



DIPLOMACIA E COOPERAÇÃO EM SAÚDE: UMA PERSPECTIVA DA FIOCRUZ

Luiz Eduardo Fonseca¹

Paulo Marchiori Buss²

1. Introdução

A saúde tem sido parceira histórica das relações exteriores por sua importância política no plano internacional e como elemento-chave no âmbito da cooperação entre países. O recente processo de globalização marcou avanços na melhoria da qualidade de vida das populações, mas também aprofundou disparidades nos países periféricos ao circuito central da economia global, como também em muitos países desenvolvidos. Não é raro que países em desenvolvimento apresentem sérias limitações de governança, com sistemas fragmentados, subfinanciados e com “baixa capacidade de formular e implementar políticas de saúde capazes de satisfazer as necessidades de suas populações” (BUSS *et al.*, 2011, p. 242). Nesse sentido, pode-se afirmar que a cooperação internacional em saúde é uma dimensão importante na relação entre países.

1 Doutor em Saúde Pública na área da Saúde Global e assessor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CRIS-Fiocruz) Brasil; e-mail: <luiz.eduardo@fiocruz.br>.

2 Diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (CRIS-Fiocruz); ex-presidente da Fiocruz (2002-2009), professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública e membro titular da Academia Nacional de Medicina; e-mail: <paulo.buss@fiocruz.br>.

O intercâmbio entre países no campo da saúde e a aplicabilidade de regulamentos e programas sanitários internacionais às realidades nacionais geram ações que incluem elementos considerados “diplomáticos” em essência³. No Brasil, essa parceria se manifesta pelo esforço da sua diplomacia política no apoio aos interesses do país no campo da saúde global. Estas ações se expressam em duas grandes frentes. A primeira se volta para o reforço da reitoria internacional em saúde junto a organismos multilaterais no que visa as políticas globais de saúde, a regulação sanitária internacional, a informação e normatização nesse campo. A segunda se aplica às parcerias estratégicas para a promoção e incorporação de fatores e determinantes econômicos e sociais externos ao setor saúde (políticas saudáveis, advocacia, problemas emergentes), no fortalecimento do desenvolvimento tecnológico e da inovação em saúde, que permitem ampliar a inserção do país no fluxo da globalização (biotecnologia, vacinas, recursos para diagnóstico, medicina e cirurgia, medicina molecular; genômica etc.), no acompanhamento de compromissos e no fortalecimento da cooperação internacional (ALCÁZAR, 2005).

Em 1988, a constituição brasileira instituiu um novo sistema de proteção social (seguridade social), pautado na universalização dos direitos sociais, no qual concebe saúde, previdência e assistência social como questões públicas e, portanto, de responsabilidade do estado (BRAVO, 2001). Desde então, a saúde como direito humano tem permeado grande parte das ações da nossa diplomacia em assuntos desse campo. Essa assertiva é importante porque tem

3 A evolução da diplomacia na defesa dos interesses nacionais, principalmente dos interesses econômicos das nações, corre em paralelo com a evolução das descobertas e práticas da medicina e da saúde pública nos diferentes países. Concomitantemente, o desenvolvimento do setor saúde estreita, cada vez mais, seus laços com o poder econômico a partir do momento que se cerca da indústria farmoquímica, farmacêutica e de equipamentos para o tratamento das enfermidades. Esta área alcança então a mais alta relevância no campo internacional, quando o discurso da saúde assume valor e importância por si mesmo – quando o indivíduo deixa de ser objeto intermediário e passa a ser o sujeito final de todas as ações, inclusive valorizado no âmbito dos direitos humanos.

orientado as negociações e ações da "diplomacia em saúde" do país, levando em conta a garantia da atenção à saúde em todos seus componentes de integralidade (promoção, prevenção, curativa e regenerativa) e com equidade. Ao assumir o preceito constitucional da saúde como direito e obrigação do estado, a diplomacia brasileira também inclui a necessidade de se considerar, no plano internacional, os determinantes mais amplos que interferem na saúde das pessoas e reforça o que vem sendo considerado "diplomacia em saúde", considerada uma área específica da política exterior de um país que busca através das relações internacionais melhorar os determinantes sociais e econômicos da saúde da sua população e dos países parceiros (KICKBUSCH *et al.*, 2007; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Com base nessa posição, orientada pelas estratégias da política externa brasileira a partir do ano 2000, a Fiocruz tem priorizado a cooperação com países tanto da região sul-americana (por meio da União de Nações Sul-Americanas – UNASUL), quanto com os países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) na África, a partir daquilo que vem denominando "cooperação estruturante em saúde" (ALMEIDA *et al.*, 2010, p. 28; BUSS e FERREIRA, 2010a, p. 96; 2010b, p. 110-112, 116-117; BUSS *et al.*, 2011, p. 213, 219-221). Essa orientação, que desenvolvemos conceitualmente e praticamos há quase 10 anos, amplia a relação horizontal, incluindo inovações na negociação das propostas, na identificação dos interesses dos parceiros e participação dos mesmos no desenho da cooperação, calcada num planejamento estratégico conjunto, que situa as ações, não voltadas a resultados exclusivamente imediatos, mas integrados na construção, a médio e longo prazo, dos sistemas de saúde. No lugar da oferta de ajuda, trata-se de compartilhar soluções para responder às necessidades específicas do país ou instituição parceira, numa visão eminentemente estruturante. Com isso, busca-se romper com a

tradicional transferência passiva de conhecimento integrando o desenvolvimento de recursos humanos e de outras capacidades, pela mobilização de recursos endógenos do parceiro para lograr um avanço tecnológico compartilhado, utilizando o planejamento estratégico que incentive o “empoderamento” das autoridades locais, sempre numa perspectiva de construção de “redes de cooperação”.

2. Antecedentes

Este capítulo procura explicitar as relações entre a política externa brasileira neste início de século e o pensamento e ações da Fiocruz no campo das relações internacionais em saúde.

Desde o início do século XX – portanto, há mais de 100 anos – por meio do então Instituto de Manguinhos, sob a liderança de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, desenvolvia-se intensa atividade de cooperação do Brasil com instituições de países sul-americanos. Uma visita ao corredor principal de entrada do Palácio Mourisco – sede da Fiocruz, no Rio de Janeiro – permite ao visitante vislumbrar o imponente conjunto de bronzes que enaltecem a figura dos cientistas brasileiros da Fiocruz e agradecem pela cooperação desenvolvida.

O compromisso internacional do Brasil com a questão da saúde permanece ao longo do século. Em 1945, Geraldo Horácio de Paula Souza, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo, foi designado pelo governo brasileiro como membro da delegação do país à Conferência de São Francisco, onde submeteu à apreciação dos países participantes memorando sugerindo que problemas de saúde pública fossem incluídos na Carta das Nações Unidas, recém-criada. Apoiado pela delegação chinesa, propôs processo para estudar a criação de uma agência internacional de saúde que, afinal, deu origem à Organização Mundial da Saúde (CANDEIAS, 1984). Outro nome brasileiro de destaque nas

relações internacionais em saúde, já nas décadas seguintes, é o de Marcelino Candau, médico que dirigiu a OMS por 20 anos, de 1953 a 1973, em plena Guerra Fria, tendo sido até hoje o único sul-americano a ocupar tal posição.

Nas últimas décadas, o Brasil vem ampliando seu papel em gestões diplomáticas no campo da saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) permitiu que o país alcançasse sucesso na busca pela universalização da atenção integral em saúde, fator que muito colaborou para se conseguir uma resposta bastante positiva na luta contra o HIV-Aids, por exemplo. Esse esforço nacional passou a ter visibilidade global e fez com que o assunto entrasse na pauta da agenda internacional brasileira. Os nomes de diversos técnicos nacionais entram na lista de indicação para altos cargos da OMS e do Unaid. Outro evento importante para a diplomacia em saúde do país foi o papel relevante que o Brasil assumiu na convenção internacional da luta contra o tabaco, cujo êxito se deveu muito à liderança brasileira nas negociações, articuladas entre os Ministérios da Saúde (MS) e das Relações Exteriores (MRE). A mesma parceria foi fundamental para se conquistar a garantia da produção de genéricos numa estratégia de posicionamento conjunto tanto junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto da Organização Mundial do Comércio (OMC).

Outro claro exemplo do que se denomina “diplomacia da saúde” foi a atuação diplomática brasileira em Doha, em 2001, com vistas a garantir “a prioridade da saúde sobre o comércio”, onde teve ativa atuação e contribuiu para a formulação da declaração TRIPS de saúde pública – importante acordo no âmbito da OMC e seus membros, que reconhece a saúde como campo que não pode ser subordinada aos interesses do comércio internacional. Participou-se, também conjuntamente, da discussão sobre

propriedade intelectual na perspectiva de associar a justiça social à saúde, atenuando a correlação de forças entre comércio e saúde.

Tradicionalmente, o comércio ocupa o centro da ação diplomática; entretanto, a abertura de mercados para exportação exige contrapartidas que podem ser prejudiciais à saúde. Isso fez com que o MRE assumisse a defesa dos princípios do SUS e o questionamento de acordos de comércio que viessem a colocar em risco êxitos alcançados para a saúde da população brasileira.

Finalmente, outro componente importante da diplomacia em saúde é a cooperação técnica internacional. Nesses trinta anos de vida, a Agencia Brasileira de Cooperação (ABC) vem atuando junto a países amigos e organismos internacionais a partir do conceito de “parceria para o desenvolvimento” que consolida a ideia de uma cooperação que conduz tanto ao compartilhamento de esforços, quanto de benefícios, a partir de programas e projetos de cooperação técnica para o desenvolvimento em diferentes setores como: gestão pública, meio ambiente, energia, agricultura, educação e saúde, entre outros (BRASIL, 2014).

O posicionamento da ABC tem se alinhado, desde sua criação, com a discussão do Plano de Ação de Buenos Aires (PABA) que, em 1978, introduziu o termo “cooperação Sul-Sul” e incentivou a prática da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD). Essa reorientação da negociação da cooperação entre países tem embutida forte conotação diplomática e permite que os países parceiros alcancem harmonização de interesses, respeito à apropriação e liderança de cada um, com maior aproveitamento da reciprocidade no esforço realizado.

A Fiocruz tem sido parceira da ABC em diversas iniciativas de cooperação, através da Assessoria para Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde (AISA), procurando criar uma abordagem técnica e solidária que compartilhe conhecimento e experiências,

orientações estratégicas e capacidade de trabalho, visando a um desenvolvimento mais equitativo entre os países. A cooperação internacional, como transferência não comercial de técnicas e conhecimentos, vem ampliando o papel político do Brasil na relação com outras nações. Historicamente dependente de iniciativas e disponibilidade financeira das grandes potências, a cooperação internacional se voltou para a promoção do desenvolvimento dos países mais pobres.

3. Cooperação internacional em saúde

Desde os anos de 1950, as abordagens da cooperação internacional na área da saúde têm acompanhado as reflexões sobre a questão do desenvolvimento com enfoque na transferência de conhecimento. A partir da Conferência de Alma Ata, em 1978, a cooperação internacional em saúde assume papel relevante na construção de sistemas de saúde de países menos desenvolvidos, baseados na estratégia da atenção primária à saúde. Por outro lado, no cenário da Guerra Fria, as ações de cooperação em saúde são influenciadas pelos movimentos de posicionamento alternativo dos países não alinhados (ALMEIDA *et al.*, 2010).

A segunda metade da década de 1980 e os anos de 1990 representaram um retrocesso nas propostas do PABA. Num cenário de crises econômicas e movimentos de globalização do capital, as agências financeiras internacionais adotaram o discurso do ajuste estrutural para os países em desenvolvimento. Essa abordagem marcou o discurso pela diminuição do papel do estado e trouxe novamente ao campo da cooperação internacional a figura da assistência técnica, agora utilizada para implementação dos ajustes propostos pelas agências, em vez de mecanismos de troca e diplomacia (FONSECA, 2011). Nesse cenário, apesar da crise econômica e da disseminação mundial da epidemia de HIV/Aids, as agendas restritivas de reforma do setor saúde prosperaram e

se disseminaram em todo o mundo. Os gastos em saúde foram submetidos às exigências dos ajustes macroeconômicos para o reembolso das dívidas externas e à implementação dos Planos de Ajustamento Estrutural do Banco Mundial que incorporavam os princípios neoliberais de “menos estado”, privatização, flexibilidade e desregulamentação, desconsiderando-se os problemas sociais (ALMEIDA, 1995; 2002).

Portanto, ao proclamar a saúde como direito e construir um sistema público único de saúde, a partir da Constituição de 1988, o Brasil, de certa maneira, colocou-se na contramão da orientação da economia política em saúde, que deixava de considerar os serviços de saúde como um bem público. Nesse sentido, a construção do SUS, nos anos de 1990 e na primeira década deste século, enriqueceram o país de experiências exitosas e replicáveis, no sentido de ampliação do acesso das populações mais carentes à atenção em saúde. Entretanto, no mesmo período, muitos países em desenvolvimento, principalmente no continente africano, viviam dificuldades com a negligência das agências financiadoras com as questões epidemiológicas e a saúde pública e eram forçados a ajustar seus programas públicos de atenção à saúde.

Segundo ALMEIDA *et al.* (2010), essas reformas dos sistemas de saúde no contexto dos ajustamentos estruturais não ajudaram a superar as desigualdades existentes, algumas vezes até agravados por um tipo de cooperação internacional que, naquele período, adotava intervenções muito técnicas, pautadas em ideias desenvolvidas nos países mais ricos e disseminação de equipamentos de alta tecnologia e novos produtos terapêuticos (drogas e vacinas). Na verdade, essa abordagem acabou enfraquecendo o apoio às ideias de fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde, que vinham sendo aplicadas no final dos anos de 1970.

Os efeitos gerados pelos ajustes estruturais neoliberais, junto com o processo de globalização, sinalizaram a necessidade de uma nova atitude global e a ONU, pressionada pelo movimento social mundial, realizou diversas reuniões globais durante o chamado ciclo das grandes conferências temáticas (gênero, moradia, alimentação, ambiente, entre outras). Tal ciclo culminou, em 2000, com a Cúpula do Milênio, na qual 193 estados-membros subscreveram a Declaração do Milênio e comprometeram-se a alcançar, até 2015, os oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), três dos quais eram voltados para questões de saúde (UN, 2000). Essa iniciativa das Nações Unidas sensibilizou os financiadores tradicionais a apoiarem o cumprimento dos objetivos estabelecidos, tendo estes se comprometido a dedicar 0,7% do seu produto interno bruto à ajuda oficial para o desenvolvimento (AOD). Além disso, deve-se lembrar que todas as conferências temáticas mundiais também reiteraram a necessidade de cooperação entre países.

Os ODM acabaram estimulando a realização, pela Organização Mundial da Saúde, de iniciativas importantes no campo internacional da saúde, tais como as Iniciativas Globais em Saúde (*Global Health Initiatives* – GHIS), a criação de uma Comissão de Macroeconomia e Saúde (2001) e uma Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (2006). Esse movimento trouxe também um paradoxo: ampliou os recursos e, principalmente, os atores da cooperação internacional, mas não produziu mudanças efetivas em termos de resultados globais em relação à saúde das populações.

No esforço para ampliar a eficácia e a eficiência da AOD no cumprimento das ODM, a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), órgão que congrega países doadores, promoveu, a partir de 2003, em Roma, reuniões de alto nível com ênfase nos procedimentos até então vigentes na

cooperação entre países e sugerindo orientações que procuravam encorajar maior participação dos intervenientes, com ênfase na sociedade civil, no âmbito da cooperação internacional (OECD, 2006; 2008; 2011). O debate sobre a efetividade da cooperação reforçou a ideia da “horizontalidade” na cooperação internacional em saúde, na cooperação Sul-Sul e na construção de parcerias, ampliando a perspectiva de intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto e compartilhamento de resultados e responsabilidades.

Esse cenário favoreceu o debate global sobre a efetividade das ajudas internacionais em saúde. Segundo BIRN, PILLAY e HOLTZ (2007, *apud* BUSS e FERREIRA, 2010a), a maior parte da cooperação internacional em saúde não é compartilhada entre países “equivalentes” e acabam refletindo a ordem global a partir de um tipo de assistência provida pelos países centrais. Na mesma linha de pensamento, um importante documento lançado pela Comissão do periódico *The Lancet* junto com a Universidade de Oslo sobre Governança Global para a Saúde se posiciona sobre a natureza política da saúde no mundo, em favor da determinação social da saúde, contra as inequidades em saúde, e critica os programas tradicionais de cooperação geralmente verticais e vinculados a doenças específicas e com pouco impacto nos sistemas de saúde. Por outro lado, o documento reforça a visão da saúde como direito e prega o fortalecimento de mecanismos já existentes nos países através de uma solidariedade global com responsabilidade compartilhada (COMISSÃO THE LANCET-UNIVERSIDADE DE OSLO, 2014).

3.1. Cooperação internacional em saúde da Fiocruz

Sem dúvida, todas as abordagens mencionadas anteriormente influenciaram a orientação que a Fiocruz vem adotando na cooperação internacional em saúde. Como já se fez menção, as orientações, em certa medida, ampliam as relações horizontais,

incluindo inovações na negociação das propostas, na identificação dos interesses dos parceiros e a participação dos mesmos no desenho da cooperação. A Fiocruz incorporou essas orientações para sua cooperação internacional a partir exatamente do início do atual século e traz para sua pauta, no lugar da oferta de ajuda, o compartilhamento de soluções para responder às necessidades específicas dos outros parceiros, procurando integrar no desenvolvimento de recursos humanos as capacidades e os recursos endógenos do próprio país para um avanço tecnológico compartilhado a partir de um planejamento estratégico que incentive maior “empoderamento” das autoridades locais.

Segundo PAIM e NUNES (1992), a evolução e crescente complexidade das práticas que organizam o trabalho em saúde, com a incorporação de novas tecnologias, estabelece padrões mutáveis do trabalho nesse campo que precisam ser incorporados aos sistemas de saúde no sentido de qualificar seu quadro de recursos humanos para reforço do seu desenvolvimento gerencial. Nesse sentido, a formação de especialistas em saúde coletiva foi uma política importante assumida pelo Ministério da Saúde, durante os anos de 1990, e imprescindível para a implantação do SUS no Brasil, movimento no qual a Fiocruz teve papel primordial no sentido de ordenar ideias, conceitos, concepções, proposições e estratégias passíveis de fundamentar um programa descentralizado de formação em saúde coletiva. A experiência de cooperar com o Ministério da Saúde do Brasil para a capacitação tanto individual quanto institucional em diferentes estados da federação foi fundamental para dar subsídios à atuação posterior da Fiocruz no âmbito da cooperação internacional.

Apoiada na política externa do Brasil, que desponta no início do século XXI como importante país de economia emergente no cenário global e com liderança regional, a Fiocruz tem priorizado a cooperação com países tanto da região sul-americana (UNASUL)

quanto com os países da CPLP na África, a partir do que vem sendo denominado “cooperação estruturante em saúde”.

A Fiocruz tem como premissa para a cooperação internacional em saúde o fortalecimento sustentável do componente público dos sistemas nacionais de saúde. Para isso, acredita ser fundamental promover o aperfeiçoamento das chamadas “forças estruturantes do sistema de saúde” por meio do reforço das suas instituições pilares: os institutos nacionais de saúde, assim como as escolas de saúde pública e de formação de pessoal técnico. Acreditamos que essas instituições sejam capazes não somente de assegurar maior rendimento ao sistema de saúde como um todo, mas também de dar continuidade e sustentabilidade aos projetos nacionais, uma vez que a esfera política de gestão dos ministérios muda a cada novo mandato político. Essa premissa é elemento de aporte da Fiocruz ao compartilhar a formulação de projetos de cooperação, calcada no respeito às necessidades dos parceiros sem deixar de levar em conta o que a experiência nos tem demonstrado. É a construção dessa abordagem que passaremos a tratar em seguida.

4. A cooperação estruturante em saúde

4.1. Bases teóricas

Os anos 80 e 90 do século passado foram palco de um acalorado debate em relação à expansão global de “novas” doenças transmissíveis e não transmissíveis (como Aids, câncer, diabetes e obesidade, entre outras), que ultrapassavam fronteiras geográficas. Esse debate, portanto, colocou a saúde na pauta das relações internacionais, definida, então, como “saúde internacional”. Naquele momento, duas questões demarcavam territórios conceituais mais amplos: seria a saúde mais um elemento das relações internacionais, circunscrito aos aspectos regulatórios, econômicos e militares, ou seria a saúde um processo

dentro de outros processos nacionais e internacionais e, portanto, a cargo de um “sistema” organizativo, cuja estrutura e dinâmica determinariam sua produção, reprodução e transformação? A esta segunda abordagem chamou-se a “dimensão internacional da saúde” (ROVERE, 1992: 85).

Este debate foi incorporado pelo Programa de Formação em Saúde Internacional da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que surgiu em 1985. Como o processo de construção de sistemas nacionais de saúde na América Latina já vinha sendo implementado, desde o início do século XX, como resposta dos estados aos processos de adoecimento das populações, essa questão foi ponto central nas discussões do Programa de Formação em Saúde Internacional da Opas. Portanto, a experiência latino-americana de construção de sistemas de saúde mostrou que sua organização e estrutura dependia mais de fatores políticos e econômicos do que somente de fatores biológicos e trouxe para a saúde internacional a dimensão da relação saúde-doença calcada em diferentes elementos (biológicos, mentais, culturais e ambientais).

Cabe dizer que toda essa discussão já vinha há muito tempo sendo feita no campo da saúde pública, à luz de uma nova abordagem que levava em conta a “determinação social da saúde”, centrada nas relações entre saúde e sociedade (BARATA, 2009) e que constituiu, na década de 1970, num dos principais pilares teóricos do pensamento crítico que fundou a “saúde coletiva”⁴, um dos fundamentos teóricos que reforçaram o Movimento pela Reforma Sanitária⁵ (NUNES, 1996).

4 A Saúde Coletiva é definida como campo multidisciplinar de produção de conhecimentos e práticas em saúde, composto por diferentes áreas de saber, dada a complexidade de seu objeto, a saúde.

5 O Movimento pela Reforma Sanitária surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o quadro de iniquidades no setor saúde. As primeiras articulações do Movimento datam da década de 1960 e atinge sua maturidade em fins da década de 1970 e princípio dos anos 1980, quando se estrutura nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços, consolidando-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O tema da saúde coletiva passa, então, para a agenda política brasileira incorporado numa esfera mais ampla com outros setores dos movimentos de base que se espalhavam, naquela época, pela sociedade brasileira, levantando a questão da responsabilidade do estado frente à saúde da população. O auge dessa luta, e também fruto da produção teórica da saúde coletiva (PAIM, 2008), ocorre na década seguinte durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual a concepção da determinação social da saúde aparece claramente em seu relatório final que define a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986). E, posteriormente, no texto da Constituição de 1988, que incorpora a “saúde como direito” e nas legislações subsequentes que criam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Temos, portanto, dois pilares conceituais da cooperação estruturante em saúde: a determinação social da saúde e a cooperação internacional numa vertente colaborativa. Um terceiro pilar, não menos importante, é o do planejamento estratégico em saúde.

O planejamento estratégico situacional tem sido amplamente aplicado nos países da América Latina, desde a década de 1960, e é entendido como um corpo de teoria que pode ser aplicado a qualquer atividade humana em que se faz necessário alcançar um objetivo (MATUS, 2008). É, portanto, um processo social, em constante mutação, que não depende somente da dimensão tecnológica, pois envolve atores sociais (pessoas, instituição e governos) e situações políticas (relação entre os atores), cuja organização procura gerar um conjunto de ações não rotineiras com vistas a intervir numa determinada situação para que, dadas certas limitações adversas, se passe de uma situação inicial para uma situação alvo, de acordo com ou em conformidade com uma situação dominante.

Segundo MATUS (2008), o planejamento estratégico se baseia na seleção do que é relevante para os atores sociais a partir de uma análise situacional multidimensional da realidade, feita conjuntamente pelos atores envolvidos, apostando em relevar aspectos como a subjetividade e a criatividade desses atores, assim como os recursos (na maioria das vezes escassos) e as racionalidades do sistema que gera os problemas a serem resolvidos. O planejamento estratégico não descarta, na sua elaboração, a coexistência de atores com visões e objetivos diferentes que atuam no processo de produção social. Por isso, trata com sistemas e problemas semiestruturados, utilizando métodos que se ajustam à realidade complexa e mutante.

4.2. A implementação da cooperação estruturante em saúde

A partir de 2003, a política externa brasileira procurou priorizar projetos de cooperação na África e América do Sul a partir da difusão de experiências positivas e relevantes para a população brasileira principalmente nos setores sociais como a saúde, a educação e a agricultura. A maior parte desses projetos, originados na necessidade dos países parceiros, foi, portanto, direcionada para a capacitação de recursos humanos e a construção e/ou o fortalecimento de capacidades em pesquisa e desenvolvimento de serviços públicos. Essa cooperação, no âmbito Sul-Sul, tem sido fortemente praticada pela ABC/MRE, visando buscar mais eficácia com um gasto possível.

Como já abordado anteriormente, a cooperação tradicional em saúde, com viés Norte-Sul, tem focado ações verticais, priorizando alguma doença ou procedimento específico. Geralmente, esse tipo de cooperação, voltado “para” os países em desenvolvimento, foca mais o combate a enfermidades transmissíveis, embora ultimamente também venha introduzindo o combate à algumas

doenças crônicas não transmissíveis. Isso significa que, do ponto de vista da relação entre países, determinada postura assumida pela cooperação internacional pode estar simplesmente reproduzindo as relações de poder do mundo globalizado (BUSS e FERREIRA, 2011). Tem sido o caso até mesmo dos programas de controle de doenças difundidos pela OMS, que acabam se limitando a prevenção e tratamento específicos. Esse tipo de programa de cooperação, muitas vezes, não toma em conta outras atividades levadas a cabo no mesmo centro de prestação de serviços e acaba por não se integrar ao funcionamento do sistema de saúde como um todo e nem considerar os determinantes socioambientais da saúde e até mesmo a acessibilidade a insumos e inovações na produção dos mesmos (FERREIRA *et al.*, 2016).

Desde a primeira vez em que foi solicitada pela ABC para apresentar um projeto de cooperação em saúde, em 1995, a Fiocruz procurou construir uma estratégia diferente⁶. Antes mesmo de se aprofundar em alguma crítica ao modelo vigente da cooperação internacional em saúde naquela época, a Fiocruz procurou conhecer a realidade das nações com as quais o Brasil mantinha relações. Foi diagnosticado que a situação dos sistemas de saúde em diversos países de renda média e baixa (PRMB) enfrentava uma série de problemas: limitações na governança e baixas capacidades de análise, formulação e implantação de políticas sociais e de saúde; fragilidade, fragmentação e má preparação para enfrentar a tripla carga de doenças e problemas de saúde; deficiências na força de trabalho (migração da FTS) e inadequados recursos tecnológicos; subfinanciamento e inadequada distribuição de recursos para a atenção à saúde e saúde pública; inexistência ou fragilidade do controle social.

6 A Fiocruz apresentou, com apoio da ABC e da AISA, uma proposta de pré-projeto na categoria *seed money* à Fundação Perez Guerreiro para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), que era basicamente um estudo diagnóstico da situação.

Para superar tais limitações foi proposto a reorientação do foco da cooperação, de problemas ou questões singulares, ao reforço dos sistemas de saúde como um todo e baseada na construção de capacidades para o desenvolvimento institucional e organizacional (atividade fim da própria Fiocruz e com grande *superavit* de experiência), com ênfase em promover uma melhor performance dos recursos humanos, permitindo que pudessem fazer frente a uma maior variedade de problemas de saúde. Tal abordagem se baseia na colaboração entre parceiros institucionais do campo da saúde de países diferentes, para juntos definirem as prioridades e estratégias de ação que dependem sobretudo do aperfeiçoamento das instituições estruturantes do sistema de saúde. Esse exercício de reflexão deve ser, portanto, orientado a um plano estratégico adotado pelos dois parceiros, de forma a privilegiar tanto o desenvolvimento de capacidades em áreas que apoiem o aperfeiçoamento dos mesmos como a orientação de políticas de saúde, o que designamos “cooperação estruturante”.

As instituições estruturantes, no caso, incluem a própria cúpula técnica-administrativa de todo o sistema, os Ministérios de Saúde, assim como os Institutos Nacionais de Saúde, as Escolas de Saúde Pública e de Pessoal Técnico, e Centros e Hospitais de referência que além de promover a formação e capacitação avançada dos recursos humanos nas instituições parceiras, oferecem transferência de tecnologia com vistas a aperfeiçoar sua capacidade de apoio aos sistemas de saúde.

A concepção de “cooperação estruturante em saúde” inspira-se na abordagem da construção de capacidades para o desenvolvimento⁷. Este novo paradigma inova em dois aspectos

7 A construção de capacidades para o desenvolvimento é definida pelo PNUD como “o processo pelo qual indivíduos, organizações, instituições e sociedades desenvolvem habilidades (individualmente ou coletivamente) para desempenhar funções, solucionar problemas, estabelecer e alcançar objetivos”(UNDP, 1997, p. 2).

comparado a paradigmas anteriores: integra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias, pois propõe explorar as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país, para que os próprios atores locais possam assumir a liderança necessária para a formulação de uma futura agenda de desenvolvimento da saúde e sua implementação sustentável.

Deve-se destacar que o processo de cooperação internacional estruturante, mais que oferecer assessorias diretas por especialistas estrangeiros ou trocas de “experiências” e “boas práticas”, implica no esforço de responsáveis locais, para que, com possível orientação externa, possam participar no processo de introdução das transformações necessárias para o aprimoramento pretendido.

Tudo isto aplicado ao desenvolvimento do sistema de saúde como um todo, o que permite ampliar significativamente o esforço despendido, procurando cobrir igualmente os problemas que afetam a saúde pública em seus aspectos biológicos, sociais e ambientais, além de assegurar os cuidados relativos aos agravos à saúde e, não apenas o diagnóstico e tratamento de doenças (FERREIRA e FONSECA, 2016, p.6).

A cooperação estruturante não foca exatamente os *direitos pessoais* no campo da saúde, mas os *direitos sociais* de cobertura garantidos pelo estado com base nos *direitos políticos* dos cidadãos (GAVIÃO, 2016). Nesse contexto o papel do agente internacional muda substancialmente e com isso se almeja ultrapassar as formas tradicionais de ajuda externa e apoiar uma redefinição da cooperação brasileira em saúde como “estruturante”, isto é,

centrada no 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).

4.3. As redes estruturantes de cooperação em saúde

Para potencializar e dar mais operacionalidade à cooperação estruturante tendo em vista sua aplicação concomitante em situações nas quais projetos ou ações do mesmo gênero ocorram em países diferentes, procura-se estabelecer um relacionamento institucional entre os parceiros envolvidos que possibilite o compartilhamento de experiências e até de recursos humanos e financeiros, por meio de “redes” de instituições estruturantes, propiciando com isto um melhor aproveitamento dos resultados alcançados por cada um dos membros da rede.

Além disso, utilizam-se redes sociais, um viés contemporâneo que tem crescido muito com a revolução tecnológica que vem incrementando a área da informação e da comunicação virtual. As redes sociais caracterizam-se pelo compartilhamento de informações e firmam-se como um espaço social, estabelecendo novas formas de relacionamentos entre as pessoas. Nesse sentido, são importantes para estabelecer “relações sociais [em] um dado território ou comunidade de significados porque permite a leitura e a tradução da diversidade sociocultural e política existentes nessas relações” (GOHN, 2013, p. 43).

As instituições estruturantes em saúde, nomeadamente os institutos nacionais de saúde e os centros de formação de quadros para a saúde pública, em geral, têm forte peso político dentro de seus respectivos países, pois são instituições importantes na formulação de políticas públicas. Por outro lado, devido a seu campo

de trabalho, são instituições que, frequentemente, relacionam-se regionalmente com base em agendas comuns. Seguindo esta lógica, a Fiocruz, que na realidade conta, ela mesma, com uma estrutura complexa e de caráter estruturante e dependente da esfera pública e política do país, aposta no desenvolvimento de agendas políticas setoriais dentro dos arranjos políticos regionais (FERREIRA e FONSECA, 2016).

A cooperação estruturante apoia, portanto, não somente o reforço das instituições nacionais, mas também o papel dessas instituições nos arranjos regionais existentes. Destacam-se, nas duas regiões estratégicas para a diplomacia brasileira, dois arranjos essenciais para o campo da saúde: as Comissões de Saúde da UNASUL e da CPLP. Nessas duas esferas, a Fiocruz subsidiou a discussão de propostas de cooperação internacional em saúde entre os países participantes. Isso permitiu que, durante a última década, se desenvolvesse a formulação conjunta de agendas estratégicas, a partir de um exercício diagnóstico da realidade dos países integrantes desses dois arranjos regionais.

O modelo operativo construído para a cooperação em saúde entre os países da CPLP baseia-se no desenvolvimento compartilhado de um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) que teve a assessoria da Fiocruz e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa (IHMT). O PECS leva em conta a situação socio sanitária dos países, suas capacidades de resposta aos principais problemas encontrados e os recursos técnicos e financeiros existentes. Quanto ao financiamento, a proposta é que possam ser solidariamente colocados à disposição dos países, num processo de cooperação comprometida com os princípios de apropriação, alinhamento e harmonização (CPLP, 2009). O plano foi renovado em 2015 e tem potencializado a organização das redes de instituições estruturantes, apoiando dessa forma o reforço dos sistemas de saúde dos países da região. A Fiocruz secretaria tanto a

Rede de Institutos Nacionais de Saúde (RINS-CPLP) quanto a Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RETS-CPLP).

O Plano Quinquenal de Saúde 2010-2015 da UNASUL foi aprovado pelo Conselho de Ministros de Saúde em Cuenca, Equador, no mês de abril de 2010 e se encontra em pleno desenvolvimento. Os principais componentes dessa agenda incluem, entre outros, a constituição de uma rede sul-americana para a vigilância e o controle de eventos em saúde, a formação de recursos humanos de diversos níveis, assim como a constituição de redes de instituições estruturantes dos sistemas de saúde, sendo a Fiocruz responsável pela secretaria tanto da Rede de Institutos Nacionais de Saúde (RINS-UNASUL), da Rede de Escolas de Saúde Pública (RESP-UNASUL) e da Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RETS-UNASUL).

5. Os grandes temas atuais da saúde global e da diplomacia em saúde

A saúde global é um campo novo do conhecimento que sustenta ações voltadas para a saúde das populações do mundo, em que se distinguem as áreas da saúde internacional e da saúde pública aplicadas a três dimensões: a transnacional, a das relações internacionais (extensão do espaço interfronteiras) e a nacional (da nação) respectivamente, relacionados a domínios específicos da governança e da diplomacia internacional (GIRALDO, 2016). Nesse sentido, a saúde global requer uma visão geopolítica na defesa do bem-estar e do desenvolvimento humano. Para tanto, diversos temas que afetam a saúde das populações se incorporam ao campo da saúde global, tais como a governança *da e para* a saúde global, a justiça social e os direitos humanos, tendo em vista as inequidades sociais.

Dois temas importantes que se colocam atualmente na agenda da saúde global e que merecem destaque são: a Saúde em Todas as

Políticas (OPAS, 2015), enfoque priorizado pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas) por decisão dos Ministros da Saúde das Américas, a partir de 2013; e a Agenda do Desenvolvimento 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Nações Unidas, 2015), instituído pelos chefes de estado e de governo dos estados-membros na Assembleia Geral das Nações Unidas de 2015.

Nesses dois temas, a Fiocruz, através do seu Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), vem tendo participação importante desde 2011, quando constituiu um grupo de trabalho para acompanhar o processo de formulação da Agenda do Desenvolvimento pós-2015, que resultou em diversos documentos: o relatório do Painel de Alto Nível (High-Level Panel – HLP)⁸; a Declaração da Rio+20⁹, *O futuro que queremos*; o relatório da reunião sobre saúde na Agenda pós-2015, de Botswana¹⁰, *Health in the post-2015 Agenda*; e documentos resultantes do Grupo de Trabalho Intergovernamental da ONU (*UN Open Working Group on Sustainable Development*)¹¹. Também foram examinados outros informes sobre consultas temáticas globais levadas a cabo pelas Nações Unidas¹² que foram relacionados com o tema da saúde. Este trabalho foi amplamente discutido na instituição e um conjunto de recomendações encaminhado ao Ministério da Saúde e ao

8 United Nations. *The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda: A New Global Partnership – Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. Disponível em: <<http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/05/UN-Report.pdf>>.

9 United Nations. *The future we want* (English version); e Nações Unidas. *O futuro que queremos* (Versão em português), de 10/1/2012. Disponível em: <<http://www.rio20.info/2012/wp-content/uploads/2012/01/esboço-zero.pdf>> (versão em português). Ver: <<http://www.uncsd2012.org/rio20/futurewewant.html>> (versão em inglês).

10 United Nations. *High Level Dialogue on Health in the Post-2015 Development Agenda Gaborone, 4-6 March 2013: Meeting report*. Disponível em: <http://globalhealth.ie/uploads/files/Meeting%20Report%20Botswana_03-2013.pdf>.

11 United Nations. *UN Open Working Group on Sustainable Development*. Disponível em: <<http://sustainabledevelopment.un.org/index.html>>.

12 Ver: <<http://www.worldwewant2015.org>>.

Ministério de Relações Exteriores como contribuição à participação oficial da delegação brasileira na consolidação da Agenda 2030.

Quanto ao tema da Saúde em Todas as Políticas (*Health in All Policies*)¹³, o CRIS-Fiocruz participou de diversas oficinas da OPAS sobre o tema em 2015 e foi convidado a participar do grupo-tarefa da Organização sobre o tema “Saúde em Todas as Políticas e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável”, tendo sido escolhida para acolher a reunião que gerou seu relatório final e um plano de trabalho para a região das Américas¹⁴.

O tema da Saúde em Todas as Políticas (STP) fez parte da Declaração do Rio de Ministros da Saúde e participantes da Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, que aconteceu no Rio de Janeiro em 2011, patrocinado pela OMS e coorganizado pela Fiocruz e OMS. Essa Declaração defende a STP como importante mecanismo na promoção da equidade em saúde, à medida que expande o conceito de saúde para outros setores e busca compromissá-los com os efeitos de suas políticas sobre a saúde. Em setembro de 2014, os Ministros da Saúde das Américas aprovaram o Plano de Ação Regional sobre STP, chamando atenção para as consequências positivas ou negativas que políticas extrasetoriais podem ter sobre a saúde das populações. Ou seja, colocar a saúde da população no centro do desenvolvimento sustentável.

Entretanto, todo o sucesso que possa ser alcançado na implementação de políticas de desenvolvimento sustentável global, tal como a Agenda 2030 e os ODS, e de STP como política de priorização da saúde, dependerá de suas implementações a nível nacional, o que demanda a renovação coerente das estruturas de governança nacional e global, assim como nas instituições

13 Ver: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf>.

14 Pan American Health Organization, Task Force and Working Group on Health in All Policies and the Sustainable Development Goals. *Health in All Policies and the Sustainable Development Goals: Reference Note*. Washington, DC: PAHO; 2015.

participantes do processo. Nesse sentido, a abordagem da cooperação estruturante, reforçada por instrumentos adequados de planejamento estratégico (MATUS, 2008) aplicados à saúde e à dimensão intersetorial, pode ter um grande valor no alcance dessas políticas globais e nacionais.

Isso mostra como o a própria diplomacia da saúde transcende as fronteiras tanto da saúde como dos territórios, expostas que estão às influências das políticas globais. A diplomacia da saúde é também elemento da atuação institucional, como mostram as ações da Fiocruz junto aos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, mas também com respeito a instituições de outros setores. A diplomacia da saúde se firma em negociações que modelam e administram o ambiente da política global para a saúde. Une as disciplinas de saúde pública, relações internacionais, gestão, legislação e economia e abriga, entre outras, as áreas de negociação, governança, política externa e saúde, assim como o desenvolvimento de estratégias de saúde nacionais e globais (KICKBUSCH e BERGER, 2010).

O Ministério das Relações Exteriores do Brasil tem se destacado na diplomacia da saúde, com apoios do Ministério da Saúde e da Fiocruz. Dentre as atuações brasileiras nessa área destacamos: 1) a Missão Permanente do Brasil junto à ONU em Genebra, que acompanha as diversas reuniões técnicas e participa das negociações das resoluções, decisões, planos de ação, entre outros, na OMS; 2) a participação decisiva da diplomacia brasileira no primeiro instrumento juridicamente vinculante da OMS, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; 3) desde 2009, o Brasil tem sido reeleito para sucessivos mandatos no Conselho Coordenador de Programas (PCB) do Unaid; 4) a Missão em Genebra também representa o Brasil no Conselho Executivo da Unitaid (Central Internacional de Compra de Medicamentos), que visa a promover o acesso a medicamentos e produtos para

diagnóstico de HIV, tuberculose e malária, por meio de intervenções de mercado que buscam promover e garantir o acesso da população de países pobres; 5) adicionalmente, a Missão mantém contato e promove a participação do Brasil em reuniões e eventos de diversas outras organizações da área de saúde global, como a GAVI (Aliança Global para Vacinas e Imunização), o “Pool” de Patentes (MPP – Medicines Patent Pool), o Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária e a Parceria Rollback Malaria, entre outras.

6. Considerações finais

A primeira década do século XXI marcou a qualidade da presença brasileira no cenário internacional a partir de novos paradigmas assumidos por sua política externa, tais como a diversificação das relações políticas e comerciais com novos parceiros, principalmente do mundo em desenvolvimento, promovendo processos de integração regionais (UNASUL) e de blocos (CPLP) com importante protagonismo nas iniciativas Sul-Sul.

Nos últimos vinte anos, a atuação conjunta do Ministério das Relações Exteriores, principalmente a partir da sua Agência Brasileira de Cooperação (ABC), com o Ministério da Saúde, propiciou explorar uma perspectiva que aliasse cooperação com saúde e desenvolvimento, privilegiando o papel do enfoque Sul-Sul em torno do tema da saúde (PIRES-ALVES *et al.*, 2012). A Fiocruz não ficou fora dessa parceria e trouxe inúmeras contribuições, tanto na implementação de projetos específicos quanto de apoio técnico para a definição do conceito de *cooperação estruturante*, da criação da UNASUL Saúde, do Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) e das redes estruturantes. Ou seja, apoiou o desenvolvimento de arranjos intergovernamentais de cooperação Sul-Sul e de diplomacia em saúde, associando a orientação técnica em saúde com o apoio do setor de relações exteriores, para abordar

situações que transcendem as fronteiras nacionais e expõem os países a influências globais (BUSS e FERREIRA, 2010b).

Sem dúvida, a Fiocruz procura encarar a política externa como política pública, à medida que percebe a política externa não como "externa" aos estados e distinta de toda e qualquer política doméstica e pública, mas acredita que tanto as políticas interna, externa e internacional são um *continuum* de um mesmo processo decisório (RATTON SANCHEZ, 2006). Assim, numa escala ainda maior, essa estruturação pode aplicar-se na governança global de saúde, alcançando uma ação multisetorial e, desta maneira, a Fiocruz acredita poder dar continuidade à iniciativa de atuação conjunta entre a saúde e as relações exteriores no alcance da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), atuando de acordo com a proposta de Saúde em Todas as Políticas, para a consolidação do seu papel protagônico no campo da diplomacia em saúde.

Contudo, a já longa prática da cooperação internacional da Fiocruz aponta para o preenchimento de lacunas que dificultam ou impedem políticas de cooperação mais eficazes. Vamos destacar apenas duas, entre as muitas que desafiam o país a tornar-se um *player* respeitado na arena da cooperação internacional.

A principal delas é a inexistência de uma lei que regule a cooperação internacional do Brasil, promovendo-a, mas também protegendo os gestores públicos que, na sua ausência, ficam vulneráveis a uma série de questionamentos dos órgãos de controle da administração pública que no mais das vezes desconhece a cooperação internacional como integrante da política pública nacional.

Outra questão importante é a regularidade de fundos orçamentários para a prática da cooperação internacional, o que permitiria que o país e suas instituições assumissem compromissos

de mais longo prazo, necessários para a maturação de projetos, o que é decisivo na área da saúde. No momento que finalizamos estas linhas, um ajuste fiscal avassalador pode prejudicar o já debilitado financiamento da cooperação internacional do Brasil. Isto somado a redução do apoio a iniciativas internacionais de muitos países desenvolvidos e as ameaças que aparecem no horizonte do país mais rico do mundo e mais forte, em termos absolutos, de redução dos recursos para a cooperação, prenuncia tempos muito difíceis para a cooperação solidária entre países.

A despeito dessas dificuldades, o Brasil desponta, aos olhos de outros países em desenvolvimento, como uma esperança na cooperação Sul-Sul, já que dispõe de políticas públicas bem-sucedidas, particularmente na área da saúde, que podem oferecer alternativas eficazes a serem compartilhadas para a melhoria dos sistemas de saúde de países parceiros e para a saúde de suas populações.

Referências

ALCÁZAR, Santiago L. B. F. *A inserção da saúde na política externa brasileira*. Trabalho de curso do 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco. Ministério das Relações Exteriores. Brasília, 2005.

ALMEIDA, Célia M. *As Reformas Sanitárias dos Anos 80: Crise ou Transição?* Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1995. 411 p.

ALMEIDA, Célia M. *Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário*. Cad. Saúde Pública, v.18, supl. Rio de Janeiro, 2002.

ALMEIDA, Célia M., CAMPOS, Rodrigo P., BUSS, Paulo M., FERREIRA, José R. *A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul*

estruturante em saúde. *RECIIS – Rev. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, mar. 2010.

BARATA, Rita B. *Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro: 2009. 120 p.

BIRN A. E., PILLAY Y., HOLTZ T. H. *International Health Agencies*. In: *Textbook of International Health*. Oxford, 3r. ed., p. 62-3. United Kingdom, 2009.

BRAVO, Maria Inês S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana E.S., BRAVO, Maria Inês S., TEIXEIRA, Marlene, UCHÔA, Roberta, MARSIGLIA, Regina M. G., GOMES, Luciano. *Serviço Social e saúde – formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez Editora, 2001. 408 p.

BRASIL. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Diretrizes para o desenvolvimento da cooperação técnica internacional multilateral e bilateral*. Ministério das Relações Exteriores, 4. ed. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2014. 180 p.

BUSS, Paulo M. e FERREIRA, José R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *RECIIS – Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 93-105, mar. 2010a.

BUSS, Paulo M. e FERREIRA, José R. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da UNASUL saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 106-118, mar. 2010b.

BUSS, Paulo M., FERREIRA, José R. e HOIRISCH, Claudia. A saúde pública no Brasil e a cooperação internacional. *Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade*, v. 2, n. 2. 2011.

BUSS, Paulo M e PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes. In: *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CANDEIAS, Nelly M. F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – 1918 – 1945. *Rev. Saúde Pública*, v. 18, *special issue*, São Paulo, dez. 1984.

COMISSÃO THE LANCET–UNIVERSIDADE DE OSLO. *As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança*. Comissão sobre Governança Global em Saúde coordenada pela Universidade de Oslo, The Lancet, fevereiro 2014.

CPLP. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. *Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) 2009-2012*. Lisboa, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/luiz.eduardo/Downloads/PECS_2009-2012_15_Maio_2009.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

FERREIRA, José R. e FONSECA, Luiz E. Cooperação estruturante. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. No prelo. 2016.

FERREIRA, José R., HOIRISCH, Claudia, FONSECA, Luiz E. Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, abr./jun. 2016, p. 267-276.

FONSECA, Luiz E. *Formulação de políticas de saúde em situação pós-conflito: o processo de elaboração do primeiro documento propositivo de uma política de saúde para o timor leste, 1999 a 2002*. Tese de doutorado. ENSP-Fiocruz. Rio de Janeiro. 2011.

GAVIÃO, Leandro. Regenerar a democracia. In: *Le Monde Diplomatique Brasil*. Ano 9, n. 105. 14 de abril de 2016. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=2063>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

GIRALDO, Álvaro F. Salud global: una visión latinoamericana. *Rev. Panam. Salud Pública*, 39(2). 2016.

GOHN, Maria G. *Movimentos sociais e redes de mobilização civis no Brasil contemporâneo*. Petrópolis, RJ. 2013.

KICKBUSCH, I., SILBERSCHMIDT, G., BUSS, P. M. Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull WHO*, v. 85, n. 3, p. 230-2, 2007.

KICKBUSCH, I. e BERGER, C. Diplomacia da Saúde Global. In: *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 148-164, mar. 2010.

MATUS, Carlos. *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Ediciones Fundación Altadir, 2008.

NUNES, T. C. M. A Formação de Recursos Humanos: algumas anotações referenciadas pela constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil. *Saúde para Debate*, p. 53-58. Londrina-PR: CEBES, 1996.

OECD. *Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento*. 2006. Disponível em: <<https://www.oecd.org/dac/effectiveness/38604403.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

OECD. *Declaração de Accra sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento*. 2008. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/ua_declaracao_de_accra.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

OECD. *Declaração de Busan sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento*. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/luiz>>.

eduardo/Downloads/Documento%20da%20Parceria%20de%20Busan%20em%20Portugues%2008082012.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

OPAS. *Task Force and Working Group on Health in All Policies and the Sustainable Development Goals. Health in All Policies and the Sustainable Development Goals: Reference Note*. Washington, DC: PAHO; 2015.

PAIM, Jairnilson S. *Reforma sanitária brasileira: contribuições para a contribuição e crítica*. Rio de Janeiro: EDUFBA/Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson S. e NUNES, Tania C. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Cad. De Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 262-269, jul./set., 1992.

PIRES-ALVES, Fernando A., PAIVA, Carlos H. A., SANTANA José P. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. *Rev. Panam Salud Pública*. 2012; v. 32, n. 6, p. 444-450, 2012.

RATTON SANCHEZ, Michelle, SILVA, Elaine C. G., CARDOSO, Evorah L., SPÉCIE, Priscila. Política externa como política pública: uma análise pela regulamentação constitucional brasileira (1967-1988). *Revista de Sociologia e Política* 27: 125, nov. 2006.

ROVERE, Mario R. Dimensiones internacionales de la salud. In: *Desarrollo de la salud y Recursos Humanos*. CIDEPSA-Perú; n. 1, p. 84-98, 1992.

UN. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Nova Iorque. 2000. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

UNDP. *Capacity Development: Technical Advisory Paper No. 2*. Management Development and Governance Division, Bureau for

Luiz Eduardo Fonseca
Paulo Marchiori Buss

Policy Management, New York. 1997, 89 p. Disponível em: <<http://mirror.undp.org/magnet/Docs/cap/Capdeven.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

UNDP. *Os objetivos de desenvolvimento sustentável*. Nova Iorque, 2015. Disponível em: <<http://www.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015.html>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

