

Cooperação Sul-Sul: a Experiência de Cooperação Internacional em Saúde do Brasil com Países da África¹

*Paulo M. Buss*²

*José Roberto Ferreira*³

*“The responsibility for the development of
the South lies in the South,
and in the hands of the people of the South”*
Julius Nyerere (1990)

Introdução

O presente artigo traz uma reflexão sobre as iniciativas de cooperação internacional em saúde que a FIOCRUZ tem desenvolvido em conjunto com os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores com países da África, área amplamente priorizada no contexto da política externa brasileira.

A ‘saúde’ tem sido priorizada na política externa brasileira, em função das constantes demandas por cooperação e apoio nesta área, que recebe o Presidente da República nas suas viagens internacionais, particularmente a países do Continente africano, demandas estas que decorrem do reconhecimento internacional que goza o Brasil pela qualidade e pelo perfil inovador do Sistema Único de Saúde brasileiro e pela reconhecida capacidade

¹ Documento revisado e ampliado, originalmente apresentado à III Conferência Nacional de Política Externa e Política Internacional (CNPEPI): ‘Brasil no mundo que vem aí’, realizada pela Fundação Alexandre de Gusmão, Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais, no Rio de Janeiro, dias 8 e 9 de dezembro de 2008.

² Professor e Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública; Diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e ex-presidente da Instituição; Membro Titular da Academia Nacional de Medicina.

³ Professor *Honoris Causa* da Escola Nacional de Saúde Pública; Chefe da Assessoria de Cooperação Internacional da Fundação Oswaldo Cruz; ex-Diretor de Recursos Humanos da Organização Panamericana da Saúde, Washington D.C., de 1970 a 1995.

das instituições científicas nacionais na área da saúde. De outro lado, os muitos estudantes africanos de diversos países que passaram por graduações universitárias e cursos de pós-graduação do país vêm difundindo a qualidade do ensino e da ciência brasileiras no Continente Africano, contribuindo para esta demanda crescente.

Outro fator para explicar a forte presença da saúde na política externa brasileira é o prestígio que goza o Brasil, suas instituições e profissionais do setor saúde entre as organizações internacionais que, muitas vezes, são as responsáveis por selecionar instituições ou consultores para a cooperação internacional em saúde.

Como a FIOCRUZ tem sido constantemente acionada pelo Governo, através dos mencionados Ministérios – Saúde e Relações Exteriores – para colaborar na resposta às reiteradas demandas de cooperação em saúde, fomos acumulando uma série de reflexões, análises e também práticas no trabalho com a África.

Assim, vamos apresentar inicialmente nossa visão sobre alguns ‘contextos africanos’ fundamentais para o planejamento e a implementação das atividades institucionais de cooperação internacional em saúde. Tais reflexões advêm de análises sistemáticas de documentação disponível na literatura especializada e na imprensa mundial sobre a África, bem como das visitas a diversos países e entrevistas com líderes políticos e acadêmicos africanos que temos feito nos últimos anos.

Em seguida, apresentaremos a experiência concreta que vem sendo desenvolvida na cooperação internacional em saúde no Continente, com ênfase nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), integrantes, junto com Brasil, Portugal e Timor-Leste, da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Contextos Africanos

A África é o terceiro maior continente da Terra e o segundo mais populoso, possuindo cerca de 945 milhões de habitantes (2007), distribuídos em 54 países, o que representa cerca de 1/7 da população do mundo, mas que responde por apenas 2,1% do PIB mundial. Dos 54 países independentes da África, 48 são continentais e 6 são insulares. Quando falamos de África é preciso considerar, no mínimo, suas duas grandes macro-regiões, muito distintas quanto aos quadros humano e econômico. Ao norte, na África

mediterrânea, encontra-se uma organização sócio-econômica muito semelhante à do Oriente Médio, compondo o mundo islâmico, no qual predominam os povos caucasóides, principalmente berberes e árabes, totalizando cerca de ¼ da população africana. Na área subsaariana, temos a chamada África negra, assim denominada pela predominância de povos de pele escura, que concentra a grande massa de pobreza do continente, representando cerca de 70% dos habitantes do continente.

A população urbana alcança cerca de 368 milhões (39%) e a rural ao redor de 577 milhões (61%). A taxa de crescimento demográfico (2005-2010) está estimada em 2,3% e a densidade demográfica é de 31,4 habitantes/km² (2007).

A população tem crescido exponencialmente ao longo do último século (duplicou nos últimos 28 anos e quadruplicou nos últimos 55 anos). É uma população muito jovem, apresentando uma média de idade em torno de 19 anos (2003). A expectativa média de vida (EV) encontrava-se, em 2006, abaixo dos 50 anos em 28 países, e abaixo de 60 anos em 43 países. Em Lesoto, Botsuana e Suazilândia, a EV estava abaixo de 35 anos.

Estima-se que a população alcançará 1 bilhão de pessoas em torno de 2010. Os países mais populosos, em 2007, eram: Nigéria (137,2 milhões), Etiópia (81,2 milhões) e Egito (76,9 milhões); existem 45 aglomerações urbanas com mais de 1 milhão de habitantes no Continente. O analfabetismo alcança 40,3% da população adulta (2005).

Economia

Dos 53 países africanos, 34 estão entre os menos desenvolvidos do mundo. No Mapa 1, apresenta-se um panorama do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nos diversos países do continente: a maioria dos países da África subsaariana tem baixo IDH (abaixo de 0,499), região na qual quase metade da população vive abaixo da linha da pobreza. O PIB total do Continente é de USD 1,635 trilhões (2007), o que corresponde a um PIB *per capita* médio de US\$ 1.730 (2007), mas com variações de USD 4.770 na África do Sul a USD 100 no Burundi e USD 170 na Etiópia.

A maioria dos países africanos tem sua economia centrada na agricultura e na exploração de minérios. Com isto, desenvolveu-se um sistema de economia de intercâmbio comercial, que continua coexistindo com a economia de subsistência. O continente participa de apenas 2% das transações comerciais que acontecem no mundo.

Embora 1/4 do território africano seja coberto por florestas, grande parte da madeira só tem valor como combustível. Costa do Marfim, Libéria, Gana e Nigéria são os maiores exportadores de madeira de lei. A pesca marítima, muito difundida mas voltada para o consumo local, adquire importância comercial apenas no Marrocos, Namíbia e África do Sul. As indústrias de extração mineral são o setor mais desenvolvido em boa parte da economia africana, respondendo por cerca de 90% da receita total de exportação, com destaques para a África do Sul, Líbia, Nigéria e Argélia. Além disso, Serra Leoa tem a maior reserva conhecida de titânio.

A nação mais industrializada do continente é a África do Sul, que alcançou relativa estabilidade política e desenvolvimento, possuindo sozinha 1/5 do PIB de toda a África. Porém, também já foram implantados centros industriais de envergadura no Zimbábue, Egito e Argélia. O principal bloco econômico é o SADC (Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral, na sua denominação em português), formado por 14 países do sul da África, que se firma como o pólo econômico mais promissor do continente.

Questões políticas relevantes

Além de informações físico-naturais e populacionais, para compreender melhor o tema da saúde e da cooperação, é importante que se analise, ainda que sumariamente, a situação política da África. Em primeiro lugar, há que se reconhecer a extrema juventude de uma África politicamente autônoma. Os processos de independência têm entre 35 e 60 anos, contra mais de 175 anos do Brasil, por exemplo. Segundo, há que se registrar a irresponsabilidade das potências ocidentais ao abandonarem seus espólios do século XX e a incapacidade das Nações Unidas de lidarem com a avalanche de demandas políticas e sociais decorrentes do processo de descolonização. O mundo estava mais preocupado com a Guerra Fria entre as superpotências e os próprios processos de descolonização foram manipulados muitas vezes de forma imoral e aética pelas potências em confronto.

As guerras civis e tribais que ocorreram na pós-independência de diversos países, a maioria delas decorrentes da divisão territorial artificial imposta pelas potências européias e/ou estimuladas no contexto da Guerra Fria, contribuíram na maioria dos países para corroer as bases de um processo social pacífico e acabaram por destruir grande parte da infra-estrutura dos mesmos, inclusive a de saúde.

A pós-colonização também se caracterizou pelo êxodo maciço de recursos humanos qualificados, além do que inexistiam ou foram fechadas universidades e escolas de nível superior nas ex-colônias; ademais, por um longo período os ex-colonizadores impediam o envio de quadros mais qualificados às ex-colônias. Os esforços de criação de universidades e escolas de nível superior, por outro lado, foram até agora insuficientes para suprir as necessidades de técnicos em quase todos os países africanos. Tal falta de recursos continua até os dias de hoje, com tamanha gravidade na África que a OMS tomou o problema dos recursos humanos em saúde como tema do seu informe mundial de 2006 (OMS, 2006), apontando problemas que acabaram por gerar um grande pacto mundial para o desenvolvimento dos recursos humanos (OMS, 2007) e a regulação de migrações de profissionais (OMS, 2008), com ênfase nos esforços de bloqueio ao *brain drain*.

Inspirados na União Europeia, os países do continente criaram, em 2002, a União Africana (www.africa-union.org), sucedendo a Organização da Unidade Africana (OUA) (1963) (ver quadro correspondente). Sua sede localiza-se em Adis Abeba (Etiópia) e tem como principais objetivos a unidade e solidariedade africanas; a eliminação do colonialismo; a defesa da soberania dos Estados; a integração econômica; e a cooperação política e cultural no Continente.

Saúde

Se a coordenação política cabe, na África, à União Africana, a parte de saúde é conduzida pelo Escritório da OMS para a África, localizado em Brazzaville, Congo, mas reúne apenas os países do subsaara, pois os países do Norte e do Corno da África reúnem-se na região da OMS denominada “Leste do Mediterrâneo”, junto com os países árabes do Oriente Médio⁴.

As péssimas condições sócio-sanitárias e ambientais da África acabaram gerando um terreno muito favorável a uma severa deterioração das condições de vida e saúde da maioria da população africana, nos diversos países. Uma situação marcante é a iniquidade em saúde entre países e no interior dos mesmos, com severos impactos negativos sobre os países mais pobres e entre os mais pobres no interior dos diferentes países. Ademais, vive-se o

⁴ As seis regiões de saúde da OMS são África, Américas, Sudeste da Ásia, Europa, Leste do Mediterrâneo, e Pacífico do Oeste (ou, em inglês, como são mais conhecidos: *Africa, Americas, South-East Asia, Europe, Eastern Mediterranean e Western Pacific*).

paradoxo de que sobre aqueles em piores condições e, portanto, maiores necessidades, é que recaem também as maiores dificuldades de acesso aos programas sociais, em geral e de saúde, em particular.

O primeiro (mas também mais recente) amplo Relatório sobre Saúde na África, publicado em 2006, mostra inequivocamente as péssimas condições de vida e saúde vigentes no continente (OMS/AFRO, 2006). Baixa expectativa de vida; altas taxas de mortalidade materna e de crianças menores de 5 anos; alta prevalência de doenças infecto-parasitárias, entre as quais se destacam a malária, a AIDS, a tuberculose e outras doenças negligenciadas; desnutrição infantil e fome severas em muitos países e em quase todo subsaara imediato; elevadas perdas de vida por conflitos violentos sem resolução à vista ou em fase de eclosão e re-eclosão; ambiente físico hostil e degradado ou em degradação, secas e/ou inundações derivadas das importantes mudanças climáticas globais estão entre alguns dos muitos problemas de saúde ou de situações identificadas que impactam sobre a saúde.

Os governos nacionais não dispõem de recursos necessários e/ou suficientes para enfrentar a avalanche de problemas sociais e de saúde, porque as economias são frágeis e dependentes e porque os governos de muitos países também não dispõem, nem de institucionalidade apropriada, nem de recursos humanos qualificados.

O mencionado relatório afirma que sua mensagem central é:

“African countries will not develop economically and socially without substantial improvements in the health of their people. The health care interventions – treatments, diagnostic and preventive methods – that are needed in this Region are known. The challenge for African countries and their partners is to deliver these to the people who need them, and the best way to do this is establish well-functioning health systems” (WHO/AFRO, 2006).

O fortalecimento dos sistemas de saúde em todas suas diversas e complexas dimensões, mais do que apenas o enfrentamento de problemas ou doenças específicas (entre as quais sempre se destacam HIV/AIDS, malária e tuberculose), como tem sido a regra até aqui, deve ser o componente dominante da ajuda internacional em saúde na África.

África e a Cooperação Internacional

Há um consenso absoluto entre os países africanos e na comunidade global sobre a necessidade de ajuda internacional para o desenvolvimento do Continente, em diversos campos da vida econômica e social, entre os quais certamente a saúde, como defende a União Africana com sua estratégia de *New Partnership for Africa's Development*/Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (NEPAD, 2001). Mas ajuda que lhes assegure compartilhamento, afirmação de soberania, protagonismo. E, portanto, uma imensa esperança na ‘cooperação Sul-Sul’ ou ‘cooperação entre países em desenvolvimento (CTPD)’ (ver quadro correspondente). Os africanos com frequência tem sido ‘ignorados’ pelas cooperações de países ou blocos de países desenvolvidos e por diversas ONGs, que chegam com ‘pacotes prontos’ e, muitas vezes, até com territórios em que vão atuar já definidos, sem considerar os eventuais planos de desenvolvimento ou saúde vigentes nos países. Estes aceitam tais programas de ajuda muitas vezes por falta de melhores opções, razão pela qual a ‘cooperação Sul-Sul’ corretamente desenvolvida – como, no geral, tem sido orientada a abordagem brasileira – poderia substituir a cooperação dominante, com evidentes vantagens para as nações africanas.

A ‘cooperação para a saúde’ não tem como ser desarticulada da “cooperação para o desenvolvimento”. Quer dizer, sem saúde seguramente não haverá desenvolvimento e sem desenvolvimento, as condições de vida e saúde – que são entes interdependentes – também não melhorarão. Portanto, qualquer apoio internacional que pretenda ser eficaz precisa ser intersetorial, quer dizer, combinar harmonicamente ajuda para o desenvolvimento econômico com apoio para setores sociais como saúde, educação e agricultura e a promoção da democracia e estabilidade política, incluindo a construção da institucionalidade do Estado em geral e do setor saúde em particular. Em síntese, a articulação intersetorial é a chave para uma cooperação resolutiva na África.

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODMs) (UN, 2000), por exemplo, que são eminentemente intersetoriais, dariam conta de algumas questões africanas. Eles são resultantes do pacto universal, intergovernamental, firmado na Cúpula do Milênio, no ano 2000, e apresentam metas claras, que cobrem campos intersetoriais vitais, como são o enfrentamento da pobreza, alimentação e nutrição, educação, equidade de gênero, ambiente sustentável

e diversos objetivos de saúde, como saúde materna e infantil e as principais doenças infecto-parasitárias. Além do mais, para atingí-los, propõe a criação de uma “aliança para o desenvolvimento”, que é o Objetivo 8.

As críticas severas às formas vigentes de ajuda para o desenvolvimento propiciada pelos países desenvolvidos e organizações multilaterais, levou-os a realizarem um Fórum de Alto Nível, em 2005, em Paris, para “reformular” a ajuda para o desenvolvimento, procurando torná-la mais eficaz, na perspectiva da revisão quinquenal da Declaração do Milênio e dos ODMs, que ocorreria mais tarde, no mesmo ano. Deste evento, surgiu a “Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento” (OECD, 2005) que, firmada por centenas de países e dezenas de instituições globais, inclusive da sociedade civil (OECD, 2009), reitera a necessidade de ampliar a ajuda para o desenvolvimento, mas também melhorar sua eficácia, através das estratégias de:

- *Apropriação*, através da qual os países parceiros exercem liderança efetiva sobre as suas políticas e estratégias de desenvolvimento e asseguram a coordenação das ações de desenvolvimento;
- *Alinhamento*, pela qual os doadores baseiam todo o seu apoio nas estratégias nacionais de desenvolvimento, instituições e procedimentos dos países parceiros;
- *Harmonização*, isto é, as ações dos doadores são mais coordenadas, transparentes e coletivamente eficazes;
- *Gestão centrada em resultados*.

A excelente Declaração e as adesões de inúmeros países e organizações às suas propostas, fariam supor um aumento na ajuda externa para o desenvolvimento e práticas mais adequadas, com repercussões positivas sobre os ODMs. Contudo, as conclusões dos dois últimos Relatórios sobre os ODMs em geral, incluindo o objetivo 8, são muito preocupantes. O Informe de 2007 (UN, 2007) afirma que a ajuda para o desenvolvimento vem decrescendo, apesar da renovação (retórica) dos compromissos dos países doadores; que os doadores se comprometeram a dobrar suas ajudas para a África, embora pouco tenha sido feito até o momento; e que o acesso preferencial aos mercados de países desenvolvidos reduziu-se para a maioria dos países em desenvolvimento. Já o Relatório de 2008 (UN, 2008a) acrescenta que a ajuda para o desenvolvimento caiu pelo segundo ano

consecutivo, afetando os compromissos para 2010; que os subsídios agrícolas domésticos dos países ricos superam em muito o dinheiro usado na ajuda para o desenvolvimento; e que a baixa disponibilidade e os preços elevados são barreiras para o acesso a medicamentos essenciais em países em desenvolvimento.

Em setembro de 2008, realizou-se em Acra, Gana, o 3º. Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda, que veio a gerar a ‘Agenda de Ação de Acra’ (UN, 2008b), bem como em Doha, em dezembro de 2008, realizou-se a Reunião de Análise do Financiamento para o Desenvolvimento, que produziu a ‘Declaração de Doha sobre o Financiamento para o Desenvolvimento’ (UN, 2008c), todas com referências específicas e ênfase especial na cooperação com a África.

Todos estes elementos devem necessariamente ser tomados em conta pela cooperação brasileira em saúde com países da África, principalmente para evitar os erros crassos já cometidos por países que antes do nosso se aventuraram no apoio econômico e social ao continente.

Cooperação Internacional em Saúde do Brasil com a África

A cooperação técnica internacional em saúde do Brasil tem como focos principais a América do Sul e a CPLP, incluindo PALOP. Além dos PALOP, a cooperação tem focado alguns outros países na África, como África do Sul (no contexto de IBAS), Nigéria e, na África francófônica, Mali e Burkina Faso, exatamente dois países nos quais muito recentemente o Brasil abriu embaixadas.

A cooperação Sul-Sul segundo o Brasil

Antes de focar propriamente a cooperação internacional do Brasil com a África, cabe contextualizar a “Cooperação Sul-Sul” ou “Cooperação entre Países em Desenvolvimento” na política externa brasileira, segundo o Ministério das Relações Exteriores (MRE, 2008). No ano de 1987, com a criação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), no MRE, estabeleceu-se efetivamente uma coordenação (CGPD) para tratar da Cooperação entre Países em Desenvolvimento (CTPD), também conhecida como Cooperação Sul-Sul ou Horizontal, com o objetivo de coordenar, negociar, aprovar, acompanhar e avaliar a 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.

A partir de 2004, a cooperação brasileira entre países em desenvolvimento foi significativamente ampliada, pautando-se desde então pelas seguintes diretrizes:

- Priorizar programas de cooperação técnica que favoreçam a intensificação das relações do Brasil com seus parceiros de maior interesse 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;
- Estabelecer parcerias preferencialmente com instituições genuinamente nacionais.

À luz destas orientações governamentais, a CGPD concentrou suas ações com base nas seguintes prioridades: 1) Compromissos assumidos em viagens do Presidente da República e do Chanceler; 2) Países da América do Sul; 3) Países da África, em especial os PALOP, e Timor Leste; 4) Demais países da América Latina e Caribe; 5) Apoio à CPLP; e 6) Incremento das iniciativas de cooperação triangular com países desenvolvidos (através de suas respectivas agências) e organismos internacionais.

A cooperação internacional em saúde do Brasil na África e no âmbito da CPLP

Como sabemos, a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) está composta de oito países, distribuídos em quatro Continentes. Cinco países estão na África e constituem os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP): Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. O Brasil, nas Américas, Portugal, na Europa e Timor-Leste, na Ásia, completam a CPLP.

Os países integrantes da CPLP apresentam grandes assimetrias entre si, como se pode verificar no quadro 1.

Tais assimetrias existem não só em relação às suas populações, que variam de cerca de 189 milhões no Brasil a 155 mil em São Tomé e Príncipe, mas também nas suas economias: a renda *per capita*, por exemplo, varia de USD 21,5 mil em Portugal a apenas USD 729 no Timor-Leste, USD 830 em Guiné-Bissau e USD 1.200 em Moçambique. Verificam-se também grandes variações nos indicadores de saúde, como na mortalidade de crianças abaixo de 5 anos (260 por mil em Angola a 5 por mil em Portugal) e na expectativa de vida ao nascer (ao redor de cerca de 70 anos no Brasil e Portugal e abaixo de 50 anos em Angola e Moçambique).

O modelo de cooperação em saúde adotado, mais recentemente, pelos Ministros da Saúde da CPLP – com a decisiva inspiração da FIOCRUZ, como instituição articuladora da cooperação internacional em saúde do Brasil – foi a elaboração compartilhada de um *Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP)*, cuja estrutura é mostrada no quadro 2.

A estrutura da cooperação em saúde da CPLP compreende o Conselho de Ministros da Saúde dos países membros, que indicaram ‘pontos focais’ para a elaboração do PECS/CPLP, cuja coordenação é feita pela Secretaria Executiva da CPLP, com o apoio técnico formal da Fundação Oswaldo Cruz (Brasil) e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Portugal). O Conselho de Ministros da Saúde reuniu-se em Praia, Cabo Verde (abril, 2008) e determinou a elaboração do Plano. Os “pontos focais” são as instâncias responsáveis por levantar a demanda e a possível oferta de cooperação em saúde dos países membros. Tal etapa já se realizou entre abril e setembro de 2008. Reunidos no Rio de Janeiro (setembro, 2008), os Ministros examinaram a versão preliminar do Plano (*Anexo*), baseado nas necessidades, demandas e ofertas e na pactuação entre os países através dos pontos focais, e o examinarão para aprovação final em maio de 2009, em Lisboa, Portugal, após o que o PECS/CPLP passará a ser implementado.

O Plano tem o propósito central de fortalecer, através da cooperação técnica, a institucionalidade do setor saúde, vale dizer, os sistemas de saúde dos países membros, nomeadamente os Ministérios da Saúde (com a estratégia da “atenção primária em saúde” [WHO, 2008] como principal orientação política), assim como as chamadas ‘instituições estruturantes dos sistemas de

saúde⁵, entre as quais encontram-se os Institutos Nacionais de Saúde (INSP), as Escolas Nacionais de Saúde Pública (ENSP), as Escolas Politécnicas de Saúde (EPS) (para a formação de pessoal de nível médio, importantíssimos no contexto de saúde da África), outros Institutos Nacionais (como o de saúde da mulher e da criança, por exemplo) e as escolas de graduação em saúde (medicina, enfermagem, etc.).

Os conjuntos de atividades de cooperação pactuados estão agrupados nos seguintes eixos temáticos:

- Desenvolvimento da força de trabalho em saúde;
- Fortalecimento das ‘instituições estruturantes’ dos sistemas nacionais de saúde: Ministérios da Saúde, INSP, ESP, ETS, graduações em saúde e outras;
 - Informação e comunicação em saúde;
 - P&D para saúde e desenvolvimento;
 - Complexo produtivo da saúde;
 - Vigilância epidemiológica e controle de doenças;
 - Emergências e desastres;
 - Promoção e proteção à saúde: Determinantes sociais da saúde e ações intersetoriais;
- Diplomacia da saúde.

O modelo PECS vem sendo considerado bem sucedido, levando a CPLP a anunciar que vai adotar modelo semelhante para as demais áreas de cooperação social: educação, ambiente, etc.

Cooperação em saúde da Fiocruz com países da África em anos recentes

Apenas para exemplificar a cooperação em saúde do Brasil com países africanos apresentamos à seguir a experiência e algumas das iniciativas recentes da Fundação Oswaldo Cruz naquele Continente.

⁵Instituições estruturantes dos sistemas de saúde são aquelas capazes de fazer operar de forma eficaz, eficiente e sustentável os sistemas e serviços de saúde, principalmente pela capacidade de autoridade sanitária, reitoria e prestação de serviços (Ministérios da Saúde, p.ex.) e de formação de recursos humanos, geração de evidências para a tomada de decisões, através de atividades de P&D e formação de recursos humanos essenciais para a saúde (Institutos Nacionais de Saúde, Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas de Saúde, outros Institutos públicos e escolas de graduação das profissões da saúde, p.ex.) (Buss, 2008 – texto não publicado).

- Inauguração do Escritório permanente da Fiocruz para a África, fisicamente localizado em Maputo, Moçambique, mas acreditado diplomaticamente junto à União Africana, para coordenar as atividades de cooperação em ensino, pesquisa, serviços de referência laboratoriais e assistências da Instituição junto à países e instituições de países africanos.

- Desenvolvimento institucional – Apoio ao estabelecimento dos Institutos Nacionais de Saúde de Moçambique e Guiné-Bissau, em parceria com a Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (IANPHI, em sua sigla em inglês); da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola; das Escolas Técnicas de Saúde de Cabo Verde, Moçambique e Guiné-Bissau; do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança de Moçambique; da Universidade de Cabo Verde, com orientação dirigida às profissões da saúde; e de uma companhia pública e estatal de medicamentos em Moçambique para produzir drogas anti-retrovirais e outras.

- Desenvolvimento de recursos humanos – Implantação de dois Cursos de Mestrado, respectivamente em Angola (Saúde Pública) e Moçambique (Ciências de Laboratórios); treinamento de pediatras, obstetras e pessoal de enfermagem, em Moçambique; treinamento de técnicos de saúde, em Cabo Verde.

Esta intensa atividade de cooperação internacional levou a Presidência da FIOCRUZ a estabelecer o Centro de Relações Internacionais em Saúde, vigente e operacional à partir de Janeiro de 2009, com *staff* próprio, constituído de profissionais de saúde e de relações internacionais. O Centro opera assessoria à Presidência da Instituição nesta área e como coordenação da Câmara Técnica de Cooperação Internacional da Fiocruz, que reúne representantes das dezessete Unidades Técnico-Científicas da Instituição.

Reflexões finais sobre a Cooperação Internacional em Saúde do Brasil

As reflexões finais que seguem abaixo devem ser tomadas pelos leitores não como críticas, mas como contribuições construtivas decorrentes do profundo comprometimento dos autores com a política externa brasileira e a cooperação internacional do Brasil, ambas vitais para a afirmação de nossos melhores e mais nobres interesses na política internacional.

Não vemos ainda o Brasil fazer a articulação inter-setorial da sua cooperação internacional – tampouco setorial, no interior do próprio setor saúde. Assim, no mais das vezes as cooperações estabelecidas resultam desarticuladas, fragmentadas e, desta forma, perdemos muita potência. O atendimento tem sido predominantemente da demanda “de balcão” ou “espontânea”, quando, sem ignorar tais demandas, a cooperação internacional do Brasil deveria ser predominantemente “programática”, vale dizer articulada internamente e consentânea aos planos de saúde e desenvolvimento dos países participantes. Os gastos excessivos de tempo e dinheiro em transações gerenciais e administrativas, assim como processos ainda muito burocráticos, diminuem a agilidade e a qualidade da cooperação brasileira. Não temos desenvolvida, ainda, uma legislação para a cooperação internacional, o que impede a ação mais efetiva dos agentes da nossa política externa. Tampouco nossas Embaixadas ou a ABC têm estrutura para fazer a necessária articulação. É preciso dotar estes dois preciosos “elos diplomáticos” da cadeia de cooperação para extrair dela o máximo que se poderia esperar.

Sem abandonar a “cooperação bilateral”, que o Brasil tem praticado ao longo das últimas décadas, é preciso reconhecer a realidade política contemporânea, que repousa na construção de “blocos de países”, como concretamente ocorreu com a constituição da CPLP e do MERCOSUL, nos anos 90, e da União Sul-Americana de Nações (UNASUL), para além do MERCOSUL e da Comunidade Andina, muito recentemente, no ano de 2008. Sobre esta estratégia política mais ampla, toca-nos na cooperação setorial em saúde, por exemplo, a construção de *networks*, tomadas no seu sentido literal em inglês, de “redes que [efetivamente] trabalham” e não apenas amontoados formais de instituições mais ou menos afins quanto a objetos e/ou processos de trabalho.

No concerto das nações estamos ainda engatinhando no campo do intercâmbio internacional. O Brasil tem uma história de importantes conquistas na diplomacia internacional, mas é bastante recente sua incursão nos esforços de cooperação com países de menor desenvolvimento. Parafraseando Pinheiro Guimarães (2005), consideramos que,

“a estratégia da política brasileira deva ser fundada na defesa da paz, no multilateralismo, no direito internacional e na não hegemonia; em normas internacionais que propiciem o desenvolvimento e não que consagrem e

aprofundem os hiatos econômicos e tecnológicos entre o centro e a periferia do sistema internacional; na construção de uma sociedade próspera, dinâmica, democrática e não hegemônica (...) e deve ser a base do sucesso do projeto de superação do subdesenvolvimento e da construção de um mundo multipolar, em que se realize o ideal de justiça, democracia e prosperidade”.

O Brasil está no caminho absolutamente certo. Mas precisamos fazer reformulações conceituais, bem como na forma de articular e operar a cooperação internacional em saúde, de forma a colocar o Brasil na posição que aspira no concerto das Nações.

Referências Bibliográficas

MRE (2008). Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CGPD), disponível em: www.abc.gov.br/abc/abc_ctpd.asp, acessado em 8/01/2009.

NEPAD (2001). New Partnership for Africa's Development, disponível em: <http://www.nepad.org/2005/files/home.php>, acessado em 8/01/2009.

NYERERE, J. (1990). Chairman's Preface. In: *The Challenge to the South – The Report of the South Commission*. New York: Oxford University Press, pp. vii.

OECD (2005). *Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda para o Desenvolvimento*. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/56/41/38604403.pdf>, acessado em 8/01/2009.

OECD (2009). *Countries, Territories and Organizations adhering to the Paris Declaration*. Disponível no endereço eletrônico abaixo, acessado em 8/01/2009: http://www.oecd.org/document/22/0,3343,en_2649_3236398_36074966_1_1_1_1,00.html

OPS (1998). *Cooperação técnica entre países: Pan-americanismo no Século XXI*. Washington: OPS, Tema 4.23., 25ª. Conferência Sanitária Pan-americana, 28 pp.

GUIMARÃES, S. Pinheiro. *Desafios Brasileiros na Era dos Gigantes*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005, pp. 364.

The South Commission (1990). *The Challenge to the South – The Report of the South Commission*. New York: Oxford University Press, 325 pp.

UN (United Nations) (2000). *Millennium Development Goals*, disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals>, acessado em 9/01/2009.

UN (2007). *The Millennium Development Goals Report 2007*, disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/mdg%20reports/MDG_Report_2007_ENGLISH.pdf

UN (2008a). *The Millennium Development Goals Report 2008*, disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/mdg%20reports/MDG_Report_2008_ENGLISH.pdf, acessado em 9/01/2009.

UN (2008b). 3º Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda: *Agenda para a Ação de Acra*, disponível em: <http://www.ipad.mne.gov.pt/images/stories/APD/FINAL-AAA-in-Portuguese%5B1%5D.pdf>, acessado em 9/01/2009.

UN (2008c). International Conference on Financing for Development: *Doha Declaration on Financing for Development*, disponível em: <http://www.un.org/esa/ffd/doha/>, acessado em 09/01/2009.

WHO (2008). *Primary Health Care: Now more than ever – The World Health Report 2008*. Genève: WHO, 119 pp.

WHO AFRO (2006). *The health of the people – The African Regional Health Report*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 170 pp.

Anexo I

Cooperação Sul-Sul

O conceito e as práticas da ‘Cooperação Sul-Sul’ surgiram fundamentalmente nas esferas política e econômica durante os anos de Guerra Fria. No campo político, os países do então chamado ‘Terceiro Mundo’ se uniam para fazer frente à bipolaridade, constituindo o ‘Movimento Não-Alinhado’ e procurando negociar o estabelecimento de uma nova ordem econômica. Em assuntos econômicos propriamente ditos, a cooperação Sul-Sul voltava-se ao estímulo aos intercâmbios comerciais inter-hemisféricos, assim como ao compartilhamento de tecnologias de produção. Com o fim da bipolaridade e as mudanças ocorridas no regime internacional de desenvolvimento, o foco colocado sobre o desenvolvimento humano e sobre a erradicação da pobreza permitiu o fortalecimento da cooperação Sul-Sul no âmbito social.

Há 30 anos, em 1978, no contexto da descolonização das nações (predominantemente da África e algumas da Ásia e Caribe), foi realizada a Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD); suas recomendações foram aprovadas na forma do ‘Plano de Ação de Buenos Aires’, marco na história da cooperação internacional por se ter constituído na base da autonomia da cooperação externa dos países em desenvolvimento.

Uma Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul (SU/SSC), localizada no PNUD, foi estabelecida pela Assembléia da ONU no mesmo ano, com o objetivo de promover, coordenar e apoiar as Cooperções Sul-Sul e triangular em âmbito global e com base no sistema das Nações Unidas como um todo. A SU/SSC recebe direcionamento político e orientações e funciona como Secretariado do Comitê de Alto Nível sobre Cooperação Sul-Sul da Assembléia das Nações Unidas.

Em 1983, a Assembléia estabeleceu o Fundo Fiduciário Pérez Guerrero, gerenciado pela SU/SSC, com o propósito de apoiar atividades de CTPD do Grupo dos 77, destinado a financiar estudos de pré-investimento e viabilidade e facilitar a implementação de projetos desta natureza.

Em 1987 cria-se a Comissão do Sul, formada por 30.

Em 1993, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, em resolução ratificada pela Assembléia Geral, enfatizou que todos os agentes do processo de desenvolvimento deveriam redobrar seus esforços para utilizar amplamente a CTPD como modalidade preferida na preparação e execução de projetos e atividades de desenvolvimento, superando sua aplicação de forma marginal.

Na X Sessão do Comitê de Alto Nível das Nações Unidas sobre a CTPD (1997), identificou-se que era necessário contribuir ao desenvolvimento de políticas e procedimentos institucionais para a completa otimização de CTPD, sendo recomendado que os países em desenvolvimento incorporem CTPD como elemento central da estratégia nacional de desenvolvimento e que as instâncias nacionais e pontos focais da CTPD contem com recursos humanos e financeiros para seu efetivo funcionamento. Foi ainda recomendado que o financiamento da CTPD fosse aumentado substancialmente pelos próprios países em desenvolvimento, assim como pelos países cooperantes e agências multilaterais.

O dia 19 de dezembro foi consagrado pelas Nações Unidas como ‘Dia Mundial da Cooperação Sul-Sul’.

Fonte principal do conteúdo deste quadro: OPS, 1998

**União Africana/African Union/قائفة الأفريقية الاتحاد
Union africaine/Umoja wa Afrika
ÓRGÃO CONSTITUTIVOS**

Assembléia da UA – Chefes de Estado e de Governo dos Estados Membros (EM); órgão supremo da União.

Conselho Executivo da UA – Ministros ou outras autoridades designadas pelos governos dos EM.

Comissão da UA – Órgão responsável pela execução das decisões da Assembléia; Presidente, Vice-Presidente e oito Comissários, cada um responsável por uma área de atividade.

Comitê de Representantes Permanentes da UA – Preparação das sessões do Conselho Executivo; composto por Representantes Permanentes dos EM.

Comitê de Paz e Segurança da UA – Cúpula de Lusaka (Julho de 2001), em processo de ratificação pelos EM.

Parlamento Pan-africano – 265 parlamentares, eleitos pelas legislaturas dos EM.

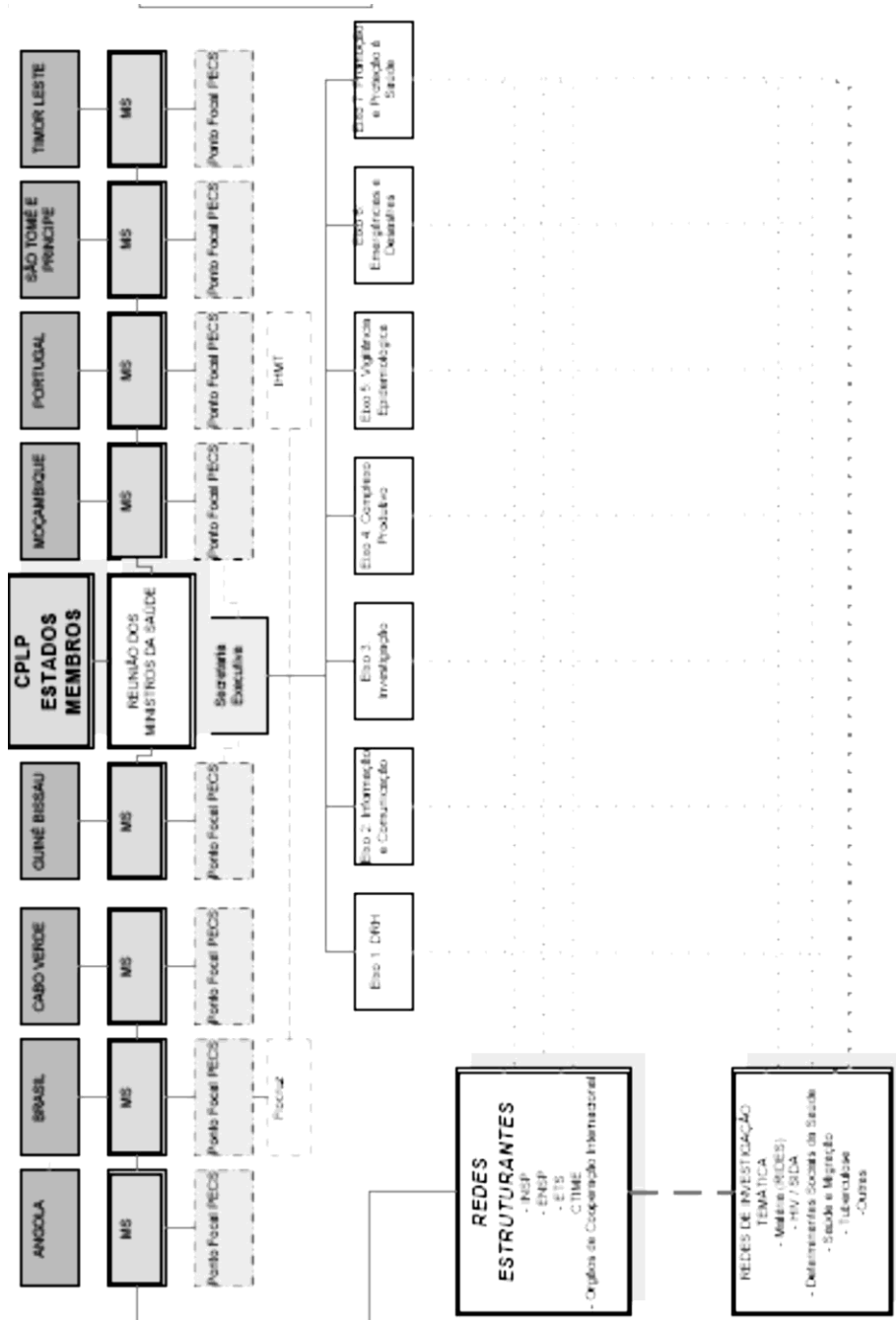
Conselho Econômico, Social e Cultural da UA – Órgão consultivo; Estatutos submetidos à Cúpula de Maputo.

Quadro 1. CPLP

CPLP Figures								
Country	Angola	Brazil	Cape Vert	East Timor	Guinea Bissau	Mozambique	Portugal	San Tome and Principe
Total population (in thousands)*	16,557	189,32	519	1,114	1,646	20,971	10,579	155
Gross national income per capita (PPP international \$) *	2,360	8,800	5,980	729**	830	1,220	21,580	n/a
Under-5 mortality (per 1000 live births) both sexes**	260	34	36	80	203	152	5	118
Life expectancy at birth (years)*	40/43	68/75	66/72	64/69	46/51	49/51	75/82	60/63

* Figures are for 2006. Source: World Health Statistics 2008.
** Figures are for 2004. Source: World Health Statistics 2006

Quadro 2. Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP



África: IDH 2004

