

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“O financiamento da Cooperação Técnica em Saúde pela Agência Brasileira de Cooperação: tendências no período 2003-2013”

por

Isaac José Barbosa Vergne

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

*Orientador principal: Prof. Dr. Rodrigo Pires de Campos
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Celia Maria de Almeida*

Brasília, novembro de 2014.

Esta dissertação, intitulada

“O financiamento da Cooperação Técnica em Saúde pela Agência Brasileira de Cooperação: tendências no período 2003-2013”

apresentada por

Isaac José Barbosa Vergne

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana

Prof. Dr. Luiz Eduardo Fonseca

Prof. Dr. Rodrigo Pires de Campos – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 28 de novembro de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V498t Vergne, Isaac José Barbosa
Tendências do financiamento da cooperação técnica em
saúde, no continente africano, pela Agência Brasileira de
Cooperação entre 2003 e 2014. / Isaac José Barbosa
Vergne. -- 2014.
68 f. : graf.

Orientador: Rodrigo Pires de Campos
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Cooperação Técnica. 2. Saúde Mundial. 3.
Cooperação Internacional. 4. África. 5. Diplomacia da
Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 614

**TENDÊNCIAS DO FINANCIAMENTO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE,
NO CONTINENTE AFRICANO, PELA AGÊNCIA BRASILEIRA DE
COOPERAÇÃO ENTRE 2003 E 2014**

BRASÍLIA-DF, ___/___/_____.

Dr. Rodrigo Pires de Campos

_____/_____/_____/_____
Assinatura Instituição Nota

Dr. José Paranaguá

_____/_____/_____/_____
Assinatura Instituição Nota

Dr. Luiz Eduardo

_____/_____/_____/_____
Assinatura Instituição Nota

Agradecimentos

A Deus pela sua proteção e por sempre me dar força nos momentos mais difíceis;

Aos meus pais, José Carlos e Célia, pelo apoio incondicional e por sempre estarem ao meu lado em todos os momentos e por me apoiarem em todas as minhas decisões;

À Aline, pelas noites que vivamos juntos, pela compreensão e carinho, e por me dar força, até o último momento, para concluir este trabalho;

Aos meus irmãos Danilo e Amanda;

Aos colegas da Agência Brasileira de Cooperação, da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde e do Mestrado em Saúde Global pelo companheirismo e amizade;

À professora Célia Almeida, idealizadora deste importante mestrado e pioneira na área da saúde global, por seu empenho e carinho com todos os alunos;

Ao professor Rodrigo, pela grande paciência e por ter me orientado incansavelmente ao longo dessa jornada acadêmica.

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo analisar o comportamento da cooperação técnica brasileira em saúde, no que tange ao financiamento, por parte da Agência Brasileira de Cooperação – ABC do Ministério das Relações Exteriores, a projetos realizados pelo Ministério da Saúde – MS, no âmbito das relações Brasil-África, durante o período 2003-2014. Para tal, é realizada uma análise do número de projetos executados pelo MS e financiados pela ABC, entre 2003 e 2014, do volume de recursos destinados ao seu financiamento e das suas principais características, no que tange às áreas da saúde e grupos de países contemplados (por idioma oficial), no período em apreciação. Para alcançar o objetivo proposto, é feita uma pesquisa bibliográfica e documental sobre a cooperação internacional, incluindo o seu histórico, principais características e objetivos, com foco na cooperação técnica em saúde realizada pelo governo brasileiro, na atuação do Brasil na chamada Cooperação Sul-Sul e no campo da saúde global. O trabalho traz, ainda, uma análise da visão e do entendimento de autores e estudiosos brasileiros e estrangeiros acerca da cooperação internacional e da cooperação em saúde, buscando fazer um contraponto entre a visão de instituições brasileiras e estrangeiras que trabalham com o tema. Além disso, são estudados o papel e as principais características das duas instituições responsáveis pelos projetos em análise, a ABC e o MS. Ao final do trabalho, é feita uma reflexão sobre o futuro da cooperação brasileira e da cooperação em saúde e são apresentadas as sugestões e as conclusões do autor.

Palavras-chave: Cooperação brasileira, Cooperação em Saúde, Agência Brasileira de Cooperação, Ministério da Saúde, Diplomacia da Saúde, África

Abstract

This work has the objective to analyze the behavior of the Brazilian technical health cooperation, on the helm of the projects financed by the Ministry of Foreign Relations' Brazilian Cooperation Agency – ABC and implemented by the Ministry of Health – MS, undertaken within the Brazil-Africa relations, during the years 2003 to 2014. In this sense, it is done an analysis of the number of projects implemented by the MS and funded ABC, from 2003 to 2014 will be done, focusing on the volume of resources designated and its main features, with respect to the areas of health and groups of countries covered (by official language) in the period under consideration. In order to accomplish the proposed objective, bibliographic and documental research on International Cooperation is done, including its history, main characteristics and objectives, focusing on the health technical cooperation done by the Brazilian government, on Brazil's performance on the so called South-South Cooperation and on the field of global health. The work also brings an analysis of the vision and understandings of Brazilian and foreign authors and scholars about international cooperation and health cooperation, aiming to make a contrast between the vision of Brazilian and foreign institutions working in this area. Moreover, the role and main characteristics of the two institutions responsible for the projects under review, ABC and the MS are studied. By the end, a reflection on the future of Brazilian cooperation and health cooperation is done by the author, who also presents suggestions and his conclusions.

Key words: Brazilian Cooperation, Health Cooperation, Brazilian Cooperation Agency, Ministry of Health, Global Health, Health Diplomacy, Africa.

Sumário

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1 – O BRASIL E A COOPERAÇÃO SUL-SUL.....	13
1.1 A EVOLUÇÃO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	13
1.2 A COOPERAÇÃO SUL-SUL E A ATUAÇÃO BRASILEIRA.....	18
1.3 A ABC E A COOPERAÇÃO TÉCNICA BRASILEIRA.....	20
1.4 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA ABC.....	24
CAPÍTULO 2 – A COOPERAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE	32
2.1 A SAÚDE GLOBAL E A DIPLOMACIA DA SAÚDE.....	32
2.2 A DIPLOMACIA DA SAÚDE BRASILEIRA E A COOPERAÇÃO EM SAÚDE.....	34
2.3 A ASSESSORIA DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	36
CAPÍTULO 3 – AS RELAÇÕES COM A ÁFRICA E A COOPERAÇÃO BRASILEIRA ENTRE 2003 E 2014	40
3.1 RELAÇÕES BRASIL-ÁFRICA	40
3.2 A COOPERAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE COM A ÁFRICA	43
CAPÍTULO 4 – A COOPERAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE NA ÁFRICA FINANCIADA PELA ABC ENTRE OS ANOS 2003 E 2014.....	46
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

Introdução

A partir de 2003, a cooperação para o desenvolvimento internacional passou a ser entendida e utilizada como um instrumento de política externa pelo Governo brasileiro. A cooperação usualmente praticada pelo Brasil enquadra-se numa modalidade de cooperação internacional conhecida como Cooperação Sul-Sul ou Cooperação Horizontal, que configura-se num “processo de parceria econômica, comercial, social ou de outra natureza, que se estabelece (idealmente) trazendo vantagens mútuas para os países em desenvolvimento parceiros, geralmente localizados no Hemisfério Sul” (BUSS *et al*, 2011, p. 249). Um exemplo da importância que essa modalidade de cooperação passou a ter para o governo brasileiro foi que

[...] em janeiro de 2010, a Presidência da República, por intermédio da Casa Civil, incumbiu o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) de realizar, em conjunto com a Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE), o primeiro levantamento dos gastos públicos com a cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional (Cobradi) no quinquênio anterior (2005-2009) junto aos ministérios e entidades vinculadas ao governo federal. O propósito imediato era sua divulgação durante a 65^a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) realizada em Nova Iorque, em setembro de 2010 (CAMPOS *et al*, 2010, p.7).

Em 2010, o então presidente, Luís Inácio Lula da Silva, defendeu a importância de se construir uma política de cooperação internacional para o desenvolvimento “(...) integrada aos objetivos da política externa brasileira, que não esteja sujeita às prioridades de cada governo, mas que possa contar com uma ampla base de apoio no Estado e na sociedade civil” (IPEA, 2010. p. 7).

Uma das instituições que mais contribuíram para a execução das ações de cooperação técnica entre os anos 2003 e 2014 foi a Agência Brasileira de Cooperação – ABC. Apesar de existir desde 1987, a Agência viveu sua época áurea em termos de importância, alocação de recursos e força política durante a primeira década do século XXI. Antes de 2003, a Agência tinha como principal função coordenar os projetos de cooperação técnica recebida pelo Brasil, por parte de outros países (em geral países desenvolvidos), e de organismos multilaterais (na sua maioria, Agências do Sistema ONU)¹, desempenhando um papel mais burocrático, não

¹ Conjunto de Agências, Programas, Fundos e órgãos da Organização das Nações Unidas.

dispondo de muitos recursos para alocar em projetos de cooperação horizontal. Em 2003, após uma reforma feita pelo então Chanceler, Celso Amorim, esse cenário mudou.

Entre 2003 e 2010, a ABC foi uma das instituições brasileiras que contribuíram para a promoção da cooperação técnica prestada pelo Brasil aos países em desenvolvimento. Ela coordenou centenas de projetos executados nos cinco continentes do globo por instituições brasileiras, que na sua maioria eram públicas. Atualmente, a Agência passa por um enfraquecimento orçamentário e político (fortemente relacionados), que se aprofundou, mais notadamente, a partir de 2011.

No âmbito da ABC, uma das áreas mais contempladas, e que teve o maior número de projetos financiados no período 2003-2014, foi a saúde. Essa tendência pôde ser percebida num levantamento preliminar, que englobou o período 2003-2012. Entre os anos de 2003 e 2012, os projetos na área da saúde representavam 16% do total financiado por aquela Agência, sendo superados somente pelos projetos na área de agricultura, que somavam 19% (ABC, 2013a). Somente em 2006 e 2009 (RUSSO *et al*, 2013, p. 2), o Governo brasileiro destinou, através da ABC, cerca de R\$ 24 milhões ao financiamento de projetos de cooperação na área da saúde. Em 2006, o valor destinado foi R\$ 2,8 milhões, chegando a R\$ 13,8 milhões (US\$ 6 milhões) em 2009 (RUSSO *et al*, 2013, p.2).

No caso da saúde, os projetos financiados pela ABC foram motivados, dentre outros fatores, pela ampla visibilidade internacional das políticas do país nessa área, decorrentes de avanços que o Brasil obteve desde a sua reforma sanitária, que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS², na década de 1980. Além disso, a ampla atuação internacional brasileira no campo da diplomacia da saúde, que se deu pela crescente atuação do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores, garantiu o sucesso de iniciativas, como a instituição do programa de combate ao HIV/AIDS, que consolidaram o papel do país no cenário da saúde global. A luta brasileira contra o tabaco, a quebra de patentes e a produção nacional de medicamentos genéricos, também são elementos importantes da atuação internacional do país na área da saúde.

As relações de cooperação do Brasil com o continente africano na área da saúde, por sua vez, assumiram proporções inéditas em tempos recentes. Em 2008, o Governo Federal inaugurou em Maputo, capital de Moçambique, o escritório de representação da Fundação

² “O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Oswaldo Cruz (Fiocruz). No ano seguinte, em 2009, o Congresso Nacional brasileiro aprovou a Lei 12.117/2009, que autorizou a doação de recursos financeiros da ordem de R\$ 13.600.000,00 (treze milhões e seiscentos mil reais), para a primeira fase da instalação de uma fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos para o combate à AIDS naquele país (DOU, 2009, p. 1).

Apesar dos avanços da cooperação brasileira em saúde com países do continente africano, não há estudos e análises oficiais aprofundados sobre o andamento dessas ações, suas continuidades e descontinuidades, no período 2003-2014. Os dados oficiais da cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional disponíveis cobrem o período 2003-2010 (IPEA, 2010; 2013).

Considerando o cenário acima descrito, o objetivo geral do trabalho é analisar o comportamento da cooperação técnica brasileira em saúde, no que tange ao financiamento, por parte da Agência Brasileira de Cooperação – ABC, a projetos realizados pelo o Ministério da Saúde – MS, no âmbito das relações Brasil-África, durante o período 2003-2014.

Para alcançar o objetivo proposto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental sobre a cooperação internacional, incluindo o seu histórico, principais características e objetivos, com foco na cooperação técnica em saúde realizada pelo governo brasileiro. O autor também realizou uma análise da visão e do entendimento de autores e estudiosos brasileiros e estrangeiros acerca da cooperação internacional e da cooperação em saúde, buscando fazer um contraponto entre a visão de instituições brasileiras e estrangeiras que trabalham com o esse tema. Foi realizada, ainda, uma análise dos dados relacionados à cooperação financiada pela ABC em prol do continente africano, com foco na área da saúde, entre os anos 2003 e 2014.

Os diversos temas abordados pelo autor para embasar esta pesquisa, podem ser resumidos abaixo:

- Conceito de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento;
- Função da Cooperação no sistema global;
- Conceito de Cooperação Sul-Sul;
- Conceito de Saúde Global e Diplomacia da Saúde;
- Papel da Cooperação Sul-Sul no âmbito da política externa brasileira;
- Papel da ABC;
- Funcionamento da ABC;

- Modelo de gestão de projetos da Agência;
- Relacionamento da ABC com as instituições executoras dos seus projetos, em especial com o Ministério da Saúde;
- Características da cooperação técnica financiada pela ABC;
- Características da cooperação técnica brasileira em saúde;
- As relações do Brasil com o continente africano no período analisado;
- Tendências e perspectivas da cooperação técnica brasileira no âmbito da ABC e do MS.

Este trabalho será dividido em 5 capítulos:

- **Capítulo 1:** Descreverá o papel do Brasil no âmbito da Cooperação Sul-Sul e a sua trajetória nessa área. Para tal, será feito um breve histórico da Cooperação Internacional, até o surgimento da Cooperação Sul-Sul, com o intuito de situar o leitor no contexto internacional em que ocorrem as ações de cooperação brasileira. Neste capítulo, também serão apresentados ao leitor a estrutura e o *modus operandi* da ABC, de modo a facilitar a compressão acerca do papel da Agência para a cooperação brasileira.
- **Capítulo 2:** Apresentará a cooperação brasileira na área da saúde, identificando as suas principais características e princípios. O capítulo também fará um breve histórico da evolução da cooperação internacional em saúde, tratando da relação entre saúde e diplomacia e falando sobre o tema da Saúde Global.
- **Capítulo 3:** Abordará as relações do Brasil com o continente africano no de 2003 a 2014 e apresentará algumas informações sobre a cooperação brasileira em saúde com a África.
- **Capítulo 4:** Será feita uma análise dos dados (volume de recursos, número de projetos e áreas temáticas) dos projetos de cooperação técnica executados pelo Ministério da Saúde em parceria com a ABC no continente africano, entre 2003 e 2014. Além disso, serão detalhadas suas principais características e tendências predominantes.
- **Capítulo 5:** Será feita uma análise das informações apresentadas neste trabalho, levantadas algumas possibilidades para o futuro da cooperação brasileira e apresentadas algumas sugestões e conclusões acerca da cooperação em saúde.

Capítulo 1 – O Brasil e a Cooperação Sul-Sul

1.1 A Evolução da cooperação internacional

Para o melhor entendimento deste trabalho, é fundamental fazer alguns esclarecimentos sobre como serão interpretados os termos Cooperação Internacional – CI ou Cooperação Internacional para o Desenvolvimento – CID (que aparecerão bastante ao longo do texto e, aos quais, serão atribuídos os mesmo significados, visando assim facilitar a compreensão do leitor). Segundo Keohane (1984), o termo Cooperação Internacional se refere ao “*mutual adjustment of government policies through a process of policy coordination*” (KEOHANE, 1984). O ajuste mútuo de políticas, por meio da coordenação de políticas, objetiva a obtenção de ganhos mútuos por partes dos países.

Outro termo que se refere à cooperação entre países e que em português, muitas vezes, é utilizado como um sinônimo de cooperação é “*aid*”, assistência ou ajuda, numa tradução livre. Segundo a Organização para o Desenvolvimento Econômico e Cooperação – OCDE (OECD na sua sigla em inglês), “*aid*” se refere “*to flows which qualify as Official Development Assistance (ODA) or Official Aid (OA)*” (OECD, 2006), termos que em português são conhecidos como Assistência Oficial ao Desenvolvimento – AOD³. No estudo da CI, a expressão *foreign aid*, assistência internacional ou ajuda internacional, numa tradução livre, também é muito utilizado. Krieger (KRIEGER, 1993, p. 309), afirma que a *foreign aid*

[...] *become an integral component of North-South relations. Designed to promote transfer of resources and knowledge from industrialized to developing countries, (...) has traditionally been promoted as a tool to bridge the economic gap between rich and poor nations* (KRIEGER, 1993, p. 309).

A visão de Krieger (KRIEGER, 1993, p. 309) acerca da CI é estritamente focada nas relações Norte-Sul, apresentando a cooperação como um instrumento para a diminuição das disparidades econômicas entre os países ricos e pobres, por meio da transferência de recursos e conhecimentos. Essa visão da cooperação ignora explicitamente as relações de cooperação

³ Conforme definição da OECD, trata-se de concessões ou empréstimos para países ou territórios em desenvolvimento que são tomados pelo setor oficial, com promoção de desenvolvimento econômico e tendo o bem-estar social como objetivo principal, e em termos financeiros condicionais. Além de fluxos financeiros, Cooperação Técnica (...) está incluída nesta categoria de assistência. Excluem-se empréstimos, concessões e créditos com fins militares. O termo Assistência Oficial (AO) é normalmente usado, também conforme definições da OECD, para concessões ou empréstimos a países em transição do Leste Europeu e países mais avançados entre os países em desenvolvimento. (LOPES, 2005, p. 117 e 118).

entre os países de menor desenvolvimento relativo e em desenvolvimento, que serão abordadas ao decorrer deste capítulo.

Durante pouco mais de 60 anos, o conceito de CI e as formas de fazê-la e entendê-la passaram por diversas mudanças, que serão, em parte, apresentadas neste capítulo, para melhor conhecimento do tema por parte do leitor. Oriunda do pós-II Guerra Mundial, contexto em que foi concebida, a CID buscava criar condições para manutenção da paz no mundo, conforme pôde ser notado na cooperação prestada pelos países vencedores da II Guerra Mundial ao Japão e à Alemanha naquele período. De acordo com o relatório “*Forging a Global South*”, a CID, “*came to life with the United Nations Charter, which promises to ‘promote social progress and better standards of life in larger freedom’ and to ‘employ international machinery for the promotion of the economic and social advancement of all peoples’*” (UNDP, 2004, p. 2 e 3). A Organização das Nações Unidas – ONU, desde a sua criação, desempenhou um papel importante em relação à cooperação internacional, servindo de fórum para, em parceria com os seus países membros, propor e pautar os temas prioritários da cooperação.

A Cooperação Técnica – CT, ou Cooperação Técnica Internacional – CTI, é parte integrante da CI, também podendo ser empregada como um sinônimo daquela. Segundo Lopes (LOPES, 2005, p. 61 e 62), a CT

“tem sido utilizada como um instrumento de cooperação para o desenvolvimento, a fim de melhorar as capacidades humana e institucional, e utilizando, para tanto, transferência, adaptação, e usos de habilidades conhecimento e tecnologia”.

Berg (BERG, 1993, p. 244) afirma que *o objetivo da CT, sempre foi a “realização de elevada autoconfiança nos países recebedores por meio da construção de instituições e do fortalecimento de capacidades locais”*. Já a ABC define a cooperação técnica internacional como um

[...] importante instrumento de desenvolvimento, auxiliando um país a promover mudanças estruturais nos campos social e econômico, incluindo a atuação do Estado, por meio de ações de fortalecimento institucional. Os programas implementados sob sua égide permitem transferir ou compartilhar conhecimentos, experiências e boas-práticas por intermédio do desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais, com vistas a alcançar um salto qualitativo de caráter duradouro (ABC, 2014c).

Este trabalho empregará o termo CT como equivalente à CI, entendendo o seu conceito como uma mescla dos apresentados por Lopes e pela ABC. O autor fez essa escolha, levando em consideração os seus objetos de estudo (a CT em saúde prestada pelo Brasil à África financiada pela ABC) e à semelhança entre as definições de CT apresentadas por Lopes e pela instituição brasileira. Este trabalho adotará o entendimento do objetivo da CT como o mesmo apresentado por Berg, pelas mesmas razões descritas acima.

À época da sua criação, a CID era financiada, majoritariamente, pelos países ricos do Norte em benefício dos países pobres e em desenvolvimento do Sul. Essa modalidade de CID ficou conhecida como Cooperação Norte-Sul – CNS. Apesar do discurso dos países do Norte, propagando as suas boas intenções e solidariedade, a CNS tem sido alvo de críticas por parte dos países em desenvolvimento desde a sua criação. Os receptores questionam as reais motivações dos doadores, afirmando que o apoio oferecido está fundamentado em interesses políticos e econômicos. Nesse sentido, grande parte dos críticos entende que a cooperação pode não beneficiar adequadamente os seus receptores, já que não se basearia, genuinamente, em seus interesses, “podendo até mesmo prejudicá-los” (BUSS, *et al*, 2011, p. 243), pois em geral,

[...] os “doadores” tendem a impor aos ‘países donatários’ seus próprios objetivos e métodos de trabalho, além de sua visão de mundo e programas definidos no nível central; os donatários da cooperação quase nunca participam das definições programáticas da ajuda recebida, o que leva a uma forte dissociação entre a ajuda externa e as necessidades locais; os programas de ajuda dificilmente se encontram alinhados com as políticas nacionais em curso; os diversos doadores raramente coordenam ou pelo menos articulam suas ações; os custos de transação e a proliferação de uma enorme burocracia internacional consomem parte substantiva da ajuda disponível, que, assim, deixa de chegar aos países (BUSS *et al*, 2011, p. 243).

Outro aspecto importante acerca da CID que contribui para o seu entendimento de maneira integral é compreender o termo “desenvolvimento”, principalmente o relacionado com a Cooperação Internacional, e também os métodos criados pela comunidade internacional para alcançá-lo. O conceito de desenvolvimento passou por algumas mudanças nos últimos sessenta anos, mas como não é objeto deste trabalho discutir essa evolução, será feito apenas um breve resumo, focando em dois períodos específicos, o pós II Guerra e o pós Guerra Fria. O primeiro foi escolhido por ser o berço da criação da CID e o segundo por ser o período no qual os princípios atuais da CID começaram a ser forjados e pactuados.

No pós II Guerra, havia o entendimento de que o desenvolvimento de uma nação era

alcançado somente por meio do seu crescimento econômico, que poderia ser mensurado pela taxa de desenvolvimento econômico que se reflete no Produto Interno Bruto⁴ – PIB. Acreditava-se que o aumento do PIB de um país era automaticamente traduzido em bem estar para a sua população e que, ao alcançá-lo, o país teria todos os seus problemas de ordem social e afins resolvidos. Por essa razão, o principal objetivo da CID era auxiliar os países receptores para que estes tivessem condições de crescer economicamente.

Na década de 1990, surgiu um novo conceito de desenvolvimento: o Desenvolvimento Humano⁵. Decorrente da publicação do primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano – RDH⁶, o conceito mudou a forma de se entender a questão. A principal novidade apresentada pelo RDH foi a humanização do conceito de desenvolvimento e o entendimento de que ele deveria ter como foco principal o ser humano, visando expandir suas liberdades e possibilidades de escolha, sem comprometer a sustentabilidade ambiental. Para medir o DH foi criado o Índice de Desenvolvimento Humano⁷ – IDH.

⁴ “O Produto Interno Bruto (PIB) representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços produzidos em uma determinada região (país, estado ou município), durante um período específico de tempo (ano, semestre, trimestre ou mês)” (ADVFN, 2014).

⁵ “*Human development is a process of enlarging people's choices. In principle, these choices can be infinite and change over time. But at all levels of development, the three essential ones are for people to lead a long and healthy life, to acquire knowledge and to have access to resources needed for a decent standard of living. If these essential choices are not available, many more opportunities remain inaccessible. (...) But human development does not end there. Additional choices, highly valued by many people, range from political, economic and social freedom to opportunities for being creative and productive, and enjoying personal self-respect and guaranteed human rights. (...) Human development has two sides: the formation of human capabilities – such as improved health, knowledge and skills – and the use people make of their acquired capabilities – for leisure productive purposes or being active in cultural, social and political affairs. If the scales of human development do not finely balance the two sides, considerable human frustration may result. (...) According to this concept of human development, income is clearly only one option that people would like to have, albeit an important one. But it is not the sum total of their lives. Development must, therefore, be more than just the expansion of income and wealth. Its focus must be people* (UNDP, 1990).

⁶ Publicação anual do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em parceria com a Universidade de Oxford. O RDH analisa o estado do DH no mundo, abordando temas internacionais que contribuem para este fator, e fazendo recomendações para que haja uma melhora sustentável do mesmo.

⁷ “O objetivo da criação do Índice de Desenvolvimento Humano foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Apesar de ampliar a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, o IDH não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da "felicidade" das pessoas, nem indica "o melhor lugar no mundo para se viver". Democracia, participação, equidade, sustentabilidade são outros dos muitos aspectos do desenvolvimento humano que não são contemplados no IDH. O IDH tem o grande mérito de sintetizar a compreensão do tema e ampliar e fomentar o debate. Desde 2010, quando o Relatório de Desenvolvimento Humano completou 20 anos, novas metodologias foram incorporadas para o cálculo do IDH. Atualmente, os três pilares que constituem o IDH (saúde, educação e renda) são mensurados da seguinte forma: Uma vida longa e saudável (saúde) é medida pela expectativa de vida; o acesso ao conhecimento (educação) é medido por: i) média de anos de educação de adultos, que é o número médio de anos de educação recebidos durante a vida por pessoas a partir de 25 anos; e ii) a expectativa de anos de escolaridade para crianças na idade de iniciar a vida escolar, que é o número total de anos de escolaridade que uma criança na idade de iniciar a vida escolar pode esperar receber se os padrões prevaletentes de taxas de matrículas específicas por idade

A partir daquele momento, os principais formuladores dos conceitos e dos objetivos oficiais da CI no âmbito internacional (o Sistema ONU, o Grupo Banco Mundial, a OCDE, as agências bilaterais de desenvolvimento e as ONGs), passaram a concordar, na sua maioria, que a CI deveria ter como objetivo principal a promoção do DH, o que só seria possível através de uma ampla luta contra a pobreza⁸. Para esse fim, a CI vem passando por um processo de reformas (a exemplo das tentativas de harmonização que ocorrem no âmbito da OECD e das tentativas de ampliar o volume de recursos que lhe são destinados pelos países, como o ocorrido durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Financiamento do Desenvolvimento (realizada em Monte Rey, em 2002). Atualmente, as questões de direitos humanos, meio ambiente, governança, segurança humana, socioeconômicas, raciais e de gênero passaram para o topo da nova agenda da Cooperação Internacional.

Um fator importante, que serviu para consolidar o conceito de DH e forjar a nova agenda da CI foram as Conferências Globais promovidas pela ONU durante os anos 1990⁹. Elas serviram como fóruns mundiais que possibilitaram aos países discutirem os problemas do planeta em busca de soluções. Os encontros dos anos 1990 levaram a uma conferência maior, realizada em setembro de 2000 na sede da ONU em Nova York, que ficou conhecida como a Cúpula do Milênio¹⁰.

permanecerem os mesmos durante a vida da criança; E o padrão de vida (renda) é medido pela Renda Nacional Bruta (RNB) per capita expressa em poder de paridade de compra (PPP) constante, em dólar, tendo 2005 como ano de referência” (PNUD, 2014).

⁸ O foco na pobreza está principalmente no combate à extrema pobreza, que de acordo com o Banco Mundial está representada pelas pessoas que ganham menos de U\$ 1 por dia. A pobreza é considerada a causa do subdesenvolvimento humano, ela é a responsável pela diminuição das liberdades do homem e pela limitação de suas escolhas.

⁹ Cúpula Mundial sobre a Criança (setembro, 1990, Nações Unidas, Nova York); Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (junho, 1992, Rio de Janeiro, Brasil); Segunda Conferência Mundial dos Direitos Humanos (junho, 1993, Viena, Áustria); Terceira Conferência sobre População e Desenvolvimento (setembro, 1994, Cairo, Egito); Conferência Mundial para o Desenvolvimento Social (março, 1995, Copenhague, Dinamarca); Quarta Conferência sobre as Mulheres (setembro, 1995, Pequim, China); Segunda Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (junho, 1996, Istambul, Turquia).

¹⁰ *“The Millennium Summit was held from Wednesday, 6 September, to Friday, 8 September 2000 at United Nations Headquarters in New York. In attendance were 149 Heads of State and Government and high-ranking officials from over 40 other countries. The main document, unanimously adopted, was the Millennium Declaration, which contained a statement of values, principles and objectives for the international agenda for the twenty-first century. It also set deadlines for many collective actions. The Millennium Declaration affirmed Member States' faith in the United Nations and its Charter as indispensable for a more peaceful, prosperous and just world. The collective responsibility of the governments of the world to uphold human dignity, equality and equity is recognized, as is the duty of world leaders to all people, and especially children and the most vulnerable. The leaders declared that the central challenge of today is to ensure that globalization becomes a positive force for all, acknowledging that at present both its benefits and its costs are unequally shared. The Declaration called for global policies and measures, corresponding to the needs of developing countries and economies in transition. Citing freedom, equality (of individuals and nations), solidarity, tolerance, respect for nature and shared responsibility as six values fundamental to international relations for the twenty-first century,*

Naquela reunião, foi aprovada a Declaração do Milênio, que marcou a criação dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio¹¹ – ODMs. Representando uma síntese dos temas mais debatidos nas conferências da década de 1990, eles têm o desafio de acelerar o desenvolvimento humano em todo o mundo, com foco em alvos quantificáveis (8 objetivos, 18 metas e 48 indicadores).

1.2 A Cooperação Sul-Sul e a atuação brasileira

O “conceito político Sul-Sul”¹² (como uma representação das relações entre os países de menor desenvolvimento relativo do Hemisfério Sul como um contraponto às relações com os países ricos dos Norte) surgiu nos anos 1950, durante a Guerra Fria. Seu marco político inicial foi a Conferência Ásia-África, realizada em Bandung, Indonésia, em abril de 1955, na qual estavam representados 29 Estados e 30 movimentos de libertação nacional. A partir daquele momento, as bases essenciais para a construção de consensos políticos entre países em desenvolvimento foram se estabelecendo no cenário internacional. Corroboraram para isso importantes marcos, como a instituição do Movimento dos Não Alinhados, que ocorreu na Conferência de Belgrado, em 1961, e a formação do Grupo dos 77 em 1964, na ocasião da criação da Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento¹³ (UNCTAD, na sua sigla em inglês). Esses países percebiam “a ação conjunta como uma forma de obter benefícios mútuos e se afastar da influência política e econômica dos países dominantes no sistema internacional” (GONÇALVES, 2011, apud. SILVA, 2010, p.3).

the Summit also identifies concrete objectives under broad headings that participants believe would lead to the desired outcomes. Among the objectives with the declared aim of promoting peace, security and disarmament, world leaders resolved to strengthen the rule of law and ensure compliance with decisions of the International Court of Justice, to provide the United Nations with the resources it needs for conflict prevention and peaceful resolution of disputes, and to take action against the international drug problem and terrorism. World leaders also made commitments to minimize the adverse effects of economic sanctions on innocent populations and to subject sanctions regimes to regular review, to urge constructive action on disarmament and to strengthen cooperation between the United Nations and regional organizations. The document also called on Member States to eliminate weapons of mass destruction, particularly nuclear weapons, and to keep all options open for this aim, including the possibility of convening an international conference to identify ways of eliminating nuclear dangers. The world leaders who gathered at the Summit committed their nations to a new global partnership to reduce extreme poverty, and set out a series of time-bound targets, with a deadline of 2015, that have become known, since the Millennium Summit, as the Millennium Development Goals” (UN, 2014).

¹¹ Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio são: 1- Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2- Atingir o ensino básico universal; 3- Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres; 4- Reduzir a mortalidade infantil; 5- Melhorar a saúde materna; 6- Combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7- Garantir a sustentabilidade ambiental; 8- Estabelecer uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento.

¹² BUSS *et al*, 2011, p. 249.

¹³ “Organização que hoje já reúne cerca de 130 países que atuam de forma concertada nos fóruns internacionais” (BUSS *et al*, 2011, p. 249).

A Cooperação Sul-Sul ganhou força e respaldo com a Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, realizada em Buenos Aires, em 1978. Na ocasião, foi aprovado o Plano de Ação de Buenos Aires¹⁴, que buscava fortalecer a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento – CTPD. Aquela nova modalidade de cooperação decorreu não somente da insatisfação dos países em desenvolvimento com a forma de cooperar dos países desenvolvidos, mas também da diminuição dos recursos empregados nesse último modelo.

Por estes motivos, a CSS tornou-se uma alternativa complementar à CNS. Nesse sentido, subjacente ao conceito de CSS, “encontra-se a hipótese de que o mundo em desenvolvimento é capaz de produzir soluções autênticas para seus próprios problemas” (BUSS *et al*, 2011, p. 249, apud. BUSS e FERREIRA, 2010).

Vale lembrar que o entendimento de Cooperação Sul-Sul – CSS, segundo as Nações Unidas, extrapola a noção de CTPD, como “(...) *a broad framework for collaboration among countries of the South in the political, economic, social, cultural, environmental and technical domains*” (UNDP, 2012). A CSS também é conhecida como cooperação horizontal ou Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. Cabe ressaltar que, neste trabalho, esses termos serão usados de forma equivalente e alternada, tendo sempre o mesmo significado.

Na atualidade, a cooperação Sul-Sul vem ganhando espaço entre atores da tradicional comunidade de doadores de AOD. Ao se referir à Cooperação Sul-Sul, a OCDE afirma que “(...) *aid architecture has moved far from the traditional “North-South” donor-recipient paradigm to an increasingly complex picture involving actors at different stages of development, new sources of financing and knowledge-sharing*” (OECD, 2014). A organização entende que a CSS se refere ao “*the sharing of knowledge and resources between - typically - middle-income countries with the aim of identifying effective practices. ‘South-South’ co-operation has revealed itself to be a major dynamic behind this changing development co-operation architecture*” (OECD, 2014).

¹⁴ “*The Buenos Aires Plan of Action (BAPA) for Promoting and Implementing Technical Cooperation among Developing Countries, endorsed by the United Nations General Assembly, is the result of a Conference held in Argentina's capital in 1978, attended by representatives of 138 countries. Aimed at the promotion and implementation of TCDC, the Plan presents 38 recommendations for the enhancement of TCDC, with a focus on increasing the capacity of developing countries and developing their awareness of and confidence in one another's capabilities. The concept of TCDC had already been thoroughly studied and analysed for over five years at the international and interregional levels prior to the Conference, where the principal objectives of TCDC were elaborated*” (UNDP, 2012).

Para a ABC (ABC, 2013a), a Cooperação Técnica Internacional – CTI “configura-se como instrumento auxiliar de promoção do desenvolvimento nacional dos países parceiros e importante mecanismo de estreitamento das relações entre países”. Visando contribuir para o processo de desenvolvimento socioeconômico, a CTI “enseja a transferência de conhecimentos entre um organismo internacional e um país ou entre países, em bases não comerciais, com vistas a alcançar objetivos previamente definidos e acordados entre as partes (...), em um tema específico” (ABC, 2013a).

O Brasil tem se destacado progressivamente como promotor da CSS. O país foi um dos principais interlocutores da Conferência de Buenos Aires e, ao longo dos anos, contribuiu para a consolidação desse modelo de cooperação. Contudo, apesar de sempre desempenhar um papel ativo nos fóruns e debates internacionais sobre o tema, foi somente a partir de meados da década de 1990 e, especialmente, nos anos 2000, que o país passou a prestar cooperação de forma relativamente regular e a usá-la como um instrumento de política externa.

1.3 A ABC e a cooperação técnica brasileira

O principal órgão responsável pela coordenação da cooperação técnica brasileira é a Agência Brasileira de Cooperação¹⁵, que faz parte da estrutura do Ministério das Relações Exteriores – MRE. Inicialmente, a Agência tinha como principal função coordenar a cooperação técnica recebida pelo Brasil. No entanto, devido às mudanças que, nos últimos quinze anos, ocorreram nas diretrizes da PEB, atualmente, a Cooperação Técnica¹⁶ – CT para os países em desenvolvimento é a principal modalidade praticada pela ABC. Os projetos de cooperação

[...] na modalidade horizontal (ou Sul-Sul), coordenados e financiados pela ABC/MRE, se dão a partir de demandas que a agência recebe de governos estrangeiros ou organismos internacionais por meio: de embaixadas e delegações do Brasil no exterior; de embaixadas e escritórios de organismos internacionais em

¹⁵ “A ABC foi criada em setembro de 1987, por meio do Decreto Nº 94.973, como parte integrante da Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG), vinculada ao Ministério das Relações Exteriores (MRE) (...). Em 1996, a ABC foi integrada à Secretaria-Geral do Ministério das Relações Exteriores, por meio do Decreto nº 2070/96, passando a constituir-se em órgão da Administração Direta, com a finalidade de coordenar, negociar, aprovar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, a cooperação para o desenvolvimento em todas as áreas do conhecimento, recebida de outros países e organismos internacionais e entre o Brasil e países em desenvolvimento”. Encontrado em: <http://www.abc.gov.br/abc/historico.asp>, acesso em 12/02/2013.

¹⁶ Tendo em vista o objeto de estudo deste trabalho e o fato de que a ABC somente pratica a CT, não trabalhando com Cooperação Financeira, sempre que houver no trabalho o termo “cooperação brasileira” o mesmo estará se referindo a CT,

Brasília; ou de visitas ao Brasil de missões oficiais estrangeiras (IPEA, 2013, p. 26).

Para a ABC, a CT

[...] constitui importante instrumento de desenvolvimento, auxiliando um país a promover mudanças estruturais nos campos social e econômico, incluindo a atuação do Estado, por meio de ações de fortalecimento institucional. Os programas implementados sob sua égide permitem transferir ou compartilhar conhecimentos, experiências e boas-práticas por intermédio do desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais, com vistas a alcançar um salto qualitativo de caráter duradouro (ABC, 2014c).

A CT financiada pelo governo brasileiro, que é coordenada pela da ABC, tem como um dos seus princípios fundamentais um fator considerado extremamente relevante por acadêmicos, técnicos e estudiosos: o estímulo à *ownership*, que é um termo em inglês usado na literatura da CI para se referir ao protagonismo que os receptores devem assumir na elaboração e implementação de um programa ou projeto de cooperação internacional. Não há uma tradução definitiva do termo para o português, embora Lopes (LOPES, 2005, p.117) o traduza como “apropriação”. Segundo o autor, “apropriação” se refere aos “direitos e responsabilidade que atores locais assumem em relação a uma determinada iniciativa, ainda que instituições de fora possam colaborar ou estar envolvidas”. De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2005, *ownership* está relacionada com “*giving recipients more control over how aid is spent*” (UNDP, 2005, p.99), para este relatório, “*country ownership is seen as a requirement for efficient use of aid*” (UNDP, 2005, p.99). Tais referências destacam a importância que a *ownership* tem para o sucesso de uma ação de CI, especialmente com contexto da CSS.

A ABC afirma ter como pressuposto fundamental que a CT “deve contribuir significativamente para o desenvolvimento socioeconômico do País e para a construção da autonomia nacional nos temas abrangidos” (ABC, 2014c). A Agência afirma, ainda, que a missão da CSS é

[...] contribuir para o adensamento das relações do Brasil com os países em desenvolvimento para a ampliação dos seus intercâmbios, para a geração, disseminação e utilização de conhecimentos técnicos, para a capacitação de seus recursos humanos e para o fortalecimento de suas instituições, por meio do compartilhamento de políticas públicas bem sucedidas (ABC, 2013a).

Na visão da Agência, a CSS é um importante instrumento de política externa que leva à aproximação do Brasil com os países do Sul. Segundo o seu website,

[...] a cooperação horizontal refere-se à cooperação técnica implementada pelo Brasil com outros países em desenvolvimento, por meio da qual o compartilhamento de experiências e conhecimentos disponíveis em um amplo espectro de instituições brasileiras junto a instituições de países interessados na cooperação com o Brasil permite promover o adensamento de suas respectivas relações em distintas dimensões, dentro do marco de uma política externa solidária no campo da Cooperação para o Desenvolvimento (ABC, 2013b).

Durante o governo Lula, a ABC foi uma importante promotora da cooperação técnica prestada pelo Brasil aos países em desenvolvimento, não somente no âmbito do Governo Brasileiro, mas também no exterior. Ela coordenou centenas de projetos executados nos cinco continentes do globo por instituições brasileiras que, na sua maioria, eram públicas. Durante a primeira década do século XXI, a Agência representou o país em importantes discussões internacionais acerca das diretrizes da cooperação no mundo, tendo participado, inclusive, de encontros que trataram de temas como a harmonização e eficácia da ajuda para o desenvolvimento, como os ocorridos em Paris (2005)¹⁷, Acra (2008)¹⁸ e Busan (2011)¹⁹.

¹⁷ “*The Second High Level Forum on Joint Progress toward Enhanced Aid Effectiveness (Harmonization, Alignment, and Results) (Paris, 2005) marked the first time that donors and recipients both agreed to commitments and to hold each other accountable for achieving these. The commitments were laid out in the Paris Declaration. Beyond its principles on effective aid, the Paris Declaration lays out a practical, action-oriented roadmap to improve the quality of aid and its impact on development. It puts in place a series of specific implementation measures and establishes a monitoring system to assess progress and ensure that donors and recipients hold each other accountable for their commitments. The Paris Declaration outlines the following five fundamental principles for making aid more effective: 1. Ownership: Developing countries set their own strategies for poverty reduction, improve their institutions and tackle corruption. 2. Alignment: Donor countries align behind these objectives and use local systems. 3. Harmonization: Donor countries coordinate, simplify procedures and share information to avoid duplication. 4. Results: Developing countries and donors shift focus to development results and results get measured. 5. Mutual accountability: Donors and partners are accountable for development results*”. (OECD, 2014a).

¹⁸ “*At the Third High Level Forum (Accra, 2008), an unprecedented alliance of development partners – developing and donor countries, emerging economies, UN and multilateral institutions, global funds and civil society organizations - participated in discussions, broadening the stakeholders in the aid effectiveness agenda. The forum emphasized the need to deepen implementation towards the goals set in 2005 in the Paris Declaration, along with a set of priority areas for improvement. To strengthen and deepen implementation of the Paris Declaration, the Accra Agenda for Action (AAA) takes stock of progress and sets the agenda for accelerated advancement towards the Paris targets. It proposes improvement in the areas of ownership, partnerships and delivering results. The principles put forward in the Paris Declaration and Accra Agenda for Action have gained support across the development community, changing aid practice for the better. It is now the norm for aid recipients to forge their own national development strategies with their parliaments and electorates (ownership); that donors support these plans (alignment); and streamline their efforts in-country (harmonization); for development policies to be directed to achieving clear, monitorable goals (managing for development results); and for donors and recipients to be jointly responsible for achieving these goals (mutual accountability). These principles have also served as the foundation for other commitments, tailored to specific contexts: the Bogotá Statement (concentrating on effective aid principles in South-South co-operation), Istanbul*

Puente (PUENTE, 2010, p. 32) explica que as ações de cooperação técnica brasileiras são executadas de acordo com os “(...) objetivos gerais e áreas geográficas de atuação, definidos pela diplomacia brasileira”. Segundo a ABC, a cooperação técnica brasileira baseia-se nos princípios da diplomacia e em iniciativas conjuntas baseadas na solidariedade; ações em resposta às demandas dos países em desenvolvimento; reconhecimento da experiência local e adaptação da experiência brasileira; sem imposição de condições; sem associação com interesses comerciais ou benefícios; e sem ingerência nos assuntos domésticos dos países parceiros.

Puente (PUENTE, 2010, p. 32 e 33) ainda afirma que “o MRE é responsável pela escolha dos países com os quais pretende realizar cooperação e prossegue com a identificação das demandas, a negociação dos instrumentos e a coordenação das ações e programas”. O autor finaliza dizendo que “em que pese ao aspecto operacional da cooperação ser amplo e difuso, sua concepção, fundamentação e direcionamento estão mais restritos ao Ministério das Relações Exteriores” (PUENTE, 2010, p. 33).

Russo (RUSSO *et al.*, 2013) menciona, ainda, que a cooperação brasileira trabalha com recursos reduzidos, sendo que a maior parte destes é destinada aos organismos internacionais e à assistência humanitária. À cooperação técnica internacional, cabe uma pequena parcela deste montante. No entanto, essa última forma de cooperação é um valioso instrumento da política externa brasileira, dada a visibilidade e o impacto político alcançado pela mesma. Puente reforça esse argumento ao afirmar que a cooperação técnica brasileira deve ser entendida “(...) como um dos meios com que conta o Brasil para se firmar no cenário internacional” (PUENTE, 2010, p.32). São fatos como esses que corroboram para que haja uma caracterização da cooperação técnica brasileira como um importante instrumento da política externa do país.

Principles (on the role of civil society) and the Dili Declaration (on effective aid in fragile and conflict-affected states)”. (OECD, 2014a)

¹⁹ “*The Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness (Busan, 2011) marked a turning point in international discussions on aid and development. This event brought together over 3000 delegates to take stock of the progress made in delivering aid and furthering development activities across the globe, and to make collective plans for the future of aid and development for all stakeholders. The forum culminated in the signing of the Busan Partnership for Effective Development Co-operation by ministers of developed and developing nations, emerging economies, providers of South-South and triangular co-operation and civil society. This declaration establishes for the first time an agreed framework for development co-operation that embraces traditional donors, South-South co-operators, the BRICS, civil society organizations and private funders. A series of Building Blocks were presented during the forum to unite development partners and organizations behind pressing development issues and to make concentrated efforts to further progress in these areas. The process has been guided by the DAC-hosted Working Party on Aid Effectiveness (WP-EFF), which brought together representatives of over 80 countries and organizations*”. (OECD,2014a).

O MRE afirma ter, por meio da ABC, as funções de orientador das diretrizes da cooperação brasileira e de coordenador da cooperação técnica internacional no Brasil. Segundo o site da agência,

[...] conforme estabelecido no Regimento Interno do Ministério das Relações Exteriores, compete à Agência Brasileira de Cooperação planejar, coordenar, negociar, aprovar, executar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, programas, projetos e atividades de cooperação para o desenvolvimento em todas as áreas do conhecimento, recebida de outros países e organismos internacionais e aquela entre o Brasil e países em desenvolvimento (ABC, 2013a).

Via de regra, não obstante o papel de coordenação da ABC, diversos atores nacionais e internacionais têm papel fundamental na execução dos projetos de cooperação técnica realizados pelo Governo Brasileiro. Na sua maioria, esses projetos são executados por instituições do Governo Federal (como Ministérios, agências, institutos, dentre outros). Adicionalmente, instituições não governamentais, inclusive as relacionadas ao setor privado, universidades e organizações da sociedade civil, também têm atuado no campo da cooperação. Apesar da manutenção de seu mandato como coordenadora das ações de cooperação técnica realizadas pelo Brasil, dada a pluralidade de temas e de órgãos envolvidos, assim como a existência de questões internas, como a restrição orçamentária e de pessoal, a ABC tem tido dificuldade em desempenhar tal função²⁰.

1.4 Estrutura e funcionamento da ABC

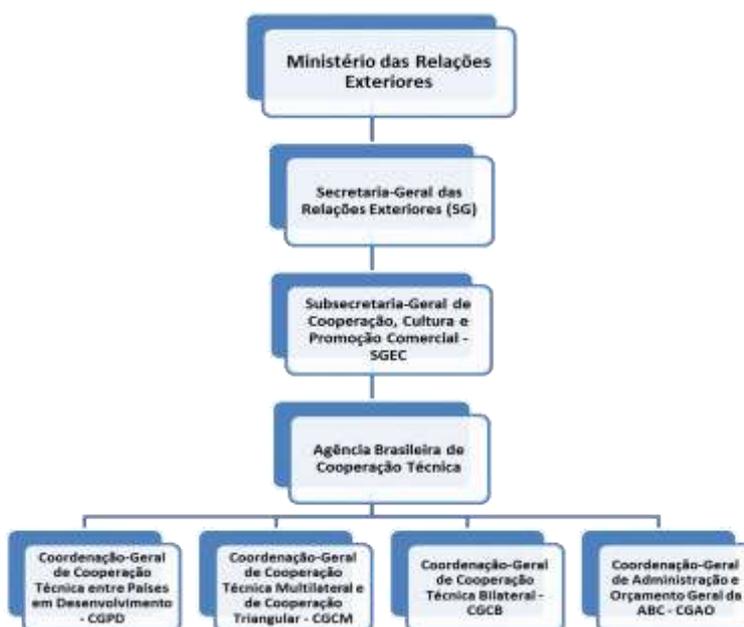
Entender a estrutura e o funcionamento da ABC ajudará o leitor a compreender melhor de que forma e em que contexto se dão as ações de cooperação técnica financiadas pela Agência. No âmbito do MRE, a ABC está alocada na Secretaria Geral de Cooperação Cultural e Promoção Comercial (Figura 1), que por sua vez faz parte da Secretaria Geral das Relações Exteriores (departamento do Itamaraty que tem função semelhante às Secretarias Executivas dos demais ministérios). A atual estrutura da Agência decorre da reforma feita, em 2003, pelo então Chanceler, Celso Amorim. Antes dessa reforma, grande parte do trabalho da ABC concentrava-se na coordenação da cooperação recebida bilateral multilateral, havendo poucas

²⁰ “Itamaraty’s ABC is supposed to play a coordinating function, officially overseeing the entire portfolio of Brazil’s technical health cooperation, but in practice it struggles to perform such function effectively” (RUSSO et al, 2013).

ações de cooperação com países em desenvolvimento. A Agência é dividida em quatro Coordenações, conforme o detalhamento a seguir e a Figura 1:

- **CGPD – Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento:** Responsável pela coordenação dos projetos de cooperação técnica realizados pelo Brasil em benefício de outros países;
- **CGCB – Coordenação Geral de Cooperação Técnica Bilateral:** Responsável pela coordenação dos projetos de cooperação recebidos pelo Brasil dos países desenvolvidos;
- **CGCM – Coordenação Geral de Cooperação Técnica Multilateral:** Responsável pela Coordenação dos projetos de cooperação técnica que a ABC mantém com organismos multilaterais, como as agências do Sistema ONU;
- **CGAO - Coordenação Geral de Administração e Orçamento Geral da ABC:** Responsável por coordenar as atividades administrativas e orçamentárias da ABC.

Figura 1: Organograma ABC



Fonte: ABC, 2014d.

A CGDP passou a ser, a partir 2004, a Coordenação mais relevante para o estudo da atuação do Brasil na cooperação entre países em desenvolvimento. Ela tem como missão

[...] contribuir para o adensamento das relações do Brasil com os países em desenvolvimento, para a ampliação dos seus intercâmbios, geração, disseminação e utilização de conhecimentos técnicos, capacitação de seus recursos humanos e para o fortalecimento de suas instituições (ABC, 2014a).

Desde 2004, a CGPD tem se pautado pelas seguintes diretrizes²¹:

- Priorizar programas de cooperação técnica que favoreçam a intensificação das relações do Brasil com seus parceiros em desenvolvimento, principalmente com os países de interesse prioritário para a política exterior brasileira;
- Apoiar projetos vinculados, sobretudo, a programas e prioridades nacionais de desenvolvimento dos países recipiendários;
- Canalizar os esforços de CGPD para projetos de maior repercussão e âmbito de influência, com efeito multiplicador mais intenso;
- Privilegiar projetos com maior alcance de resultados;
- Apoiar, sempre que possível, projetos com contrapartida nacional e/ou com participação efetiva de instituições parceiras; e
- Estabelecer parcerias preferencialmente com instituições genuinamente nacionais.

Atualmente, a CGPD concentra suas ações com base nas seguintes prioridades:

- Compromissos assumidos em viagens da presidente da República e do Chanceler;
- Países da América do Sul;
- Haiti;
- Países da África, em especial os Países de PALOP – Língua Oficial Portuguesa, e Timor-Leste;
- Demais países da América Latina e Caribe;
- Apoio à CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa; e
- Incremento das iniciativas de cooperação triangular com países desenvolvidos (através de suas respectivas agências) e organismos internacionais.

²¹ Informações retiradas do site da ABC.

A CGPD é formada por três gerências, que são responsáveis pela negociação e acompanhamento dos projetos mantidos pela ABC conforme listagem abaixo:

Gerência de África, Ásia, Oceania, Leste Europeu e Oriente Médio

- PALOP - Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe;
- Namíbia, Gabão, Gana, África do Sul, Nigéria;
- China, Índia, Nepal, Paquistão, Vietnã, Coréia;
- Timor-Leste;
- Rússia; e
- Síria, Arábia Saudita, Líbano, Egito, Turquia.

Gerência de América Latina e Caribe

- Argentina, Uruguai, Paraguai, Chile, Peru, Bolívia, Equador, Colômbia, Venezuela, Guiana e Suriname;
- Panamá, Costa Rica, Guatemala, Honduras, El Salvador, Belize e México; e
- Haiti, Cuba, República Dominicana, Jamaica, Bahamas e Barbados.

Gerência de Programas e Projetos Especiais

- Blocos – CPLP, Mercosul, OTCA, Grupo do Rio, Cúpula Ibero-Americana;
- Triangulação com Organismos Internacionais – PNUD, UNPFA, OEA, BID, IBAS, IICA, UNAIDS, ECOSOC;
- Triangulação com Países Desenvolvidos – Japão, Alemanha, Reino Unido, Canadá, Espanha, França, Itália; e
- Assessoria Institucional à Coordenação.

A ABC não possui escritórios em outros países, mas, por fazer parte da estrutura do MRE, tem facilidade em manter contatos com os países nos quais o Brasil possui representação diplomática. Este fato confere grande capilaridade à Agência que, em muitos casos, é vista pelos países parceiros como a primeira referência da cooperação brasileira. Ao disponibilizar o apoio brasileiro aos países com que o MRE tem interesse em cooperar, os Embaixadores brasileiros oferecem os serviços da ABC. Em alguns países com os quais o Brasil coopera, as Embaixadas têm Departamentos de Cooperação que, dentre outras funções, apoiam a ABC na coordenação dos seus projetos naqueles países, mantendo reuniões, fazendo

consultas aos governos locais, organizando missões de técnicos brasileiros aos países e de técnicos estrangeiros ao Brasil, no âmbito dos projetos financiados pela ABC. Em alguns casos, quando há um grande volume de projetos da ABC em um determinado país, a Agência contrata funcionários locais para cuidar exclusivamente de suas execuções.

Cabe ressaltar que a ABC entende o projeto de cooperação como

[...] o principal instrumento de definição das intervenções propostas e de planejamento das ações de cooperação (...), consubstanciado em documento que registra os fins almejados e os meios necessários para sua consecução, além da lógica da intervenção (marco lógico, hipóteses feitas, riscos assumidos, responsabilidades compartilhadas, etc.). Sendo o projeto o instrumento por excelência para o correto planejamento e gerenciamento do trabalho a ser implementado (...) (ABC, 2013a).

Para se ter uma ampla compreensão da cooperação coordenada pela ABC, é importante conhecer as principais características dos projetos de cooperação financiados pela instituição. A primeira delas é o fato de que não há transferência de recursos para os países beneficiários. Com isso, o principal foco dos projetos passa a ser a transferência de conhecimento e a capacitação de técnicos locais por especialistas técnicos brasileiros que, usualmente, fazem parte do quadro de funcionários do Governo Federal. Em alguns casos específicos, também são realizadas compras de equipamentos no âmbito dos projetos. Em termos práticos, havendo uma iniciativa de cooperação na área da saúde com algum país em desenvolvimento, o usual é que a ABC custeie os gastos do projeto e os técnicos especializados do Ministério da Saúde sejam responsáveis pela realização dos cursos e capacitações dos técnicos do país beneficiado.

Outro aspecto importante para compreender a cooperação coordenada pela ABC é conhecer o fluxo para a aprovação de um projeto de CSS, o qual será descrito a seguir:

1. O país que deseja receber CT do Brasil em uma determinada área, expressa o seu interesse e detalha a sua demanda por meio de um comunicado oficial ao Governo Brasileiro. Na maior parte dos casos, os pedidos de cooperação são enviados para as embaixadas brasileiras ou para as representações brasileiras junto a organismos internacionais.
2. Após analisada, a demanda tramita nos canais diplomáticos do Itamaraty e é encaminhada para a ABC que, ao receber o pedido, avalia a possibilidade de atendê-lo.

3. Caso tenha interesse e recursos para atender ao pedido de cooperação, a ABC encaminha-o para uma instituição pública brasileira que tenha maior expertise no tema demandado, consultando-a sobre o seu interesse e disponibilidade de cooperar com o país demandante.
4. A instituição pública brasileira recebe o pedido de cooperação e analisa-o.
5. Após a análise do pedido, a instituição envia uma resposta formal para a Agência afirmando ou negando a existência de interesse e/ou disponibilidade em cooperar com o país demandante.
6. Após receber a resposta da instituição brasileira, a ABC encaminha uma resposta oficial para o país demandante, na qual informa se há ou não disponibilidade da instituição brasileira em cooperar com aquele país. Nos casos em que há interesse, a Agência consulta o país sobre a possibilidade de receber uma missão de prospecção²² para dar início ao processo de cooperação.
7. Os técnicos da ABC, intermediam o contato entre o país demandante e a instituição brasileira. Após definido pelas duas partes um período para a realização da missão de prospecção e após a sua aprovação pela ABC, a missão é organizada²³ pela Agência como auxílio da embaixada brasileira no país²⁴.
8. Durante a missão de prospecção, são realizadas visitas técnicas às instituições dos países demandantes e reuniões técnicas, no intuito de traçar as linhas gerais da minuta de projeto e dar início à sua elaboração. Os técnicos da ABC geralmente participam da missão de prospecção e da elaboração da minuta de projeto. Em alguns casos, a minuta é finalizada durante a missão, mas, quando isso não ocorre, o documento é finalizado pelos técnicos dos dois países após o retorno da missão ao Brasil.
9. Em paralelo à elaboração do projeto, também é elaborada uma proposta (em português e no idioma do país que receberá cooperação) de Ajuste Complementar²⁵ ao Acordo

²² A ABC entende como missão de prospecção a primeira visita dos técnicos brasileiros a um país que demandou cooperação, durante a qual dá-se início à elaboração e negociação de um projeto de cooperação.

²³ A organização de uma missão técnica, no âmbito da ABC, envolve desde o agendamento de encontros e visitas à contratação de tradutores, transporte local, emissão de bilhetes aéreos e pagamento de diárias para os seus participantes.

²⁴ Quando não há embaixada do Brasil no país demandante, as missões são organizadas diretamente pela ABC e pelo país demandante ou, em alguns casos, pela embaixada brasileira que responde por aquele país, mesmo estando esta localizada em outro.

²⁵ Documento que funciona como um adendo aos acordos de cooperação mantidos pelo Brasil com outros países. Sempre que um novo projeto de cooperação é assinado pelo Itamaraty com outro país com o qual o Brasil já mantenha um acordo de cooperação, é necessário assinar um ajuste complementar, para que o projeto tenha validade jurídica internacional para os dois países.

Básico de Cooperação Técnica²⁶ mantido pelo Brasil com o país demandante. O documento geralmente é elaborado pelos técnicos da ABC, que o submetem à Divisão de Atos Internacionais – DAI do Itamaraty, que o submete à Consultoria Jurídica – CONJUR do MRE. Caso seja necessário, o documento sofre alguns ajustes, até ser aprovado pela CONJUR. Após a sua aprovação, o documento segue novamente para a ABC.

10. Após a finalização e aprovação da proposta final de projeto, uma cópia em cada idioma é encaminhada oficialmente pela ABC para a embaixada brasileira no país, que a encaminha para a análise, aprovação e assinatura das autoridades locais. Juntamente com o documento, também é encaminhada a proposta de Ajuste Complementar para a assinatura do Ministério das Relações Exteriores daquele país.
11. Após a assinatura dos documentos por parte do país estrangeiro, os mesmos são enviados para a embaixada brasileira que os encaminha por mala diplomática para a ABC.
12. Após chegarem à Agência, os projetos assinados são encaminhados para a instituição brasileira, que deverá assiná-lo. A cópia assinada do Ajuste Complementar é encaminhada para a DAI, que irá publicar o seu extrato no Diário Oficial da União. Após todas as instituições envolvidas no projeto terem assinado e o extrato do Ajuste ter sido publicado, o projeto entra oficialmente em vigor, podendo começar a ser executado. Até ser finalizado, este projeto é denominado pela ABC como “projeto em execução”.

Esse processo longo e burocrático muitas vezes leva mais de um ano, o que pode afetar sobremaneira a execução dos projetos. Em alguns casos, ocorrem mudanças importantes na realidade do país receptor entre o primeiro contato e o início do projeto, o que prejudica a execução e, conseqüentemente, os resultados da iniciativa. Durante a execução do projeto, todas as atividades envolvendo missões de brasileiros ao exterior ou vice-versa, são negociadas pela ABC, que auxilia as partes na organização das missões com o apoio das

²⁶ É o acordo de cooperação mantido pelo Brasil com outro país. É considerado um “acordo guarda chuva” que abrange as ações de cooperação realizadas entre o Brasil e outros países. O Acordo Básico de Cooperação Técnica deve ser aprovado pelo congresso brasileiro para ter validade jurídica internacional. Caso o Brasil não mantenha um acordo com um determinado país com o qual deseja assinar um projeto de cooperação, é necessário que seja assinado um Acordo Básico de Cooperação com o mesmo, para que o projeto possa ser executado. Em casos como este, também é possível utilizar como “marco legal” do projeto um acordo mantido pelo Brasil com um bloco político ou econômico do qual o país que se deseja preparar participe, como a União Africana.

embaixadas brasileiras nos países receptores da cooperação. A Agência, por meio dos seus técnicos, coordena a execução do projeto até a sua finalização. Em geral, estes técnicos só acompanham pessoalmente a execução das atividades durante as missões de monitoramento do projeto, as quais costumam ocorrer apenas após metade do projeto ter sido executado.

Outro aspecto importante acerca dos projetos da ABC é o mecanismo utilizado pela Agência para a renovação ou extensão da sua vigência. Geralmente é previsto nos documentos de projeto que, caso não haja denúncia por parte do país receptor da cooperação brasileira, a ABC pode renovar automaticamente a vigência dos projetos, não tenham sido eles totalmente executados no prazo previsto. Tendo em vista que os projetos da Agência com outros países são equivalentes a acordos internacionais, a ABC evita cancelá-los para não gerar desgastes e constrangimentos com os países receptores da cooperação brasileira. Por essa razão, o mecanismo de extensão da vigência de projetos tem sido muito utilizado nos últimos anos, quando houve uma queda na execução de projetos, devido aos cortes orçamentários sofridos pela Agência (assunto que será melhor abordado no Capítulo 4).

Por fim, é importante lembrar que, devido à inexistência de uma legislação nacional que regule a cooperação prestada no Brasil, a ABC e todas as instituições governamentais brasileiras que realizam ações de cooperação internacional, tenham que limitá-las, na grande maioria dos casos, a ações pontuais, com viagens esparsas de técnicos brasileiros e estrangeiros, que permitem a troca de experiências e a realização de curtas capacitações. A compra de equipamentos, medicamentos e outros insumos relacionados ao projeto, usando o orçamento direto dos Ministérios e de outras instituições federais é extremamente difícil e até mesmo proibido, salvo raríssimas exceções.

Para viabilizar este tipo de aquisição, que muitas vezes é necessária ao bom desenvolvimento do projeto, ocorre de o Governo Brasileiro transferir recursos para agências da ONU, como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e a Organização Pan-americana de Saúde, que se responsabilizam por essas compras e pela execução financeira dos projetos de cooperação. Este arranjo costuma ser usado pela ABC na execução dos seus projetos de cooperação prestada.

Capítulo 2 – A cooperação brasileira em saúde

2.1 A Saúde Global e a Diplomacia da Saúde

A relação entre diplomacia e saúde é um fenômeno antigo, que remonta ao século XIX, quando ocorreu a primeira Conferência Sanitária Internacional, e que se fortaleceu ao longo do século XX, quando surgiram as primeiras organizações internacionais que trabalhavam com o tema da saúde em escala global. Essa relação, com mais de 160 anos de história, foi sendo construída através de “(...) *collective attempts to combat diseases that cross national borders*” (KICKBUSCH *et al*, 2013, p. 11).

Os problemas de saúde que transcendem as fronteiras nacionais, expondo os países a influências globais, demandam, para a sua solução, uma coordenação internacional entre entes governamentais de saúde e de relações internacionais, a qual é conhecida como Diplomacia da Saúde (BUSS *et al*, *apud* KICKBUSCH *et al*, 2007: 230, p. 4). Segundo a OMS (OMS, 2014), a Diplomacia da Saúde [...] *brings together the disciplines of public health, international affairs, management, law and economics and focuses on negotiations that shape and manage the global policy environment for health* [...].

Filder (FILDER, 2009, p. 23-26) confere um viés mais amplo ao conceito de Diplomacia da Saúde ao afirmar que ela é um processo de definição de políticas, por meio do qual “*state, non-state and other institutional actors negotiate responses to health challenges, or utilize health concepts or mechanisms in policy-shaping and negotiation strategies, to achieve political, economic, or social objectives*”.

No âmbito da cooperação internacional, a saúde sempre foi um tema importante e estratégico para todos os países, fossem estes seus prestadores ou receptores. Bliss (BLISS *et al*, 2012, p.2) chega a afirmar que “(...) *health has traditionally been seen as an intrinsic interest of the state, insofar as protecting public health serves both to defend populations from health threats and as a government tool for stimulating economic and social development*”. Cooperar em saúde não é somente uma questão política ou de solidariedade, também podendo ser considerada uma questão de prevenção e de segurança nacional, haja vista as possibilidades de epidemias e pandemias. Mesmo antes do surgimento do conceito de

Saúde Global, ou da criação dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio²⁷, as questões relacionadas à saúde em escala global já eram uma preocupação dos países ricos do norte, cujas principais motivações são o controle epidemiológico, o comércio²⁸ e a segurança internacional (após os atentados de 11 de setembro essa questão foi reforçada, e atualmente um dos seus focos é o combate ao bioterrorismo). A evolução da importância da cooperação em saúde também é abordada por Bliss (BLISS *et al*, 2012, p.2) que lembra que

[...] during the Cold War, health projects were relatively low profile, but increasingly health is linked to “high politics” and disease is now often seen as a geopolitical issue, with concerns about universal access to health care, intellectual property issues, access to medicines and other key health products, as well as biological security driving many bilateral and multilateral activities in the field.

Outro exemplo da importância internacional do tema da saúde e da sua relação com as questões de segurança é o trabalho realizado pelo *Center for Disease Control and Prevention* (Centro para Prevenção e Controle de Doenças) do Governo Americano, cuja missão é

[...] protect America from health, safety and security threats, both foreign and in the U.S. Whether diseases start at home or abroad, are chronic or acute, curable or preventable, human error or deliberate attack, CDC fights disease and supports communities and citizens to do the same. CDC increases the health security of our nation. As the nation’s health protection agency, CDC saves lives and protects people from health threats. To accomplish our mission, CDC conducts critical science and provides health information that protects our nation against expensive and dangerous health threats, and responds when these arise (CDC, 2014).

Não tendo ligações diretas com as questões de segurança, a cooperação em saúde brasileira clama estar embasada por princípios humanitários. No entanto, não se fala claramente nos ganhos e benefícios objetivados com essa cooperação para os brasileiros. Esta postura é muito comum entre os formuladores e executores das ações de cooperação técnica brasileiras como um todo, que quando falam destas ações, não dão muito destaque aos ganhos

²⁷ Não é por acaso que dentre os ODMs, há três que estão diretamente relacionados à saúde: ODM 4 – reduzir a mortalidade na infância, ODM 5 – melhorar a saúde materna e ODM 6 – combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças.

²⁸ “Uma releitura da história da saúde mostra que a realização das primeiras conferências internacionais sobre o assunto, no século XIX, era motivada menos pelo desejo de vencer a propagação da peste, da cólera e da febre amarela do que pela vontade de reduzir ao mínimo as medidas de quarentena, que custavam caro ao comércio... As tensões entre medicina, saúde, interesses do mercado e poder político compõem os termos de uma equação paradoxal inerente à questão da saúde pública global. O acesso das populações pobres aos medicamentos, no contexto do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Trips, na sigla em inglês), exprime bem essas tensões, que, no mundo contemporâneo, podem chegar a um braço de ferro” (DIPLOMATIQUE, 2011).

obtidos pelo Brasil, ou mesmo se houve algum ganho. De uma forma geral, chega-se até a evitar uma discussão aberta e ampla com a sociedade brasileira sobre essa cooperação. No caso dos ganhos para o país com a cooperação, no entanto, alguns representantes do Governo Brasileiro já começam a falar em benefícios mútuos da cooperação, utilizando também a expressão ganhos compartilhados.

2.2 A Diplomacia da Saúde brasileira e a cooperação em saúde

Seguindo uma tendência global, nos últimos anos, o Brasil tem atuado na área da saúde global através do exercício da Diplomacia da Saúde. A importante atuação do país na Organização Mundial da Saúde (OMS), na Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e em fóruns multilaterais gerou significativo aumento na demanda por cooperação com o Brasil nesse setor. Além disso, iniciativas nacionais de sucesso, como as instituições do SUS e, em especial, do programa de combate ao HIV/AIDS, a quebra de patentes e a produção nacional de medicamentos genéricos, dentre outras²⁹, também estão entre os responsáveis pelo crescimento dessa demanda.

Conforme lembra Buss (BUSS *et al*, 2011, p.254), *o fator determinante para a 'diplomacia da saúde' brasileira é o fato de, no Brasil, a saúde ser constitucionalmente um direito de todos e um dever do Estado*, segundo os autores, este aspecto é importante, pois “fornece aos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, que têm atuado em perfeita sintonia, um marco político de referência extremamente importante” (BUSS *et al* 2011, p.254).

Em 2003, o país “*received international recognition from many multilateral organizations — such as the World Health Organization (WHO), the Joint UN Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), as well as the Bill and Melinda Gates Foundation — for its National AIDS Program*” (BLISS *et al*, 2012, p.3). Nessa época, o Diretor do UNAIDS chegou a afirmar que o programa brasileiro era um modelo a ser copiado por outros países (BLISS *et al*, 2012, p.3). O reconhecimento internacional do programa brasileiro de combate ao HIV/AIDS fez com que o Brasil fosse abordado por diversas organizações internacionais que desejavam aprender com a sua experiência. A partir de então, o país se tornou um “*agenda*

²⁹ “A cooperação realizada pelo Ministério da Saúde permite ao Brasil desenvolver no continente africano e na América Latina ações nas seguintes áreas: Malária, HIV/AIDS, Sistema Único de Saúde, Nutrição, Bancos de Leite Humano, Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Geminação de Hospitais, Fármacos e Imunobiológicos” (ABC, 2007).

setter' on the global stage, demonstrating leadership and exercising influence over such global health efforts as the negotiations leading to the 2003 Framework Convention on Tobacco Control” (BLISS et al, 2012, p.3).

As demandas de cooperação técnica internacional em saúde nesse período foram crescentes e constantes, também, em função da qualidade e visibilidade dos programas brasileiros, políticas públicas e especialistas, em diversos temas, como, por exemplo, HIV/AIDS, Malária, Dengue, Doença Falciforme, Câncer e Traumatologia. Buss (BUSS *et al* 2011, p. 254 e 255) lembra que também houve uma grande demanda por

[...] doação de insumos para a saúde, como vacinas, soros, medicamentos, recursos para diagnóstico e equipamentos, que o Brasil tem disponibilizado a países mais necessitados, não só em situações de emergência e desastre, como também em programas regulares de cooperação. A cooperação brasileira deriva da farta oferta de especialistas de qualidade que possui em quase todas as áreas da saúde, de sua importante capacidade de formação de recursos humanos e da vigorosa experiência das instituições componentes do sistema brasileiro de saúde. Com base em nosso próprio aprendizado como nação na área da saúde, em sua cooperação o Brasil opta por contribuir prioritariamente para a formação de recursos humanos e para o reforço dos sistemas de saúde dos países parceiros.

Conforme lembra Bliss (BLISS *et al*, 2012, p.3), a influência da sociedade civil brasileira nos assuntos relacionados à saúde – que pode ser notada quando da sua participação na instituição do SUS e nas campanhas de combate ao HIV/AIDS – também contribuiu para o engajamento internacional do país na área da saúde global, inspirando-o a compartilhar sua experiência com outros países no caminho para o desenvolvimento.

Em 2007, juntamente com França, Indonésia, Noruega, África do Sul e Tailândia, o Brasil assinou uma declaração, conhecida como “Declaração Ministerial de Oslo”, que reforçou ainda mais a importância da saúde na política externa brasileira. Na declaração, os países concordaram em *“make impact on health a point of departure and a defining lens that each of our countries will use to examine key elements of foreign policy and development strategies”* (OMS, 2007, p. 1).

O “modelo brasileiro” (ALMEIDA *et al*, 2010, p.28) de cooperar em saúde, pela via tradicional da cooperação técnica internacional, nasce da decisão do Ministério da Saúde de redefinir sua cooperação como “estruturante” (ALMEIDA *et al*, 2010, p.28). A cooperação estruturante em saúde tem como base:

[...] o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde (ALMEIDA *et al*, 2010, p.28).

Para Almeida (ALMEIDA *et al* 2010, p.28), essa abordagem fez com que os principais projetos dessa área sejam direcionados para

[...] o treinamento de recursos humanos e a construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e para o fortalecimento ou criação das ‘instituições estruturantes’ do sistema de saúde, tais como Ministérios da Saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos técnicos (medicina, odontologia, enfermagem etc.), escolas politécnicas em saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos, incluindo fábricas de medicamentos.

Atualmente, a cooperação técnica em saúde realizada pelo Brasil tem suas ações implementadas por diversos órgãos ligados ao Governo Brasileiro, como o Ministério da Saúde – MS, através da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA³⁰. Neste trabalho, o MS será entendido conforme a sua estrutura apresentada no decreto 7.336 de 19/10/2010, que define que fazem parte dele, além da Secretaria Executiva e das 6 secretarias temáticas, os órgãos colegiados e as entidades vinculadas (dentre as quais estão a Fiocruz e a ANVISA).

2.3 A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde

Um importante ator da diplomacia da saúde brasileira é a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde – AISA³¹. Desde a década de 1970, o Ministério da Saúde tem esta área dedicada ao acompanhamento dos seus temas internacionais, sendo que, à época da sua criação, o setor era denominado Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Ao longo dos anos, a área sofreu diversas mudanças e, a partir de 1998, passou a ser chamada de

³⁰ “Multiple health institutions are responsible for designing and implementing specific health sector projects, such as: the Brazilian Ministry of Health (MoH) and its federal advisory bodies, secretariat and departments; the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ), a MoH-sponsored public health institution focusing on a wide array of services from research and development, to training, management of health programmes and pharmaceuticals production; and the Brazilian National Health Surveillance Agency (ANVISA).” (RUSSO *et al*, 2013)

³¹ “Criada em 1998, através da Portaria GM nº 2477” (MS, 2014a).

Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. A AISA faz parte do Gabinete do Ministro da Saúde sendo também responsável por acompanhar toda a agenda internacional do MS. A sua missão é

[...] assessorar o Ministro de Estado, Secretarias, Áreas Técnicas e Unidades Vinculadas na definição das diretrizes da agenda internacional em saúde; coordenar e apoiar sua implementação de forma articulada com as áreas técnicas das Secretarias e Unidades Vinculadas, assim como fazer a interlocução do Ministério da Saúde com o Ministério das Relações Exteriores e demais Ministérios afins, Representações Diplomáticas e Organismos Internacionais no Brasil e no exterior (MS, 2013).

A AISA também é responsável por “autorizar e monitorar a execução dos projetos de cooperação técnica internacional, coordenar a interlocução e a participação do Ministério nos fóruns e organismos multilaterais, assim como nas iniciativas de integração regional” (MS, 2013). Assessoria também contribui para a

[...] formulação de política externa para a saúde, o apoio às unidades técnicas da saúde ao identificar e elaborar projetos, negociar e captar recursos, monitorar e avaliar a execução dos trabalhos ou ações de cooperação a gestão em ações de assistência humanitária, a participação proativa nas reuniões de organismos internacionais que envolvam os temas de saúde e o trabalho de difusão informativa dos programas de cooperação e atividades internacionais do Ministério da Saúde (MS, 2013).

A política internacional do MS, é formulada pela AISA, “de acordo com as diretrizes definidas pelo Ministro de Estado, incorporadas no Plano Nacional de Saúde e no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2012-2015” (MS, 2013).

No campo da CTI, a AISA coordena projetos realizados pelo MS “em parceria com mais de 50 países em áreas diversas, além de prestar Assistência Humanitária a países em situações emergenciais e/ou de carência de medicamentos” (MS, 2013). São parcerias que viabilizam o recebimento de cooperação técnica por parte do Ministério, com vistas a capacitar seus técnicos e fortalecer a sua capacidade de formular e executar de políticas públicas, e ações de Cooperação Sul-Sul, que beneficiam os países do em desenvolvimento.

A Assessoria é a área do MS que recebe os pedidos de cooperação dos países em desenvolvimento encaminhados pela ABC. A AISA analisa o pedido e, se verificar que se

trata de uma demanda que está dentro das prioridades do MS, ela encaminha-o para a análise de uma das Secretarias, Áreas Técnicas ou Unidades Vinculadas do Ministério que, após avaliar tecnicamente a viabilidade de atender ao pedido, informa o seu parecer à Assessoria. Após receber o parecer, a AISA formula uma a resposta oficial ao pedido encaminhado pela ABC.

Quando o MS se disponibiliza a atender um novo pedido de cooperação, a AISA é responsável pela interlocução do Ministério com a ABC, apoiando a Agência na organização da missão de prospecção e no contato com as suas Secretarias, Áreas Técnicas e Unidades Vinculadas. Sempre que possível, os técnicos da AISA participam das referidas missões e contribuem com a elaboração dos projetos. Após a finalização e aprovação da proposta de projeto, o documento final também é assinado pela AISA, que no âmbito do projeto é intitulada “Instituição Coordenadora” brasileira, juntamente com a ABC. Assim como os técnicos da ABC, os técnicos da AISA geralmente participam das missões de execução do projeto, sendo mais comum a sua participação nas missões de monitoramento e avaliação. Não obstante, a Assessoria acompanha de perto toda a execução dos projetos, sempre auxiliando a ABC no contato com as áreas técnicas do Ministério e na organização das missões de execução dos projetos.

Vale ressaltar que a AISA busca “cumprir com o Objetivo Estratégico 14, do Ministério da Saúde, baseado na ‘promoção dos interesses brasileiros no campo da saúde em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira’” (MS, 2013).

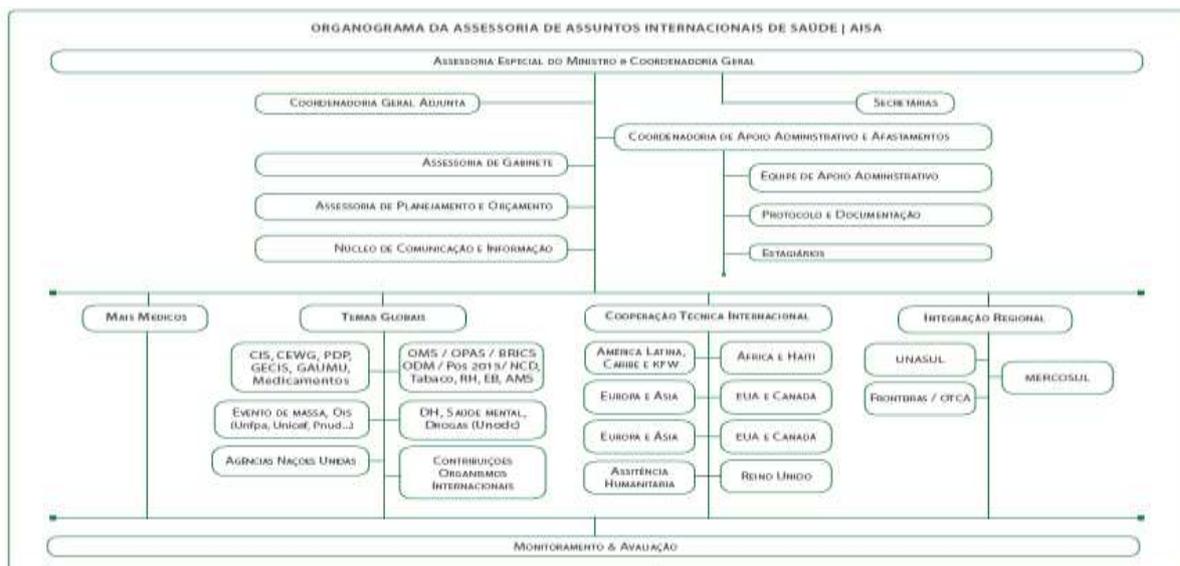
No âmbito do MS, a AISA é o órgão responsável pela coordenação dos projetos de cooperação que o Brasil mantém em parceria com a ABC em benefício de outros países. No âmbito dessa parceria, cabe destacar que, durante o governo Lula, devido ao alto número de projetos executados que chegou a mais de 100, foi criada uma forte relação entre a ABC e a AISA. Em decorrência da queda no financiamento de projetos por parte da ABC, atualmente, a relação entre as duas instituições é menos sinérgica e mais pontual. Outro fato que decorre da diminuição do financiamento de projetos por parte da ABC é que atualmente o Ministério da Saúde já considera buscar alternativas para poder realizar novos projetos de Cooperação Sul-Sul, de forma a não depender do financiamento da Agência do Ministério das Relações Exteriores para tal. Em algumas ocasiões, o MS já custeou com recursos próprios a participação de seus técnicos em missões de cooperação de projetos da ABC, que a Agência não pôde pagar. Para cooperar com a América Latina, a AISA estuda a possibilidade de

realizar parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e para a África com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

A figura abaixo (Figura 1) apresenta o organograma da AISA que, além da Assessoria Especial do Ministro e da Coordenação Geral da Assessoria, está dividida em quatro macro áreas:

1. **Mais Médicos:** É responsável pelas ações do Programa Mais Médicos;
2. **Temas Globais:** É responsável pela participação do Ministério nas discussões internacionais acerca dos mais diversos temas da saúde e a sua atuação junto a organismos internacionais;
3. **Cooperação Técnica Internacional:** É responsável pelas ações de cooperação técnica prestada e recebida pelo Ministério;
4. **Integração Regional:** É responsável pelas ações do Ministério no âmbito das organizações regionais latino-americanas e pelas ações de saúde na região das fronteiras.

Figura 1: Organograma AISA



Fonte: MS, 2014c.

Capítulo 3 – As relações com a África e a cooperação brasileira entre 2003 e 2014

3.1 Relações Brasil-África

O governo do Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva (2003 – 2010) retomou fortemente a política externa brasileira para a África, revertendo um cenário existente desde a década de 1990, quando aquele continente recebeu pouca atenção dos formuladores da política externa brasileira. A ruptura vivida na gestão Lula foi tão significativa que Saraiva (SARAIVA 2010, p.169) afirmou que as medidas tomadas pelo Governo brasileiro “*seems to be closer to a State policy and tends to overcome some of the reasons for historical oscillations considering Brazil’s path in the South Atlantic area*”. Segundo o autor, realismo e idealismo foram altamente balanceados de forma a dar apoio à “*foreign policy conducted by our national State in relation to its Atlantic boundaries*” (SARAIVA, 2010, p.169).

A partir de 2013, foi retomada, ainda que de forma tímida, uma tendência iniciada alguns anos antes, de aproximação dos países do Sul, ao promover a ascensão, dentro do Itamaraty, da corrente de pensamento autonomista³². Segundo Lima (LIMA, 2007, p.13-14, apud. GONÇALVES, 2011) esta corrente “tem uma percepção distinta da ordem internacional e da estratégia que o Brasil deve adotar para se inserir no mundo”. Essa nova estratégia de inserção internacional pode ser compreendida pelo

[...] componente ofensivo e não defensivo no ordenamento mundial e, em especial pela afirmação da necessidade de articulação da ação coletiva de países intermediários como o Brasil, com vistas à transformação da ordem por via da mudança das normas internacionais vigentes, combinada à construção de polos regionais de poder, contribuindo assim para atenuar a excessiva unipolaridade do sistema internacional (LIMA, 2007, p.13-14).

Segundo essa visão, um mundo mais competitivo abre espaço para um movimento contra hegemônico, em que outras potências médias e países importantes poderiam se tornar

³² Segundo Saraiva (SARAIVA 2008, p. 126-127, apud. GONÇALVES, 2011, p. 14), “duas correntes que sustentam diferentes visões sobre a inserção internacional do Brasil e sobre temas de cooperação fazem parte do pensamento diplomático brasileiro no seio do Itamaraty, o Ministério das Relações Exteriores do Brasil. A corrente de viés autonomista defende uma projeção mais autônoma do Brasil na política internacional, conferindo maior importância à pretensão brasileira de assumir um assento permanente no Conselho de Segurança da ONU, à busca de um papel de liderança do país na região sul-americana e maior relevância à CSS. A outra vertente é de viés liberal. Confere maior apoio do Brasil aos regimes internacionais vigentes, defende a inserção internacional do país partindo da concepção de soberania compartilhada e busca uma liderança mais discreta na região sul-americana. Com a ascensão de Lula à Presidência, a corrente autonomista ganha maior ênfase na agenda da política externa do país”.

polos de equilíbrio, atenuando a primazia dos Estados Unidos (LIMA, 2007, p.15) nesse campo. Nesse novo contexto, cabe à política externa brasileira:

[...] ser eficaz na defesa de condições mais adequadas aos países em desenvolvimento, para que elaborem políticas públicas que permitam gerar crescimento econômico, consolidar a democracia e, por consequência, combater a pobreza, a exclusão social e a fome. Enfim, caberia consolidar o consenso global de um multilateralismo compatível com os objetivos de desenvolvimento (OLIVEIRA, 2005, p.2).

O modelo de cooperação tradicionalmente adotado pelo Brasil consolidou-se entre meados da década de 1990 e os anos 2000. Nesse período, a cooperação técnica foi elevada a um dos temas prioritários da Política Externa Brasileira, passando a envolver na sua execução o Governo Federal, estados, municípios, sociedade civil, instituições de pesquisa e do setor privado.

Um dos responsáveis pela ampliação das relações com o continente africano, o então Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, chegou a afirmar, em 2009, que o Brasil tinha “um compromisso de longo prazo com a África” (AMORIM, 2009, p. 5). Para Amorim (AMORIM, 2009, p. 5), “uma das formas pelas quais esse compromisso melhor se expressa é por meio de uma cooperação técnica que busca semear capacidade para o desenvolvimento”.

Como exemplo de ações que contribuíram para o fortalecimento das relações diplomáticas com o continente africano, podem ser citadas as parcerias com a União Africana³³ e com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa³⁴. Essas organizações mantêm acordos de cooperação técnica com o Governo brasileiro, que permitem a realização de ações de cooperação entre o Brasil e os seus estados membros.

Na primeira década do século XXI, o Brasil foi (dentre os países emergentes) um dos principais prestadores de cooperação técnica aos países em desenvolvimento

³³ “O diálogo institucional do Brasil com a União Africana foi estabelecido formalmente, em 2005, com a reabertura de Embaixada residente em Adis Abeba e credenciamento do Embaixador junto à Comissão. Iniciativas como a organização de duas Conferências de Intelectuais da África e da Diáspora e o estabelecimento das Cúpulas América do Sul-África (ASA) atestam a vitalidade da parceira Brasil-UA. Em fevereiro de 2007, Alpha Compare, então Presidente da Comissão da UA, realizou visita oficial ao Brasil. No mesmo ano foi assinado o Acordo-Quadro de Cooperação Técnica bilateral. Em julho de 2009 o Presidente Lula da Silva compareceu, como convidado especial, à XIII Sessão da Assembleia da UA, realizada em Sirte, na Líbia. Na ocasião foram assinados Ajustes Complementares ao Acordo-Quadro acima mencionado nas áreas de agricultura e desenvolvimento social. Em seu discurso, o Chefe de Estado brasileiro formulou proposta, respaldada pela Assembleia, de realização no Brasil de encontro de ministros da agricultura brasileiros e africanos com o objetivo de “aprofundar as possibilidades de parceria da revolução agrícola” ocorrida no Brasil” (MRE, 2014).

³⁴ Composta originalmente por cinco países africanos (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe).

especialmente aos países africanos, considerados prioritários em sua política externa.

Essa crescente atuação do país junto aos vizinhos latino-americanos e aos africanos fez com que o país passasse a chamar a atenção da comunidade internacional como “um ator emergente na chamada cooperação internacional para o desenvolvimento, tendo recebido crescente atenção por parte de atores da chamada comunidade internacional de doadores” (IPEA, 2010). Em um artigo de 2010, a revista *The Economist* afirmou que o “*Brazil is fast becoming one of the world's biggest providers of help to poor countries*” (ECONOMIST, 2010). O artigo trouxe informações sobre a cooperação prestada pelo Brasil durante o mandato do presidente Lula da Silva, período em que houve um aumento dos valores destinados pelo Governo Brasileiro à cooperação internacional, que podem ser traduzidos em ações de cooperação técnica, doações a organismos multilaterais, bolsas de estudos para estrangeiros e ajuda humanitária.

No período em análise, houve um incremento significativo da cooperação prestada pelo Brasil. A África passou a ser o destino de cerca de 54% dos recursos da cooperação cedida pelo Brasil através da ABC (ABC, 2013a). O continente foi um dos mais contemplados pela cooperação brasileira, se tornando num importante parceiro do Brasil. Para se ter uma ideia, nos oito anos de mandato, o presidente Lula visitou a África 28, sendo que o fez 19 vezes durante o seu primeiro mandato (MRE, 2011). Já a presidente Dilma a presidente realizou somente 7 visitas oficiais ao continente, até julho de 2014 (PRESIDÊNCIA, 2011, 2012, 2013 e 2014).

Atualmente, o Brasil possui embaixadas em 37 dos 54 países africanos, sendo que, destas, 19 foram inauguradas entre os anos 2003 e 2010. As relações com a África foram tão fortalecidas, que “entre os países não africanos, o Brasil só possui menos embaixadas no continente do que Estados Unidos (com 49 missões), China (48), França (46) e Rússia (38)” (BBC, 2011). Isso significa que o Brasil possui mais embaixadas na África do que outros dois países emergentes que têm buscado estreitar as relações com o continente, a Índia (com 27 embaixadas) e a Turquia (com 31 embaixadas) (BBC, 2011).

Os laços históricos do Brasil com a África e as semelhanças entre desafios enfrentados por esses países e os que o Brasil ainda enfrenta (ou enfrentou há poucas décadas), está entre as razões que contribuíram para que o continente se tornasse o principal receptor de projetos de cooperação técnica financiados pela ABC no período em análise.

3.2 A cooperação brasileira em saúde com a África

A partir de 2003, o Brasil consolidou-se como um dos mais importantes atores no campo da saúde internacional. O país aumentou a prestação de cooperação técnica aos seus pares em desenvolvimento nas mais diversas áreas da saúde. Realizou, ainda, diversas ações que contribuíram para o aumento de sua importância internacional nessa área. Conforme relata Buss (BUSS, *et al* 2011, p. 254 e 255), o país manteve

[...] ativa participação em organismos multilaterais da saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Na OMS, ocupou uma das 34 cadeiras do Comitê Executivo no triênio 2004-2007, sendo reeleito para o triênio 2008-2011. Por sua crescente importância política e econômica, muitos temas de saúde, como a questão dos medicamentos, são tratados em agências como a OMC e a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (Ompi), nas quais o Brasil tem defendido claramente a predominância da saúde sobre o comércio e dos pacientes sobre as patentes.

Outros exemplos importantes da atuação do Brasil no campo da diplomacia da saúde se refletiram nas demandas por cooperação. Conforme enumera Buss (BUSS *et al* 2011, p. 254 e 255):

[...] a) a elaboração da Convenção-Marco para o Controle do Tabaco; b) a Declaração de Doha e o Acordo Trips e Saúde Pública; e c) a recente constituição do Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual no âmbito da OMS (WHO, 2008). Alcazar (2008) analisou as ações recentes do Brasil no campo da diplomacia da saúde, incluindo os eventos mencionados, classificando-as como um “giro copernicano”, na medida em que a política externa, na área de conexão entre comércio e saúde, passou a ser vista e priorizada pela lente e pelos interesses da saúde e não do comércio.

Tendo em vista os grandes problemas sociais e seus impactos na área da saúde dos países em desenvolvimento, a saúde concentra alguns dos principais programas da Cooperação Sul-Sul brasileira. Exemplo disso foi que, em reunião de embaixadores do Brasil na África Central e PALOP com o presidente da República, realizada em Brasília, em fevereiro de 2009, “as demandas em saúde foram as mais reportadas pelos diversos postos nos 25 países da região” (BUSS *et al* 2011, p. 255). A cooperação prestada na área da saúde é diversa, resultado principalmente em demandas que se concentram em doenças como malária

e HIV/AIDS, geralmente respondidas pelas estruturas do Ministério da Saúde” (BUSS *et al* 2011, p. 255).

Sob a coordenação da ABC e em parceria com o Ministério da Saúde, foram executados um número sem precedente de projetos/ações na área da saúde em favor dos países africanos³⁵. Tendo como premissa o fortalecimento das iniciativas regionais e focada em grupos de países, a cooperação brasileira em saúde prioriza o alcance de metas e objetivos traçados conjuntamente, visando resolver/superar problemas/desafios semelhantes, de maneira coletiva. Exemplo desse modelo de cooperação pode ser observado no âmbito da CPLP (onde há uma forte cooperação entre os países membros, através do seu Conselho de Ministros da Saúde), cuja maioria dos países são africanos e a implementação da fábrica de medicamentos e antirretrovirais de Moçambique.

A África é um dos continentes que sofre com os maiores casos de epidemias e doenças em todo o globo, exemplo disso é que “mais de 50% dos africanos sofrem de doenças de vector hídrico como a cólera e a diarreia infantil” (UNRIC, 2014) e que a “cada 30 segundos (...), uma criança africana morre devido à malária” (UNRIC, 2014). Anualmente, as Doenças Tropicais Negligenciadas – DNT³⁶, fazem milhares de vítimas no continente. Nesse sentido,

[...] estima-se que metade do fardo das DTN esteja em África e que nos 47 países da Região Africana da OMS, são endêmicos para pelo menos uma das 17 doenças constantes da lista da OMS de DTN. Na realidade, 37 dos Estados-Membros (79%) têm uma combinação de pelo menos cinco destas doenças, algumas das quais afectam principal ou exclusivamente o continente Africano” (HWO, 2013) .

Nos últimos anos, “a África tem apresentando forte crescimento econômico, os seus países têm estado frequentemente entre os de mais rápido crescimento do mundo” (WORLD BANK, 2013) e “quase um terço dos países da região está (...) crescendo a uma taxa de 6%” (WORLD BANK, 2013). Apesar dos avanços sociais e econômicos vividos na última década, o continente ainda tem os piores índices de desenvolvimento, que são perpetuados, entre outros fatores, pela forte desigualdade social. Quase um em cada dois africanos vive em pobreza extrema (WORLD BANK, 2013), em um continente em que mais de 40% da população (UNRIC, 2014) não têm capacidade de obter diariamente os alimentos necessários

³⁵ Mais notadamente os da América do Sul e da CPLP.

³⁶ “As doenças negligenciadas são um grupo de doenças tropicais endêmicas, especialmente entre as populações pobres da África, Ásia e América Latina. Juntas, causam entre 500 mil e 1 milhão de óbitos anualmente. As medidas preventivas e o tratamento para algumas dessas moléstias são conhecidos, mas não são disponíveis universalmente nas áreas mais pobres do mundo. Em alguns casos, o tratamento é relativamente barato” (VALVERDE, Ricardo, 2014).

à subsistência. Os problemas sociais e as questões de saúde na África formam um ciclo vicioso, que contribui para a perpetuação da pobreza de milhões de pessoas.

O caótico panorama da saúde na África é um dos fatores que mais influenciam para que os seus países sejam grandes receptores de cooperação internacional, especialmente os localizados na África Subsaariana, a região mais pobre do mundo e a que recebe o maior volume de Assistência Oficial ao Desenvolvimento (UNDP, 2011). Na região estão presentes diversas agências multilaterais do Sistema ONU e agências bilaterais de cooperação.

Para o Ministério da Saúde, a cooperação horizontal está fortemente representada pelos projetos de cooperação técnica, financiados pela ABC e mantidos com os países em desenvolvimento (a forte relação institucional entre o MS e o Itamaraty, mais notadamente entre 2003 e 2010, contribuíram para realização dos referidos projetos). Esses projetos permitem que o MS realize um intercâmbio de experiências com os seus parceiros, ao apoiá-los no fortalecimento dos seus sistemas de saúde pública. Além disso, por sua natureza, os projetos podem contribuir para que seja construída uma relação de médio e longo prazo com os países receptores. Durante a sua execução, os técnicos brasileiros vão a campo nos países receptores e os técnicos estrangeiros vêm ao Brasil, buscando encontrar soluções conjuntas aos desafios de saúde dos receptores da cooperação. As parcerias que se constroem durante a execução desses projetos usualmente se reproduzem em outros espaços, como as reuniões e fóruns internacionais temáticos, quando são votadas convenções internacionais e definidas ações prioritárias regionais no campo da saúde (aspecto que confere aos projetos de cooperação prestada um viés estratégico para o MS).

Tendo em vista os problemas de saúde enfrentados na África, esta foi a área para a qual os países da região mais solicitaram a cooperação brasileira e numa das quais mais a receberam durante os anos de 2003 e 2014.

Capítulo 4 – A cooperação técnica em saúde na África financiada pela ABC entre os anos 2003 e 2014

A partir de 2004, a ABC teve o seu orçamento incrementado para possibilitar a expansão de suas ações de CTPD. Entre os anos de 2003 e 2009, o orçamento anual da ABC passou de US\$ 17.555.324 para US\$ 48.872.380 (ABC, 2013a). Em 2010, o orçamento da Agência caiu para pouco mais de US\$ 27 milhões e, em 2011, para US\$ 23 milhões (BRASIL, 2011) e a tendência de queda seguiu até 2014.

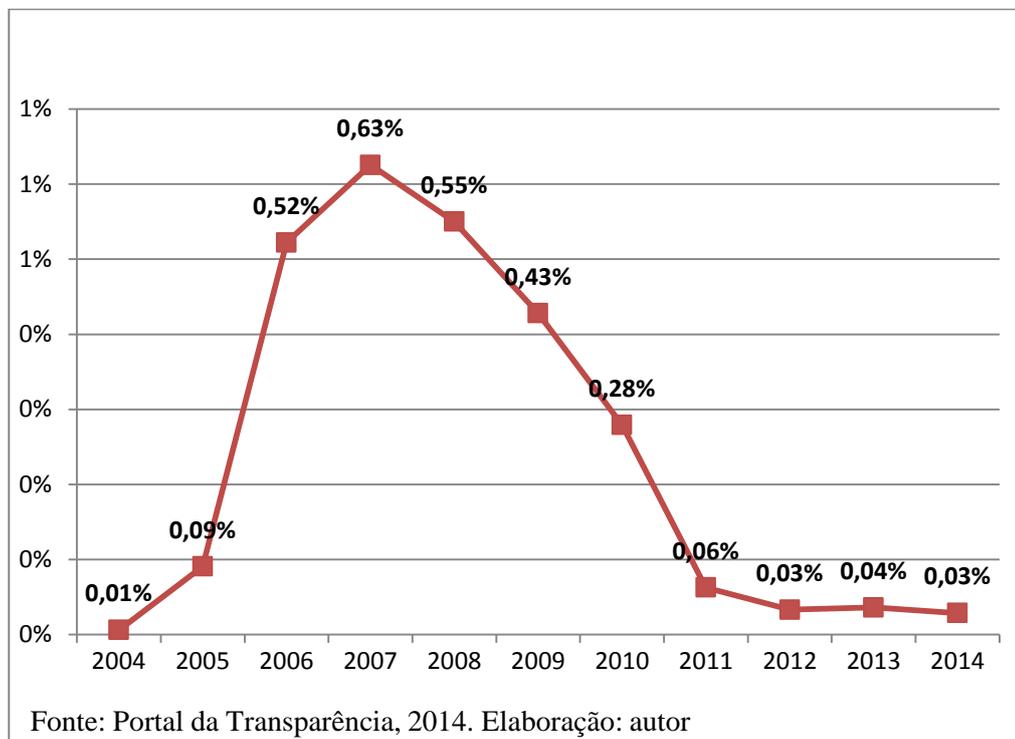
A queda de 2011 foi reflexo do corte orçamentário sofrido pelo MRE, que naquele ano teve um orçamento de R\$ 938.220 milhões (BRASIL, 2012). O referido corte orçamentário atingiu todas as instituições do Governo Federal e teve como um dos principais alvos os gastos com passagens e diárias (BRASIL 2011), tendo sido motivado, principalmente, pelo agravamento da crise financeira internacional. Em 2012, o orçamento foi de R\$ 1.176 bilhões (BRASIL 2012), tendo recebido acréscimo de R\$ 151 milhões a mais do que havia sido previsto no orçamento da União em 2011 (BRASIL 2012). Apesar do aumento do orçamento do Itamaraty em 2012, o orçamento da ABC sofreu outro corte caindo para R\$ 36 milhões naquele ano, valor que foi mantido em 2013 (FLECK, 2013). Ainda não há dados sobre o orçamento da Agência em 2014, mas a tendência de queda no orçamento foi mantida.

A participação do orçamento da ABC no orçamento do MRE também sofreu uma forte oscilação no período analisado, conforme pode ser observado no Gráfico 1. Em 2004, o orçamento da Agência representava 0,01% do orçamento do Itamaraty; em 2005, o valor subiu para 0,09%; em 2006, teve um novo aumento, chegando a 0,52%; e, em 2007, atingiu o seu ápice durante o período analisado, chegando a 0,63%. A partir de 2008, a participação do orçamento da ABC no orçamento do MRE sofreu uma pequena queda para 0,53%. A tendência foi se intensificando nos anos seguintes até 2013, quando houve uma pequena recuperação, chegando a 0,04%. Em 2014, houve uma nova queda para 0,03%, a mesma participação de 2012, ambas as menores desde 2005. A maior queda da participação do orçamento da ABC no orçamento do Itamaraty ocorreu entre 2010 e 2011, quando ela foi de 0,28% para 0,06%.

Um dos aspectos que contribuíram para o corte orçamentário da Agência é que, entre 2011 e 2014, o país enfrentou uma crise financeira internacional, que levou à realização de cortes em todo o orçamento do Governo Federal. No entanto, cabe destacar que este fato

isoladamente não explica os cortes orçamentários impostos à ABC, ele se deve, principalmente, à perda de importância da Agência.

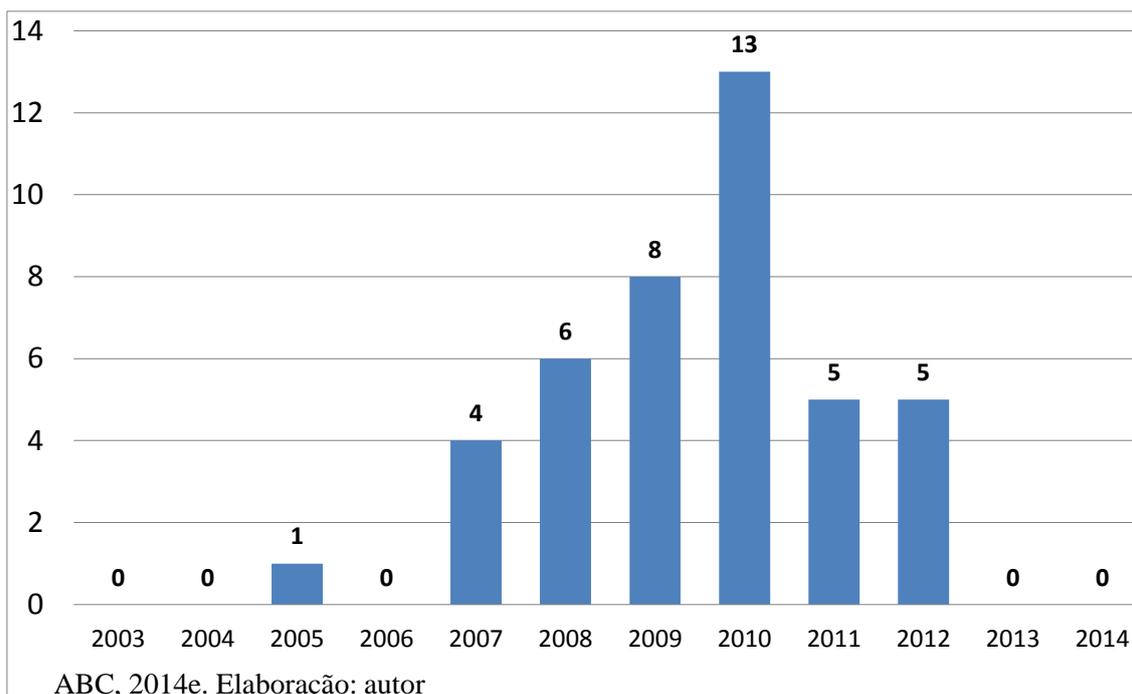
Gráfico 1 – Participação do Orçamento da ABC no Orçamento do MRE, 2004-2013 (%)



*Nota: Dados relativos a 2003 não estavam disponíveis no momento de realização desta pesquisa.

Conforme pode ser visto no Gráfico 2, entre 2003 e 2014, foram assinados 42 projetos de cooperação técnica em saúde com a África, pela ABC, em parceria com o MS. Entre 2003 e 2006, foi assinado apenas um projeto, o que ocorreu em 2005. Já, entre 2007 e 2010, foram assinados 13 projetos. Nos anos de 2007, 2008 e 2009, foram assinados respectivamente 4, 6 e 8 projetos. Em 2011 e 2012, foram assinados 5 projetos na área da saúde. Já em 2013 e 2014, não foram assinados novos projetos.

Gráfico 2 – Número de projetos de cooperação em saúde com países africanos assinados pela ABC (2003-2014)



Cabe notar que, em 2011, a ABC mudou algumas de suas regras, passando a adotar alguns procedimentos que tiveram como resultado a diminuição da execução dos seus projetos. Como exemplo dessas mudanças, pode-se citar a exigência de que as missões de execução dos projetos sejam agendadas com, no mínimo, 3 meses de antecedência. Para a realidade de alguns países, principalmente os mais pobres, há certa dificuldade em agendar atividades e confirmar o nome dos seus representantes que estarão envolvidos nas mesmas com tamanha antecedência. Normas como essas contribuíram para que alguns projetos passassem mais de um ano sem ter atividades executadas.

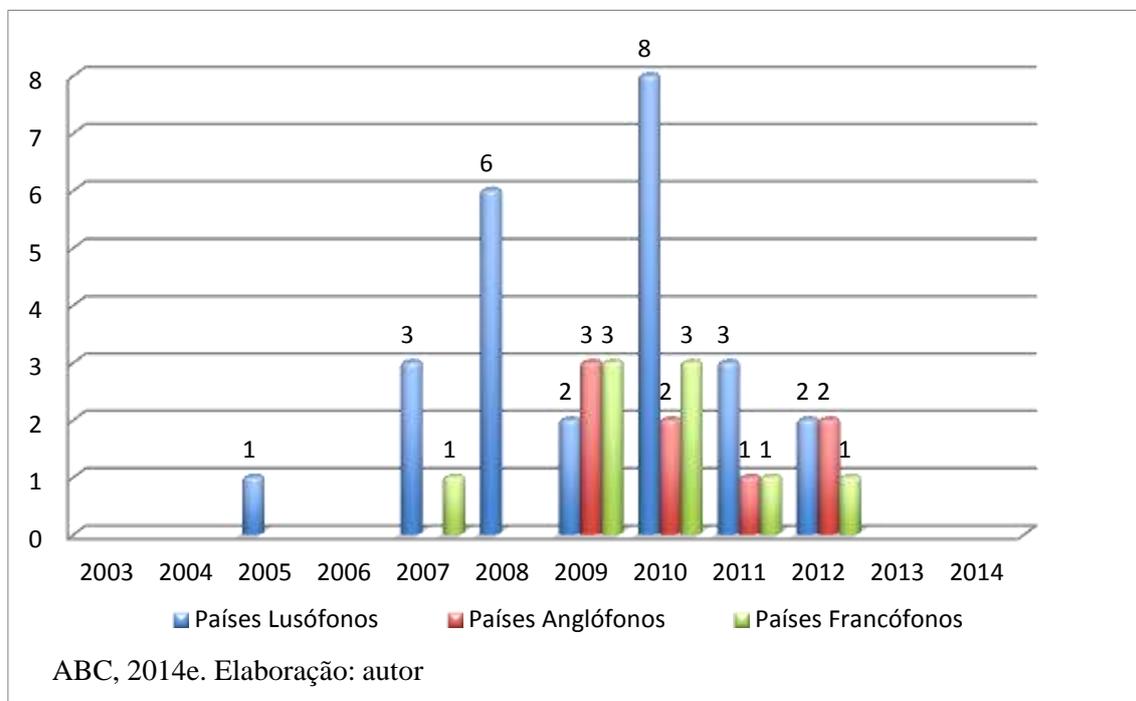
Dessa forma, muitos projetos que não tem atividades executadas por mais de um ou dois anos são artificialmente mantidos como em execução, dando uma impressão equivocada de que aqueles projetos estão sendo efetivamente realizados. No entanto, conforme explicado no Capítulo 1, a Agência utiliza-se de mecanismos como a renovação de projetos, para evitar os constrangimentos diplomáticos que podem advir do cancelamento de um projeto, tendo em vista que estes têm caráter de acordos internacionais. Com isso, há uma manutenção artificial de projetos sem atividades no portfólio da Agência e a existência de um projeto listado como “em execução” não significa, necessariamente, que esse status condiz com a realidade.

No âmbito da cooperação em saúde com África realizada pelo MS em parceria com a ABC, houve forte preponderância na celebração de projetos com países lusófonos no período em análise. Conforme o Gráfico 3, entre 2003 e 2014, foram assinados 27 projetos com os

PALOPs, sendo que a maior parte destes (19) foram assinados entre 2007 e 2010. Os países francófonos foram destinatários de 10 projetos entre 2003 e 2014 e os países anglófonos de 6 projetos.

Ainda de acordo com o Gráfico 3, não foram assinados novos projetos com a África nos anos de 2003, 2004 e 2006. Em 2005, foi assinado 1 projeto com um país lusófono e nenhum com os países francófonos e anglófonos. Em 2007, foram assinados 3 novos projetos com os países lusófonos, 1 com um país francófono e nenhum com países anglófonos. Em 2008, somente foram assinados projetos com países francófonos. Em 2009, foram assinados 2 projetos com os países lusófonos, 3 projetos com os países francófonos e 3 com os países lusófonos. Em 2010, foram assinados 8 projetos com os países lusófonos, 3 com os países francófonos e 2 com os anglófonos. Em 2011, os países lusófonos foram contemplados com 3 novos projetos, os países francófonos com 1 novo projeto e os anglófonos também com 1 novo projeto. Em 2012, os países de língua portuguesa foram contemplados com 4 novos projetos e os francófonos com 2 novos projetos. Em 2013 e 2014, não foram assinados novos projetos com os países africanos em saúde no âmbito da parceria ABC – MS.

Gráfico 3 – Número de projetos de cooperação em saúde entre Brasil e países africanos assinados por língua oficial dos países beneficiados (2003-2014)

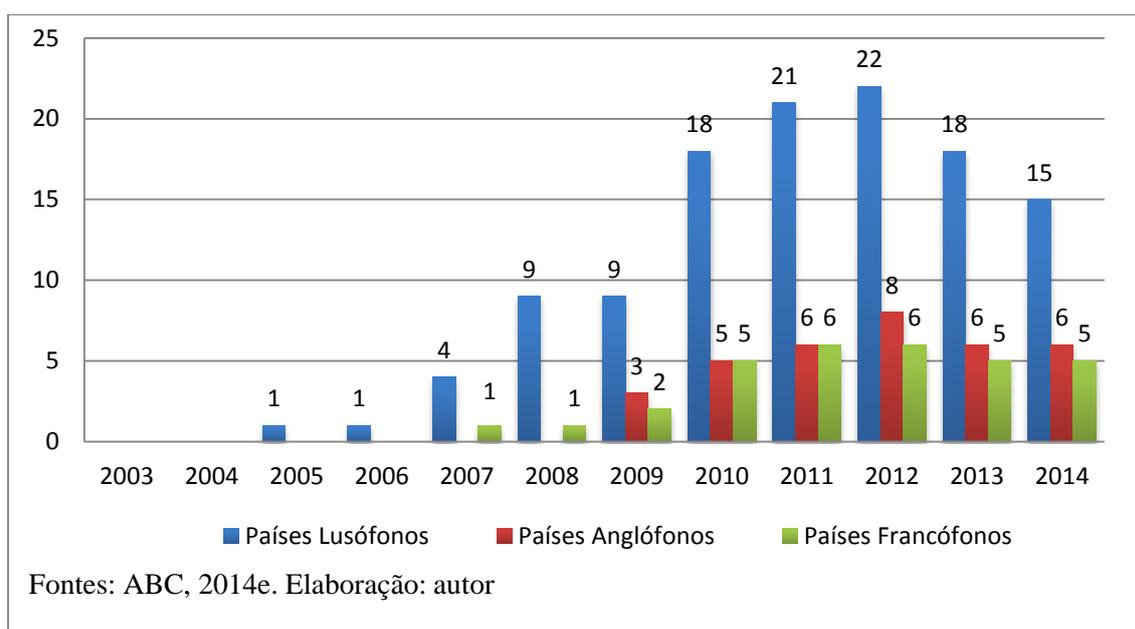


Conforme pode ser verificado no Gráfico 4, em 2004 e em 2005 havia apenas 1 projeto em execução, o qual estava sendo executado em um PALOP. Em 2007, havia 5 projetos em execução, dos quais, 4 estavam sendo realizados nos PALOPs e 1 estava sendo executados em um país francófono. Em 2008, havia 10 projetos em execução, dos quais 9 estavam sendo executados nos países africanos de língua portuguesa e 1 em um país francófono. Em 2009, havia 14 projetos em execução, sendo que, destes, 9 estavam sendo executados nos países lusófonos, 2 nos países francófonos e 3 nos países anglófonos. Em 2010, eram 28 projetos em execução, dos quais, 18 estavam sendo executados nos PALOPs e os outros 10 estavam divididos igualmente entre os países anglófonos e francófonos. Em 2009, havia 14 projetos em vigor; em 2008, 10 projetos; em 2007, havia 5 projetos; em 2006 e em 2005, somente havia 1 projeto. Não há registro de projetos em execução em 2003 e 2004.

Vale notar que é natural que os PALOPs tenham sido os maiores receptores da cooperação em saúde prestada pelo MS em coordenação com ABC na África, tendo em vista se tratarem de países prioritários para a Política Externa Brasileira, conforme relatado anteriormente neste capítulo.

Adicionalmente, cabe ressaltar que, conforme indicado nos gráficos anteriores, não houve assinatura de projetos em 2013 e 2014. Nesse sentido, os projetos vigentes nesses anos foram assinados em anos anteriores.

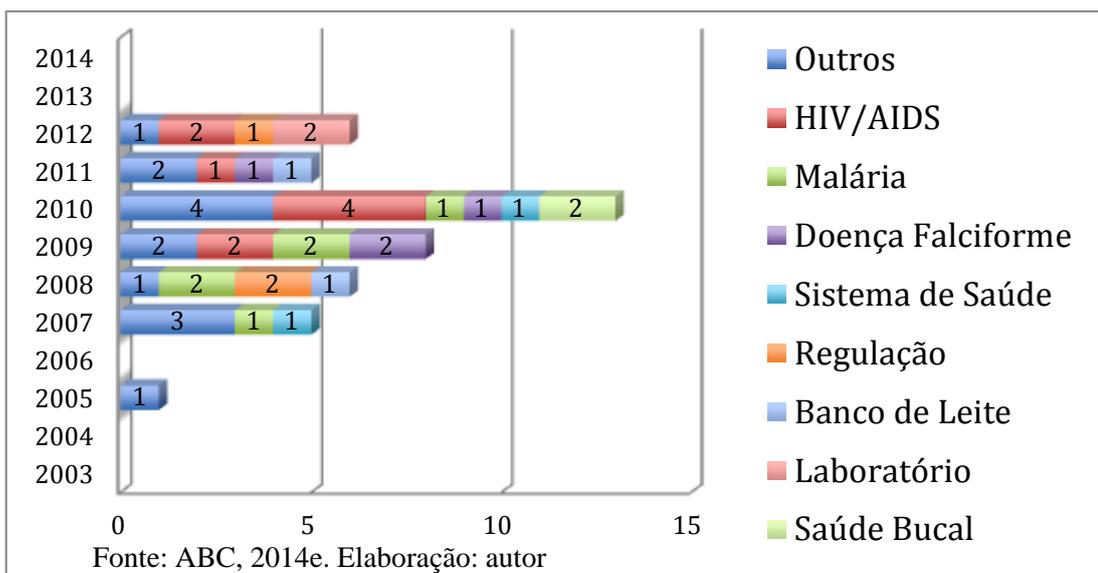
Gráfico 4 – Número de Projetos de cooperação em saúde entre Brasil e países africanos em execução por língua oficial dos países beneficiados (2003-2014)



A partir da análise do número de projetos executados pelo MS na África entre 2003 e 2014, por área temática, apresentados no Gráfico 5, é possível traçar um perfil da cooperação brasileira em saúde naquele continente no período em análise. A área de HIV/AIDS foi o campo da saúde que mais teve projetos assinados entre 2003 e 2004, totalizando 9 projetos. Destes, 2 foram assinados em 2009, 4 em 2010, 1 em 2001 e 2 em 2012. A área que teve o segundo maior número de projetos assinados no período foi a Malária, com um total de 8 projetos: 1 em 2007, 2 em 2008, 2 em 2009 e 1 em 2010. Em terceiro lugar, com o maior número de projetos assinados, ficaram as áreas de Doença Falciforme e Regulação, com 3 projetos cada. Doença Falciforme com 2 projetos assinado em 2009 e 1 projeto assinado em 2011; e Regulação com 2 projetos assinados em 2008 e 1 projeto assinado em 2012. Por fim, em quarto lugar referente ao número de projetos assinados estão as áreas de Sistema de Saúde, Banco de Leite e Saúde Bucal, com 2 projetos cada. A área de Sistema de Saúde teve 1 projeto assinado em 2007 e outro em 2011; a área de Banco de Leite teve 1 projeto assinado em 2008 e outro em 2011; e a área de Saúde Bucal teve 2 projetos assinados em 2010.

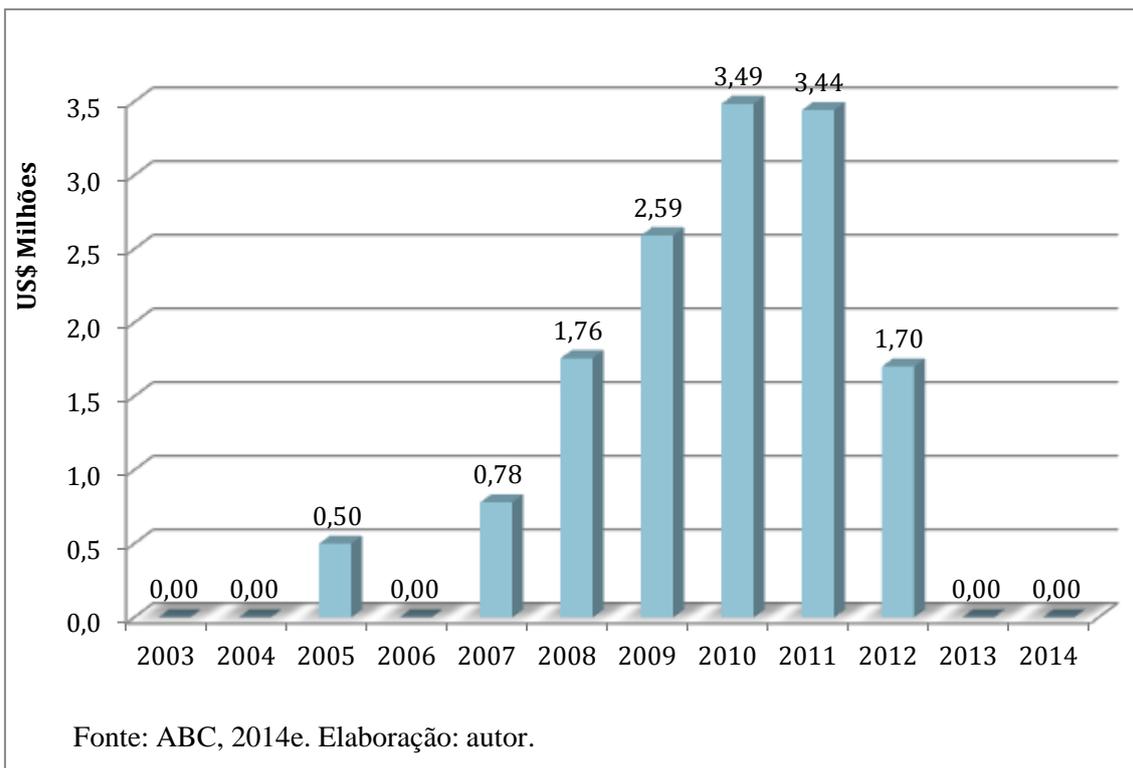
Cabe esclarecer que a área “Laboratório” refere-se a projetos relacionados a laboratórios de saúde pública. A área “Regulação” refere-se aos projetos que objetivam o fortalecimento do sistema de regulação farmacêutica e sanitária nos países que recebem a cooperação. Já a área de “Sistema de Saúde” está relacionada aos projetos no campo mais amplo da saúde pública dos países receptores da cooperação, estando focados em questões macro, como a formulação e implementação de políticas no âmbito dos seus sistemas de saúde pública.

Gráfico 5 – Número de projetos de cooperação em saúde entre Brasil e países africanos segundo áreas temáticas (2003-2014)



Conforme pode-se verificar no Gráfico 6, durante o período analisado, houve um aumento dos aportes financeiros nos projetos assinados a cada ano, com exceção de 2006. Em 2003 e 2004, não foram assinados projetos e, em 2005, o projeto assinado tinha o valor aproximado de US\$ 500 mil. Em 2006, não há registro de projetos assinados, no entanto, a partir de 2007, o valor cresce significativamente até 2010. Naquele ano, foram assinados 4 projetos (Gráfico 2) no valor de aproximadamente US\$ 780 mil; em 2008, o valor mais do que dobrou, subindo para US\$ 1,76 milhão, com a assinatura de 6 projetos (Gráfico 2); em 2009, o valor subiu novamente, chegando a US\$ 2,59 milhões, referentes à assinatura de 8 projetos (Gráfico 2); e, em US\$ 2010, subiu novamente, chegando a US\$ 3,49 milhões, com a assinatura de 13 novos projetos (Gráfico 2).

Gráfico 6 – Compromissos de aportes financeiros pela ABC a projetos de cooperação em saúde com países africanos (2003-2014)



Entre 2003 e 2014, a ABC foi uma das instituições que contribuiu para promoção da cooperação técnica prestada pelo Brasil aos países em desenvolvimento. Ela coordenou centenas de projetos executados nos cinco continentes do globo por instituições brasileiras que, na sua maioria, eram públicas. O seu enfraquecimento orçamentário e político (fortemente relacionados), mais notadamente a partir de 2011, leva à reflexão sobre as razões que motivam esta mudança (que vão além da crise financeira), o futuro da cooperação técnica brasileira e, mais especificamente, da cooperação técnica em áreas como a saúde, que, tradicionalmente, esteve entre os principais temas dos projetos financiados pela ABC.

Capítulo 5 – Conclusão e considerações finais

O presente trabalho analisou o comportamento da cooperação técnica brasileira em saúde, no que tange aos projetos financiados pela Agência Brasileira de Cooperação e realizados pelo Ministério da Saúde no continente africano durante o período compreendido entre os anos de 2003 e 2014.

Para alcançar o seu objetivo, o autor optou por uma análise ampla e sistêmica sobre o tema da cooperação internacional, da Cooperação Sul-Sul e da cooperação em saúde. Para tal, foram estudados o seu histórico, suas principais características e objetivos e a visão e o entendimento de autores e estudiosos brasileiros e estrangeiros acerca destes temas. O autor entendeu que essa abordagem permitiria situar a cooperação brasileira e, mais especificamente, a cooperação brasileira em saúde num contexto global. Nesse sentido, abordou, ainda, temas como: o conceito de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento; a função da cooperação no sistema global; o conceito de Cooperação Sul-Sul; os conceitos de Saúde Global e Diplomacia da Saúde; e o papel da Cooperação Sul-Sul no âmbito da política externa brasileira.

Tendo em vista o foco dado aos projetos de cooperação em saúde financiados pela ABC, este trabalho discutiu, ainda, o papel dessa Agência, seu funcionamento e modelo de gestão de projetos, o seu relacionamento com as instituições executores dos projetos que financia, em especial com o MS, e as principais características da cooperação que financia. Considerando o período (2003 a 2014) e a região geográfica (África) estudados, foram apresentados alguns dados sobre as relações entre o Brasil e o continente africano e, por fim, o perfil da cooperação realizada pelo MS, em parceria com a ABC, no período analisado.

A partir de 2003, houve um aumento no orçamento da ABC, tendência que começou a mudar em 2008 e que mudou drasticamente a partir de 2011, quando ocorreu uma forte queda nos recursos financeiros da Agência, gerando significativa redução no número de novos projetos assinados e no número de projetos vigentes. A queda na participação do orçamento da ABC no orçamento do MRE, que ocorreu a partir de 2011, sinaliza que a cooperação técnica financiada pela Agência tem sido cada vez menos usada pelo Itamaraty como um instrumento política externa. Desta forma, conclui-se que as alterações orçamentárias sofridas pela Agência refletem não apenas os impactos da crise internacional, mas também a diminuição da importância da ABC e, provavelmente, da Cooperação Técnica Internacional na agenda do Ministério das Relações Exteriores.

Também é possível identificar um reflexo dos cortes orçamentários impostos à ABC na cooperação técnica realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agência. Nos últimos anos, o MS passou a custear atividades de projetos, cuja execução a ABC não podia mais financiar, tendo como principal critério para a escolha destas atividades o seu interesse na manutenção de relações positivas com as instituições homólogas dos países parceiros.

O Ministério da Saúde estuda alternativas para continuar a prestar cooperação técnica sem depender do orçamento da ABC. Dessa forma, ele poderá pactuar novos projetos de cooperação Sul-Sul e dar continuidade à execução dos projetos que mantém com outros países e que tiveram a sua implementação prejudicada pelos cortes orçamentários sofridos pela Agência. No entanto, apesar de, atualmente, o Ministério da Saúde realizar ações de cooperação internacional que vão além dos projetos financiados pela ABC, ele ainda não dispõe de instrumentos que lhe permitam prestar cooperação de maneira semelhante à que realiza no âmbito da parceria com aquela Agência. Sendo assim, espera-se que nos próximos anos surjam mecanismos mais robustos de cooperação dentro do próprio Ministério.

Com vistas a superar os desafios referentes à perda de poder político e financeiro da ABC e, em especial, à atual interrupção de atividades importantes para a estratégia e os objetivos do Brasil no âmbito da cooperação técnica brasileira em saúde no continente africano, considera-se importante que o Ministério da Saúde busque soluções alternativas ao atual modelo de centralização da coordenação e do financiamento de projetos de cooperação internacional na ABC.

Uma das possíveis alternativas seria o Ministério assumir parte dos custos dos projetos. Para tanto, seria necessário fazer o mapeamento de todos os projetos de cooperação vigentes que contam com o financiamento da ABC, realizar um levantamento de todas as atividades e projetos pendentes de execução, estimar o valor necessário para executá-los. Em paralelo, é necessário definir quanto o MS poderá aportar para viabilizar a execução dos projetos. Após esse exercício, que deve ser feito sob a coordenação da AISA e em parceria com as Secretarias do MS, deve-se identificar os projetos prioritários.

Feito o levantamento e definido um orçamento, a AISA deve apresentar uma proposta de execução à ABC, considerando a possibilidade de o Ministério dividir custos com a ABC ou, em casos extremos, até mesmo assumir completamente os custos dos projetos. Neste modelo, ainda que os custos sejam compartilhados, continuaria cabendo à Agência usar os meios diplomáticos de que dispõe para possibilitar, logisticamente, a execução dos projetos, especialmente quando houver atividades nos países receptores.

Conforme previamente mencionado, o MS já custeia a execução de atividades de alguns projetos coordenados pela ABC, no entanto, esse custeio ocorre de forma isolada, sem uma coordenação estruturada da AISA ou mesmo uma ampla pactuação com a ABC. Uma parceria entre MS e ABC para realização de projetos com o custeio feito pelo Ministério da Saúde poderia, inclusive, permitir a assinatura de novos projetos de cooperação com os países em desenvolvimento. Este tipo de articulação por parte do MS pode contribuir para fortalecer a sua relação com a ABC, num contexto em que tem havido um afastamento natural e involuntário das duas instituições, especialmente devido à queda na execução de projetos e na negociação de novos projetos.

Essa proposta de parceria entre MS e ABC, por meio da qual seria criado um novo arranjo institucional para a execução de projetos, apresenta semelhanças com a estrutura utilizada no âmbito das cooperações triangulares, quando um ator externo (um país, uma organização internacional, uma universidade ou instituição privada) financia a cooperação entre dois países³⁷. O diferencial é que neste caso a instituição executora (o MS) seria também a financiadora, e caberia à ABC o papel de facilitadora deste processo, articulando o apoio das embaixadas brasileiras.

Além disso, é necessário criar mecanismos e arranjos institucionais institucional para realizar de projetos de cooperação internacional, devido à inexistência de uma legislação nacional que regule a cooperação prestada pelo país. O mecanismo de cooperação adotado atualmente pelo Brasil, que depende da transferência de recursos nacionais para agências do Sistema ONU, tem um efeito danoso sobre a cooperação financiada pelo país, tornando-a mais burocrática e cara do que deveria ser devido às regras das agências e às altas taxas administrativas que lhes são pagas pelos serviços prestados.

A qualificação da cooperação brasileira e a real existência de uma “Cooperação Estruturante”, como defendida por Almeida (ALMEIDA *et al*, 2010, p.28), somente será possível quando o Governo brasileiro criar uma lei que regule a cooperação internacional prestada pelo país. Até que este dia chegue, ela terá seu resultado afetado pela fragilidade do sistema brasileiro de cooperação internacional, que utiliza-se de soluções paliativas, temporárias e muitas vezes embasadas em frágeis arranjos institucionais. Este trabalho defende que o MS, ABC e outras instituições federais que praticam ações de Cooperação Sul-Sul deveriam promover um debate mais amplo sobre criação de um arcabouço legal que permitisse ao Brasil prestar cooperação técnica aos países em

³⁷ Cabe registrar que a ABC mantém projetos de cooperação triangular com algumas agências bilaterais de cooperação, a exemplo das agências do Japão, Alemanha, EUA, Inglaterra e também com agências da ONU.

desenvolvimento de forma menos burocrática e mais eficaz.

Por fim, além das recomendações apresentadas acima, é importante ressaltar outra valiosa contribuição deste trabalho, qual seja, buscar entender os recentes acontecimentos no âmbito da cooperação técnica realizada pelo MS em parceria com a ABC, e chamar a atenção dos gestores governamentais, dos “diplomatas da saúde” e da academia, especialmente dos estudiosos da cooperação brasileira e, mais especificamente, da cooperação em saúde, para este fenômeno. Os elementos apresentados neste trabalho, lhe conferem um caráter de leitura introdutória sobre a cooperação internacional, a Cooperação Sul-Sul, a saúde global, a diplomacia da saúde, a cooperação brasileira e a cooperação em saúde prestada pelo país.

Referências Bibliográficas

_____. Via ABC, 2007, p. 15. **Cooperação técnica Brasileira em Saúde.**

ABC, 2013a. **Histórico.** Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/SobreABC/Historico>>. Acesso em 10/07/2013.

_____, 2013b. **Vertentes.** Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Vertentes>>. Acesso em 06/30/2013.

_____, 2014a. **CGPD.** Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/SobreAbc/Direcao/CGPD>>. Acesso em 10/07/2014.

_____, 2014b. **Gerências.** Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/SobreAbc/Direcao/CGPD/Gerencias>>. Acesso em 10/07/2014.

_____, 2014c. **Conceito.** Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Conceito>>. Acesso em 10/07/2014.

_____, 2014d. **Direção.** Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/SobreABC/Direcao>>. Acesso em 18/08/2014.

_____, 2014e. **Pesquisar Projeto Resultado** Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/abcnet/sap/PesquisarProjetoResultado.aspx>>. Acesso em 18/08/2014e.

ABDI, 2009. **Caderno Técnico para Empreendimentos Industriais em Moçambique.**

ADVFN, 2014. **PIB.** Disponível em: <<http://br.advfn.com/indicadores/pib>>. Acesso em 20/12/13.

ALMEIDA, Célia; CAMPOS, Rodrigo de Pires; BUSS, Paulo; FERREIRA, José Roberto; FONSECA, Luiz Eduardo, 2010 , p.25-35. **A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde"**. RECIIS, v.4, n.1.

AMORIM, Celso, 2010. **Entrevista Celso Amorim**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=25:entrevista-celso-amorim&catid=30&Itemid=23>. Acesso em 20/06/14.

AMORIM, Celso, 2009. **A Cooperação Técnica do Brasil para a África**.

_____, 2006 p. 226. **Brazilian Foreign Policy under President Lula (2003-2010): an overview 2010**. Rev. Bras. Polít. Int. 53 (Special Edition).

BARBOSA, Rubens. **Internacionalização das empresas brasileiras**. Disponível em: <http://www.rbarbosaconsult.com.br/artigo_internacionaliza%C3%A7%C3%A3o_das_empresas_brasileiras.asp>. Acesso em 10/09/13.

BARBOSA, P.H.B, 2011. O Brasil e a Embrapa: O viés Instrumental da Cooperação Técnica Horizontal, Brasília: Instituto Rio Branco.

BBC, 2011. **Brasil tem 5ª maior presença diplomática na África**. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2011/10/111017_diplomacia_africa_br_jf.shtml>. Acesso em: 18/04/2013.

_____, 2012. **Dilma reduz pela metade viagens internacionais**. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/02/140212_viagens_dilma_ms.shtml>. Acesso em 10/09/14.

BERG, BERG, ELLIOT J (ED), 1993, p. 1. **Rethinking technical cooperation: reforms for capacity building in Africa**.

BLISS, Katherine E.; BUSS, Paulo; ROSENBERG, Felix, 2012. *New Approaches to Global Health Cooperation: Perspectives from Brazil*. Center for Strategic and International Studies, Washington.

BRASIL, 2012. *Programação Orçamentária 2012*, Brasília: Ministério da Fazenda e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/pronunciamentos/apresentacoes/2012/programacao_orcamentaria.pdf>. Acesso em 12/06/2013.

_____, 2011. *Reprogramação Orçamentária 2011*. Brasília: Ministério da Fazenda e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/impressa/pronunciamentos/apresentacoes/Apresentacao_dos_Ministros_28022011.pdf>. Acesso em 12/06/13.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto., 2011 **Brasil e a Saúde Global**.

Center for Disease Control and Prevention. Mission. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4209.pdf>>. Acesso em 03/09/2013.

CAMPOS, Rodrigo; LIMA, João Brígido Bezerra Lima; GONZALE, Manuel José Forero, 2010, p. 7. **Questões Conceituais e Metodológicas Sobre os Estudos da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional**. Boletim de economia e política internacional/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais. – n.1, (jan./mar. 2010). Brasília: Ipea. Dinte.

COELHO, Luciana; NERY, Natuza. **Esvaziado Itamaraty Passa Por Teste de Fogo**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/53311-esvaziado-itamaraty-passa-por-teste-de-fogo.shtml>>. Acesso em 10/08/2014.

COSTA, Laís; GADELHA, Carlos; MALDONADO, José, 2012. **A perspectiva territorial da inovação em saúde: a necessidade de um novo enfoque**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4209.pdf>>. Acesso em 03/09/2013.

DANESE, Sérgio, 1999. **Diplomacia presidencial: História e Crítica**. Rio de Janeiro: Top Books.

DE TONI, Jackson, 2013. **Novos arranjos institucionais na política industrial do governo Lula: a força das novas ideias e dos empreendedores políticos**. Brasília.

ECONOMIST, The, 2010. *Brazil's foreign-aid programme: Speak softly and carry a blank cheque*. Disponível em: <<http://www.economist.com/node/16592455>>. Acesso em 22/07/2012

DEPARTMENT OF STATE. **Partnerships**. Disponível em: <<http://www.state.gov/r/partnerships/>>. Acesso em 15/04/2014.

DIPLOMATIQUE, Le Monde, 2011. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=910>>. Acesso em 10/08/2013.

ELDEMAN, Richad. *Building private-sector diplomacy*. Disponível em: <http://www.mckinsey.com/insights/corporate_social_responsibility/building_private-sector_diplomacy>. Acesso em 17/03/2014.

ENGSTROM, Par, 2012. **Brazilian Foreign Policy and Human Rights: Change and Continuity under Dilma**. Institute of the Americas, University College London.

FIDLER, David P, 2009. *Health security or health diplomacy? Moving beyond semantic analysis to strengthen health systems and global cooperation*. *Health Policy and Planning*.

FILHO, Valler. 2007, p.69 apud. GONÇALVES, Fernanda, 2011. **Cooperação Sul - Sul e Política Externa**. Rio de Janeiro.

FLECK, Isabel, 2013. **Governo Mudará Agência de Cooperação**. Disponível em: <<https://www.agencia.fiocruz.br/node/71>>. Acesso em 20/09/2013.

GADELHA, Carlos Augusto, 2012. **Desenvolvimento e Saúde**. Disponível em: <<https://www.agencia.fiocruz.br/node/71>>. Acesso em 20/09/2013.

_____. 2006, p. 14. **Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30617.pdf>>. Acesso em 20/08/2013.

GIZ. *Worldwide*. Disponível em: <<http://www.giz.de/en/worldwide/germany.html>>. Acesso em 20/08/2013.

GONÇALVES, Fernanda, 2011. **Cooperação Sul - Sul e Política Externa**. Rio de Janeiro.

IPEIA; ABC, 2010, p. 16. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional**. Brasília.

_____. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2010 / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação**. – Brasília: Ipea: ABC, 2013.

_____, 2010, p. 36. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2010**. Brasília.

KEOHANE, R. O, 1984. *After Hegemony: Cooperation and Discord in the World Political Economy*. Princeton University Press. Princeton, New Jersey.

KICKBUSCH, Ilona; LISTER, Graham, TOLD, Michaela; DRAGER, Nick, 2013. **Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments**, Fora and Cases. New York.

LOPES, Carlos. **Cooperação e Desenvolvimento Humano: A Agenda Emergente para o Novo Milênio**. São Paulo: UNESP, 2005.

LEITE, Iara Costa; SUYAMA, Bianca; WAISBICH, Laura Trajber; POMEROY, Melissa; CONSTANTINE, Jennifer; NAVAS-ALEMÁN, Lizbeth; SHANKLAND, Alex; YOUNIS,

Musab, 2014. **Brazil's Engagement in International Development Cooperation: The State of the Debate**. IDS.

LINDBLOM, Charles, 1984, p. 227, *apud* KEOHANE, R. O, 1984. p. 51. *After Hegemony. Cooperation and Discord in the World Political Economy*. Princeton University Press. Princeton, New Jersey.

LULA, Luíz Inácio, 2010, p. 7. Prefácio. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. – Brasília.

_____, 2007. **A íntegra do discurso de Lula no Congresso**. <<http://noticias.terra.com.br/posse2007/interna/0,OI1326264-EI8127,00.html>>. Acesso em 18/08/2013.

_____, 2003. **Pronunciamento do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na sessão solene de posse no Congresso Nacional**. Disponível em <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos-de-posse/discurso-de-posse-1o-mandato/view>>. Acesso em 18/08/2013.

MILANI, Carlos R, 2011, p. 33. **Política externa brasileira: a política das práticas e as práticas da política. Atores e agendas no campo da política externa brasileira de direitos humanos**.

MRE. **South-South Cooperation Activities Carried out by Brazil**. FUNAG. Brasília, 2007.

_____, 2014. **União Africana**. Disponível em: <www.itamaraty.gov.br/temas/mecanismos-inter-regionais/uniao-africana>. Acesso em 18/07/2014.

_____, 2011, p. 8. **Visitas internacionais do Presidente Lula e visitas ao Brasil de Chefes de Estado e de Chefes de Governo: 2003 a 2011**. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/balanco-de-politica-externa-2003-2010/visitas->

internacionais-do-presidente-lula-e-visitas-ao-brasil-de-chefes-de-estado-e-de-chefes-de-governo-2003-a-2010>. Acesso em: 25/08/2014.

MS. **Gestor, 2013.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=32686>. Acesso em 18/08/2013.

_____, 2014a. **Entenda o SUS.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em 18/07/2014.

_____, 2014b. **Texto Apresentação AISA.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/281-aisa/12-aisa/319-texto-apresentacao-aisa>>. Acesso em 18/07/2014.

_____, 2014c. **Relações Internacionais de Saúde Perspectivas Histórica.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/27/Relacoes-Internacionais-de-Saude-Perspectivas-Historica.pdf>>. Acesso em 22/07/2014.

OECD, 2014a. *The High Level Fora on Aid Effectiveness: A history.* Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/thehighlevelforaonaideffectivenessahistory.htm>>. Acesso em: 25/07/2014.

_____, 2014b. *Task Team on South-South Co-operation.* Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/taskteamonsouth-southco-operation.htm>>. Acesso em: 25/07/2014.

PLANALTO, 2011. **Relatórios da Secretaria de Imprensa.** Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/area-de-imprensa/relatorios-da-secretaria-de-imprensa/viagens-internacionais-2012/view>>. Acesso em: 25/07/2014.

_____. 2013. **Relatórios da Secretaria de Imprensa.** Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/area-de-imprensa/relatorios-da-secretaria-de-imprensa/viagens-internacionais-2013/view>>. Acesso em: 25/07/2014.

PNUD, 2014. **IDH.** Disponível em:
<http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH>. Acesso em:
17/02/2014.

PUENTE, Carlos Alfonso Iglesias, 2010. **A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005.** Fundação Alexandre de Gusmão. Ministério das Relações Exteriores. Brasília.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2014. Disponível em
<www.portaldatransparencia.gov.br>. Acesso em: 25/07/2014.

RATZAN, Scott C. *Global Health Diplomacy In The 21st Century: Private Sector Engagement At Johnson & Johnson.* Global Health and Diplomacy. Washington, 2013. Disponível em <<http://www.ghdnews.com/index.php/global-health-partnerships-and-solutions/public-private-partnerships/101-global-health-diplomacy-in-the-21st-century-private-sector-engagement-at-johnson-johnson>>. Acesso em 22 de janeiro de 2014.

REIS, Rafael Pons; e ZARPELON, Janiffer. **A diplomacia presidencial de Dilma.** *Gazeta do Povo*, 28/03/2012. Disponível em
<<http://www.gazetadopovo.com.br/opiniao/conteudo.phtml?id=1238270>>. Acesso em
20/08/2014.

ROSSI, Amanda, 2013. **Governo Dilma implementa agenda África para ampliar-relações.** Disponível em <<http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,governo-dilma-implementa-agenda-africa-para-ampliar-relacoes,109070>>. Acesso em 01/08/2014.

RUSSO, Giuliano; CABRAL, Lídia; FERRINHO, Paulo, 2013. *Brazil-Africa technical cooperation in health: what's its relevance to the post-Busan debate on 'aid effectiveness'?*. *Globalization and Health*.

ROUSSEFF, Dilma, 2011. **Leia íntegra do discurso de posse de Dilma Rousseff no Congresso.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2011/01/leia-integra-do-discurso-de-posse-de-dilma-rousseff-no-congresso>>. Acesso em 20/09/2014.

SANTOS, Luíz Cláudio Vilallafeñe G, 2005. A América do Sul no Discurso Diplomático Brasileiro.

SARAIVA, José Flávio Sombra. *The new Africa and Brazil in the Lula Era: the Rebirth of Brazilian Atlantic Policy.* Rev. Bras. Polít. Int. 532010, p.169

SENAI, 2013. **Institucional.** Disponível em: <http://www.senai.br/portal/br/institucional/snai_coo.aspx>. Acesso em: 22/09/2013.

SILVA, Carlos Eduardo Lins Da. **Dilma se Afasta do Itamaraty, e Brasil Perde Espaço no Mundo.** Disponível em: <<http://interessenacional.uol.com.br/index.php/edicoes-revista/dilma-se-afasta-do-itamaraty-e-brasil-perde-espaco-no-mundo/>>. Acesso em: 20/08/2014.

UN, 2014. **Millennium Summit.** Disponível em: <http://www.un.org/en/events/pastevents/millennium_summit.shtml>. Acesso em: 26/04/2014.

UNCIR, 2014. Alguns Dados Sucintos: Os Rostos da Pobreza. Disponível em: <<http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/MDGs/millenniumproject4.html>>. Acesso em 10/07/2014.

UNDP, 2011. **Official Development Assistance.** Disponível em: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Inclusive%20development/Towards%20Human%20Resilience/Towards_SustainingMDGProgress_Ch5.pdf>. Acesso em 05/08/2014.

_____, 2012. **About.** Disponível em: <<http://ssc.undp.org/content/ssc/about/faq.html>>. Acesso em 05/06/2014.

_____, 2005. **Human Development Report: International cooperation at a crossroads. Aid, trade and security in an unequal world.** Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/266/hdr05_complete.pdf>. Acesso em 05/06/2013.

USAID. *What we do*. Disponível em: <<http://www.usaid.gov/what-we-do>>. Acesso em 20/08/2013.

VALOR ECONÔMICO. **Em Visita Dilma Anuncia Nova Agência de Cooperação para África.** Disponível em: <<http://www.valor.com.br/imprimir/noticia/3138674/brasil/3138674/em-visita-dilma-anuncia-nova-agencia-de-cooperacao-para-africa>>. Acesso em 01/06/2013.

VALVERDE, Ricardo, 2014. Doenças Negligenciadas. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>>. Acesso em 15/09/2014.

VASQUEZ, Karin Vazquez (coord); LALINDE, Andres; SCHNURR, Tatiana Cabral; SHEHU, Xheni. 2011. *From a fledging donor to a powerhouse: Improving Brazil's development cooperation framework and institutional setting*. Columbia

VIOTTI, Paul R. et al, 1999. *Theory, images, and international relations: an introduction. In: International relations theory: realism, pluralism, globalism, and beyond*. Boston: Allyn and Bacon.

WORD BANK, 2013. **África Continua a Crescer em Força mas a Pobreza e a Desigualdade Mantêm-se Muito Elevadas**. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2013/10/07/africa-continues-grow-strongly-poverty-inequality-persistently-high>>. Acesso em 10/07/2014.

WHO, 2007. *Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time*. Oslo, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/trade/events/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf>. Acesso em 15/02/2014.

_____, 2013. **Rumo a uma Região Africana livre de Doenças Tropicais Negligenciadas**. Disponível em: <<http://www.afro.who.int/pt/centro-media/comunicados-de-imprensa/item/5823-rumo-a-uma-regi%C3%A3o-africana-livre-de-doen%C3%A7as-tropicais-negligenciadas.html>>. Acesso em 30/05/2014.

_____, 2014. **Diplomacy**. Disponível em: <<http://www.who.int/trade/diplomacy/en/>>. Acesso em 10/01/ 2014.