gestão do programa entre as instâncias do SUS. Relatos apontam que os gestores municipais demonstravam desconhecimento de regras do programa, o que ocasionava em má gestão da contratação e alocação destes profissionais. Muitos médicos também se depararam com condições de trabalho precárias, outros ingressaram na residência médica após a divulgação de resultados, abrindo mão de seus postos no programa. No caso específico de enfermeiros e dentistas, análises apontam desinteresse pelo programa em virtude da oferta de mercado dos mesmos (CARVALHO; SOUSA, 2013).

Em 2013, o governo federal lançou o que concebia como o mais ambicioso plano de incentivo à AB no Brasil, o Programa Mais Médicos (PMM). O diferencial desse programa seria a estratégia de agregar não apenas o provimento emergencial de médicos em regiões com carência do profissional, mas também a proposição de uma mudança na formação médica brasileira orientada para o fortalecimento da AB, o que atesta para uma concepção integralizadas dos desafios e estratégias a serem trabalhados pelo Governo Federal (OLIVEIRA *et al*, 2015).

Uma das particularidades do PMM foram as constantes pesquisas do Ministério da Saúde em outros países que também apresentavam dificuldades na retenção de profissionais na AB, de modo a promover o intercâmbio de estratégias e políticas públicas bem sucedidas, que influenciariam no delineamento das medidas a serem tomadas no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O PMM foi lançado a partir da Medida Provisória nº 621, de 8 de Julho de 2013, posteriormente regulamentada através da Lei nº 12.871/2013, assinada em 22 de Outubro de 2013. As finalidades do programa seguiam os seguintes objetivos:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, afim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS;
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (Lei nº 12.871/2013, Artigo I).

De tal forma, o PMM teria três eixos fundamentais: Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos em Saúde, Formação Médica no Brasil e Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). O primeiro eixo teria por objetivo ampliar, reformar e construir novas UBS, de modo a promover infraestrutura de qualidade para a AB. Elementos que seriam usados nessa esfera do PMM seriam as iniciativas de informatização das UBS (principalmente via o fortalecimento do portal eletrônico de assistência aos médicos e demais profissionais de saúde, o *e-SUS*), e pelo Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS). No eixo de ensino e formação médica, o PMM se volta para a reestruturação dos componentes curriculares dos cursos superiores de medicina, de modo a promover uma formação que possibilite ao médico atuação robusta no SUS, com destaque para a inserção em programas de AB; readequação dos critérios para a abertura de novos cursos de Medicina, que deverão seguir parâmetros de necessidade local, além de novas regras e procedimentos para a regulamentação das residências médicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O terceiro eixo, representado pelo PMM, diz respeito ao provimento emergencial de médicos para áreas remotas. O capítulo 4 da Lei nº 12.871/2013 estabelece que o PMM será voltado para a contratação de médicos brasileiros formados no Brasil, médicos brasileiros formados no exterior, médicos estrangeiros formados no Brasil e médicos estrangeiros formados em instituições estrangeiras. A realização de um intercâmbio médico internacional se basearia na necessidade de compartilhamento de experiências entre os médicos nacionais e estrangeiros, de modo a aperfeiçoar as estratégias brasileiras de AB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Figura 1 – Cadeia de valores do Programa Mais Médicos



Fonte: OPAS, 2015.

Esse eixo do PMM, de coordenação conjunta entre os Ministérios da Saúde e da Educação se pautava na integração entre as atividades de prestação de serviço e ensino, nas quais os médicos selecionados por um período de três anos (com possibilidade de renovação para mais três anos) realizariam especialização em uma instituição brasileira de ensino superior, com concessão de bolsa de estudo, além de atuação em uma UBS local, garantindo a integração ensino-serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

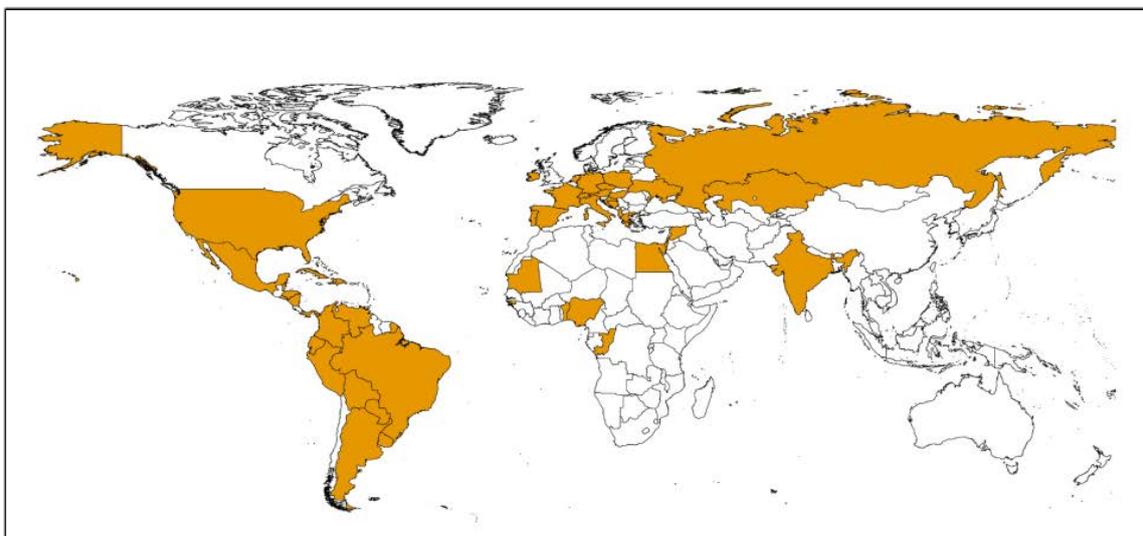
A necessidade de revalidação do diploma dos médicos estrangeiros para a atuação no programa foi substituída pela emissão de um registro provisório por parte do Ministério da Saúde, o chamado Registro Único. A justificativa para a suspensão de

necessidade do Revalida para a atuação desses médicos no Brasil se explicava pela exclusividade da atuação dos mesmos nas UBS, sendo vedada qualquer atividade profissional por parte dos mesmos além de suas obrigações semanais, representadas em 8 horas semanais dedicadas à especialização e mais 32 horas semanais direcionadas para a atuação nas UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

As chamadas para a participação no PMMB se deram por meio da abertura de editais, seguindo a seguinte ordem de prioridade: primeiro médicos devidamente registrados em algum Conselho Regional de Medicina (CRM) no Brasil, depois médicos formados fora do Brasil habilitados a exercer a medicina e, por último, médicos recrutados pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) em um arranjo de cooperação triangular entre Brasil e Cuba. Os médicos estrangeiros contratados não podem provir de países que possuam uma média de médicos por habitantes menor do que a média brasileira, regra estipulada pela OMS e seguida pelo Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

As primeiras chamadas do PMMB resultaram em um incremento de 14.462 médicos atuando na AB em 2014, alocados em 3.785 municípios. Dessa quantidade total de médicos, 1.846 eram médicos brasileiros e 12.612 eram médicos estrangeiros originários de mais de 49 países. 11.429 médicos estrangeiros eram cubanos (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Figura 2 - País de origem dos médicos inscritos que participaram do Programa Mais Médicos para o Brasil.



Fonte: OLIVEIRA *et al.*, 2015.

Esses médicos cubanos foram alocados no PMMB via um acordo de cooperação triangular entre o Brasil e a OPAS, ocupando as vagas que não foram preenchidas pela ordem de prioridade de seleção. A promoção de um acordo internacional para garantir o cumprimento do programa já fora previamente estabelecida na legislação que regulamentou o PMM³² e a escolha pela OPAS reflete um laço profundo de colaboração brasileira com o organismo. Essa relação que se aprofunda no Governo Lula é marcada principalmente pelo lançamento de diretrizes de ação conjuntas contidas no documento “Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil 2008-2012” lançado no ano de 2008, de modo a elaborar ações conjuntas entre o governo brasileiro e a representação da OPAS no Brasil para promover melhorias no SUS e auxiliar as ações de CTPD brasileira em saúde. A assinatura do Termo de Cooperação nº 80 em 2013, entre o Brasil e a OPAS, passa a servir como ferramenta de operacionalização do arranjo triangular entre o governo brasileiro, a OPAS e o governo cubano (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007).

A escolha de Cuba como fonte doadora de cooperação técnica para o Brasil via o arranjo de triangulação com a OPAS se dá por duas razões principais. A primeira delas é o fato de a média de médicos por habitante em Cuba ser superior à média registrada no Brasil, superior inclusive à recomendação da OMS. Em 2010, Cuba apresentava a razão de 6,7 médicos a cada mil habitantes, se colocando como o país com a melhor proporção na América Latina, seguida por Argentina (3,8) e Uruguai (3,7) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A segunda razão para a escolha de Cuba (e não da Argentina ou do Uruguai) é o seu tradicional histórico de missões médicas e a maneira como questões de política externa e saúde dialogam na conformação da Diplomacia em Saúde cubana. A maneira como Cuba se posiciona na arquitetura da Saúde Global, aliada com a sua concepção de cuidados primários em saúde, a torna a parceira perfeita para atuar como prestadora de CTPD em Saúde para o Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Esse arranjo dialoga de maneira fundamental com a Declaração de Oslo nas suas prescrições de ações conjuntas:

³² “Para execução das ações previstas nesta Medida Provisória, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais” (Medida Provisória nº 621, Artigo 17).

Respond to the need to train more health workers and encourage regional and international exchanges at academic institution level as well as the exchange of technical expertise within the Ministries of Health of the region, centres of excellence, and beyond through facilitating strong collaboration and partnerships, including South-South and regional collaboration (OSLO MINISTERIAL DECLARATION, 2007, p. 4)³³.

O enfoque cubano na formação de capital humano em saúde foi, em grande medida, uma resposta ao êxodo massivo de médicos após a Revolução Cubana (1959). Em 1967, cerca de 3 mil médicos cubanos já haviam abandonado o país, o que representava pouco menos da metade de todo o contingente nacional nos anos pré-Revolução. A fuga de cérebros ameaçava de maneira decisiva as condições de bem-estar da população e urgiam respostas consistentes por parte do governo de Fidel Castro. A abertura de uma segunda escola de medicina em Santiago de Cuba foi uma das alternativas do governo para remediar essa situação, via a promoção da formação de médicos em larga escala (GORRY, 2008).

O internacionalismo cubano começou como uma força da expressão de solidariedade ao Terceiro Mundo, além de reforço dos interesses da revolução socialista. As primeiras missões datam de 1960, quando Cuba atuou em arranjos emergenciais no Chile após terremoto, seguida de ações na Argélia em 1963. Com vistas a promover ajuda médica em face do conflito franco-argelino, a missão médica cubana teve a duração de 14 meses, promovendo inclusive a reestruturação do SNS argelino. No ano seguinte, médicos cubanos promoveram a primeira grande campanha internacional de vacinação, imunizando mais de 60 mil pessoas no Congo (HUISS; KIRK, 2009).

Foi só após 1998 que Cuba buscou institucionalizar sua medicina internacionalizada, principalmente depois de suas constantes missões emergências em face de desastres naturais na América Central. O destaque foi sua atuação no Haiti via a reestruturação do sistema de saúde haitiano por meio da coordenação de 30 centros de saúde comunitária, 30 hospitais comunitários de referência e 30 centros de reabilitação. Isso torna Cuba um país pioneiro em treinar médicos com o objetivo de exportar seus serviços (KIRK, 2009; GORRY, 2011).

Nesse caso, as atuações médicas internacionais também servem como alternativas para os próprios médicos cubanos em face de uma economia nacional dual.

³³ “Responder à necessidade de treinar mais profissionais de saúde e encorajar trocas de conhecimentos no nível regional e internacional na academia, além de promover intercâmbio de expertise entre os Ministérios da Saúde da região, centros de excelência por meio da facilitação de uma colaboração robusta e promoção de parcerias, incluindo colaborações regionais e Sul-Sul” (tradução nossa).

Devido à existência de produtos básicos que só poderiam ser comprados em dólar, muitos trabalhadores precisavam converter seu salário na moeda americana para conseguir as divisas necessárias para consumir bens básicos. De tal modo, profissionais ligados ao turismo, por exemplo, tenderiam a ter rendas maiores do que profissões com alto grau de especialização, como os médicos (BLUE, 2010).

As rendas recebidas nas missões médicas são fundamentais para a complementação da renda dos médicos cubanos, além de permitir-lhes usufruir de bens de consumo muitas vezes indisponíveis na ilha. O governo cubano recebe uma parte do valor pago ao médico pelo país receptor, mas concede diversos bônus de incentivo aos médicos, tanto para garantir que os mesmos não abandonem Cuba, como para tornar o serviço em outros países mais atrativos, fortalecendo a Diplomacia em Saúde do país. Além de tudo, os médicos cubanos que participam de missões internacionais ainda ganham valiosa experiência profissional e retribuem ao governo cubano os gastos com sua formação (BLUE, 2010).

A parceria com o governo chavista venezuelano (que passou a ser um dos grandes financiadores das missões médicas cubanas na América Latina) proporciona a Cuba um aumento considerável em suas missões médicas nos primeiros anos do século XXI. Em um acordo entre os dois governos para o envio de médicos para a Bolívia em um programa oftalmológico (Operación Milagro), mais de 1.8 milhões de cirurgias oftalmológicas foram realizadas em solo boliviano por médicos cubanos. Ações nesse sentido consolidam a estratégia cubana de inserção na arquitetura de Saúde Global via prática da Diplomacia em Saúde. (FEINSILVER, 2008).

O sucesso das missões cubanas se dá, em grande medida, pela escolha de criação de um profissional de saúde adaptativo, que ao focar suas ações na promoção de um cuidado voltado para as necessidades humanas básicas, se torna capaz de atuar nos contextos mais adversos e precários. A educação médica em Cuba visa promover a noção de que o acesso à saúde deve ser garantido fundamentalmente aos mais necessitados, via a prestação de um serviço humanizado e ético. Nesse sentido, os programas internacionais de Cuba incluem: prestação de serviços a pacientes por um custo baixo ou sem custo algum, atuação em áreas remotas ou indesejadas, promoção da educação médica, além de serviço voluntário baseado em acordos bilaterais e transferência de tecnologia (GORRY, 2008, 2012).

Essa talvez seja uma terceira razão para a escolha de Cuba como parceiro no arranjo do PMMB. A falta de adaptabilidade da maioria dos egressos dos cursos de

medicina em atuar na AB é um problema alarmante, pois ao mesmo tempo em que mantém uma situação de falta de médicos na AB, prejudica a própria atuação dos profissionais alocados nas UBS quando os mesmos não garantem a integralidade e, conseqüentemente, a resolutividade do serviço. A atuação cubana no PMMB, de tal forma, não seria apenas a prestação de serviço, mas também o compartilhamento de uma visão de atenção primária diferenciada a ser absorvida pelos médicos brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015):

Cuban doctors serve the poor in areas in which no local doctor would work, make house calls a routine part of their medical practice, live in the neighborhood, and are available free of charge 24/7. This is changing the nature of doctor-patient relations and patients' expectations in the host countries. As a result, the presence of Cuban doctors has forced the reexamination of societal values and, in some cases, the structure and functioning of the health systems and the medical profession within the countries to which they were sent and where they continue to practice (FEINSILVER, 2010, p. 12)³⁴.

Essa percepção pode ser corroborada via estudo da OPAS na cidade de Curitiba a respeito do Programa Mais Médicos. Destacando o eixo do provimento emergencial de médicos, representado no PMMB, o estudo identificou nível satisfatório de aceitação e bom aproveitamento dos médicos estrangeiros, com ênfase nos médicos cubanos, em relação à garantia da integralidade do serviço na AB. A formação voltada para a medicina da família atesta o grande diferencial desses médicos em relação a uma parcela expressiva de médicos brasileiros que atuam no PSF (OPAS, 2015):

A presença dos médicos cubanos é um elemento positivo e importante para o aperfeiçoamento da atenção primária no Brasil, já que todos são especialistas em Medicina da Família e da Comunidade e possuem longa e reconhecida experiência, adquirida graças ao conteúdo aprendido durante a formação acadêmica e a atuação em outros países (OPAS, 2015, p. 4).

A integralidade do serviço e a preocupação com os determinantes sociais em saúde na atuação desses médicos torna-se elemento fundamental na garantia do fortalecimento da dimensão comunitária das ações. A capacidade de garantir a resolutividade associada com o *modus operandi* diferenciado ao ser percebida e valorizada pelos gestores em saúde e por usuários é fundamental para a própria

³⁴ “Os médicos cubanos servem os pobres áreas nas quais nenhum outro médico atua, fazem das visitas domiciliares parte integrante de suas rotinas de serviço, moram na vizinhança e estão disponíveis gratuitamente 24 horas durante toda a semana. Isso está transformando a natureza das relações médico-paciente e as expectativas dos pacientes dos países receptores. Como resultado, a presença dos médicos cubanos tem forçado reflexões a respeito dos valores sociais e, em alguns casos, a estrutura e funcionamento dos sistemas nacionais de saúde e da profissão médica dentro dos países nos quais atuam” (tradução nossa).

transformação na maneira como os médicos brasileiros lidam com a medicina familiar e comunitária (OPAS, 2015):

O trabalho em equipe tem melhorado pelas características dos médicos cubanos e da cooperação técnica, que são propensos à troca horizontal com outros profissionais não médicos e à abordagem de equipe aos problemas e soluções (OPAS, 2015, p. 41).

Deisy Ventura (2015) ao tratar da política externa em saúde no primeiro governo Dilma salienta que, apesar de não ressaltar inovação nas práticas de cooperação internacional em saúde do Brasil, o Programa Mais Médicos, com destaque para o provimento emergencial de médicos e o acordo com a OPAS e Cuba, situa-se como uma novidade objetiva para o cenário brasileiro no que concerne à atenção básica, com potencial de representar benefícios para a formação de outras políticas públicas no Brasil.

À nível regional, o acordo de cooperação triangular também é importante ao apresentar alternativas e estratégias para o fortalecimento da AB em cenários de deficiência de provimento de médicos:

Muitas nações da América do Sul vivem a mesma situação de desigualdade e de impossibilidade do Estado de proporcionar atenção à saúde digna para populações de difícil acesso, **apesar de ter marcos legais sólidos e até disponibilidade de recursos financeiros**” (OPAS, 2015, p. 6, grifo nosso).

A dualidade brasileira na cooperação internacional em saúde, representada na prestação de cooperação técnica naquilo que o país possui expertise (produção de antirretrovirais, organização dos sistemas nacionais de saúde, por exemplo) e a busca de alternativas para seus problemas internos (carência de médicos na atenção básica) atesta para um papel importante que os países do Sul desempenham na arquitetura da Saúde Global do século XXI. Cuba apresenta amplo histórico de práticas voltadas para a diplomacia em saúde global, ao passo que o Brasil, apesar de possuir um sistema de saúde pública inovador e recursos financeiros para investir no mesmo, carece devido à falta de profissionais voltados para AB não apenas em número, mas também em *expertise* adequada para atuar na medicina comunitária. Tradicionalmente receptor de cooperação oriunda dos países do Norte, o Programa Mais Médicos para o Brasil representaria uma novidade, atestando a possibilidade do país em encontrar soluções para seus problemas baseado em exemplo de outros países do Sul. Soluções vindas do

Sul para o Sul atestam a dinâmica transformadora da mudança copernicana em Saúde Global, desafiando os modelos tradicionais do Norte na busca de novos modelos e alternativas (ALCÁZAR, 2008; OPAS, 2015).

CONCLUSÃO

O presente trabalho se propôs a apresentar como o Brasil se comporta na arquitetura em Saúde Global no século XXI, usando para isso a percepção de uma dualidade em seu modelo de inserção, pautada na atuação brasileira como doador para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa em áreas nas quais o Brasil detém *expertise*, e como receptor de cooperação técnica na Atenção Básica por parte do governo cubano, com triangulação através da Organização Pan-Americana de Saúde.

Essa questão é tecida baseada em uma nova configuração da arquitetura em Saúde Global do Século XXI, que ao focar uma gama maior de fatores e eventos que afetam os determinantes em saúde, além de gerar a possibilidade de atuação de um conjunto de atores mais amplo e diverso, possibilita uma inserção estratégica dos países do Sul Global, em particular as nações consideradas reemergentes.

Para tal, a estrutura do trabalho baseou-se na composição de três capítulos temáticos com o intuito de apresentar a singularidade da arquitetura em Saúde Global no século XXI em relação aos anos precedentes, o potencial da cooperação entre países em desenvolvimento e, especificamente, como o Brasil se insere como doador e receptor de cooperação técnica em saúde.

O primeiro capítulo expôs a maneira unidimensional e verticalizada que permeou as ações internacionais de assistência em saúde no século XIX até as décadas finais do século XX. Esse período histórico concebia a Saúde Internacional de maneira utilitarista, pois as ações encabeçadas por países desenvolvidos em prol da contenção de doenças infecciosas não se voltava, necessariamente, para melhorias no Sul, mas para evitar riscos de agravos em saúde para as populações do Norte e manutenção de seus fluxos comerciais.

A transformação ‘copernicana’ concebida por Alcázár (2008) se baseia na percepção da realidade do século XXI em questão de ameaças aos níveis de saúde globais e possibilidade de novos atores contestarem os arranjos verticalizados de ajuda, que atesta para a erosão do modelo assistencialista anterior. Isto posto, uma visão multidimensional dos determinantes em saúde pública e ações de cunho horizontal teriam potencial para transformar as práticas vigentes de cooperação em saúde, além de sanarem as assimetrias e lacunas originadas pelos arranjos assistencialistas *donor-oriented*.

Em consonância a essa proposta, o capítulo dois debruçou-se sobre as possibilidades de cooperação internacional em saúde no escopo da Governança em Saúde Global, grosso modo, a cooperação prestada por países do Norte para países do Sul, e a cooperação praticada entre países em desenvolvimento. O argumento a ser tecido a respeito da possibilidade de caráter alternativo da Cooperação Sul-Sul em Saúde em relação às práticas tradicionais exigiu, primeiramente, uma análise dos principais gargalos e falhas das abordagens assistencialistas verticalizadas, que ao ignorarem a necessidade de ações condizentes com uma visão holística da saúde, permitiram a manutenção de lacunas críticas, como ausência de ações voltadas para o fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde dos países receptores, além de negligenciar doenças típicas de tais localidades.

A partir de tais reflexões, foi exposto o caráter alternativo das iniciativas em cooperação com origens no Sul, abordando de maneira crítica suas potencialidades e limitações. O enfoque dessas questões foi conferido aos países considerados reemergentes, representados como alternativa nos arranjos de cooperação internacional em saúde devido a suas práticas de cooperação técnica.

As contribuições brasileiras nessa arquitetura são tecidas, principalmente, na defesa da integralidade e da relação simbiótica entre questões de saúde e formulação de política externa, representadas, em grande medida, por meio da Declaração de Oslo (2007). Essa postura condiz de maneira fundamental com a transformação ‘copernicana’ elucidada por Alcázar, ao promover uma relação de mútua interação entre saúde e política externa de necessidade crucial para a elaboração de respostas condizentes com a nova realidade em Saúde Global.

Dito isto, estes dois capítulos contribuíram para tecer as particularidades da arquitetura em Saúde Global no século XXI, congregando a maneira holística como a saúde passa a ser concebida desde meados da década de 1980, a possibilidade de atuação de novos atores, ampliando o leque de opções e práticas, destacando a cooperação entre países do Sul como alternativa de atuação dos mesmos no cenário da Saúde Global.

A partir disso, o trabalho buscou apresentar como o Brasil está situado na arquitetura em Saúde Global, usando como casos ilustrativos sua atuação como doador de cooperação técnica para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa em áreas nas quais o Brasil detém expertise (estruturação dos sistemas nacionais de saúde, tecnologia na produção de antirretrovirais, por exemplo) e de receptor de cooperação

técnica cubana com triangulação da OPAS, voltada para sanar deficiência na Atenção Básica brasileira.

A dualidade que é normalmente atribuída aos países reemergentes na Cooperação Internacional para o Desenvolvimento se desenrola na atuação dos mesmos como doadores para o Sul e receptores do Norte. Porém, a escolha dos casos ilustrativos nesse trabalho aponta para uma dualidade voltada para o Sul, na qual o Brasil é tanto doador como receptor de ações de cooperação técnica em Saúde com países do Sul Global. Essa noção reforça a singularidade da arquitetura em Saúde Global no século XXI em permitir aos países do Sul buscarem soluções e alternativas para seus problemas em saúde pública entre si, fortalecendo a relevância dos mesmos no cenário corrente e desafiando às práticas tradicionais à adaptação e reformulação.

A análise da atuação brasileira em Saúde Global se baseia, primeiramente, nas escolhas políticas do presidente Lula (2003-2010), que lançou as bases que transformaram a integração entre política externa e saúde, refletidas na prática brasileira de Cooperação Estruturante em Saúde. O maior enfoque conferido à saúde na CID brasileira e a diversificação de parceiros proporcionou um aumento considerável na atuação brasileira em CTPD em saúde. Apesar de não demonstrar grandes inovações, o governo Dilma demonstra certa continuidade em relação às escolhas de seu antecessor, ainda que apresente algumas diminuições orçamentárias nos organismos brasileiros responsáveis pela prática da CSSD em saúde. Os destaques em Saúde Global do governo Dilma podem ser sumarizados na continuidade e finalização da implementação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos e no lançamento do Programa Mais Médicos.

Conclui-se, portanto, que o Brasil se coloca como um ator importante na arquitetura em Saúde Global característica do século XXI, papel que é tecido durante o governo Lula através da proposição de uma participação mais integrada da saúde nos cálculos da PEB, fortalecimento das iniciativas de CTPD nos PALOPs, com certo grau de continuidade no governo Dilma e desenho de arranjos inovadores através do Programa Mais Médicos, atestando a possibilidade de melhores respostas para problemas de saúde serem encontradas no âmbito do Sul Global. Isso fortalece o Sul como alternativa e urge aos modelos tradicionais assistencialistas a revisão de suas práticas e mudança de percepção a respeito das ações requeridas no campo da Saúde Global por parte dos países em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDENUR, A.E.; FONSECA, J.M.E.M. Brazilian Health and Agricultural Cooperation in Mozambique: an Overview. **BCP Papers**, Brics Policy Center [s.l.], vol.2, n.5, 2014.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). Cooperação Técnica Brasileira em Saúde. **Via ABC**, [Brasília], 2007.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). **Pesquisa de Projetos** [2016]. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/projetos/pesquisa>> Acesso em: 15 abr. 2016.

ALCÁZAR, S. The Copernican Shift in Global Health. In. **Global Health Programme**, Geneva. Working Paper, n. 3, 2008, p.3-27.

ALLEYNE, George A. O. Internal and Global Public Health: Governance and Ethical Issues. **Ethos Gubernamental**, San Juan, n. 4, 2007, p.43-64.

AMORIM, Celso Luiz Nunes. **Discurso do Ministro Celso Amorim na 60ª Assembleia Mundial da Saúde**: Genebra, Suíça, 15/05/2007. 2007. Disponível em:<http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7938:discurso-do-ministro-celso-amorim-na-60-assembleia-mundial-da-saude-genebra-suica-15-05-2007&catid=163&lang=pt-BR&Itemid=280>. Acesso em: 24 abr. 2016.

BERKLEY, S; CHAN, M; DYBUL, M. A healthy perspective - the post-2015 development agenda. **The Lancet**, [s.l.], v. 381, 2013, p. 1076-1077.

BLUE, S.A. Cuban Medical Internationalism: Domestic and International Impacts, **Journal of Latin American Geography**, [s. l.], v. 9, n.1, 2010, p. 31-49.

BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de Outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de Dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de Julho de 1981, e de outras providências.

BRASIL. **Presidência da República. Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, por ocasião da cerimônia de abertura do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Brasília: Presidência da República, 2006.

BRONFMAN, M.; POLANCO, J.D. La Cooperación Técnica Internacional y las políticas de salud. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2013, p. 227-241.

BROWN, S.; MORTON, S. Reforming aid and development cooperation: Accra, Doha and beyond. In. **The North-South Institute**, Policy Note, [s. l.], 2008.

BUSS, P.M. Saúde Global e Diplomacia da Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1. 2013, p. 8-9.

BUSS, P.P.; FERREIRA, J.B. 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), **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2010b, p. 106-118.

BUSS, P.P.; FERREIRA, J.B. Ensaio Crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2010a, p. 93-105.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.N. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família, **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, 2008, p. 347-68.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade, **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, 2009, p. 13-24.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, 1986.

CARVALHO, M.S.; SOUSA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Comunicação, Saúde e Educação** [s.l.], v. 17, n. 47, 2013, p. 913-926.

CEPIK, M.; SOUSA, R.P. A Política Externa Brasileira e a Cooperação Internacional em Saúde no Começo do Governo Lula, **Século XXI**, [s. l.], v. 2, n. 1, 2011, p. 109-134.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (CPLP). **Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (2009-2012)**. [s. l.], 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia Médica do Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia Médica do Brasil: cenários e indicadores de distribuição**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

CORRÊA, M.L. A Cooperação Internacional como Instrumento de Desenvolvimento. In. **Prática Comentada da Cooperação Internacional: entre a hegemonia e a busca da autonomia**. Brasília: [s.n.], 2010. p. 43-190.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, 1978.

DECLARAÇÃO DE BUSAN. **4º Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda**. Busan, 2011.

DRAGER, N; FIDLER, D P. Foreign Policy, Trade and Health: at the cutting edge of global health diplomacy. **Bulletin Of The World Health Organization**, Geneva, v. 85, n. 3, 2007, p.162.

FEHLING, M.; NELSON, B.D.; VENKATAPURAM, S. Limitations of the Millennium Development Goals: a literature review. **Global Public Health**, London, v. 8, n. 10, 2013, p. 1109-1122.

FEINSILVER, J.M. Fifty-years of Cuba's Medical Diplomacy: from idealism to pragmatism, **Cuban Studies**, [s. l.], v. 41, 2010, p. 85-104.

FEINSILVER, J.M. Oil-for-doctors: Cuban Medical Diplomacy gets a little help from a Venezuelan friend. **Nueva Sociedad** [s.l.], n. 216, 2008, p. 1-14.

FERNANDES, B.S.A. Os Projetos de Cooperação entre Brasil e África no Combate à AIDS (2008-2012). **Conjuntura Global**, Curitiba, v. 2, n.2, 2013, p. 97-100.

FIDLER, D. P. Health as a Foreign Policy Issue: between principle and power. **The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations**, South Orange, v. 6, 2005, p. 179-194.

FIDLER, D. P. Rise and Fall of Global Public Health as a Foreign Policy Issue. **Global Health Governance**, South Orange, v. 2, n. 4, 2011, p.1-12.

GARRETT, L. **Existential challenges to global health**. New York: Center Of International Cooperation, New York University, 2013. 37 p.

GORRY, C. Cuba's Latin American Medical School: can socially-accountable medical education make a difference? **MEDICC Review** [online], v. 14, n. 3, 2012, p. 5-11.

GORRY, C. Cuban Health Cooperation Turns 45. **MEDICC Review** [online], v. 10, n. 3, 2008, p. 44-47.

GORRY, C. Haiti One Year Later: Cuban Medical Team draws on experience and partnerships. **MEDICC Review** [online], v. 13, n.1, 2011, p. 52-55.

HUIISH, R.; KIRK, J.M. Cuban Medical Internationalism in Africa: the threat of a dangerous example, **The Latin Americanist** [s.l.], 2009, p. 125-139.

HULME, D. **The Making of the Millennium Development Goals: Human Development Meets Results-based management in an imperfect world**. The University of Manchester, Brooks World Poverty Institute, [Manchester], 2007.

HYNES, W.; SCOTT, S. The Evolution of Official Development Assistance: achievements, criticisms and a way forward. **OECD Development Cooperation Working Paper**,[s. l.], n. 12, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)/MINISTÉRIO DO ORÇAMENTO, PLANEJAMENTO E GESTÃO (MPOG).

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008. 245p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA)/AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). **Cooperação brasileira para o Desenvolvimento Internacional (2010)**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada : Agência Brasileira de Cooperação, 2013.

JANUS, H.; KLINGBIEL, S.; PAULO, S. Beyond Aid: and the Future of Development Cooperation. In. **German Development Institute**, Briefing Paper, [s. l.], 2014.

KATZ, R. *et al.* Defining Health Diplomacy: changing demand in the era of globalization. **Milbank Quarterly**, New York, v. 89, n. 3, 2011. p. 503-523.

KEIJZER, N. The Future of Development Cooperation: From Aid to Policy Coherence for Development? In. **European Center for Development Policy Management**, Working Paper, [s. l.], 2012.

KEOHANE, R.; NYE, J. Realism and Complex Interdependence. In. **Power and Interdependence**, 3ª ed, Nova Iorque: Longman, 2001. p. 20-32.

KICKBUSCH, I. Global Health Governance Challenges 2016 Are we Ready? **International Journal of Health Policy and Management**, [s. l.], v. 5, n. 6, 2016. pp. 349-353.

KICKBUSCH, I. The End of Public Health as We Know It: constructing global health in the 21st Century. In. **10th International Congress on Public Health**, Washington D.C., Lecture. 2004, p. 1-19.

KICKBUSCH, I.; IVANOVA, M. The History and Evolution of Global Health Diplomacy. In: KICKBUSCH, I. *et al.* **Global Health Diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases**. New York: Springer, 2013. p. 11-26.

KIRK, J.M. Cuba's Medical Internationalism: development and rationale, **Bulletin of Latin American Research** [s.l.], v. 28, n. 4, 2009, p. 497-511.

LEE, K.; KAMRADT-SCOTT, A. The Multiple Meanings of Global Health Governance: a call for conceptual clarity. **Globalization and Health**, [s.l.], v. 10, n. 68. 2014, p. 1-10.

LEITE, I.C. Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. **Observador On-line**, Observatório Político Sul-Americano, v. 7, n. 3, 2012.

LOPES, L.A.L. **A Cooperação Técnica ente Países em Desenvolvimento (CTPD) da Agência Brasileira de Cooperação (ABC-MRE): O Brasil como doador**. 233 f. Dissertação (Dissertação em Relações Internacionais). Programa San Tiago Dantas, (UNESP, UNICAMP e PUC-SP), São Paulo, 2008.

MCGILLIVRAY, M. The Millennium Development Goals: Overview, Progress and Prospects In: **Achieving the Millennium Development Goals**. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan. 2008, p. 1-19.

MCINNES, C.; LEE, K. What Is Global Health? In: **Global Health & International Relations**. 1. Ed. Cambridge: Polity Press, 2012. p. 6-23.

MILANI, C.R.S. & CARVALHO, T.C.O. Cooperação Sul-Sul e Política Externa: Brasil e China no continente africano. **Estudos Internacionais**, [s. l.], v.1, 2013, pp. 11-35.

MILANI, C.R.S. Aprendendo com a História: Críticas à experiência da cooperação norte-sul e atuais desafios à cooperação sul-sul. **Caderno CHR**, Salvador, v. 25, n. 65, 2012, p. 211-231.

MILANI, C.R.S.; SUYAMA, B; LOPES, L.L. Políticas de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento no Norte e no Sul: que lições e desafios para o Brasil?. **Fundação Friedrich Ebert Stiftung**, [s. l.], 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 110p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128p.

OLIVEIRA, F.P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. **Comunicação, Saúde e Educação** [s.l.], v. 19, n. 54, 2015, p. 623-634.

ONG, A. *et al.* Global Health Agenda for the Twenty-First Century. In: DETELS, R. *et al.* (Eds), **Oxford Textbook of Public Health**, 5 ed., Oxford: Oxford University Press, 2009, p. 1713-1729.

OOMS, G. *et al.* Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the 'Big Push'. **Globalization and Health** [s.l.], v. 6, n. 17, 2010, p. 1-8.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil (2008-2012)**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2007. 76p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Implementação do Programa Mais Médicos em Curitiba: experiências inovadoras e lições aprendidas**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2015. 68p.

OSLO MINISTERIAL DECLARATION. Global Health: a pressing foreign policy issue of our time. **The Lancet**, [s.l.], v. 369, n. 570, 2007, p. 1373-1378.

PARIS DECLARATION ON AID EFFECTIVENESS. Ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability. Paris, 2005.

PASQUALIN, L.; GARCIA, T. S. L. O Mapeamento dos projetos de cooperação horizontal Brasil-África em países de língua oficial portuguesa na área da saúde entre 2000-2010. In: **Anais do 3º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Relações Internacionais**, São Paulo, 2011.

PAULO, S. International Cooperation and Development: a conceptual overview. In. **German Development Institute**, Discussion Paper, [s. l.], 2014.

PECEQUILO, C.S. A Política Externa do Brasil no Século XXI Os Eixos Combinados de Cooperação Horizontal e Vertical. **Revista Brasileira de Política Internacional**, [s.l.], v.51, n.2, 2008, p. 136-153.

PINO, B.A. A Cooperação Triangular e as Transformações da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. Texto para discussão 1845. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. [s. l.], 2013.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.A.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, 2014, p. 353-372.

PUENTE, C.A.I. Cooperação Técnica Horizontal. In. **A Cooperação Técnica Horizontal Brasileira como instrumento da Política Externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período de 1995-2005**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão. 2010, p. 39-97.

QUADIR, Fahimul. Rising Donors and the New Narrative of ‘South-South’ Cooperation: what prospects for changing the landscape of development assistance programmes? **Third World Quarterly**, [s. l.], v. 34, n. 2, 2013, p. 321-338.

REINERT, E.S. Development and Social Goals; Balancing Aid and Development to Prevent 'Welfare Colonialism. In. **Department of Economics and Social Affairs**, Working Paper, [s. l.], N. 14, 2006.

ROSENBAUM, H.J.; TYLER, W.G. South-South Relations: the economic and political content of interactions among developing countries. **International Organization**, [s. l.], v. 29, n. 1, 1975, p. 243-274.

SAITH, A. From Universal Values to MDGs: lost in translation. **Development and Change**, [s. l.], v. 37, n. 6, 2006, p. 1167-1199.

SANTANA, J.P. Um olhar sobre a cooperação sul-sul em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 16, n. 6, 2011. pp. 2993-3002.

SHIFFMAN, J. A social explanation for the rise and fall of global health issues. **Bulletin Of The World Health Organization**, Geneva, n. 87, 2009, p. 608-613.

SIDIROPOULOS, Elizabeth. Rising Powers, South-South Cooperation and Africa. In. **South African Institute of International Affairs**, Policy Briefing, [s. l.], 2012.

SILVEIRA, M.M. Relações Internacionais. In. **Competências estratégicas na internacionalização da pós-graduação da Fiocruz: o programa de Moçambique**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz (Dissertação de Mestrado). 2011. pp. 41-67.

SOUZA, A. M. A Cooperação para o desenvolvimento Sul-Sul: os casos do Brasil, da Índia e da China. **Cadernos Adenauer XIII**, n. 2, [s. l.], 2012a, p. 75-88.

SOUZA, A. M. Saúde Pública, Patentes e Atores Não-Estatais: a política externa do Brasil ante a pandemia de AIDS. In. PINHEIRO, L.; MILANI, C.R.S. (Orgs) **Política Externa Brasileira: as práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, [s. l.], 2012b, pp. 203-240.

SRIDHAR, D.; TAMASHIRO, T. Vertical Funds in the Health Sector: Lessons for education from the Global Fund and GAVI. In. **UNESCO**, Background Paper, [s. l.], 2009.

TORRONTEGUY, M.A.D. O Papel da Cooperação Internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2010, p. 58-67.

UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL (ECOSOC). **Background Study for the Development Cooperation Forum: Trends in South-South and Triangular Development Cooperation**, [s. l.], 2008.

VAUGHAN, R. Competing Visions of Global Health Governance. In. **Centre on Global Health Security**, Meeting Summary, [s. l.], 2012.

VENTURA, D. F.L. A Política Externa de Saúde de Dilma Rousseff (2011-2014): elementos preliminares para um balanço. **Anais do 5º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Relações Internacionais**. Belo Horizonte, 2015. 16p.

VILA, T. C. S. *et al.* Saúde Internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, 2001, p.101-105.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Observatory data: density of physicians (total number per 1000 population, latest available year)**. [2016]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/> Acesso em: 20 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Rise of International Cooperation in Health: medical, social, political and economic history sheds light on the purpose and function of WHO. **World Health Forum**, Geneva, v. 16, 1995, p. 388-393.

WYSS, K. An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. **Human Resources for Health**, [s. l.], v. 2, n. 11, 2004, p. 1-8.