

A DIMENSÃO INTERNACIONAL DA SAÚDE E DA SEGURANÇA ALIMENTAR

Luiz Eduardo Fonseca¹

INTRODUÇÃO

Ainda no segundo decênio do novo milênio percebe-se que necessidades em saúde e segurança alimentar continuam crescentes nos países em desenvolvimento. Esta situação não se identifica como fato isolado, mas relacionada a uma complexa combinação de vários fatores internos e externos tanto ao próprio setor saúde (Almeida e al., 2010) quanto da segurança alimentar. Esses fatores se articulam entre diferentes setores econômicos e sociais e se expressam por ações e políticas públicas, atribuindo tanto à saúde quanto à segurança alimentar elementos baseados em conceitos de equidade e sustentabilidade (Maluf, 1995). Nesse sentido, pode-se dizer que a determinação social da saúde e da segurança alimentar reflete aspectos da determinação social dos indivíduos e da vida humana em sociedade (Bosi e Prado, 2011).

É inadmissível que grupos de população, num mundo globalizado a partir do uso de tecnologias tão avançadas, ainda convivam com a fome e a doença. A partir das duas últimas décadas do século XX, a Organização das Nações Unidas (ONU) tem promovido reuniões globais para discutir questões importantes que afetam a vida de milhares de pessoas no planeta: saúde, moradia, abastecimento d'água, segurança alimentar, papel da mulher e da criança, urbanização, meio ambiente entre outros.

A DIMENSÃO INTERNACIONAL DA SAÚDE E DA SEGURANÇA ALIMENTAR

No campo da segurança alimentar, em 1974, a Conferência Mundial da Alimentação objetou que a questão alimentar não era somente uma questão de produção, mas também de armazenagem e distribuição, ou seja, de acesso aos alimentos. No campo da saúde, realizou-se em 1978, em Alma Ata, Cazaquistão, a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, patrocinada pela Organização Mundial da saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que lançou a proposta de "Saúde para Todos no ano 2000" visando

¹luiz.eduardo@fiocruz.br - Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CRIS/ Fiocruz)

ampliar o acesso da população aos serviços promovendo a atenção primária em saúde baseada na noção de necessidade, ampliando a participação comunitária e procurando alcançar a todos, independente de raça, gênero e condições sociais, diferenças definidas socioeconômica e culturalmente.

Entretanto, nos anos 80, a crise de endividamento que atingiu diversos países em desenvolvimento abriu espaço para uma ampla transformação do papel até então desempenhado pelo Banco Mundial (BM) e pelo conjunto dos organismos multilaterais de financiamento que passaram a atuar como pivô da reestruturação econômica neoliberal. Esse cenário significou uma mudança nos encaminhamentos que vinham sendo tomado até então pelas agências setoriais do sistema das Nações Unidas. O BM, que até então tinha um perfil indutor de investimentos para o desenvolvimento, passou a assumir o papel de 'guardião' dos *"interesses dos grandes credores internacionais, responsável por assegurar o pagamento da dívida externa e por empreender a reestruturação e abertura dessas economias, adequando-as aos novos requisitos do capital globalizado"* (Soares, 1996, p. 20). O Banco passou a ser ator primordial dentre as organizações internacionais para o desenvolvimento, liderando o processo de reestruturação e abertura das economias nacionais aos novos rumos da globalização (Dourado, 2002). Nesse contexto, as pesquisas e intervenções do Banco foram aglutinadas em departamentos setoriais, tendo sido alocado num mesmo departamento os temas da saúde, da nutrição e das populações, tendo sido a agricultura considerada um tema a parte.

Ao analisar as orientações gerais do Banco Mundial para o período 1980-90, Dourado (2002) depreende que a prescrição de políticas sociais do Banco foram induzidas por reformas concernentes ao ideário neoliberal, cuja ótica de racionalização em relação ao campo da saúde e da agricultura acompanhou a lógica do campo econômico, sobretudo, a partir da adoção de programas de ajuste estrutural. Assim, se até os anos de 1980, o modelo estatal de produção e controle ainda era a base para muitos empréstimos para os setores da agricultura e da saúde, a partir de então o BM passou a ser mais incisivo em relação à liberalização do mercado e à orientação para a ampliação das parcerias público-privada. A produção agrícola passou a ser mais voltada ao mercado e aos programas de reforma agrária de mercado, incentivando a indenização de donos de terra em lugar das antigas políticas de desapropriação (Pereira, 2004). Em relação à saúde, em 1987, o Banco já havia iniciado a prescrição de políticas de financiamento para o setor em que apresentava propostas de redução da responsabilidade dos governos no financiamento dos serviços de saúde, incentivando iniciativas de privatização da atenção (Mattos, 2001).

As reformas do setor saúde preconizadas pelo Banco criticaram as estratégias de atenção primária baseado na tese de que muitos poucos países haviam logrado levar os cuidados básicos de saúde às populações mais pobres do interior e que a

transição demográfica elevava a importância dos problemas relativos ao adulto. O Banco acreditava que o aumento da demanda por serviços de saúde assistenciais tenderia a ampliar a procura de serviços secundários e terciários de baixa eficácia e alto custo. Ou seja, num contexto de restrição dos gastos públicos decorrente dos ajustes macroeconômicos, o investimento público se voltaria a serviços de baixa qualidade retirando, inclusive, recursos que de outra forma seriam destinados às ações básicas (Mattos, 2001). Assim, o Banco passou a incentivar a proposta de ‘pacotes de cuidados’ a serem oferecidos pelos serviços de saúde assim como as iniciativas publico-privadas na atenção do nível terciário de atenção à saúde.

Quanto ao ajuste do setor agropecuário, o BM condensou diversas políticas anteriores em pacotes de financiamento que incluíam a supressão de subsídios a insumos e créditos, reduzindo recursos destinados a serviços de extensão e assistência técnica rural, preconizando a liberalização dos preços de produção, incentivando a privatização de instituições voltadas à distribuição de insumos e produtos agrícolas, assim como a liberalização do comércio de insumos e produtos (Saprin, 2002, *apud* Pereira, 2004).

Diversos estudos mostraram como as ‘reformas’ de ajuste estrutural, preconizadas pelo BM acabaram por gerar sociedades ainda mais injustas e desiguais tanto em níveis nacionais quanto entre países (Petras, 1997, Borón, 2004, *apud* Pereira, 2004). Não é objetivo deste estudo analisar esses desdobramentos, entretanto foi no bojo daquelas políticas de ajustamento que foram se ampliando não só os mecanismos de comunicação globais como os movimentos sociais que mais e mais denunciavam à comunidade internacional violações de direitos humanos e de acesso das populações a bens e serviços públicos.

Nos anos de 1990, a ONU promoveu conferências internacionais sobre diversos temas que afetavam o mundo naquele final de milênio e que acabavam por aprovar declarações e convenções setoriais sobre a situação da pobreza, dos direitos humanos, da questão da mulher e da criança, da questão saúde, da moradia, das minorias étnicas e culturais, entre outras. Tais movimentos levaram as Nações Unidas a lançarem a Declaração do Milênio, que incorporava uma pauta significativa de instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, partilhando a necessidade de se respeitar os Estados nacionais, mas, exigindo deles total empenho na realização de ações que contribuíssem para o seu alcance (IPEA, 2005). Foram fundamentais para a Declaração do Milênio todas as medidas estabelecidas nas convenções e tratados internacionais anteriores e que originaram os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)².

²1. Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2. atingir o ensino primário universal; 3. promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4. reduzir a mortalidade na infância; 5. melhorar a saúde materna; 6. combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7. garantir a sustentabilidade ambiental; 8. estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

Dentre os ODM, o primeiro objetivo abordava diretamente o problema da fome, associando-a a questão da pobreza e almejava a erradicação dessas duas mazelas até o ano 2015. O campo da saúde foi contemplado com três objetivos, o quarto, o quinto e o sexto, que almejavam até 2015 a redução da mortalidade infantil em dois terços, a melhoria da saúde materno-infantil (diminuir em três quartos a mortalidade materna e a alcançar acesso universal em saúde reprodutiva) e o combate ao HIV, à malária e a tuberculose, entre outras doenças. Entretanto, se analisarmos todos os outros cinco objetivos de desenvolvimento, verificamos que existe uma inter-relação entre eles que faz com que um atue sobre o outro. Ou seja, promovendo conjuntamente a redução da pobreza, o ensino primário universal, e o papel da mulher na sociedade está-se também promovendo uma maior equidade social e o bem estar de grande parte da população mundial. Melhorando a saúde das pessoas está-se atuando também na pobreza, na fome e na condição de vida da mulher, e com o ambiente sustentável está-se favorecendo uma vida mais saudável e, sobretudo, que reforçando a proposta de uma parceria global para o desenvolvimento está-se fortalecendo o âmbito da governança, tanto em nível nacional quanto internacional (Ferreira, 2012).

Dez anos após a Declaração do Milênio pode-se verificar que quase nenhum dos ODMs foram alcançados plenamente, entretanto muito se fez nesses dez anos, mostrando a importância de um compromisso global em torno de metas e objetivos que orientem políticas públicas nacionais mais justas e que apontem para um desenvolvimento humano de qualidade. Nos próximos anos, muitas propostas estarão na mesa de discussão das agências internacionais para se delinear novos objetivos pós-2015 e com certeza as questões da saúde e da segurança alimentar estarão disputando espaço na nova agenda. Este artigo discutirá a trajetória mais recente do debate internacional sobre segurança alimentar e sobre a saúde procurando apontar algumas propostas consideradas interessantes para uma nova agenda de desenvolvimento global, iniciando a discussão a partir do ponto de vista aplicado do oitavo objetivo do milênio, acordado no ano 2000, que fala sobre o estabelecimento de parcerias mundiais para o desenvolvimento.

COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO

Ao prescrever o estabelecimento de parcerias mundiais para o desenvolvimento como uma das ODMs, abriu-se espaço para a possibilidade da ampliação do financiamento para a ajuda internacional e para o intercâmbio entre os diferentes setores das diversas regiões do planeta.

A cooperação técnica e a assistência técnica como mecanismos de intercâmbio internacional são elementos antigos das relações internacionais. Os dois termos são muito utilizados pelas agências de desenvolvimento, entretanto, para este artigo a

cooperação técnica internacional para o desenvolvimento é entendido como um *“conjunto diverso de práticas, experiências e relações”* (Lima, 2007, p. 3), através do qual, diferentes atores expressam seus próprios valores e ideias (Ferreira, 1978). Esses valores e ideias se apresentam muitas vezes como mecanismos propositivos das organizações internacionais, aparecendo como ‘oferta de ideias’, ou seja, propostas construídas a partir de estudos realizados por peritos naquela área e avalizadas pelo conhecimento dito científico (Mattos, 2000).

Muitas vezes, a oferta de ideias está associada a ‘mecanismos indutores’ e condicionalidades incorporadas na oferta da ajuda internacional (Ikenberry, 1990). Entretanto, para Almeida (2006), o sentido de indução é mais complexo, *“na realidade, o que emerge são coalizões que se formam em torno de determinadas estratégias ou propostas [traduzidas nas condicionalidades embutidas nos empréstimos ou doações internacionais], onde a pressão externa encontra solo fértil de apoio nas esferas nacionais”* (p. 12).

Sabe-se que não é fácil aplicar ou usar ideias de outros, pela dificuldade de transposições mecânicas entre universos e ambientes diferentes. Segundo Evans (2004), *“se os países pobres fossem capazes de simplesmente começar a usar o conjunto de ideias que os países ricos já acumularam, suas taxas de crescimento subiriam, na teoria, vertiginosamente”* (p. 25). A aplicabilidade das ideias de outros está associada às condições de absorção e criatividade, em determinado espaço e tempo, tanto de quem as tem quanto de quem as recebe.

Está entendido neste artigo que, quando nos referimos à dimensão internacional tanto da saúde quanto da segurança alimentar estamos levando em conta a discussão que remete a cooperação internacional à dinâmica do sistema internacional, inerentemente assimétrica, onde a posição que os diferentes Estados nacionais e organizações internacionais ocupam e se movem depende da estrutura de poder subjacente a ele. A cooperação internacional, nesse sentido, é estratégia intrínseca e permeada pelas mesmas relações de poder e de dominação que dirigem esse sistema (Fonseca, 2011).

SEGURANÇA ALIMENTAR, AJUDA PARA O DESENVOLVIMENTO E OS DESAFIOS DO MILÊNIO

Embora nas últimas décadas a eliminação da fome no mundo tenha sido contemplada em diversos documentos de diferentes organizações internacionais e ter sido incluída num dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio, a fome persiste. Segundo Cardoso (2010), *“continuam a existir milhões de indivíduos atingidos pela fome, subnutrição e insegurança alimentar crônicas, quando em muitos outros países existe excesso de bens alimentares que são regularmente destruídos por perda de validade ou para evitarem a baixa da sua cotação nos mercados internacionais”* (p. 1).

Parece importante que se faça, então, menção à importância que toma, no âmbito das declarações elaboradas pelas conferências internacionais e assinadas por centenas de representantes de países, a ajuda e a cooperação internacional voltadas para a diminuição da insegurança alimentar. Cardoso (2010) chama atenção também para o movimento de articulação entre países e regiões não só para a criação de economias de escala e capacidade técnica que facilitem o acesso aos mercados, através da criação de infraestruturas conjuntas, zonas de integração económica e políticas de marketing (mercados regionais) como para a troca e disseminação de conhecimentos e técnicas agrícolas e pecuárias.

Foi na Conferência de Buenos Aires do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em setembro de 1978, que surgiu pela primeira vez o conceito de cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD), que destacava a responsabilidade dos países industrializados em manter a assistência técnica, mas admitia certamente que um grande número de nações, mesmo em desenvolvimento, podiam também participar nos negócios e trocas de experiências internacionais, num mundo em crescente interdependência (Ferreira *et al.*, 2013). Paradoxalmente, a cooperação entre países em desenvolvimento cresceu durante o período em que dominaram as premissas neoliberais das agências financiadoras tendo daí evoluído para o conceito de 'cooperação sul-sul'. Segundo Cardoso (2010), desde então a troca e a cooperação entre países em desenvolvimento vem desempenhando importante papel para o setor da produção agropecuária e para a segurança alimentar e nutricional.

Segundo o Relatório do Banco Mundial de 2008 sobre Desenvolvimento Mundial o sector agrícola é responsável por 1/3 do crescimento económico nos países cuja atividade económica se baseia principalmente na agricultura. E é ela que tem permitido em várias regiões do globo a redução da pobreza.

Nesse sentido, é bom também lembrar que foi em 1992, na Conferência Internacional de Nutrição, realizada em Roma, pela Organização das Nações Unidas para o Alimento e a Agricultura (FAO) e pela OMS, que se agregou definitivamente o aspecto nutricional e sanitário ao conceito que passou a ser denominado Segurança Alimentar e Nutricional (Valente, 1997). E foi durante a Cúpula Mundial da Alimentação, realizada em Roma, em 1996, também organizada pela FAO, que se acabou por associar definitivamente o papel fundamental do direito humano à alimentação adequada e que esta só poderia ser garantida pela estratégia da segurança alimentar e nutricional (SAN).

Embora exista uma consciência em relação à fome no mundo e de que a eliminação da pobreza e da subnutrição está associada ao desenvolvimento da agricultura, ainda há baixo financiamento internacional para os sectores agrícola e pesqueiro nos países em desenvolvimento. Na Conferência Mundial sobre Segurança Alimentar, realizada em Roma em Novembro de 2009, se reconheceu

que a ajuda internacional para o desenvolvimento havia diminuído cerca de 70% nas três últimas décadas, sendo ainda impostas aos países pobres, como condicionamento para financiamento, as chamadas práticas de 'boa governança' para que a situação alimentar possa se alterar (Cardoso, 2010).

As premissas neoliberais preconizadas pelas agências financiadoras internacionais a partir dos anos de 1990 partiam do pressuposto de que o acesso aos alimentos deveria se dar exclusivamente através do mercado – considerado o mecanismo mais eficiente na alocação de recursos. Segundo Pereira (2004), a maioria das reformas liberalizantes implantadas não levou em conta *“a oferta local de alimentos e nem qualquer tipo de política de segurança alimentar ou de acesso a mercados anterior à abertura comercial e ao fomento das exportações”* (p. 17). Essas políticas acabaram por elevar os índices de desnutrição em diversas regiões e reforçar a concentração fundiária em muitos países em desenvolvimento. Além disso, a concentração da propriedade da terra e mais a produção agroexportadora em grande escala impactou negativamente o meio ambiente, *“seja pelo modelo químico-mineral adotado, seja pela pressão que exerceu sobre pequenos e médios produtores, os quais se viram forçados a superexplorar terras de qualidade marginal”* (Pereira, 2004, p. 17).

Para se ter uma ideia do baixo financiamento para o setor agrícola, segundo Cardoso (2010), em 2008 a União Europeia (EU) disponibilizou um bilhão de euros para a implementação de projetos agrícolas, enquanto o Banco Mundial disponibilizou, em 2009, dois bilhões de dólares para o setor. Os dois montantes juntos ainda é bastante baixo para o elevado número de subnutridos existentes no mundo, calculados em um bilhão de pessoas em 2009, segundo estimativas da FAO (2009).

Ao abrir a consulta global sobre a fome, segurança alimentar e nutrição para a Agenda de Desenvolvimento Pós-2015, ocorrida em Roma, em maio de 2013, o diretor da FAO apelou à comunidade internacional para se comprometer com a proposta de erradicação da fome como uma das prioridades do desenvolvimento do Pós-2015, uma vez que cerca de 50 países já estão no caminho certo para atingir a meta de reduzir para 50% a proporção de pessoas com fome em seus países como acordado para os ODMs no ano 2000 (UNRIC, 2013).

OS DESAFIOS DO MILÊNIO PARA A SAÚDE GLOBAL

A crise sistêmica do capitalismo globalizado tem evidenciado iniquidades sociais, econômicas, ambientais e sanitárias existentes entre países e no seu interior com fortes consequências sobre a saúde humana e de ecossistemas (Buss, 2011). Segundo o documento de discussão da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, ocorrido no Rio de Janeiro em outubro de 2011, *“a maior parte*

da carga de doenças – assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países – acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem” (p.2). A esse conjunto de condições e fatores dá-se o nome de ‘determinantes sociais da saúde’, que abrangem aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais que influenciam no estado de saúde de uma população.

O setor saúde é hoje identificado como uma área importante e um campo de prática dentro das relações internacionais devido à sua natureza específica, mas, também, por sua abrangência, uma vez que é ao mesmo tempo determinante e determinado pelo processo de desenvolvimento, ou seja, a saúde global é hoje um campo intersetorialmente dependente.

A situação de saúde global aponta para a enorme persistência das iniquidades no acesso aos serviços de saúde tanto dentro de um mesmo país quanto entre países, causada seja pela desigualdade econômica entre grupos sociais seja pela crescente interdependência do capital num mundo globalizado onde os efeitos da pobreza e da má saúde não estão confinados às fronteiras nacionais. Essa conjuntura crítica coloca em foco a questão da cooperação internacional para o desenvolvimento, que vem buscando abordar e resolver questões globais de pobreza e exclusão social. Para Almeida *et al.* (2010), as mudanças na cooperação técnica internacional em saúde acompanharam as tendências do pensamento sobre o desenvolvimento e a ajuda para o desenvolvimento, desde os anos 50, propondo novos modelos de ação formulados em diferentes conjunturas.

Este artigo não se propõe a uma análise tão pormenorizada desse percurso, mas ressaltar seus aspectos mais importantes a partir do final do século passado. Assim, segundo Almeida (1999), pode-se dizer que nos anos de 1980 as agências financeiras internacionais preconizaram a necessidade de reduzir o desequilíbrio fiscal e de criar condições macroeconômicas mais sustentáveis, centradas nos esforços para diminuir o tamanho do setor público e restringindo o Estado àquelas ações que lhe eram ‘próprias’, procurando torná-lo mais eficiente. Ao final da década de 80, as organizações internacionais passaram a formular propostas de reforma que procuravam retirar a responsabilidade única do Estado e a preconizar iniciativas de parcerias público-privadas para atenção à saúde.

Nesse sentido, os modelos reformadores que emergiram nos anos 90 tentaram, criticando as propostas neoliberais, lidar com os ‘novos’ problemas que as políticas restritivas da década anterior maximizaram, recuperando, sob novas bases, a perspectiva do Estado, embora de tamanho mais reduzido. Muitas características desses modelos ainda persistem nos dias atuais e podem ser resumidas em como reconstruir a capacidade do Estado ao mesmo tempo em que reestruturá-lo (Fiori, 1993).

Para Almeida (1999), as reformas do setor saúde levadas a cabo no final do século passado tiveram forte influência das ideias preconizadas pelo banco Mundial, que foram a centralidade da perspectiva econômica, deslocando o foco dos princípios formuladores das políticas de saúde para aspectos operativos e gestores da sua aplicação. Para a autora, a ideia de separação das funções de financiamento e execução, que prosperaram em várias reformas setoriais no começo do presente século, acabou por introduzir mecanismos competitivos na alocação de recursos financeiros para a saúde na busca de maior eficiência, efetividade e melhora na qualidade dos serviços. Nesse sentido, a discussão atual no campo das reformas políticas do setor saúde vem apregoando, num cenário em que cada vez mais se ampliam as iniciativas público-privadas, a necessidade de se reforçar cada vez mais a capacidade regulatória por parte do Estado no sentido de diminuir as desigualdades inerentes a tal sistema.

Entretanto, as reformas setoriais realizadas sob as premissas do BM até o primeiro decênio deste século não só criaram reconhecidas iniquidades sociais, econômicas, ambientais e sanitárias dentro dos países como entre países. E esse novo panorama global ampliou também o questionamento acerca da 'governança global para a saúde' e da 'governança da saúde global', gerando intensos debates sobre o processo de reforma da sua principal agência internacional, a Organização Mundial da Saúde (Buss, 2011). Esse debate vem ocorrendo no bojo da discussão sobre os novos objetivos para desenvolvimento pós-2015 e despertando o interesse da comunidade internacional que, ainda sob o eco das resoluções da Conferencia Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, realizada no Rio de Janeiro em 2011, e da Reunião Rio+20, realizada também no Rio de Janeiro em 2012, esperam que sejam incorporados temas vitais como 'saúde do processo de desenvolvimento' e os 'determinantes sociais da saúde', que são inegavelmente os pilares para que se incorpore o reforço dos 'sistemas universais de saúde' como a proposta do setor saúde para fazer parte dos objetivos estratégicos da agenda pós-2015.

CONCLUSÃO

Para Mosse (2005), projetos de desenvolvimento precisam ter coerência entre o sistema de representação das ideias que o elaboraram e o sistema operacional para sua implantação, quanto mais distante o sistema de representação das ideias do sistema de representação daqueles que as vai implantar, mais difícil de alcançar sucesso. Isso significa que metas globais preconizadas pelas agências internacionais terão dificuldade para serem atingidas se não forem perceptíveis em nível nacional e local. Metas gerais como 'erradicação da fome' e 'saúde para todos' precisam ser decodificadas de forma inteligível por diferentes sociedades e principalmente

por aqueles que se beneficiarão de suas medidas. Se, durante a negociação para elaboração de um projeto de desenvolvimento, em que participam atores nacionais e internacionais, as representações das ideias aí envolvidas se operarem de forma desigual acabará por se impor o poder do doador. Poder este que se estabelece, calcado numa racionalidade independente, geralmente referenciada por estudos técnicos e densos relatórios, que se apresentam como ‘sugestão’ numa forma velada pela retórica da parceria.

Nesse sentido, pode-se assuntar que num exercício conjunto – países desenvolvidos e em desenvolvimento – de revisão dos esforços de cooperação para o desenvolvimento é preciso, inclusive, redefinir o próprio conceito de desenvolvimento. Tal exercício, por certo, poderia considerar que certas práticas levadas a cabo em regiões mais pobres do planeta representam:

“novas formas de aproveitamento dos recursos disponíveis, mais favoráveis a um novo padrão de crescimento, podendo-se admitir a solução aparentemente utópica de reversão do próprio processo de cooperação, ou, o que seria mais aceitável, reconhecer a possibilidade de uma real reciprocidade entre os países em todas as direções, tanto sul-sul como norte-sul e o possível aproveitamento de soluções inovadoras, [simples e geradas fora do mainstream dos setores produtivos mais desenvolvidos]”. (Ferreira et al., 2013, p. 11).

Como foi apontado anteriormente neste artigo, muitos atores globais, principalmente no calor das discussões sobre os encaminhamentos dos objetivos do desenvolvimento pós-2015, têm defendido metas tais como “erradicação da fome” e “cobertura universal em saúde” como parte de um conjunto de objetivos do “desenvolvimento sustentável”. A questão é: de que “fome”, que “cobertura universal” e de que “saúde” estamos falando? É desanimador verificar que até o momento nenhum *discussion paper* das grandes agências internacionais ainda apontou ideias ou conceitos realmente inovadores e transformadores, fazendo crer que o espaço de discussão entre “ricos” e “pobres” ainda é estreito e que durante algum tempo grande parcela da população mundial ainda terá “mais do mesmo” em termos de acesso a alimentos e serviços de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Almeida, CM. (1999). Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):263-286.

Almeida, CM. (2006). Reforma del sector salud en America Latina y el Caribe: el rol de los organismos internacionales en la formulación de agenda e implantación de políticas. Rio de Janeiro: Mimeo.

Almeida et al. (2010). A concepção brasileira de “cooperação sul-sul estruturante em saúde”. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, 4 (1).

Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/issue/current>> (Acesso 10.06.2010).

Bosi, MLM & Prado, SD. (2011). Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1): 7-17.

Buss, PM. (2013). Saúde global e diplomacia da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(1): 8-9.

Cardoso, M. (2010). Segurança alimentar, ajuda pública ao desenvolvimento e pobreza. Centro de Estudos Africanos – ISCTE-IUL. 7.º Congresso Ibérico de Estudos Africanos. Lisboa.

CMDSS. (2011). Relatório do Seminário Preparatório da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde. Agosto.

Dourado, LF. (2002). Reforma do estado e as políticas para a educação superior no Brasil nos anos 90. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 23, n. 80, setembro, p. 234-252. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>.

Evans, PB. (2004). Autonomia e parceria: Estado e transformação industrial. Trad.: Tigre CB. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.

FAO. (2009). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Roma.

Ferreira, JR. (1978). Patterns of Interchange. *World Health Magazine*. Jan..

Ferreira, JR. (2012). Saúde no desenvolvimento sustentável. CRIS-Fiocruz. Rio de Janeiro, Mimeo.

Ferreira, JR, Buss, PM, Hoirisch, C, Fonseca, LE. (2013). Meio século de cooperação para o desenvolvimento e sua influência no setor saúde. CRIS-Fiocruz. Rio de Janeiro, Mimeo.

Fiori, JL. (1993). Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro. In Tavares MC & Fiori, JL – (*Desajuste Global e Modernização Conservadora*). Paz e Terra, Rio de Janeiro.

Fonseca, LE. (2011). 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 pela ENSP-Fiocruz, Rio de Janeiro.

Ikenberry, GJ. (1990). The international approach of privatization policies: inducement, learning and policy bandwagoning. In: Sleiman E, Watervury J (Orgs.). *The political economy of public sector reform and privatization*. Westview. Pp. 88-110.

IPEA. (2005). Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento / coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília.

Lima, ACS. (2007). Notas (muito) breves sobre a cooperação técnica internacional para o desenvolvimento. In: Silva KC, Simião DS (organizadores). *Timor Leste por trás do palco: cooperação internacional e a dialética da formação do Estado*. Belo Horizonte: Editora UFMG: 416-425.

Maluf, RS. (1995). Segurança alimentar e desenvolvimento econômico na América Latina: o caso do Brasil. *Revista de Economia Política*, v. 15, n. 1(57).

- Mattos, R. (2000). Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IMS-UERJ.
- Mattos, R. (2001). As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):377-389.
- Mosse, D. (2005). *Cultivating development: an ethnography of aid policy and practice*. New York: Pluto Press.
- Pereira, JMM. (2004). O modelo de reforma agrária de mercado do Banco Mundial em questão: o debate internacional e o caso brasileiro. Teoria, luta política e balanço de resultados. Dissertação de Mestrado da UFRRJ. Rio de Janeiro.
- Soares, MCC. (1996). Banco Mundial: políticas e reformas. In: Warde MJ *et al.* *O Banco Mundial e as políticas educacionais*. São Paulo: Cortez: 75-123.
- UNRIC. (2013). Documento disponível em: <<http://www.unric.org/pt/actualidade/31036-seguranca-alimentar-e-nutricao-devem-ser-incluidas-na-agenda-de-desenvolvimento-pos-2015>>.
- Valente, F.L.S. (1997). *Do Combate à Fome à Segurança Alimentar e Nutricional: o Direito à Alimentação Adequada*. R. Nutr. PUCCAMP, Campinas. 10 (1): 20-36, Jan/jun.
- World Bank. (1997). *Health, nutrition & population*. WB (Sector strategy), Washington.
- World Bank. (2008). *World Development Report 2008: Agriculture for Development*. Washington.

