

**Cooperação Internacional, Política Externa e Saúde:  
contribuição ao processo de avaliação do  
Termo de Cooperação Opas-Brasil nº 41 (TC 41)**

**Fernando A. Pires Alves  
Carlos Henrique Assunção Paiva  
José Paranaguá de Santana**

## **Sumário**

Introdução	<b>2</b>
Desenvolvimento, Cooperação Internacional e Saúde	<b>6</b>
Política Externa Brasileira e a Agenda de Cooperação	<b>14</b>
O SUS internacional: o Ministério da Saúde, a Fiocruz e a Cooperação OPAS-Brasil	<b>22</b>
Considerações finais: elementos contextuais e a avaliação do Termo de Cooperação nº41	<b>28</b>

# **Cooperação Internacional, Política Externa e Saúde: contribuição ao processo de avaliação do Termo de Cooperação Opas-Brasil TC nº 41\***

**Fernando A. Pires Alves<sup>1</sup>**  
**Carlos Henrique Assunção Paiva<sup>1</sup>**  
**José Paranaguá de Santana<sup>2</sup>**

## **I. Introdução**

A definição constitucional do Sistema Único de Saúde, em 1988, e a sua regulamentação e implantação nos anos subsequentes, são reveladores dos êxitos e vicissitudes do movimento da reforma sanitária brasileira. São resultados expressivos que se manifestam na institucionalização de um sistema de saúde de pretensões universais, que afirma a responsabilidade pública para com a saúde dos cidadãos, orientado por princípios e diretrizes como os de integralidade, equidade, descentralização e hierarquização e que concebe a participação social como componente fundamental da sua condução. Seus resultados são positivos também no que concerne à prestação mesma dos serviços, expressos na expansão da atenção primária em saúde, na promoção, na vigilância sanitária, na segurança farmacêutica, em várias outras modalidades de atenção, assim como na introdução de elementos inovadores nos processos de gestão.

---

\* Este documento foi elaborado por iniciativa da Coordenação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde, da representação da OPAS no Brasil, objetivando a sua contextualização histórico-institucional, a propósito do processo de avaliação do Termo de Cooperação nº41, em meados de 2010.

<sup>1</sup> Observatório História e Saúde. Rede Observatório de Recursos Humanos – ObservaRH. (Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz / Sgtes – MS / Opas-Brasil)

<sup>2</sup> Coordenador do Programa de Cooperação Internacional em Saúde. Representação da OPAS no Brasil

Reconhece-se, todavia, que estes resultados são parciais. Para alguns, sob uma perspectiva mais crítica, a reforma sanitária brasileira teria se afastado do seu sentido político original, bem mais amplo e radical no que concerne ao modo de organização da sociedade brasileira e das suas formas coletivas de viver e adoecer. Para outros, por exemplo, ainda que em sua dimensão setorial restrita, a reforma sanitária desde muito cedo tem enfrentado obstáculos políticos consideráveis e ainda não transpostos no que concerne à pactuação de compromissos e responsabilidades quanto às bases orçamentárias do SUS. Confronta-se, da mesma forma, com desafios estruturais quando se trata de considerar o convívio com um sistema de saúde complementar, de natureza privada, em expansão.

De um ponto de vista internacional, as conquistas da reforma sanitária brasileira, ainda que parciais, fazem do sistema de saúde do Brasil uma experiência ímpar, sobretudo no contexto latino-americano. Sob a voga neoliberal que varreu a região a partir da segunda metade dos anos 80, ocorreu um desmonte da capacidade dos Estados Nacionais intervirem e se portarem à moda do *welfare state* europeu, oferecendo, por exemplo, serviços públicos de saúde universais e de acesso gratuito. A lógica do “Estado mínimo”, ao contrário, estimulava os processos mais ou menos generalizados de privatização de serviços e de retração de políticas públicas universais. No campo da saúde, isto proporcionava uma forte crítica ao enquadramento da saúde como direito de todo cidadão e objeto de responsabilidade pública. Assim, ao defender seus princípios, a reforma da saúde no Brasil operou de forma contrária à maré liberalizante do período, de modo que seu resultado mais cabal, o SUS, apresentou-se como uma experiência em boa medida isolada em seus termos doutrinários, quanto às suas estratégias e modos de gestão participativa.

Tendo em vista este cenário de isolamento internacional, bem como as resistências internas, no início da primeira década do século XXI, o sanitarista Sérgio Arouca, um dos artífices mais destacados da reforma sanitária brasileira, propôs um movimento de resistência e renovação doutrinária da reforma. Arouca, então secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, sugeria, entre outros aspectos, que a reforma brasileira se internacionalizasse; que o debate fosse retomado a partir de uma

ótica regional e não mais como um simples projeto nacional. Esta sua iniciativa acabou por propiciar o esboço de um *Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária*, sob a sigla Prodirs, de 2003, concebido como uma proposição conjunta do Ministério da Saúde e da representação brasileira da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) (BRASIL-MS/OMS-OPAS, 2003).

Sob a ótica da representação da Opas no Brasil, tratava-se de mobilizar a cooperação técnica internacional para estimular e fortalecer reformas universalistas no setor saúde, reafirmado a dimensão pública do direito à saúde, bem como, a partir da experiência dos países, de estimular laços de solidariedade e mecanismos para o intercâmbio de conhecimentos e tecnologias que permitissem o desenvolvimento destes processos em todo o continente. Com este desenho, a proposta correspondia às orientações imprimidas pela *Oficina* da OPAS, em Washington, a partir da eleição da argentina Mirta Roses para sua direção, que passara a recomendar o desenvolvimento de projetos de cooperação técnica centrados nos países, em acordo com diretrizes da Organização Mundial da Saúde, bem como o estímulo para que políticas de saúde em âmbito internacional fossem melhor incorporadas à agenda de trabalho dos estados nacionais.

Ao Ministério da Saúde, seria propiciada a possibilidade de divulgar a proposta doutrinária e organizacional do seu sistema de saúde, tendo em vista, de um lado, o intercâmbio de conhecimentos e tecnologias; de outro, a possibilidade de reconhecimento internacional da experiência brasileira como uma prática inspiradora e mesmo como política social modelar. A concepção do *Prodirs*, de fato, era reveladora da preocupação de seus idealizadores em reafirmar a agenda doutrinária da reforma sanitária brasileira, alinhando-se aos esforços de consolidação do SUS, em termos de sua estrutura de gestão, de suas funções de planejamento e controle, de seus mecanismos de provimento de recursos e do re-ordenamento de sua rede de serviços, sob uma perspectiva regionalizada (BRASIL-MS/OPAS-BRASIL, 2003: p. 5). Esta percepção se alinhava às orientações mais recentes da política externa brasileira que vinha conferindo especial atenção à formação de blocos de aliança com outros países, nos marcos da cooperação sul-sul, em particular com os países africanos de língua oficial portuguesa;

com os países vizinhos latino-americanos; e com países da iniciativa IBAS (Índia – Brasil – África do Sul), entre outros fóruns do hemisfério. A morte de Sérgio Arouca, em agosto de 2003, todavia, colocaria em compasso de espera o desenvolvimento desta proposta por pelo menos mais dois anos.

Sérgio Arouca e aqueles diretamente envolvidos nesta proposição seguramente não estavam, àquela altura, inventando a cooperação técnica brasileira, na condição de país prestador. Nesta condição, a saúde já vinha atuando em várias e diversificadas frentes de atuação, de considerável relevância. O que se constituía então, como um aporte inovador, era a cooperação técnica internacional concebida como estratégia de afirmação dos princípios e diretrizes do sistema único da saúde, da feição brasileira da saúde como questão de Estado, tal como definida em seu texto constitucional. E esta posição, tanto correspondia, quanto ajudava a instituir uma agenda de políticas sociais como parte relevante dos temas orientadores da política externa brasileira. Em outros termos, ao recuperar-se a sensibilidade político-estratégica de Arouca, como parte da origem de um movimento recente de instituição de uma agenda internacional do SUS, é fundamental considerar que tal processo se inscreve em um ambiente de realizações mais amplas, que envolveram a gradual confluência das agendas de trabalho das pastas da saúde e das relações exteriores.

Em julho de 2005, gestões conduzidas no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores, culminaram com a assinatura pelos ministros destas duas pastas, respectivamente Humberto Costa e Celso Amorim, de um protocolo de intenções com vistas aperfeiçoar a coordenação da cooperação técnica ofertada aos países em desenvolvimento, na área da saúde.

A Representação da OPAS-OMS no Brasil e a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, foram parceiros de primeira hora deste movimento de afirmação da saúde como tema de cooperação internacional e diplomacia. Do mesmo modo, foram parte integrante dos arranjos institucionais que deram forma concreta à cooperação técnica sul-sul em saúde, em colaboração com a Agência Brasileira de Cooperação, do MRE, e vários outros órgãos do Ministério da Saúde.

Uma das parcerias decisivas é a desenvolvida com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a Sgetes, refletindo um acúmulo histórico de experiências conjuntas no domínio tradicional da cooperação técnica referida à temas como formação e qualificação de trabalhadores da saúde e a regulação das práticas profissionais, entre outros aspectos.

O Termo de Cooperação nº 41, o TC-41, celebrado em 2006, entre a o Ministério da Saúde, a OPAS e a Fiocruz, com interveniência da Sgetes, cujos resultados cumpre agora avaliar, foi um dos principais mecanismos estabelecidos com o propósito de realizar a cooperação técnica em saúde nesta sua nova configuração.

Esta seção deste documento-base para o processo de avaliação do TC-41 contextualiza a emergência desta política internacional do SUS como agenda comum da OPAS e do Ministério da Saúde. Para tanto são explorados, nas partes subsequentes, três eixos contextuais. No primeiro, discutem-se as relações expressas no trinômio desenvolvimento – cooperação – saúde, de uma perspectiva internacional. No segundo, examina-se a evolução recente da política exterior brasileira, privilegiando o papel nela desempenhado pela cooperação sul-sul e em torno de temas como saúde, direitos humanos e ambiente. Na terceira parte, são discutidos os processos institucionais que proporcionam as orientações mais imediatas para a cooperação sul-sul em saúde com a participação brasileira e da OPAS. Por fim, a título de conclusão, são comentados alguns dos balizamentos que esta moldura contextual pode propiciar para um processo de avaliação do Termo de Cooperação nº 41.

### **Desenvolvimento, Cooperação Internacional e Saúde**

A Organização Pan-americana da Saúde, constituída em 1902 como Repartição Sanitária Pan-americana, foi uma das primeiras organizações intergovernamentais a serem estabelecidas. Sua criação foi, ela mesma, parte do processo de instituição da saúde internacional como domínio especial da saúde pública e índice da crescente interdependência entre os povos no contexto da expansão dos mercados capitalistas ao longo do século XIX. Na primeira metade século XX, a importância da sua atuação como organismo internacional especializado no contexto interamericano, ao lado de

instituições privadas como a Fundação Rockefeller, foi indiscutível, sobretudo em áreas como vigilância sanitária e controle de epidemias e endemias.

Reconhece-se, também, que foi, todavia, a partir de finais da Segunda Guerra Mundial que os organismos internacionais passariam a exercer maior protagonismo, com a instituição gradativa, mas firme e contínua, do Sistema das Nações Unidas. É o início da era do desenvolvimento, compreendido tanto como um conjunto de valores e de recursos de conhecimento, técnicas e instituições, que favorecia uma transformação do mundo, à feição dos países euro-norte-americanos, quanto como uma arena para a qual convergiam, demandas e expectativas das várias sociedades nacionais. Os organismos internacionais eram parte integrante e decisiva deste aparato/arena e desempenharam este papel na realização da cooperação econômica e social para o desenvolvimento (ESCOBAR, 1998; RIST, 2002; LOVE, 1998).

Foi como componente deste movimento que a OPAS foi fortalecida como organização de saúde interamericana, ainda que sua integração ao sistema das nações unidas tenha sido motivo de polêmica e conflito. De fato, a OPAS emergiu do pós-guerra, como uma entidade institucionalmente legitimada, financeiramente saudável e em processo de expansão. Ela pôde aumentar seu orçamento e seus meios operacionais, decidindo por dividir o continente em sete zonas de atuação, cada uma com um escritório local, e instituir centros regionais especializados, em um movimento que avançaria pelos anos 60 e 70. Quando da *Aliança para o Progresso*, de 1961, e dos *Planos Decenais de Saúde I e II*, de 1963 e 1972, a OPAS era a instituição regional mais autorizada a estabelecer as relações saúde & desenvolvimento (CUETO, 2007).

O debate em torno do desenvolvimento e dos meios para alcançá-lo sempre foi motivo de controvérsia. Em inícios da década de setenta, as versões mais francamente otimistas e mecânicas acerca da capacidade transformadora da simples transferência de capitais e técnicas estava em franca crise. Uma manifestação deste esgotamento pode ser medida pela tentativa de estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI), quando da realização da Assembléia Geral das Nações Unidas, de maio de 1974. Celebrado poucos meses depois do primeiro choque do petróleo, de finais de 1973, a declaração final da assembléia teve um claro tom terceiro-mundista, que por sua vez



refletia o ambiente propiciado pela chamada crise da hegemonia norte-americana, derivada de eventos como a derrota no Vietnã, o rompimento unilateral dos acordos de Bretton Woods e a própria crise energética (OLIVEIRA & LESSA, 2006).

A declaração por uma nova ordem econômica teve por preocupação a produção e regime de trocas de matérias-primas essenciais e, neste sentido, estabeleceu a legitimidade de movimentos de defesa de preços como o da OPEP; sobretudo, estabelecia o princípio da necessidade de um novo modelo de desenvolvimento capaz de promover uma crescente independência econômica dos países em desenvolvimento, uma maior cooperação e solidariedade entre estes países e um crescimento acelerado rumo a patamares mais eqüitativos de desenvolvimento.

Simultaneamente, por delegação da mesma assembléia, era elaborado e discutido no âmbito do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o informe de um grupo de trabalho sobre cooperação técnica entre os países em desenvolvimento, cujos marcos de referência explícitos eram as estratégias enunciadas para o Segundo Decênio das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o movimento dos países não alinhados, além da própria NOEI. Seus desdobramentos culminaram na elaboração e aprovação, pela Assembléia Geral das Nações Unidas, do Plano de Buenos Aires, de 1978, cujo propósito foi promover e realizar a Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento.

Este contexto registra uma oposição e uma transição de enfoques entre as noções de *assistência* e de *cooperação técnica*, como os termos adequados para definir as melhores relações entre países e instituições do mundo desenvolvido com aquele considerado como “em desenvolvimento”; dos países em desenvolvimento entre si; e como princípio orientador para as práticas dos organismos internacionais. Assim, é construída a idéia de um percurso histórico, uma evolução, nos modos de realização destas relações: que se inicia com as práticas filantrópicas, de caráter assistencial e paternalista; passa pelas relações de *assistência técnica*; e se desenvolve na direção de relações baseadas nas idéias de *cooperação* e de *intercâmbio*.

Este percurso conceitual, não deixou de expressar-se nas formulações de organismos setoriais da saúde e, entre eles, da OPAS. Se tomarmos, como exemplo, as

diretrizes formuladas em meados da década de 1970 para as atividades de cooperação no terreno da formação de recursos humanos em saúde, uma cooperação técnica ideal compreenderia: a “rejeição” da idéia de “dependência”; o reforço da idéia de “auto-suficiência” no campo dos países em desenvolvimento; a substituição da idéia de “transferência” por aquela de “criação e adaptação” e de “compartilhamento de experiências” em contextos similares; a participação do pessoal nacional e um controle destes sobre as várias fases do processo de cooperação; a adoção de modos de operação “flexíveis”, e de formas de organização em rede. Esta cooperação de novo tipo incluiria, ainda, uma ampla mobilização dos “recursos locais”, a ação orientada a “objetivos e metas”, desde que ajustados às disponibilidades no país receptor; a adoção de “tecnologias apropriadas” às necessidades locais e às possibilidades de desenvolvimento autóctone. Por fim, este receituário preconizava que as “estratégias” deveriam ser consideradas mais importantes que os próprios meios e recursos empregados e que seria imprescindível a realização de estudos de “pré-transferência”, de modo a serem garantidas as melhores condições possíveis para a sustentabilidade da iniciativa (FERREIRA, 1976).

Estas prescrições, assim como os valores que lhes serviam de base, entretanto, se viram francamente restringidos pelas crises de finais dos anos setenta e de início dos anos oitenta. A recessão global que se seguiu à crise da dívida reduziu a disponibilidade de recursos para a assistência e cooperação, ao mesmo tempo em expandia a demanda por parte dos países em desenvolvimento. Mas, mais do que isso: o ajuste macro-econômico impôs a elevação dos juros e a redução dos gastos públicos, com uma conseqüente redução dos investimentos e restrição doutrinária das responsabilidades públicas no que concerne às demandas sociais.

Quando as sociedades capitalistas ocidentais experimentaram um novo ciclo de crescimento, nas décadas de noventa, já sob a renovada hegemonia norte-americana que se seguiu ao colapso da União Soviética e da experiência socialista no leste europeu, o conceito de desenvolvimento e a praticas de cooperação para o desenvolvimento já tinham sido substancialmente redefinidas. O Estado viu reduzido o seu papel de protagonista privilegiado do desenvolvimento e registrava-se o surgimento de uma constelação de atores não-estatais, alguns deles crescentemente influentes. No mesmo

passo, a acena internacional registra uma perda de importância relativa das organizações multilaterais, nas quais para cada país membro corresponde um voto em seus fóruns deliberativos, em favor de instituições como o Banco Mundial onde predomina o voto dos principais países mantenedores. Esta nova configuração implicou em um enfraquecimento relativo da Organização Mundial da Saúde (OMS), um processo que também afetou suas organizações regionais. Esta fragilidade expressava-se sob a forma de um orçamento cada vez mais dependente dos chamados fundos extra-orçamentários, pelos quais, países que já preferiam de longa data as formas de cooperação bilateral, o Banco Mundial e fundações privadas eram capazes de atuar coordenadamente e definir sua própria política no interior da programação da OMS. Reconhece-se que esta tendência - ainda hoje objeto da atenção dos atores da saúde internacional multilateral - terminou por favorecer o patrocínio de uma variedade de novas organizações não-governamentais na condução dos programas, em detrimento dos sistemas nacionais de saúde e das agências estatais, consideradas ineficazes, segundo os termos do credo neoliberal.

Vale talvez mencionar aqui que esta trajetória ocorreu em sincronia e íntima relação com o conflito estabelecido entre as concepções de *Atenção Primária Integral à Saúde* e de *Atenção Primária Seletiva*. A primeira, aprovada na Conferência de Alma Ata, de 1978, pode ser considerada uma estratégia exemplar do período anterior; de proposição que, articulando saúde, direitos sociais e desenvolvimento, tinha por pretensão realizar transformações de vulto na organização dos serviços de saúde e nas práticas de cuidado, rumo a patamares crescentes de inclusão e bem-estar. A segunda, patrocinada pela USAID, o Banco Mundial, a Fundação Rockefeller, e experimentada também pela UNICEF a partir de 1980, propunha soluções estritamente pragmáticas, de caráter focal e baixo custo técnico, orientada mais para resultados imediatos e mitigadores, em um contexto de contenção de custos públicos, pouco reconhecendo a necessidade de transformações estruturais no terreno da saúde pública e da vida social em geral (BROWN , FEE & CUETO, 2006)

No decorrer da década de 1990, e dos primeiros anos 2000, no contexto do pós-guerra fria, a expectativa era de que um novo ciclo de expansão da cooperação pudesse ocorrer, em um ambiente livre dos constrangimentos ideológico típicos da polarização

leste-oeste. Estas expectativas logo se frustraram com a emergência de um novo intervencionismo no que tange a conflitos sub-nacionais, eventualmente combinado à identificação das chamadas “novas ameaças” em regiões estratégicas aos olhos, sobretudo, do governo estadunidense. Este movimento, importa registrar, ocorria sobre o pano de fundo da crescente globalização dos fluxos financeiros, do comércio de mercadorias, das cadeias produtivas, das tecnologias da informação e, pode-se dizer do alcance normativo de instituições como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, que por sua vez, reconhece-se, implicaram em um aumento das condições de marginalização social, principalmente pelos rigores do ajuste fiscal e a introdução de ingredientes de instabilidade nos sistemas financeiros e no mundo do trabalho.

*A Agenda para a Paz das Nações Unidas*, de 1992, refletia a percepção de que, em um quadro de complexidade crescente, a cooperação deveria promover a superação das múltiplas causas de instabilidade, freqüentemente associadas a condições de marginalização político-social e fragilidade institucional. Nestas circunstâncias foi introduzido o conceito de desenvolvimento humano, compreendido com um processo que ampliaria as condições de escolha e a capacidade dos indivíduos. Nestas mesmas circunstâncias, ao longo da década de 1990 e de inícios dos anos 2000, realiza-se um ciclo de conferências globais em torno de temas como infância, meio ambiente, direitos humanos, população, igualdade de gênero; desenvolvimento urbano; etnias e combate a discriminação; e segurança. Sua culminância foi a Declaração do Milênio, aprovada pela Assembléia das Nações Unidas, em 2000.

Em termos gerais este ciclo representou um sensível alargamento da temática da cooperação, a introdução de novos modos de operação, por exemplo no tocante à implementação da cooperação técnica descentralizada, entendida como aquela que mobiliza entes sub-nacionais tais como estados e municípios no processo da cooperação. Significou, ainda, a possibilidade de incremento dos volumes de recursos disponíveis para a cooperação, pelo menos se considerarmos os patamares previstos nos Objetivos do Milênio. Para algumas análises representou o reforço a uma tendência que, verificável desde os primeiros anos 1990, representava a fragilização das bandeiras do anti-colonialismo, do anti-imperialismo e da capacidade de iniciativa do Grupo dos 77; que trazia para o primeiro plano a associação entre direitos humanos e desenvolvimento; e,

cujos enunciados produzem tensões para as nações em desenvolvimento com problemas em torno de temas como liberdade política e os direitos da mulher, por exemplo (HIRST, 2008). Pode-se mencionar também que nas concepções que passam a vigorar, implícita ou explicitamente, o Estado, regra geral, passara a ser identificado com um operador essencialmente ineficaz.

Os esforços de acompanhamento e avaliação das ações de cooperação a partir dos Objetivos do Milênio e que se expressam, sobretudo por meio do *Consenso de Monterrey*, de 2002 e da Declaração de Paris, de 2005, revelam uma tripla preocupação: a de reafirmar a necessidade de expandir o volume de recursos para cooperação norte-sul até os patamares de 0,7% dos PIB dos países desenvolvidos em 2015, tal como estabelecido na Declaração do Milênio; a de pactuar a co-responsabilização entre prestadores e receptores da cooperação quanto à sua formatação e resultados; e de introduzir e aperfeiçoar mecanismos de coordenação, harmonização, acompanhamento e avaliação das iniciativas de cooperação.

Em cada um destes níveis sobrevêm tensões. Por um lado, alguns dos principais países prestadores relutam em dissociar a cooperação de seus interesses estritamente estratégicos e dos interesses mercantis imediatos, ao mesmo tempo em que condicionam a cooperação à adesão a princípios como, por exemplo, o livre-mercado e a democracia representativa. Nesta linha, as condicionantes em torno do fortalecimento institucional nos países receptores seriam ideologicamente orientadas. Por outro lado, a normalização, compartilhamento e uso de indicadores para aferição são freqüentemente objeto de conflito (HIRST, 2008).

Seja como for, nestes novos tempos da cooperação, pode-se dizer, foram reeditadas algumas das preocupações que já se faziam presentes na Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, de inícios da década de 1970, como variante complementar às práticas da cooperação norte-sul. Tais preocupações diziam respeito à necessidade de estabelecer posições de paridade entre os países que compõem os pólos da cooperação no processo de formulação e implementação de programas; a necessidade de serem produzidas condições efetivas para uma apropriação sustentada,

pelos países receptores, dos elementos de conhecimento e tecnologia envolvidos no processo de cooperação.

O contexto de inícios dos anos 2000 era, todavia, outro, com implicações substantivas. As nacionalidades, assim como a emancipação e soberania dos povos encontravam-se então em uma posição de muito menor destaque na equação do desenvolvimento. Os estados nacionais e suas agências de operação direta haviam perdido boa parte da sua centralidade. Alguns entes sub-nacionais, como as províncias e as municipalidades, tornaram-se atores expressivos. Parte das agências multilaterais haviam se enfraquecido. A segmentação da agenda em termos de temas específicos, a proliferação de atores públicos e privados, introduziam novas problemáticas de gestão. Uma crescente diferenciação entre os países em desenvolvimento resultou na entrada em cena de um conjunto de “novos países provedores” de cooperação técnica internacional.

Estes temas e preocupações freqüentam, na atualidade, a agenda de gestão dos organismos internacionais multilaterais e, entre estes, as organizações setoriais da saúde. No âmbito da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde, se por um lado os Objetivos do Milênio sugerem que os temas da saúde podem receber maior atenção, são nítidos os esforços para, sobretudo, fortalecer a posição destas organizações quanto a sua capacidade de atuar como instância de referência política e técnica em um ambiente crescentemente competitivo. Como imperativo para alcançar este objetivo os mesmos organismos empenham-se no aperfeiçoamento das formas de gestão, rumo a patamares crescentes de eficiência e eficácia.

A este respeito e no tocante à OPAS, cumpre observar que nos planos estratégicos de 2003-7 e 2008-12 é nítida a preocupação em desenvolver a sua capacidade de operar a partir e com os países membros, a partir da elaboração de *Estratégias de Cooperação Nacional* e da valorização da cooperação técnica entre países, como forma de garantir maior sustentabilidade das intervenções e reforço da capacidade institucional de influir em questões transnacionais e globais. Em busca de maior impacto e melhor manejo de recursos nas ações de cooperação, enfatiza-se a necessidade de monitoramento e avaliação permanentes (OPAS, 2002; OPAS 2007). Na mesma direção, o Comitê Executivo

da OPS/OMS, reunido em junho de 2008, aprovou resolução específica sob o título *Saúde e Relações Internacionais: vinculações com o desenvolvimento sanitário nacional*, a partir de um documento de referência apresentado pela diretora. Segundo os seus termos, os estados da região deveriam promover a articulação entre saúde e relações exteriores, inclusive estabelecendo mecanismos de consulta entre as duas áreas de governo e de fortalecimento da capacidade de liderança da pasta da saúde. Deveriam, ainda, fortalecer as capacidades nacionais para a gestão da cooperação, o que incluía promover a inclusão dos temas da saúde na profissionalização dos diplomatas e, da mesma forma, dos temas das relações internacionais na formação em saúde (OPAS, 2008).

A eclosão da crise financeira de 2008 e dos seus impactos - tão recentes quanto ainda desconhecidos quanto à sua intensidade e duração - no tocante à organização da produção de bens, aos fluxos de comércio, ao crédito e ao funcionamento dos sistemas bancários, às contas nacionais e à disponibilidade de recursos para a implementação de políticas sociais, torna o cenário ainda mais desafiador. Reconhece-se que as disponibilidades para a cooperação técnica internacional tendem a reduzir-se. Da mesma forma, as condições de vida em países radicalmente dependentes do comércio internacional de bens primários estão propensas a deteriorar-se, aprofundando um processo iniciado e sustentado pela globalização, os ajustes fiscais de inspiração liberal e a permanência de regimes tarifários iníquos nos países desenvolvidos. É possível, por outro lado, que diferenças substanciais entre os países provedores, no que concerne ao impacto da crise e o ritmo da retomada do crescimento, possam produzir uma nova distribuição de poder e das responsabilidades no cenário da cooperação técnica internacional.

### **Política Externa Brasileira e a Agenda de Cooperação**

A assinatura de acordos de cooperação não ocorre de forma desconectada das diferentes forças que compõem o ambiente internacional em suas linhas gerais, bem como as realidades nacionais nos países envolvidos. Não apenas o teor original do acordo sofre os constrangimentos imprimidos pelos atores interessados e pelas possibilidades geradas pelo ambiente político, econômico e ideológico, mas seu próprio

desenvolvimento se encontra sujeito às agruras e possibilidades definidas pela dinâmica destes diferentes processos.

Assim, para os propósitos deste documento, vale a pena examinar, em perspectiva histórica, a política externa brasileira em suas últimas décadas. Interessa o exame dos principais elementos de ruptura e continuidade na forma pela qual o país interagiu com outras nações e organismos internacionais, especialmente no que tange aos mecanismos de cooperação internacional sul-sul ou entre países em desenvolvimento. Estes elementos, de forma direta ou indireta, informam as iniciativas de cooperação internacional em saúde desenvolvidas mais recentemente pelo governo brasileiro, em colaboração com a Organização Pan-americana de Saúde.

O discurso oficial acerca da política externa brasileira, construído pelos agentes da diplomacia, e os estudiosos da academia que, de forma pouco crítica, se apropriaram de suas teses, consagram o país como uma nação afeita ao multilateralismo e à subordinação de suas políticas a pressupostos de ordem ética e moral. Segundo esta perspectiva, a política externa brasileira seria um *continuum*, cujas origens se situariam na gestão do chanceler José Maria de Paranhos Junior, o Barão do Rio Branco (1902-1912). Rio Branco teria moldado a política externa brasileira sob uma postura pacifista, não-intervencionista, pelo respeito aos códigos e acordos internacionais, assim como pela disposição em estabelecer sempre laços de cooperação humanitária e técnica com as demais nações (RODRIGUES E SEITENFUS, 1995).

Análises mais recentes acerca da política exterior brasileira, no entanto, revelam que esta esteve tanto ajustada às incertezas do contexto internacional, quanto informada pelos dilemas presentes no cenário interno. Deste modo, um exame mais cuidadoso revelaria que na história da política brasileira nem sempre ocorreu um alinhamento automático do país a esta ou aquela potência global ou mesmo uma coerência entre agendas domésticas e política exterior ou, ainda, uma disposição definida *a priori* em prol da cooperação com outras nações.

Não se trata de uma contradição. As regras, os atores e a natureza do jogo das forças políticas internas não necessariamente sofrem os mesmos constrangimentos daquelas que se situam e exercem pressão em âmbito internacional. Deste modo, torna-



se inteligível a convivência entre iniciativas de cunho autoritário à direita no plano interno e perspectivas mais liberais ou “à esquerda” no plano internacional, por parte de um mesmo governo (OLIVEIRA E LESSA, 2006).

A hegemonia na noção de um projeto nacional de desenvolvimento, por exemplo, que remonta a meados do século XX e que se manteve em vigor durante todo o regime militar, legou à política externa brasileira uma trajetória, marcada por rupturas, de busca por autonomia internacional. Esta tendência, para alguns analistas, teria mesmo alcançado maior grau de consolidação doutrinária durante o regime militar, se renovando até a atualidade, ainda que de forma não linear ou constante (VIZENTINI, 2005: p.39).

Muitos são os exemplos na história brasileira que, de um lado ou de outro, apontam para as ambigüidades deste processo. Se de um lado, o governo do general Castelo Branco (1964-1969) representou um enquadramento do país na moldura da Guerra Fria, tornando o Brasil aliado automático dos Estados Unidos da América, e deste modo realizando um importante recuo com relação à diplomacia multilateral e hemisférica da Política Externa Independente, dos governos democráticos que o antecederam, de Jânio Quadros (01/1961-08/1961) e João Goulart (1961-1964). De outro lado, a gestão do general Costa e Silva (1967 - 1969) estabeleceu uma ruptura com relação ao governo anterior e, de certa maneira, retomou os valores e perspectivas que guiaram a política externa brasileira às vésperas do regime militar. Nesse sentido, a *Diplomacia da Prosperidade* do chanceler Magalhães Pinto, com sua ênfase nas idéias de autonomia internacional e desenvolvimento nacional, mantinha semelhanças com a PEI, ainda que não fizesse nenhuma referência às reformas sociais.

A política externa comandada pelo chanceler Magalhães Pinto definia o Brasil não mais como nação do Ocidente, mas como país que propugnava uma aliança com os países em desenvolvimento a fim de reverter uma ordem internacional considerada injusta e hostil. É um índice da importância desta posição brasileira, no contexto da II Conferência das Nações Unidas para o Comércio e Desenvolvimento - Unctad, o fato do representante do Brasil ter sido indicado para a presidência do recém criado Grupo dos 77, um movimento dos países do Terceiro Mundo voltado para o desenvolvimento e que seria

uma espécie de variante econômica dos Movimento de Países Não Alinhados (VIZENTINI, 2005).

Em termos doutrinários, sem comprometer suas boas relações com os Estados Unidos, o Brasil tendia, a partir de então, a orientar-se para posições latino-americanistas, em detrimento de um pan-americanismo, significando que o país empenhava-se cada vez mais em estabelecer uma melhor integração horizontal com seus vizinhos latino-americanos.

Desta forma, o Brasil passava a compartilhar o entendimento internacional, crescente nos anos 70, de que já havia certo acúmulo de experiências positivas entre os países em desenvolvimento, experiências estas passíveis de serem divididas com outras regiões e/ou nações com características semelhantes. Acreditava-se, especialmente, que estas trocas seriam capazes de modificar o perfil de desenvolvimento do Brasil e das demais nações subdesenvolvidas (Cervo, 1994).

Tratava-se de uma importante mudança de enunciado no arranjo da cooperação técnica internacional. Suas primeiras formulações datam do imediato pós-guerra, quando as potências mundiais, Estados Unidos e União Soviética, trataram de dividir o mundo em esferas de dominação. Esta ordem internacional bipolar, contudo, seria questionada pelos países europeus, os primeiros beneficiados pela ajuda externa; mas também pelos países asiáticos, africanos e países latino-americanos, que então passavam a engajar-se na industrialização.

Gradativamente passaria ser contestada a noção de cooperação técnica internacional hegemônica no sistema internacional, até a década de 60, com prolongamentos até a década seguinte, que pressupunha um relacionamento entre entes em situação diametralmente desigual. Os países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, desempenharam papel relevante para a revisão deste enunciado. Em 1974, como marco deste esforço de revisão, convocou-se uma Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, que somente se reuniria quatro anos depois, na cidade de Buenos Aires.

A aprovação do *Plano de Ação de Buenos Aires*, em setembro de 1978, estabelecia, no plano internacional, a “cooperação técnica entre países em

desenvolvimento” (cooperação entre países em desenvolvimento), ou simplesmente cooperação horizontal, em oposição à idéia de assistência técnica, e como variante à noção de cooperação norte-sul, como estratégia de desenvolvimento nacional e regional.

Para as instâncias da diplomacia brasileira, a expressão “assistência técnica” tornava-se, então, um termo a ser evitado. Em seu lugar propugnava-se a “cooperação para o desenvolvimento”, um padrão de relação que, pouco a pouco, mesclava-se com os objetivos gerais da política externa nacional. A cooperação gradualmente deixava de se configurar a partir de suas finalidades próprias para se converter em estratégia para o estabelecimento de laços econômicos, tecnológicos e culturais com outras nações com importância reconhecida. (Cervo, 1994: p.42-43). Assim, o Brasil ensejava esforços para melhor aproveitar as iniciativas de cooperação, fossem aquelas provenientes de fontes multilaterais, como as de órgãos do sistema ONU e do sistema pan-americano, fossem, ainda, aquelas proporcionadas diretamente pelos países centrais (Cervo, 1994: p.43).

A esta altura o Brasil não possuía, ainda, uma política voltada exclusivamente para a cooperação técnica internacional. Se esta passava a ser alçada a instrumento de política exterior de boa parte dos países em desenvolvimento (Saraiva, 2008: p.122-123), os avanços em termos conceituais e institucionais, conquistados em âmbito internacional, não se fizeram acompanhar, imediatamente, pelo desenvolvimento de uma burocracia capaz de compor um sistema autônomo de cooperação técnica internacional no âmbito dos países em desenvolvimento. No caso brasileiro, somente em 1987 criou-se no Ministério das Relações Exteriores a Agência Brasileira de Cooperação, a ABC, extinguindo-se órgãos descentralizados que atuavam no setor, com a expectativa de imprimir-se maior unidade de comando.

De todo modo, segundo algumas análises, a década de 70 apresentou-se como o período de apogeu das experiências de cooperação técnica internacional na comunidade internacional. No período houve elevada demanda externa pela cooperação prestada pelo Brasil, especialmente da parte de países do chamado Terceiro Mundo (Cervo, 1994). Em boa medida, isto refletiria o movimento que culminou na Conferência de Buenos Aires, de 1978, ao demandar melhor organização e apoio às iniciativas de cooperação entre países em desenvolvimento; de outro, não deixava de espelhar também as boas

expectativas em torno das capacidades do governo brasileiro em prestar cooperação técnica e, especialmente, manter relações colaborativas com países da América do Sul e da África.

De fato, a inserção da cooperação técnica internacional no âmbito da política externa brasileira estimulou o fortalecimento dos laços com o Terceiro Mundo e a criação de condições institucionais e ideológicas para uma melhor penetração dos interesses econômicos brasileiros em regiões como a África, sobretudo pelo incremento da exportação de manufaturados e de serviços de engenharia. O país procurou afirmar sua presença no cenário internacional de forma mais contundente. Para isto exerceu também maior protagonismo junto à Organização das Nações Unidas e outros organismos internacionais, agora com especial convergência com os países em desenvolvimento e suas instituições representativas. Constitui exemplo desta tendência o reconhecimento, da parte do Brasil, em pleno regime militar, do governo socialista do Movimento Popular de Libertação de Angola, MPLA. Da mesma forma, o estreitamento das relações econômicas e políticas com Moçambique e, de modo geral, o incremento das relações diplomáticas com o continente africano. A este respeito, é importante registrar que tal movimento foi especialmente sensível durante o “pragmatismo responsável” do chanceler Azeredo da Silveira, sob o governo Ernesto Geisel (1974-1979).

Ainda que o cenário internacional do início dos anos 80 se apresentasse de forma bastante desfavorável, sobretudo no que diz respeito à crise econômica que se manifestava de modo grave, retraindo mercados e desestimulando esforços de cooperação, o *universalismo* do chanceler Saraiva Guerreiro, já no percurso do governo do general João Figueiredo (1979-1985), não deixou de operar segundo a mesma chave estratégica de valorização das experiências de cooperação técnica internacional.

Durante sua gestão, o Brasil solidificaria suas relações diplomáticas com a África e com a América Latina. Manteria, ainda, atuação destacada em fóruns internacionais sustentando uma aproximação com outros países do Terceiro Mundo. Os incidentes protagonizados pelos norte-americanos na Nicarágua, em El Salvador e em Granada, no início da década de 80, levaram o Brasil a integrar o Grupo de Apoio a Contadora, nítido sinal de convergência da diplomacia brasileira com os mexicanos, venezuelanos e

argentinos, em uma crítica aberta à política externa intervencionista norte-americana protagonizada pelo governo Reagan. Segundo algumas análises, pela primeira vez na história da política externa do país, a América Latina passava a ser considerada uma prioridade para a política externa brasileira (VIZENTINI, 1995: p. 65).

Instalada a Nova República, o país, mais uma vez, não deixou de imprimir, como regra geral, um papel destacado nos fóruns regionais. É neste contexto, por exemplo, que se começou a construir a arquitetura político-institucional que permitiu, no início da década de 90, a criação do Mercado Comum do Sul, o Mercosul. Um nítido movimento em que a integração econômica e uma melhor cooperação técnica e política com os vizinhos tornaram-se prioridades para o governo brasileiro (HIRST, 1996). O governo Collor, todavia, introduziu mudanças importantes no encaminhamento da política externa brasileira ao revelar uma forte tendência a um alinhamento ideológico automático com a potência norte-americana.

Sob o governo Itamar Franco (1992-1994), ganharia maior fôlego a idéia de presença do Brasil no plano global, e não mais somente regional, sobretudo reafirmando sua atuação junto aos fóruns internacionais. Em seu governo, por exemplo, o Brasil reuniu-se com o *Grupo dos 15* (Grupo de Consulta e Cooperação Sul-Sul), na cidade de Dacar, Senegal, para discutir uma articulação da *Agenda de Paz* com a Agenda para o Desenvolvimento, termo que após o interregno mais liberal da gestão Collor seria retomado gradualmente pelo governo brasileiro.

O debate a respeito da política externa brasileira nas gestões Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003 -) guarda posicionamentos dispares. De um lado há analistas que defendem uma perspectiva de *continuidade* entre as duas gestões. Na melhor das hipóteses, o governo Lula teria apenas aguçado tendências já suficientemente sinalizadas na gestão de seu antecessor. Nesse caso, por exemplo, o posicionamento do governo Lula frente às nações desenvolvidas, construindo coalizões estratégicas Sul-Sul, como o IBAS e o G-20, seriam iniciativas já em curso desde o final do governo Cardoso (VIGEVANI E CEPALUNI, 2007: P.282; SARAIVA, 2008: P.130).

De outra parte, há análises que imputam um papel de maior destaque da diplomacia brasileira, sob a direção do governo Lula, no sentido de alterar a geografia do

poder em escala global, sobretudo no que diz respeito às relações Norte-Sul, em oposição ao governo Cardoso que se comprometia programaticamente com o desmanche do estado desenvolvimentista, rumo a uma perspectiva liberalizante e integrada aos interesses do capital e do comércio internacionais (OLIVEIRA, 2005; VIZENTINI, 2005; VIGEVANI, OLIVEIRA E CINTRA, 2003).

De toda forma, as análises parecem concordar a respeito de uma gradual afirmação da posição que coloca a cooperação Sul-Sul no centro da agenda internacional a partir do governo Cardoso, posição que é enfatizada a partir da gestão Lula.

Se de um lado o processo de globalização pressiona nações a manterem elevado grau de interdependência; nos planos domésticos, de outro, como bem revela o caso brasileiro, a disseminação e incorporação da democracia como um valor universal, tem também estimulado arranjos cooperativos entre as nações. A criação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - CPLP, em 1996, sua maior mobilização como instância política na década seguinte, e o papel de liderança do Brasil na condução das forças de paz no Haiti, a partir de 2004, estão vinculadas às iniciativas que procuram consolidar um perfil de liderança global do país, bem como um papel de destaque estratégico para as iniciativas que envolvem a realização de acordos de cooperação Sul-Sul.

Além disso, à uma velha agenda diplomática, pautada pelo debate econômico e comercial, soma-se, cada vez mais, uma agenda denominada *soft*, cuja premissa central envolve uma suposta capacidade de fortalecer a posição relativa dos países em desenvolvimento pelo exercício de protagonismo em debates pertinentes ao desenvolvimento social, aos direitos humanos, ao ambiente, entre outros temas da ampla agenda social. Envolve, igualmente, uma crescente percepção da parte de diferentes atores sociais, inclusive não-estatais, de que as questões sociais, que envolvem saúde pública, educação, fome, direitos humanos, requerem ações globalmente concertadas, tendo em vista a superação de tensões entre necessidades sociais e interesses econômicos.

Esse conjunto de elementos fez emergir um novo domínio de normas e realizações, que conferem à diplomacia um papel destacado nos assuntos dos direitos humanos, da saúde pública, dos direitos de propriedade e autorais, do combate à fome e

à miséria, do combate ao racismo e outras formas de discriminação, entre outros assuntos que têm ocupado, cada vez mais, posições destacadas nos fóruns internacionais. O surgimento de uma diplomacia especializada na saúde, a diplomacia da saúde, citada em publicações recentes da literatura internacional - “Health diplomacy” – é expressão deste fenômeno. Esta agenda de trabalho tende a afirmar, a partir de uma agenda diplomática, uma visão ampliada de saúde, com previsão de repercussões no terreno político e econômico (KICKBUSCH, SILBERSCHMIDTB G. & BUSS, 2007).

A trajetória da política externa brasileira em suas últimas décadas revela importantes elementos de continuidade, que apontam para uma constante construção de condições para o exercício de autonomia no cenário internacional, em que pese os eventuais retrocessos em direção a posições de maior subordinação. Ao mesmo tempo, significa que o país dispõe de um considerável ativo, a partir do que seria, nos termos da diplomacia, um compromisso com o multilateralismo, o respeito ao direito internacional, e uma vocação para a mediação de conflitos, entre outros atributos, em meio a um sistema internacional permeado pelas descontinuidades e por forte *déficit* de governabilidade.

Os desafios de hoje, todavia, sugerem que as diferenças de ênfase serão decisivas. De acordo com a percepção dos principais formuladores da política externa brasileira, a ação recente, mais sistemática, por parte do governo brasileiro, que envolvem cooperação técnica brasileira, sobretudo horizontal, poderia posicionar o Brasil como ator relevante na arena dos debates globais. Nesta chave, as ações em saúde estariam em posição privilegiada, considerando-se que as experiências de cooperação técnica internacional neste âmbito se encontram alçadas ao *status* de verdadeiros recursos da política externa, radicalizando, de certa forma, o papel dos assuntos “sociais” na agenda de trabalho da diplomacia. No plano doméstico, políticas e marcos doutrinários podem encontrar, pela via da “internacionalização”, oportunidades de fortalecimento e crescente legitimidade política e social.

### **O SUS internacional: o Ministério da Saúde, a Fiocruz e a Cooperação OPAS-Brasil**

A assinatura e implementação do Termo de Cooperação nº 41, celebrado em 2006, entre o Governo Brasileiro, por meio do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, e a Organização Pan-americana, ocorreu em um ambiente institucional tanto favorável como desafiador. De um lado, o Ministério da Saúde se orientava cada vez mais para um papel de maior destaque internacional, aprofundando iniciativas junto aos países africanos e ao Mercosul, bem como estreitando seus vínculos com a pasta das relações exteriores. No âmbito do Ministério da Saúde, a existência de um órgão especializado nos assuntos internacionais, a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde – AISA, diretamente subordinada ao gabinete do ministro, condizia com a expectativa de se promover mecanismos integradores para a formulação de uma política externa em saúde, em um ambiente crescentemente colaborativo com a Agência Brasileira de Cooperação.

Sob a ótica da Chancelaria, as iniciativas desenvolvidas no âmbito do MS alinhavam-se às diretrizes recentes da política externa brasileira, o que exigia, portanto, maior articulação entre as iniciativas desenvolvidas sob a responsabilidade das duas pastas ministeriais.

Nos anos mais recentes, acumulam-se iniciativas do MS no que tange à diplomacia da saúde e à cooperação técnica internacional em saúde e podemos identificar alguns episódios-chave deste processo de atualização da inserção brasileira na saúde internacional. Pode-se indicar, de início, a participação do país nos debates e resoluções que, a partir da conclusão da Rodada Uruguai, em 1994, tratou da problemática da proteção e flexibilização dos direitos patentários sobre produtos farmacêuticos e suas implicações para a saúde pública, seja no âmbito da Organização Mundial do Comércio, seja nas instâncias da OMS. Estas difíceis tratativas culminaram com a adoção, em 2008, da Resolução 21/61 da Assembleia Mundial da Saúde que reconhece a primazia das necessidades da saúde pública sobre os interesses comerciais.

No que concerne a cooperação com os países integrantes do Mercado Comum do Sul, a realização, em 1995, da primeira Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, pode ser considerada um outro evento relevante. Instituída como fórum permanente, promove a construção de consensos em torno de medidas de coordenação de políticas de saúde



para a sua área de abrangência, a partir de uma perspectiva regional. Avançava-se, assim, nas iniciativas que envolvem a harmonização das legislações nacionais referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, como também os protocolos de vigilância epidemiológica e o controle sanitário, tendo em vista o fortalecimento do processo de integração regional. No ano seguinte, foi criado o Subgrupo de trabalho “Saúde”, um dos grupos de trabalho do Grupo de Mercado Comum, órgão executivo do Conselho de Mercado Comum do Mercosul (BRASIL/MS, 2009).

Expandindo o horizonte da cooperação em saúde na América do Sul, os Chefes de Estado da União das Nações Sul-Americanas – Unasul, instituíram, em dezembro de 2008, o Conselho Sul-Americano de Saúde. Sua instalação, em abril de 2009, reafirmou o processo de transformação da saúde em um tema central da agenda da integração regional.

No âmbito dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), que incluem estado-nacionais de formação relativamente recente, carentes de infra-estrutura para o desenvolvimento, o papel do Ministério da Saúde, tem sido de igualmente relevante. Operando freqüentemente de forma triangular, em colaboração com a Agência de Cooperação Internacional do Japão, a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e com outras agências de cooperação, o governo brasileiro tem realizado atividades que incluem a qualificação, no Brasil, de profissionais daqueles países em áreas consideradas prioritárias de saúde pública; o apoio direto à organização de serviços de saúde em Angola e Moçambique; e de preparação pedagógica de cursos locais de pós-graduação na área de saúde pública (ABC, 2007).

A partir de 2005 passou-se a um outro patamar desta relação de cooperação do governo brasileiro com os PALOP. Procurou-se dar suporte para estruturação das instituições de ensino e saúde pública situadas naqueles países, de modo que estes possam assumir a continuidade das atividades, tanto de treinamento de pessoal como de atendimento das necessidades assistenciais das populações. Isto envolveu iniciativas como o apoio à constituição da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola e realização de um mestrado em saúde pública; a criação da Escola Nacional de Saúde Pública de

Moçambique, o apoio às graduações nas áreas de medicina, farmácia e enfermagem, bem como a criação de um curso em odontologia naquele país (ABC, 2007).

A assinatura, em julho de 2005, entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores de um protocolo de intenções com vistas aperfeiçoar a coordenação da cooperação técnica na área de saúde, formalizava as iniciativas de aproximação colaborativa entre as duas pastas. Em uma escala internacional, na *Declaração de Oslo*, assinada em março de 2007, pelos ministros das relações exteriores do Brasil, Noruega, França, Indonésia, Senegal, África do Sul e Tailândia, assumia-se explicitamente a saúde como tema de política externa. Ao mesmo tempo, foi reafirmada a necessidade de coordenação global de esforços, sob a forma da cooperação bilateral, regional e multilateral; e a importância da saúde como tema da agenda do desenvolvimento rumo ao alcance das Metas do Milênio.

As mesmas preocupações podem ser registradas, pela presença e pronunciamento do Ministro Celso Amorim, na Assembléia Mundial da Saúde, em maio de 2007. Naquela oportunidade o Chanceler brasileiro reiterou a relevância da saúde como tema da diplomacia e mobilizou as disputas recentes em torno do licenciamento compulsório de patentes relativas a medicamentos anti-retrovirais para destacar a sua pertinência como tema relativo à soberania e à segurança dos países e da suas populações.

Em várias dessas iniciativas, a FIOCRUZ desempenhou papel determinante. Criada a mais de um século, a Fundação Oswaldo Cruz possui uma longa e reconhecida trajetória que se confunde com a história da produção do conhecimento científico em saúde, de insumos, do ensino de saúde pública e das políticas de saúde no Brasil. Como ator da saúde internacional, seu papel tem sido também digno de nota.

Quando as iniciativas de prestação de cooperação técnica pelo país se tornaram mais freqüentes a instituição seria regularmente convocada a disponibilizar sua *expertise* política e capacidade técnico-científica nos mais variados domínios, entre os quais o desenvolvimento de plantas de medicamentos e a criação de institutos nacionais de saúde; a implantação de cursos de pós-graduação em saúde pública; de graduação nas profissões de saúde; de escolas e redes de educação técnica; de redes de bancos de leite humano; de informação e comunicação em saúde, para citar apenas algumas das

iniciativas desenvolvidas no continente africano. Na América Latina, suas ações têm sido igualmente relevantes. Nos anos recentes, elas incluíram o ensino técnico em saúde; o suporte ao planejamento estratégico em saúde; a oferta de cursos de pós-graduação, inclusive na modalidade de ensino à distância, entre outras iniciativas recentes (BUSS & FERREIRA, 2009).

Mas mais do isso: com a criação de órgãos de assessoramento político e coordenação em matéria de cooperação técnica internacional, a implantação de um escritório regional africano, em 2008, com localização em Maputo, Moçambique, mediante acordo com a União Africana, e com a criação, em 2009, do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), vinculado à Presidência, a Fiocruz constitui recursos institucionais para atuar como uma das principais referências nos processos de formulação estratégica, coordenação e implementação de iniciativas. Ao explicitar a orientação que adota para a condução das suas iniciativas internacionais, a Fiocruz tem afirmado seu compromisso com as estratégias de governo (GADELHA, 2009) e preconizado a necessidade da adoção de modelos alternativos de cooperação cujos pressupostos, alinham-se com as recomendações presentes em documentos como a *Declaração de Paris* (BUSS & FERREIRA, [2009]).

Quando o Ministério da Saúde, lançou o *Programa Mais Saúde Direito de Todos*, apresentado como a estratégia de desenvolvimento da pasta para o período 2008-2011, estes avanços na cena internacional receberam significativo destaque. Concebido como o segmento da saúde do Programa de Aceleração do Crescimento, instituído pelo governo Luiz Inácio Lula da Silva, o *Mais Saúde* baseia-se na perspectiva de que as ações voltadas para a promoção, a prevenção e a assistência devem ser parte integrante da estratégia de desenvolvimento, segundo padrões comprometidos com o bem-estar e a equidade, como ambiente especialmente dinâmico no que concerne à realização de investimentos, à introdução de inovações e à geração de empregos, renda e receitas. Ao fazê-lo o programa define, como um dos seus sete eixos de trabalho, a “cooperação entre os países”, voltado especialmente para as questões de ordem internacional na saúde. Neste sentido, o programa assume como diretriz o fortalecimento da presença do Brasil no cenário internacional na área da Saúde, sempre em estreita articulação com o Ministério

das Relações Exteriores, assumindo como foco de atuação privilegiada os organismos e programas das Nações Unidas, os países da América do Sul, em especial do Mercosul, da América Central, com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e com os demais países da África. Como medidas objetivas o programa assinala aquelas destinadas a promover e realizar o desenvolvimento de estruturas e dos sistemas de saúde dos países; a formação em larga escala de técnicos da área da saúde em países, principalmente da CPLP; o estabelecimento de programas de saúde nas fronteiras entre os países da América do Sul; e, por fim, a instituição de uma rede pan-amazônica de cooperação em ciência, tecnologia & inovação. (Brasil/MS, 2008).

Na medida em que as iniciativas brasileiras de cooperação em saúde se intensificavam e passaram a compor explicitamente o elenco das principais ações programáticas da saúde, um movimento similar realizava-se no âmbito da Representação da OPAS no país, em sintonia com os esforços, capitaneados pela *Oficina* de Washington, no sentido de definir um programa de ação a partir das necessidades identificadas nos países. A celebração do Termo de Cooperação nº41, o TC41, entre a OPAS, o Ministério da Saúde e a Fiocruz é expressão deste duplo movimento.

Desde inícios da década de 1970, a implantação de programas e projetos de interesse comum da OPAS e do governo brasileiro tem se dado sob a forma da celebração e operação de termos de cooperação. No desempenho de vários deles, as equipes da representação e seus parceiros nacionais desenvolveram modos e mecanismos de atuação cooperativa que resultaram em aprendizados e aquisições institucionais relevantes. No âmbito do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, apenas como um exemplo, reconhecidamente, as iniciativas OPAS-Brasil foram determinantes na própria constituição, ao longo do tempo, de domínios de conhecimentos e práticas institucionais (PIRES-ALVES & PAIVA, 2006; CASTRO 2009). Simultaneamente, na programação dos vários termos de cooperação é possível identificar, sobretudo no último decênio, objetivos e metas que importam ou resultam na realização de ações tipicamente de cooperação técnica internacional com outras organizações e países.

O que o Termo de Cooperação nº 41 possui como característica singular, é que o conjunto das ações previstas tem por foco o estabelecimento de um Programa de Saúde

Internacional (PSI), em colaboração com a pasta ministerial da saúde e a Fiocruz. Segundo a sua programação, seriam desenvolvidas ações segundo o escopo da capacidade científica e técnica instalada na Fiocruz, principalmente, e nos demais setores do Ministério, além das universidades. Fundamentalmente, o programa prevê atividades conjuntas nas áreas de pesquisa básica, saúde coletiva e individual e produção de insumos, considerando objetivos relativos à análise de políticas públicas, ao apoio institucional e programático às ações de ciência e tecnologia, experiências com práticas de desenvolvimento comunitário, controle de qualidade e risco ambiental, implementação de processos educativos considerados inovadores, exploração de fontes de informação e comunicação social, e recuperação da história da saúde (Brasil/MS, 2005: p.2). Sua formatação orienta-se para a realização de operações de cooperação triangular em que são partícipes: o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde e suas agências, destacando-se a Sgetes e a Fiocruz; a OPAS-OMS, por meio da sua representação no Brasil; e os países receptores e suas instituições. Os recursos disponíveis para a cooperação originam-se, principalmente, no orçamento regular do Ministério da Saúde.

Quando a representação da organização no Brasil elaborou, em 2007, a sua *Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS com a República Federativa do Brasil (2008-2012)*, ao explicitar a agenda pactuada com o país, foi dedicado um item programático à contribuição a ser propiciada para o fortalecimento da capacidade brasileira para cooperar com o desenvolvimento de sistemas de saúde na região da Américas e com os países de língua portuguesa da África. Na definição do “enfoque estratégico da cooperação”, o documento define o apoio a “a política de governo para a Cooperação Sul-Sul no campo da saúde” como um dos eixos organizadores da Cooperação OPAS-Brasil. Entre outros aspectos destacados, assinala a necessidade da organização desempenhar as funções estratégicas de mediação e catalização, contribuindo para os processos de formulação, execução e avaliação da cooperação triangular realizada entre o governo brasileiro, a OMS e os países receptores. Deve incluir, como parte do seu papel, o apoio à cooperação sub-regional com a participação brasileira bem como a facilitação da articulação como as demais agências do Sistema das Nações Unidas. (OPAS, 2007: p.50-2).

### **Considerações finais: elementos contextuais e a avaliação do Termo de Cooperação nº41**

Os aspectos contextuais discutidos nas seções precedentes dizem respeito às relações entre desenvolvimento, saúde e cooperação, tal como experimentadas a partir da segunda metade do século XX; à trajetória da política exterior brasileira, a partir dos governos militares, e principalmente no que concerne aos seus desenvolvimentos recentes no terreno da cooperação técnica internacional; e aos elementos institucionais mais imediatos relativos à formulação e implementação do TC 41. Seu exame, de forma articulada, oferece alguns balizamentos ao processo da sua avaliação.

Em primeiro lugar é preciso (1) considerar, sobretudo, seus efeitos positivos quanto às condições de saúde das populações envolvidas e às condições sustentadas de funcionamento integral dos sistemas e serviços de saúde. É necessário (2) avaliar se a sua implementação contribuiu para o processo de consolidação do SUS e à afirmação do direito universal ao cuidado integral em saúde, à participação social e às formas socialmente transformadoras de se conceber a saúde. É preciso (3) ponderar sobre a sua pertinência às políticas de governo que elegem uma cooperação técnica internacional renovada, solidária e eticamente sustentada como eixo privilegiado das relações exteriores brasileiras, tendo como prioridade as nações vizinhas da América Latina, em especial do Mercosul e os países de língua oficial portuguesa. Da mesma forma, deve-se (4) considerar se a sua formulação, condução e avaliação favorecem a aproximação entre as pastas da Saúde e das Relações Exteriores e a operação integrada entre suas agências. É necessário, também, (5) aquilatar se a mobilização das competências institucionais disponíveis tem sido realizada da forma mais completa e eficaz, inclusive no que concerne aos aspectos de multisetorialidade requeridos.

No tocante às dimensões regionais e globais, a formulação e implementação do TC 41 deve ter (6) possibilitado, nos marcos da Cooperação Sul-Sul, a construção de arranjos institucionais promotores de uma maior integração seja em nível sub-regional ou regional, seja em âmbito global. Neste particular, sua implementação deve ter (7) contribuído para a presença e visibilidade das questões da relação saúde -

desenvolvimento, inclusive quanto aos determinantes sociais das condições de saúde, como parte da agenda internacional.

Por fim, quanto à formulação e implementação das ações de cooperação propriamente ditas, o TC 41 deve (8) ter viabilizado iniciativas em acordo com valores e princípios que orientaram a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento e a Cooperação Sul-Sul e, ao mesmo tempo, incorporado as contribuições que emanaram das críticas mais recentes às formas e práticas da cooperação técnica internacional, inclusive no que concerne à sua real eficácia e eficiência.

### Referências Bibliográficas:

ABC. A cooperação técnica brasileira em saúde. *Via ABC*. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, março de 2007.

BRASIL-MS. **Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL-MS/OMS-OPAS. **Programa de difusão e intercambio sobre a reforma sanitária (Prodirs)**. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-americana da Saúde, 2003.

BROWN, T; CUETO, M; FEE, E. A transição da saúde pública “internacional” para “global” e a Organização Mundial de Saúde. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 13 (3): 623-649. 2006

BUSS, P. M. & FERREIRA, J R. **Brazil Commitment to Global Health na South - South Cooperation**. Rio de Janeiro: Fiocruz [2009]. [s.n.t. original inédito]

CASTRO, Janete Lima. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Natal: Observatório RH-NESC UFRN/ MS/OPAS/ OMS, 2008. 267p.

CUETO, M. **O Valor da Saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ESCOBAR, A. **La invención del Tercer Mundo: construcción e desconstrucción del desarrollo**. Santa Fé de Bogotá: Grupo Editorial Norma, 1998.

FERREIRA, J. R. Estrategias internacionales em educación médica: asistencia técnica y cooperation técnica. *Educación Médica y Salud*, v. 10, n. 4, p. 335-344, 1976.

GADELHA, P. **Discurso de posse do presidente da Fiocruz, Paulo Gadelha**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2273&sid=9>

HIRST, M. “La dimension política del mercosur: actores, politización y ideología”. *Estudios Avanzados*, 10(27), 1996. PP. 217-250.

HIRST, M. & ANTONINI, B. **“Pasado y Presente de la Cooperación Norte-Sur para el desarrollo”**. [original inédito]. Buenos Aires: 2009.

KICKBUSCH I., SILBERSCHMIDTB G. & BUSS P. *Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bulletin of the World Health Organization*. March 2007, 85 (3). 230-2.

LOVE, J. **A construção do Terceiro Mundo: teorias do subdesenvolvimento na Romênia e no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998

MRE/MS. **Protocolo de intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério das Relações Exteriores/Ministério da Saúde, 4 de julho de 2005.

OLIVEIRA, H.A E LESSA, A.C.L. **Política internacional contemporânea. Mundo em transformação**. São Paulo: Saraiva, 2006.

OLIVEIRA, M. Alianças e coalizões internacionais do governo Lula: o IBAS e o G-20. *Revista Brasileira de Política Internacional*. Brasília. Julho-dezembro, 48(2), 2005

OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). **A Saúde e as Relações Internacionais: seu Vínculo com a gestão do desenvolvimento nacional da Saúde**. [CD48/15 (Port.)6 de agosto de 2008] Washington: OPAS, 2008

OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). **Estratégia de Gestão para o Trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana no Período 2003-2007**. [CD44/5 (Port.)4 agosto 2003] Washington: OPAS, 2003.

OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). **Plano Estratégico 2003-2007 da Repartição Sanitária Pan-Americana**, Washington: OPAS, 2002

OPAS (Organização Pan-americana da Saúde). **Propuesta del Plan Estratégico 2008-2012**. Washington: OPAS, 2007

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde)/ BRASIL **Estratégia de cooperação técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2007.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde)/ BRASIL. Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos. **Relatório de Gestão: Período – 2º semestre de 2008**. [Termo de Cooperação Nº 41 – 1º TA – Programa de Cooperação Internacional em Saúde. Brasília, [2008]

PIRES-ALVES, F.A. e PAIVA, C.H.A. **Recursos Críticos. História da cooperação técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

RIST, G. **The History of Development: from Western Origins to Global Faith**. Nova Deli: Academic Foudation, 2002.

RODRIGUES, J.H. e SEITENFUS, R.A.S. **Uma história diplomática do Brasil (1531-1945)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

VIGEVANI, T; OLIVEIRA, M. e CINTRA, R. Política externa no período FHC: a busca de autonomia pela integração. *Tempo Social*. São Paulo: USP, novembro de 2003.

VIZENTINI, P.F. **Relações internacionais do Brasil. De Vargas a Lula**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2005.