

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Analice Pinto Braga

A Cooperação Técnica Internacional em Saúde do Brasil de 2003 a 2014

Rio de Janeiro

2017

Analice Pinto Braga

A Cooperação Técnica Internacional em Saúde do Brasil de 2003 a 2014

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a: Cristiani Vieira Machado

Coorientador: Professor Dr: Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

B813c Braga, Analice Pinto
A Cooperação Técnica Internacional em Saúde do Brasil de
2003 a 2014. / Analice Pinto Braga -- 2017.
191 f. : graf.

Orientadora: Cristiani Vieira Machado
Coorientador: Gustavo Corrêa Matta.
Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Cooperação Técnica 2. Cooperação Internacional.
3. Saúde. 4. Políticas Públicas. 5. Atos Internacionais.
6. Análise Espaço-Temporal. I. Título.

CDD – 22.ed. – 327.17

Analice Pinto Braga

A Cooperação Técnica Internacional em Saúde do Brasil de 2003 a 2014

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em 31 de março de 2017

Banca Examinadora

Titulares

Dra. Leticia Pinheiro
Instituto de Estudos Sociais e Políticos/UERJ

Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior
Instituto de Medicina Social/UERJ

Dr. Nilson do Rosário Costa
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

Dra. Cristiani Vieira Machado (orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ

Dr. Gustavo Corrêa Matta (segundo orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ

Suplentes

Dr. Fernando Pires-Alves
Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

Dra. Ligia Giovanella
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2017

Aos interessados em compreender e promover a Cooperação Internacional brasileira.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Mário e Fátima, pelo apoio irrestrito a minha caminhada e pelo amor desmedido.

Às minhas irmãs, Priscilla e Patrícia, por estarem sempre ao meu lado e pelas ótimas conversas, ainda que a distância.

À Cristiani e Gustavo, meus orientadores, por terem acreditado neste trabalho, pelos pertinentes apontamentos, por terem sido luz nesse longo e difícil caminho de pesquisa, trazendo ensinamentos e contribuições muito valiosos.

Aos entrevistados da Agência Brasileira de Cooperação, da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, por terem compartilhado suas experiências e pontos de vista, que enriqueceram enormemente minha pesquisa.

À Vice-Diretora de Ensino, Tatiana Vargas, e ao Diretor, Hermano, que estiveram abertos ao diálogo com os estudantes e com quem pude aprender sobre a instituição.

Aos professores do Programa de Saúde Pública, em especial da área de Política, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde, que, com grande competência, ensinaram-me muito sobre Saúde e sistemas de Saúde.

Aos funcionários da ENSP, sempre dispostos a ajudar.

Aos meus queridos amigos do mestrado em Saúde Pública, por terem me apresentado o lado bom do Rio de Janeiro e por terem estado presentes nos momentos em que as dúvidas e angústias do mestrado e da vida vieram com força. Cada um, com um jeito especial de ser, deu-me ótimas lições. Agradeço a Clarice, Gustavo, Thaís, Stefânia, Cassiano e Marina e, em especial, a Cleiber, Diego e Maria Fernanda.

Aos meus colegas de Fórum de Estudantes da ENSP, Bárbara, Jefferson, Marcelo, Yasmin e Deco, por terem me acolhido na Escola e por me ensinarem sobre política e sobre representação estudantil.

À Anna, pelas ótimas conversas e pela companhia nesses quase dois anos dividindo a casa.

Às minhas amigas, cultivadas desde a faculdade, Vivian e Juana. E à Bruna, que também conheci na UNESP, mas que o CCBB-RJ aproximou.

Às minhas amigas e amigos de Varginha, em especial Alessandra (prima/amiga), Ariane, Antônio, Eduardo e Débora, que acompanharam a caminhada do mestrado e de

ambientação nessa cidade que pode ser tão hostil e tão agradável ao mesmo tempo. Também por terem proporcionado bons momentos quando voltava a minha cidade natal.

À Rafael, que esteve ao meu lado neste período de mestrado, pelas contribuições na elaboração dos gráficos e por trazer amor e diversão para minha vida no Rio de Janeiro.

À Camila De Mario, pelas discussões sobre Políticas Públicas e por estar sempre disposta a ajudar.

À Clarice Gatto, que me ofereceu suporte para enfrentar minhas questões e foi fundamental para que eu mantivesse a tranquilidade e paciência em diversos momentos.

Foi de sozinho. Os lugares eram longe, e o mar. O Aldaz Navegante estava com saudade, antes, da mãe dele, dos irmãos, do pai. Ele não chorava. Ele precisava respectivo de ir. Disse: - “Vocês vão se esquecer muito de mim?” O navio dele, chegou o dia de ir. O Aldaz Navegante ficou batendo o lenço branco, extrínseco, dentro do indo-se embora do navio. O navio foi saindo do perto para o longe, mas o Aldaz Navegante não dava as costas para a gente, para trás. A gente inclusive batia os lenços brancos. Por fim, não tinha mais navio para se ver, só tinha o resto de mar. Então, um pensou e disse: - “Ele vai descobrir os lugares, que nós não vamos nunca descobrir...”. Então e então, outro disse: - “Ele vai descobrir os lugares, depois ele nunca mais vai voltar...”

RESUMO

O trabalho apresenta a pesquisa sobre a cooperação técnica internacional em saúde desenvolvida pelo Brasil entre 2003 e 2014. Na pesquisa, partiu-se da compreensão de que a cooperação internacional é uma dimensão relevante da política externa que, por sua vez, pode ser analisada como uma política pública. Assim, o estudo se ancorou em contribuições da literatura sobre análise de políticas públicas, tendo sido considerados três eixos de análise: 1) o contexto que envolveu a cooperação internacional em saúde; 2) o processo político, com destaque para as organizações e atores envolvidos; e 3) o conteúdo da agenda de Cooperação Técnica Internacional em Saúde. Utilizaram-se como estratégias metodológicas a análise de documentos oficiais, sobretudo os Ajustes Complementares de cooperação técnica internacional em saúde firmados no período, e a realização de entrevistas semiestruturadas com 16 atores envolvidos na cooperação internacional em saúde, atuantes na Agência Brasileira de Cooperação/Ministério das Relações Exteriores, no Ministério da Saúde e na Fundação Oswaldo Cruz. Observou-se que no governo de Lula a política externa teve destaque e a cooperação internacional foi impulsionada, tendo a saúde como uma das principais áreas. Neste período também houve uma diversificação dos temas e países. No governo Dilma, questões internacionais e nacionais levaram a uma queda na proeminência da política externa brasileira, bem como da cooperação internacional, inclusive na saúde, com certa estagnação das iniciativas. O poder e as atribuições dos principais órgãos e entidades envolvidos – ABC/MRE, Assessoria Internacional em Saúde/MS e FIOCRUZ – variaram no período, bem como as relações entre eles. Concluiu-se que a cooperação técnica internacional em saúde no período expressou características de uma política pública influenciada pela trajetória institucional, pelo contexto internacional e pela mudança dos governos. Houve limites na atuação e nas relações entre os órgãos governamentais responsáveis pela cooperação, com evidências de dispersão de iniciativas nas secretarias do Ministério. Mesmo diante da proliferação de demandas e de iniciativas, permaneceu como desafio a formulação de uma política de cooperação técnica internacional em saúde com diretrizes estratégicas mais claras e maior articulação entre os órgãos envolvidos.

Palavras-chave: Cooperação técnica internacional. Política Externa Brasileira. Saúde. Ministério da Saúde

ABSTRACT

This work presents a research about the International Technical Cooperation in Health of the Brazilian government from 2003 to 2014. The research starts from the conception that international cooperation is a relevant dimension of foreign policy that, in turn, can be analyzed as a public policy. Thus, the study was anchored in contributions from the literature on public policy analysis to analyze: 1) the context that involved international cooperation in health; 2) the political process, with emphasis on the organizations and actors involved; and 3) the content of the agenda of International Technical Cooperation in Health from 2003 to 2014. The methodological strategies used were analysis of official documents, analysis of the Complementary Adjustments of international technical cooperation in health signed in the period and semi-structured interviews with 16 actors involved in international cooperation in health. It was observed that during Lula's government foreign policy was highlighted and international cooperation was boosted, with health as one of the main areas. During this period there was also a diversification of themes on cooperation and in the list of countries that signed cooperation agreements with Brazil. In Dilma's government, international and national issues led to a decline in the prominence of Brazilian foreign policy, as well as international cooperation, including health. The power and attributions of the main agencies and entities involved - ABC / MRE, International Health Advisory / MS and FIOCRUZ - varied in the period, as well as the relationships between them. It is concluded that the international technical cooperation in health in the period expressed characteristics of a public policy influenced by the institutional trajectory, the international context and the change of governments. There were limits in the performance and relations between government agencies responsible for cooperation, with evidence of dispersion of initiatives in the Ministry's secretariats. Even in the face of the proliferation of demands and initiatives, the challenge is still to formulate a policy of international technical cooperation in health with clearer strategic guidelines and greater articulation among the institutions involved.

Keywords: International Technical Cooperation. Brazilian Foreign Policy. Health. Brazilian Ministry of Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Triângulo de análise de políticas	23
Gráfico 1 – Execução financeira da ABC (em R\$), Brasil, 2000 a 2014	71
Gráfico 2 – Execução financeira da ABC (em R\$) para a América do Sul, do Norte, Central e Caribe. Brasil, 2000 a 2014.....	73
Gráfico 3 – Execução financeira da ABC (em R\$) para a África. Brasil, 2000 a 2014	74
Gráfico 4 – Execução financeira da ABC (em R\$) para Ásia, Europa, Oceania e o Oriente Médio. Brasil, 2000 a 2014.....	75
Gráfico 5 – Recursos financeiros executados em relação à meta total por eixos de intervenção do Mais Saúde. Brasil, 2008 a 2010.....	78
Gráfico 6 – Distribuição dos projetos de Cooperação Sul-Sul por setor. Brasil, 2000 a 2014.....	79
Gráfico 7 – Evolução da Execução dos Projetos de Cooperação Trilateral com Organismos Internacionais (em US\$). Brasil, 2009 a 2015	83
Gráfico 8 – Evolução anual do número de Ajustes Complementares da área da saúde assinados. Brasil, 2003 a 2014.....	110
Gráfico 9 – Número de Ajustes Complementares de acordo com os temas. Brasil, 2003 a 2014.....	112
Gráfico 10 – Número de ajustes complementares assinados por região entre 2003 e 2014	115

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Eixos de análise, componentes, técnicas e fontes da pesquisa	30
Quadro 2 – As fases da ajuda internacional.....	39
Quadro 3 – A evolução da estrutura regimental da ABC. Brasil, 2003 a 2010.....	87
Quadro 4 – Comparativo das competências regimentais da AISA entre 2003 e 2014.	92
Quadro 5 – Ajustes Complementares de cooperação técnica com países da América do Sul, de 2003 a 2014	117
Quadro 6 – Quadro 6 - Ajustes Complementares de cooperação técnica com países da América Central e Caribe e México, de 2003 a 2014	118
Quadro 7 – Quadro 7 - Ajustes Complementares de cooperação técnica com países da África, de 2003 a 2014.....	119
Quadro 8 – Ajustes Complementares de cooperação técnica com países da Ásia (Timor Leste), de 2003 a 2014	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde
ABC	Agência Brasileira de Cooperação
BLH	Banco de Leite Humano
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CoBraDI	Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional
CTI	Cooperação Técnica Internacional
CTPD	Cooperação Técnica entre países em Desenvolvimento
CSS	Cooperação Sul-Sul
FHC	Fernando Henrique Cardoso
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBAS	Fórum de diálogo Índia, Brasil e África do Sul
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PABA	Plano de Ação de Buenos Aires
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RESP	Redes de Escolas de Saúde Pública
RETS	Redes de Escolas Técnicas de Saúde

RINSP	Rede de Institutos Nacionais de Saúde
SCI	Sistema Consular Integrado
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Cooperação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	METODOLOGIA	21
2.1	REFERENCIAL E EIXOS DE ANÁLISE.....	21
2.2	TÉCNICAS DE PESQUISA	25
3	COOPERAÇÃO INTERNACIONAL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E CONCEPÇÕES	32
4	A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	44
5	COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: BREVE HISTÓRICO E PARTICIPAÇÃO BRASILEIRA	58
5.1	SAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL: BREVE HISTÓRICO	58
5.2	A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE	64
6	A COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE DE 2003 A 2014	68
6.1	O CONTEXTO RECENTE DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE	68
6.2	O PROCESSO POLÍTICO: ORGANIZAÇÕES, ATORES E SUAS RELAÇÕES.....	86
6.2.1	A Agência Brasileira de Cooperação	86
6.2.2	A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde	92
6.2.3	A Fundação Oswaldo Cruz	100
6.2.4	O relacionamento entre as organizações	106
6.3	O CONTEÚDO DA AGENDA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE	110
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS	136
	APÊNDICE A – Quadro de Ajustes Complementares assinados entre 2003 e 2014	147
	APÊNDICE B – Lista de Atos Internacionais não incluídos	176
	APÊNDICE C – Lista de entrevistados	184

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	186
APÊNDICE E – Roteiro semiestruturado de entrevista	189

1 INTRODUÇÃO

O tema da saúde foi historicamente relevante nas relações internacionais. No século XIX, quando se principiaram as iniciativas internacionais conjuntas no âmbito da saúde, os países estavam preocupados em manter suas economias livres dos problemas sanitários, que causavam perdas consideráveis, e as medidas a serem tomadas eram pensadas sobretudo no âmbito médico e sancionadas politicamente pelos dirigentes.

Ao longo do século XX, os Estados passaram a se relacionar de forma mais intensa, com o início do que podemos chamar globalização¹. A cooperação internacional como conhecemos ganhou seus primeiros contornos sobretudo com a atuação da Organização das Nações Unidas (ONU) e com os grandes projetos de reconstrução da Europa – Plano Marshall – e do Japão. Neste período, também foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948.

As recentes organizações internacionais tiveram de lidar com a Guerra Fria, que se iniciou tão logo acabou a Segunda Guerra Mundial. Neste período, as questões de segurança internacional predominavam fortemente sobre as questões de desenvolvimento, saúde, ambiente e outras, que emergiram com mais força somente nos anos 1980 e 1990. Os países subdesenvolvidos e “em desenvolvimento”² tinham suas políticas praticamente guiadas pelos países mais ricos, que faziam com que suas concepções sobre o desenvolvimento fossem impressas nas políticas econômicas e sociais daqueles. Não obstante, os países do terceiro-mundo – como eram chamados à época – buscaram se articular para fazer frente a essas imposições e, assim, foram delimitando aos poucos as características da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD). O Brasil foi um participante importante das diversas conferências realizadas para configuração da CTPD.

Inicialmente como receptor da cooperação internacional, nos anos 1970 o Brasil passou a cooperar com outros países e, aos poucos, buscou criar órgãos responsáveis especificamente pela cooperação internacional. Em 1987, criou-se a Agência Brasileira de Cooperação. Em 1988, aprovou-se a Constituição Federal, que assumiu a saúde como direito

¹ Termo que pode ser discutido a partir de diversos autores, (como Santos, 2012; HARVEY, 1998), porém a referida discussão foge ao propósito da pesquisa.

² Neste trabalho será usada a expressão “países subdesenvolvidos” nos trechos que tratam do período anterior aos anos 70, visto que até esta década ainda não se usava a expressão “em desenvolvimento”.

de todos e dever do Estado e instituiu o Sistema Único de Saúde, porém com grande margem para a atuação privada.

No governo de Fernando Henrique Cardoso, o Brasil foi projetado internacionalmente através de uma diplomacia fortemente conduzida pelo presidente e de marcante cunho econômico, porém sem se descuidar das relações multilaterais. A cooperação internacional teve um crescimento em seu governo, tendo sido a cooperação técnica internacional em saúde impulsionada a partir de grande influência do que já vinha sendo feito no tema do controle de HIV/Aids, que havia tomado proporções de epidemia mundial.

No governo de Luiz Inácio Lula da Silva, de 2003 a 2010, a política externa também contou com a marcante presença do presidente, porém seu Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, não foi obscurecido por essa participação. A política externa definida como “ativa e altiva” por Amorim gozou de grande proeminência no governo como um todo e foi uma plataforma para o Brasil crescer como ator no cenário internacional. A cooperação internacional ganhou mais visibilidade, sobretudo porque foi muito valorizada como um dos instrumentos da política externa. A saúde foi uma das principais temáticas de cooperação e o país diversificou seu leque de projetos para além do tema HIV/AIDS, passando a cooperar na área de aleitamento materno, malária, dengue, controle de qualidade de produção de medicamentos, entre outras.

No primeiro mandato de Dilma Rousseff, de 2011 a 2014, alguns fatores confluíram para que houvesse menor destaque e espaço da política externa no governo, tais como conflitos internacionais, a mudança do cenário político e econômico no Brasil e o menor interesse da presidenta pela diplomacia (JESUS, 2014; GÓMEZ; PÉREZ, 2016). Observou-se que o país não conservou a visibilidade internacional conquistada com o governo Lula, assim como perdeu o protagonismo em algumas discussões e viu a cooperação internacional brasileira diminuir consideravelmente.

Tais mudanças observadas na política externa brasileira e na cooperação internacional são registradas frequentemente em diversas áreas da política pública, associadas a mudanças de governo. Isso contrasta com o argumento de muitos governantes, burocratas, jornalistas e autores de que a política externa seria uma política de Estado mais rígida às variações provocadas por mudanças de governo.

Neste sentido, o presente estudo parte do entendimento de que a cooperação internacional é uma dimensão da política externa, e de que a política externa é uma política pública. Assim, a literatura sobre análise de políticas públicas pode ser útil ao estudo da

política externa e, mais especificamente, da cooperação internacional em saúde. Ainda que seja uma área tradicional de atuação dos Estados, que geralmente é influenciada pela geopolítica mundial e pela atuação de burocracias especializadas, assume-se que a política externa sofre a influência de fatores político-conjunturais, como a mudança de governos e a participação de diferentes atores. Alguns autores que contribuem para a discussão da política externa como política pública são Pinheiro (2009), Milani e Pinheiro (2013), Faria (2012) e Lopes (2013).

Milani e Pinheiro (2013) assumem que a política externa expressa não apenas a ação da burocracia estatal, mas envolve a interação de interesses dos indivíduos, de classes, de outras organizações nacionais e internacionais e de pressões da mídia, por exemplo. Assim como outras políticas públicas, a política externa está envolta em disputas, arranjos, barganhas, e é resultante das escolhas dos governos, deste modo, é passível de mudança com o tempo (MILANI; PINHEIRO, 2013).

A presente pesquisa teve como objeto a atuação do Ministério da Saúde, da Agência Brasileira de Cooperação e da Fiocruz na cooperação internacional em saúde de 2003 a 2014. A escolha desse objeto decorreu, primeiramente, de um interesse particular em entender como essa cooperação internacional era firmada, como se dava a atuação dos principais órgãos envolvidos e quais eram os temas de destaque. Em pesquisa anterior realizada na graduação em Relações Internacionais, pude ver de forma superficial que havia um número considerável de temáticas abordadas e que estas haviam sido expandidas, outras promovidas, principalmente com o início do governo Lula, tendo este fato se tornado uma das justificativas para o recorte temporal escolhido.

A justificativa para o recorte temporal assenta-se, assim, no fato de que a cooperação técnica internacional ganhou relevância na política externa brasileira principalmente a partir de 2003, tendo a saúde se sobressaído dentre os temas de cooperação. Entretanto, a mudança de governo com a entrada de Dilma em 2011 mostrou arrefecimento considerável das ações internacionais do país de forma geral, incluindo as de cooperação técnica em saúde, sendo assim um ponto de inflexão simbólico para se discutir a política externa como política pública.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar a atuação do Brasil na Cooperação Técnica Internacional (CTI) em Saúde no período de 2003 a 2014. Os objetivos específicos foram: (1) contextualizar a cooperação internacional em saúde no âmbito da política de saúde nacional e na política externa; (2) analisar a relação entre o Ministério da Saúde, o Ministério

das Relações Exteriores e a Fiocruz – principais atores na cooperação técnica internacional – na conformação e implementação da cooperação técnica internacional em saúde; (3) caracterizar a cooperação técnica internacional em saúde quanto aos temas, regiões e países prioritários; (4) identificar as continuidades e mudanças na cooperação técnica internacional em saúde no período estudado.

O período delimitado compreende, assim, os dois governos Lula e o primeiro governo Dilma, permitindo a identificação das eventuais mudanças relacionadas à troca de governos.

A pesquisa concentrou-se na análise da agenda de cooperação técnica internacional em saúde. O foco na “cooperação técnica”, ainda que imprecisa, justifica-se pelo grande número e pela dispersão das iniciativas de outros tipos de cooperação, como a científica, entre diferentes órgãos, com escassas evidências de coordenação. O estudo assumiu caráter exploratório, utilizando métodos e técnicas de pesquisa qualitativa, como análise documental dos ajustes complementares, relatórios de gestão e outras publicações de órgãos governamentais. Realizaram-se ainda entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos com a política, como será detalhado adiante.

Cabe também ressaltar que o Brasil é um ator recente como país cooperante e que a cooperação técnica internacional em saúde estabelecida junto aos países em desenvolvimento começou a ganhar proeminência a partir dos anos 90, mas somente no governo Lula movimentou recursos expressivos e um número considerável de países parceiros. Portanto, este é um campo que ainda oferece muitas possibilidades de exploração.

Além desta introdução, a dissertação compreende mais cinco capítulos.

O segundo capítulo traz a metodologia da pesquisa. O referencial analítico adotado assume a política externa como uma política pública, em contraste com os argumentos sobre o “isolamento” do Itamaraty e a percepção da política externa como rígida às mudanças. Ao partir dessa compreensão, o capítulo explora o crescente uso dos referenciais de análise de políticas públicas no estudo da política externa. Apresentam-se os eixos de análise do estudo – contexto, processo e conteúdo da agenda de cooperação em saúde. Por fim, são detalhadas as técnicas de pesquisa utilizadas, com destaque para a análise documental, análise de Ajustes Complementares de cooperação técnica e realização de entrevistas semiestruturadas com atores do Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz.

O terceiro capítulo discorre sobre a história da cooperação internacional, apresenta brevemente as principais correntes das Relações Internacionais que debatem o assunto e confronta as diferentes terminologias utilizadas pelos organismos internacionais e pelo

governo brasileiro. O conceito de cooperação internacional não é isento de contradições e tem contornos ainda pouco claros.

O quarto capítulo resgata em linhas gerais a trajetória histórica da Política Externa Brasileira suas principais características, com maior ênfase do contexto de condução da política externa nos governos Lula e Dilma (2003-2014). Discorre-se também a respeito do histórico da política de cooperação internacional e da paulatina construção das estruturas brasileiras responsáveis pela cooperação.

O quinto capítulo trata brevemente da trajetória da cooperação internacional em saúde, com ênfase na participação do Brasil nos debates e nas ações internacionais em saúde. Neste capítulo também são apresentadas as iniciativas de cooperação internacional em saúde do Brasil, considerando sua inserção na política externa recente.

O capítulo seis apresenta os resultados da pesquisa empírica referentes à atuação do Ministério da Saúde do Brasil na cooperação técnica internacional em saúde de 2003 a 2014. O texto está estruturado a partir dos três eixos de análise mencionados: contexto; atores / processo político e conteúdo da agenda de cooperação.

Por fim, nas Considerações Finais, são destacados os principais resultados e conclusões da pesquisa, apontadas suas limitações, levantadas questões a serem exploradas em estudos futuros, bem como identificados alguns desafios para a cooperação internacional em saúde em face de um cenário desfavorável.

2 METODOLOGIA

2.1 REFERENCIAL E EIXOS DE ANÁLISE

O estudo partiu da compreensão da política externa como uma política pública e da consideração da cooperação internacional como uma dimensão da política externa. Isso teve implicações para a escolha do referencial analítico, tendo sido valorizadas as contribuições de autores que trabalham com a perspectiva de análise de políticas públicas para explorar a cooperação internacional em saúde no Brasil no período recente.

As relações internacionais começaram a constituir-se como um campo de estudos nos Estados Unidos em 1940 e as suas primeiras teorias, realistas³, traziam uma visão de nível sistêmico, concentrada na discussão sobre o poder e no equilíbrio de forças em um cenário no qual não havia autoridade que regulasse as relações entre os Estados. Essa visão, porém, não atentava para as especificidades de cada Estado, que eram vistos como “bolas de bilhar”, ou seja, unidades fechadas. O liberalismo⁴, em algumas de suas vertentes, trouxe consigo a discussão sobre a análise das variáveis internas ao Estado que interferiam na sua ação internacional. Essa possibilidade de diferenciação entre os Estados do sistema internacional abriu caminho para os estudos de política externa comparada e para a aplicação da abordagem do processo decisório nos estudos de política externa, dois campos que se aproximavam da análise de Políticas Públicas.

No que diz respeito à disciplina de Relações Internacionais, a análise de política externa diferencia-se por ter como campo de estudo governos específicos, seus objetivos, a tomada de decisão e suas ações propriamente ditas. Pode-se dizer que o reconhecimento de

³ O realismo nas Relações Internacionais tem como principal representante Hans Morgenthau, que, assim como outros teóricos dessa corrente, tem o pensamento influenciado pelas ideias de Tucídides, Maquiavel e Hobbes. O realismo baseia-se em uma concepção negativa da natureza humana. O cenário internacional é visto como conflituoso, como um cenário de guerra, de constante anarquia, no qual a segurança nacional e a sobrevivência estatal, com a manutenção da Balança de Poder, ganham importância primária. O Estado é visto como o único ator das Relações Internacionais e a guerra é vista como principal ferramenta para atingir seus objetivos. O realismo entende que o cenário internacional deve ser analisado e teorizado pensando-se no que é, não no que deveria ser (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

⁴ Já o liberalismo nas Relações Internacionais resgata contribuições de Abade de Saint-Pierre e Immanuel Kant, e divide-se em algumas vertentes como a neofuncionalista e neoinstitucionalista, por exemplo. O liberalismo entende que pode haver cooperação entre os Estados, ainda que o ser humano seja predisposto ao conflito. Existe uma crença mais otimista na natureza humana, nas possibilidades de cooperação e na partilha de responsabilidades em prol da paz e da justiça. O liberalismo não deixa de ver o Estado como principal ator, mas passa a entender que existem outras forças com poder jurídico que também têm papel nas Relações Internacionais. As instituições ganham importância e passa a se depositar nelas a crença de que podem contribuir na redução dos conflitos. Para mais detalhes sobre os conceitos, ver Nogueira & Messari (2005).

que há fatores internos à nação que impactam sobre a política externa e que esta varia conforme ocorrem mudanças nas instituições domésticas contribui para o apagamento da divisão ontológica entre a política externa e as demais políticas públicas domésticas, pois são ambas frutos de processos políticos comparáveis (LIMA, 2013; SOLOMÓN; PINHEIRO, 2013).

O final da Guerra Fria trouxe com força essas novas leituras das Relações Internacionais, que criticavam a visão extremamente centrada no Estado e que não davam importância aos diversos condicionantes da ação deste e ao papel desempenhado por outros atores. É neste cenário pós-bipolaridade que os países em desenvolvimento passaram a ter cada vez mais importância na economia e no comércio mundial e temas ligados ao meio ambiente, imigração e à saúde, por exemplo, ganhavam cada vez mais espaço nas discussões. Os estudos passaram a tratar das difusões internacionais de normas e valores e a incorporação destes pelos países em suas políticas nacionais, além da formação de regimes e blocos regionais, que criavam interdependência entre os Estados, apontando para o fato de que a fronteira entre o ambiente externo e o doméstico havia se tornado cada vez mais permeável (LIMA, 2013).

O abandono da visão do Estado como ator unitário, somado às fraturas da divisão entre o campo internacional e o nacional, são fatores que contribuíram para que a análise de política externa se aproximasse de outros campos da Ciência Política, como a política comparada, análise de políticas públicas e sociologia, por exemplo. Uma resultante desse processo de construção da análise de política externa em aproximação com outros campos de conhecimento foi a possibilidade de se levantar novas questões de pesquisa e do questionamento do isolamento do campo da política externa das demais políticas públicas, fruto da crença na sua especificidade e excepcionalidade (LIMA, 2013; MILANI; PINHEIRO, 2013; SOLOMÓN; PINHEIRO, 2013).

De fato a política externa guarda diferenças de outras políticas públicas, já que a primeira atua majoritariamente no campo internacional, enquanto que a segunda tem o ambiente doméstico como seu principal campo de ação. Não obstante, a política externa é considerada uma política de Estado e de governo. Isto é, a política de Estado está em seguir “o respeito à soberania dos Estados, a solução pacífica das controvérsias, a autodeterminação, a inviolabilidade das fronteiras, os tratados internacionais” (BRASIL, 2008a, p.19), que são os princípios do relacionamento externo do país, aqueles princípios tidos como “mais rígidos”.

Por sua vez, a política de governo está em como esses princípios são executados, conduzidos na prática, que variam conforme cada governo.

A presença do tema da politização da política externa nos debates atuais sugere que a hipótese tradicional do consenso e da continuidade da política externa merece ser reavaliada (LIMA, 2013). As questões da agenda internacional já não estão mais concentradas somente no Itamaraty, mas são discutidas e trabalhadas em outras agências de governo e assessoria de diversos ministérios. A análise da política externa tem, nesse sentido, aproximado-se cada vez mais do campo da política pública, o que também contribui para que o debate sobre política externa difunda-se mais na sociedade, movimento inerente a uma democracia. Desse modo, aquela passa a ser sujeita aos mesmos procedimentos de controle e regulação existentes nos contextos democráticos aplicados às demais políticas, ou seja, a democratização da política externa avança grandemente quando esta é trazida para o campo das políticas públicas (LIMA, 2013).

A cooperação internacional envolve a tomadas de decisões dentro do governo, por diferentes atores e é uma forma de ação internacional dos Estados. Os estudos de cooperação atuais têm um leque de abrangência muito maior, uma vez que o relacionamento entre os Estados intensificou-se nos mais diversos campos, como o da saúde, agricultura, educação, políticas de desenvolvimento e demais políticas públicas antes restritas ao âmbito doméstico. Nesse sentido, a cooperação contribuiu para que a política externa passasse a incorporar cada vez mais dos referenciais teóricos do campo de análise de políticas públicas.

Assim, este estudo analisou a atuação do Ministério da Saúde na cooperação técnica internacional em saúde do período de 2003 a 2014 utilizando-se contribuições de autores como Walt (1994), Kingdon (2003) e Buse, Mays e Walt (2012).

Em seu trabalho, Walt (1994) preocupou-se em analisar quem influencia e como ocorre a formulação da política de saúde, isto é, a autora voltou seu olhar para o processo político e as relações de poder na construção da política de saúde. A autora defende que nem na formulação da agenda, nem em outros aspectos da formulação de políticas (*policy making*), o governo domina exclusivamente o processo. O quanto outros atores irão influenciar e como o farão depende sobretudo do sistema político do país, incluindo aí suas instituições. O processo de formulação da política também passa pela discussão sobre o poder dos atores, concebido diferentemente por várias teorias ou modelos (pluralista, elitista) e pela discussão sobre os estágios de *policy-making*.

Buse et al (2012), apresentam um modelo para a análise da política de saúde que valoriza o papel dos atores, a distribuição do poder e a forma como se dá o processo decisório, concebendo-o como resultado da interação entre interesses, ideias e instituições.

Os autores utilizam um “triângulo de política” para ilustrar de forma simplificada a complexidade de fatores e atores em interação na política de saúde (Figura 1). Os vértices do triângulo, intimamente conectados, são: o contexto em que a política se insere; o processo político e conteúdo da política. O contexto pode envolver elementos estruturais, situacionais, culturais e exógenos/internacionais, sendo afetado por muitos fatores, como conjuntura socioeconômica e mudanças políticas, entre outros. O “processo refere-se à maneira como a política é iniciada, desenvolvida ou formulada, negociada, comunicada, implementada e avaliada⁵”. O conteúdo, por sua vez, se refere à agenda política propriamente dita que, na concepção de Kingdon (2003), seria um conjunto de assuntos ou problemas à qual governantes, oficiais do governo ou pessoas próximas estão prestando séria atenção em algum dado momento (KINGDON, 2003, p.3). O conteúdo da política reflete a interação de elementos do contexto e do processo político, pois o recorte da política está intimamente ligado às condições sob as quais será introduzida e executada (o contexto) e depende dos atores que influenciam e participam das várias injunções do processo. Os atores, compreendidos como indivíduos, grupos e organizações, situam-se no centro, pois influenciam e são influenciados por elementos referentes ao contexto, processo e conteúdo da política (BUSE et al, 2012).

Figura 1 – Triângulo de análise de políticas.



Fonte: (WALT; GILSON, 1994 apud BUSE et al, 2012)

⁵ “Process refers to the way in which policies are initiated, developed or formulated, negotiated, communicated, implemented and evaluated” (BUSE et al, 2012, p.13)

A partir das contribuições desses autores, foram propostos três eixos para orientar a análise da atuação do Ministério da Saúde na cooperação técnica internacional em saúde no período de 2003 a 2014:

- Contexto: se relaciona ao contexto mais amplo em que a cooperação técnica internacional em saúde se inseriu no período do estudo, considerando os fatores estruturais, institucionais ou conjunturais que podem ter influenciado a agenda de cooperação, com atenção a elementos do cenário internacional e a mudanças no contexto governamental, entre outros. Buscou-se ainda situar o lugar da cooperação técnica internacional em saúde na política externa e na política nacional de Saúde.
- Processo: nesse eixo priorizou-se a identificação e caracterização dos principais órgãos envolvidos com a cooperação técnica internacional em saúde, de suas responsabilidades e das relações entre eles. O foco recaiu sobre a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde, a Fiocruz e a ABC/MRE. Ressalte-se que não foi possível analisar em profundidade o processo de construção e implantação da política de cooperação.
- Conteúdo: refere-se ao mapeamento do conteúdo da agenda de cooperação técnica internacional em saúde propriamente dito, considerando os temas, as regiões e os países priorizados nas estratégias de cooperação. Tal mapeamento teve caráter exploratório, não tendo sido realizada uma análise detalhada de projetos específicos, o que fugiria aos objetivos deste estudo.

2.2 TÉCNICAS DE PESQUISA

A pesquisa envolveu diferentes estratégias metodológicas, incluindo: revisão bibliográfica, análise documental e realização de entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos com a cooperação internacional em saúde no período do estudo.

A primeira fase da pesquisa consistiu na exploração do tema, com o levantamento bibliográfico através de bases de dados, sítios na internet, livros e outros meios. O levantamento de bibliografia referente ao tema foi feito a partir das seguintes palavras-chave: cooperação internacional em saúde, cooperação Sul-Sul, política externa e saúde, Ministério da Saúde e cooperação internacional. Os textos da bibliografia foram organizados segundo o

assunto principal: “cooperação internacional em saúde”; “política externa”; “política pública”. A busca foi feita em bases de dados bibliográficos – BDTD, Periódicos CAPES, BVS, entre outros. Os textos selecionados são do campo das Relações Internacionais, da Ciência Política e da Saúde Coletiva em sua grande maioria.

Esta primeira fase também compreendeu a busca documental nos *sites* do Ministério da Saúde, Fiocruz, Ministério das Relações Exteriores e ABC para reconhecimento dos documentos e coleta do material já disponível, como relatórios de gestão, publicações institucionais e os ajustes complementares. Em um segundo momento, documentos foram coletados pessoalmente junto à Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde e à Agência Brasileira de Cooperação.

Os principais documentos gerais de interesse para a cooperação internacional em saúde levantados e analisados foram:

- Do Ministério da Saúde: documentos de planejamento, como o Plano Nacional de Saúde e o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde; documentos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), como Relatórios de Gestão, Boletins Informativos, Regimentos e planilha de projetos disponível no *site*;
- Da Fiocruz: relatórios de gestão, relatório de atividades internacionais, CRIS Informa, e outros.
- Do Ministério das Relações Exteriores: manuais de diretrizes da cooperação internacional, catálogo da cooperação brasileira para o Desenvolvimento, ViaABC, atos internacionais, regimentos, planilhas e apresentações referentes à cooperação internacional brasileira;

Para traçar o perfil da CTI em saúde, optou-se por fazer um mapeamento dos Ajustes Complementares, visto que esses documentos encontram-se organizados e disponíveis *online* e porque os projetos de cooperação técnica estabelecem-se a partir da assinatura dos ajustes complementares ou de Programa Executivo. Os Ajustes Complementares e o Programa Executivo

são os atos que dão execução ao Acordo de Cooperação e normatizam a implementação de um projeto de cooperação técnica Sul-Sul. Por isso, incluem artigos dedicados aos objetivos do projeto, orçamento e gestão e operacionalização do projeto, além de dispositivos específicos acerca das obrigações das partes e da prestação de contas. Os Ajustes Complementares e Programas Executivos dispensam a aprovação do Congresso (BRASIL, 2013).

Ademais, a escolha pela análise dos ajustes complementares ocorreu pelo fato de a pesquisa tratar especificamente de Cooperação Técnica, coordenada, ao menos em tese, pela Agência Brasileira de Cooperação. Ademais, mapear cada ação internacional de cooperação técnica em saúde mostrou-se inviável, visto que existem muitas ações pontuais e muitas vezes as secretarias do Ministério da Saúde executam-nas sem que a ABC ou mesmo a AISA seja informada. Os Ajustes mostraram-se como um meio interessante para se ter uma visão razoavelmente fidedigna das principais temáticas e países com os quais se está estabelecendo caminhos para projetos de cooperação.

Importante frisar que o Ajuste Complementar pode dar respaldo a mais de uma ação inserida na cooperação internacional, isto é, os projetos podem envolver mais de uma etapa ou ação. Os Ajustes Complementares incluídos na planilha (Apêndice A) foram aqueles que entraram em vigor, que envolviam alguma instituição de saúde, que tratavam de cooperação prestada pelo Brasil aos países em desenvolvimento e referiam à cooperação técnica em temática de saúde.

Realizou-se o levantamento e sistematização dos Ajustes Complementares referentes à cooperação técnica em saúde prestada aos países em desenvolvimento na modalidade bilateral. Na página do Itamaraty, mais especificamente no Sistema Consular Integrado⁶, página na qual é possível consultar os atos internacionais⁷ celebrados pelo país, a primeira busca foi feita entre os atos bilaterais utilizando “saúde” como palavra-chave a ser encontrada “no texto” e “cooperação técnica” como assunto. O período de assinatura foi de 01 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2014, sem especificar a situação do mesmo. Foram encontrados 67 atos internacionais.

Em outra busca feita entre os atos bilaterais, utilizou-se “saúde” como palavra-chave a ser encontrada “no texto” e “cooperação científica, técnica e tecnológica” como assunto. Manteve-se o período de 1 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2014 e não se especificou a situação dos projetos. Foram encontrados 39 atos internacionais.

Uma terceira busca foi feita no mesmo site, ainda em atos bilaterais, utilizando “cooperação” como palavra-chave e “saúde” como assunto. Manteve-se o período abrangendo

⁶ Para consultar os atos internacionais, acessar: <<http://dai-mre.serpro.gov.br/>> .

⁷ “Ato internacional é um acordo firmado entre países, regido pelo direito internacional. São como ‘contratos’ firmados entre pessoas jurídicas de direito internacional (Estados, organismos internacionais, etc.) com a finalidade de regulamentar determinadas situações e convergir interesses comuns ou antagônicos. Dependendo do tipo de conteúdo, adotam-se diferentes nomes”. Informação retirada de: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/05/atos-internacionais>>. Acesso em 12 dez. 2016.

de 01 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2014 e não foi especificada a situação. Foram encontrados 162 atos internacionais.

Nas três buscas, não foram adicionados à listagem os Memorandos de Entendimento⁸ ou Protocolos de Intenções⁹, além de outros atos internacionais que não entraram em vigor, não foram assinados, não envolviam instituições de saúde ou não tratavam de temas da saúde, ou diziam respeito à cooperação recebida, todos estes estão listados no Apêndice B. Na planilha final resultante da busca no Sistema Consular Integrado, os atos internacionais assinados e que estão em fase de tramitação foram adicionados.

É importante destacar que a proposta desta etapa da pesquisa não foi analisar cada projeto de cooperação em saúde em profundidade, mas explorar o perfil do conjunto de iniciativas e projetos, visando caracterizar o conteúdo da agenda de cooperação técnica internacional em saúde (quanto às regiões, países, temas de cooperação), conforme mencionado anteriormente. Nesse sentido, a análise dos projetos teve caráter exploratório.

Conseguiu-se também, por meio da Lei de Acesso à Informação, que a AISA fornecesse uma planilha na qual estavam listados os projetos de cooperação técnica internacional que já haviam sido concluídos ou estavam em execução de 2003 a 2014, para que assim os dados que a AISA e o MRE possuíam fossem minimamente confrontados.

Na planilha da AISA, alguns projetos apresentavam as mesmas datas e temáticas de ajustes complementares que foram listados na planilha do MRE¹⁰, o que permitiu deduzir que aqueles ajustes complementares davam respaldo a esses projetos.

Outros projetos listados na planilha da AISA apresentavam a mesma temática de alguns ajustes listados na planilha do MRE, porém as datas de execução eram diferentes, o que permite pensar que os ajustes complementares foram assinados, mas os projetos só foram fechados e executados posteriormente. Com relação aos outros projetos que também

⁸ Memorandos de entendimento “são atos redigidos de forma genérica e simplificada, destinados a registrar a intenção das Partes (que podem ser Governos ou organizações internacionais) em estabelecer iniciativas de cooperação técnica Sul-Sul, definidas em amplas linhas de ação. O Memorando de Entendimento é um documento de função meramente política e não pode gerar obrigações de qualquer espécie e tampouco prever o empenho de recursos. [...]. Para o Governo brasileiro, o Memorando de Entendimento não oferece respaldo jurídico a iniciativas de cooperação. Este instrumento não requer ratificação pelo Congresso Nacional e, na medida em que não criem compromissos gravosos para a União, podem entrar em vigor na data da assinatura.” (BRASIL, 2013).

⁹ Protocolo de Intenções “é um instrumento firmado entre um órgão da Administração Pública brasileira e uma entidade do setor privado (uma organização não governamental ou empresa) para registrar a intenção das Partes em atuar conjuntamente. Sem firmar compromissos, geralmente é o primeiro documento assinado pelos cooperantes. Ao assinar um Protocolo de Intenções, as Partes não assumem compromissos.” (BRASIL 2013).

¹⁰ Esta planilha está sendo chamada de “planilha do MRE” para facilitar ao leitor a diferenciação da planilha fornecida pela AISA, porém a primeira foi construída pela autora a partir dos dados encontrados no Sistema Consular Integrado – sistema do MRE.

apresentavam a mesma temática de alguns ajustes complementares, porém data de execução anterior à assinatura do seu possível ajuste complementar, pode-se pensar que o ajuste foi assinado posteriormente, quando da constatação da necessidade deste respaldo legal.

Para alguns projetos listados na planilha da AISA não se encontrou ajuste complementar correspondente, pois não havia compatibilidade de temáticas, o que pode significar que o projeto insere-se em outra forma de cooperação que pode ter dispensado a assinatura do Ajuste Complementar¹¹ ou mesmo que o Ajuste Complementar que respalda o projeto tenha um título diferente deste do projeto.

Em uma segunda etapa foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com atores selecionados, em sua maioria em Brasília e no Rio de Janeiro. Esta fase foi muito importante para o avanço da pesquisa, visto ser a entrevista uma fonte de extrema relevância para a obtenção de informações para além das fontes documentais. Mais que isso, “o processo de campo nos leva à reformulação dos caminhos da pesquisa, através das descobertas de novas pistas” (CRUZ NETO, 1994, p.62).

Na entrevista semiestruturada o pesquisador já tem previamente formuladas as perguntas, ainda que deixe margem para algumas variações nas questões. Por meio das entrevistas, levantaram-se informações que permitiram entender os processos que envolvem a condução, negociação e implementação da cooperação, as variações ocorridas ao longo dos anos e os atores participantes.

As entrevistas foram realizadas com atores governamentais relevantes (dirigentes e técnicos federais, técnicos, assessores e representantes do governo) escolhidos por seu envolvimento com o processo de formulação e implantação da cooperação técnica internacional em saúde do Ministério da Saúde no período do estudo. Mais especificamente, os critérios de escolha dos entrevistados foram: 1) cargo ocupado, priorizando diretores responsáveis diretamente pela cooperação internacional; 2) posição de direção e contato direto com assuntos relativos à cooperação internacional em saúde dentro dos órgãos federais; 3) técnicos e outros funcionários que trabalharam com cooperação técnica internacional em saúde.

¹¹ Em 16 de março de 2000, o Brasil assinou o Ajuste Complementar ao Convênio Básico entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Mundial da Saúde e ao Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Funcionamento do Escritório de Área da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil. Esse Ajuste Complementar dá o respaldo para que os Termos de Cooperação estabelecidos com a OPAS/OMS prescindam de passar pelo Ministério das Relações Exteriores para aprovação (BRASIL, 2015).

As pessoas entrevistadas foram escolhidas de forma a abranger todo o período estudado. Essas permaneceram no cargo ou posição por, pelo menos, um ano entre 2003 e 2014. A lista de entrevistados encontra-se no Apêndice C, compreendendo: 6 entrevistados que atuaram no Ministério da Saúde em Brasília, a maioria funcionário da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, sendo que um deles era funcionário de carreira do Ministério das Relações Exteriores; 5 entrevistados da FIOCRUZ, no Rio de Janeiro; e 5 entrevistados que atuaram na ABC/MRE no período do estudo. Cabe apontar que alguns funcionários da AISA na data da entrevista, haviam passado anteriormente pela Agência Brasileira de Cooperação, no período de 2003 a 2014 compreendido pela pesquisa.

Os entrevistados, em geral, foram contatados por *email* e por telefone, tendo sido explicado o propósito da entrevista, bem como a importância e contribuição desta para o avanço da pesquisa. Foi solicitado a cada entrevistado que lesse e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ (Apêndice D)¹². As entrevistas foram realizadas no local e horário definidos pelos entrevistados, sendo que algumas entrevistas ocorreram através do Skype® em virtude de o entrevistado não se encontrar no Brasil. As entrevistas foram gravadas, com consentimento, transcritas em momento posterior, e processadas por meio da análise de conteúdo temática, considerando os eixos de análise do estudo, descritos anteriormente. O roteiro das entrevistas é apresentado no Apêndice E.

Na apresentação dos resultados (por exemplo, citação de trechos de falas), visando evitar a identificação direta, os entrevistados são referidos apenas pela sua inserção geral: “entrevistado do MS”, “entrevistado da Fiocruz” e “entrevistado do MRE”, sem explicitação do nome, do cargo ou do período de atuação; e sem numeração diferenciada para cada um.

O quadro 1 resume os eixos de análise, seus componentes e as técnicas/fontes que serão utilizadas.

¹² O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP em julho de 2016 sob o número 1.627.309, tendo seguido os procedimentos éticos constantes na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Quadro 1 – Eixos de análise, componentes, técnicas e fontes da pesquisa.

Eixos de análise	Componentes	Técnicas/Fontes
Contexto da cooperação técnica internacional em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto mais geral em que a cooperação internacional em saúde se insere; - Lugar/destaque da cooperação internacional em saúde na agenda da política de saúde; - Lugar/destaque da cooperação internacional em saúde na agenda de política externa; 	Revisão bibliográfica; Documentos do MRE, ABC, MS e outros: <ul style="list-style-type: none"> - ViaABC; -Relatório de Avaliação do Plano Plurianual; - Plano Nacional de Saúde; - Relatório de Gestão AISA; Entrevistas.
Conteúdo da agenda de cooperação técnica internacional em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Temas presentes e priorizados na agenda de cooperação internacional em saúde - Regiões/países priorizados na agenda de cooperação internacional em saúde - Continuidades e mudanças na agenda de cooperação internacional em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste Complementar -Relatórios de Gestão dos Termos de Cooperação com a OPAS/MS. - Relatório de Gestão da AISA - ViaABC Entrevistas
Processo político e atores envolvidos na definição e implantação da agenda de cooperação internacional em saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Estruturas e atores do Ministério da Saúde (nível central e Fiocruz) envolvidos com a cooperação internacional: poder, processo decisório, relações intrasetoriais; - Relações dos atores do Ministério da Saúde com o MRE e ABC 	Entrevistas semiestruturadas Documentos: <ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes Para o Desenvolvimento da Cooperação Técnica Internacional Multilateral e Bilateral (ABC); - Programas de governo; - Relatórios do MS; - Relatórios do MRE;

Fonte: elaboração própria

3 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL: TRAJETÓRIA HISTÓRICA E CONCEPÇÕES

O debate sobre a cooperação entre os Estados nos conduz às discussões a respeito do comportamento destes no cenário internacional, sobre sua “natureza” e sua *rationale*, iniciadas por Platão, passando por Maquiavel, Hobbes, Kant e outros (AMORIM, 1994). O campo das Relações Internacionais avança nesse debate e congrega diversos teóricos que são referência para quem quer se aprofundar na discussão sobre por que os Estados cooperam, de que forma isso ocorre e seus propósitos.

O campo das Relações Internacionais tem como seu objeto de estudo a interação entre os Estados no sistema internacional, trazendo reflexões sobre a guerra e a paz. A partir dos 60, algumas de suas teorias, sobretudo as liberais, buscaram trazer a análise do comportamento do Estado para o nível das unidades, considerando que a análise sistêmica não permitia ver as diferenças entre elas e desconsiderava suas variações domésticas e internas. Nessa mudança epistemológica inclui-se a tentativa de entender os novos tipos de relacionamento que estavam sendo construídos entre os Estados, como os arranjos de cooperação, que levantavam fortes questionamentos a respeito da concepção de um sistema internacional anárquico¹³. As correntes liberais trouxeram a reflexão sobre o *agente* para se pensar a ação do Estado¹⁴ e para tal incorporaram contribuições de diversos campos, como a Sociologia, Antropologia, Psicologia, Economia, Política Comparada, Políticas Públicas, entre outros.

Nos anos 70, Stephen Krasner (1983) organizou uma obra que trazia contribuições de diversos teóricos das RI para pensar o conceito de Regimes Internacionais¹⁵. Krasner (1983, p.358) defende que a cooperação pode acontecer mesmo em uma ausência de conflito de interesses e sustenta que a formação de regimes internacionais garante a persistência do comportamento pelos atores, mesmo que mudem os fatores causais¹⁶ que estão na origem do

¹³ A corrente realista das Relações Internacionais concebe que a principal característica do sistema internacional é sua ‘anarquia estrutural’, no sentido de que inexistente uma autoridade central para arbitrar as disputas entre as distintas soberanias nacionais (LIMA, 2013).

¹⁴ Para além da corrente liberal, outras correntes teóricas poderiam ser apresentadas, como a funcionalista, neofuncionalista, marxista, construtivista e pós-moderna, porém fugiria ao objetivo deste trabalho explorar as diversas discussões a respeito desse tema.

¹⁵ A definição mais amplamente aceita de regimes internacionais foi formulada por Stephen Krasner (2012, p.93), teórico da corrente institucionalista, para o qual regimes são: “princípios, normas, regras e procedimentos de tomada de decisões de determinada área das relações internacionais em torno dos quais convergem as expectativas dos atores”.

¹⁶ Os fatores causais considerados por Krasner (2012, p.94) são: “o auto-interesse egoísta, o poder político, as normas e princípios difusos, usos e costumes e o conhecimento”.

regime e são ligados a um poder político específico. O comportamento e os resultados mantêm-se, portanto, graças ao constrangimento exercido sobre a forma como os Estados devem agir. Ou seja, uma vez que os regimes são criados, eles podem desenvolver uma dinâmica própria que pode interferir nos fatores causais básicos que o erigiram. Eles podem alterar a distribuição do poder e o grau de interesse. Os regimes podem se tornar interativos, ao invés de permanecerem como simples variáveis intervenientes (KRASNER, 1983, p. 358).

Para Sato (2005, p.12),

O conceito de regime pode também ajudar a compreender por que e como certas áreas das relações internacionais se revelam mais propensas ao estabelecimento de regras e normas de conduta comuns, enquanto outras são muito mais resistentes à formação de arranjos que incorporem regularidades no comportamento dos atores.

Outra corrente teórica da cooperação internacional é a institucionalista neoliberal, que faz uma releitura da teoria realista. Robert Keohane (1984), principal representante dessa corrente, relaciona a cooperação à questão da ascensão e declínio da hegemonia de potências e discute as condições para que aquela aconteça. O autor argumenta que a cooperação tende a ocorrer em um ambiente onde há desacordo, pois, se os países não discordassem em alguns assuntos, haveria harmonia, não cooperação, ou seja, o conflito leva a esta última quando há interesse (KEOHANE, 1989). A cooperação implica em coordenação política, através da qual os atores reduzem o custo de suas transações, criam senso de responsabilidade pelas ações e minimizam o problema derivado de informações imperfeitas (1982, p.339).

A cooperação, para Keohane (1984), é uma consequência da situação de intensa conexão entre os países, potencializada pela disseminação do capitalismo. Segundo Keohane e Nye (1989), essa intensa conexão, chamada de interdependência complexa, fazia com que os resultados das atitudes de um país repercutissem nos demais, ou seja, as ações dos países provocavam “efeitos de custo recíprocos”. Para eles, essa interdependência era geradora de conflitos e acabava por expor a sensibilidade e a vulnerabilidade¹⁷ dos países, sendo a intensificação da prática da cooperação uma das maneiras de administrar esses problemas e aproveitar os ganhos possíveis (NOGUEIRA & MESSARI, 2005, p.87).

¹⁷ Por sensibilidade entende-se: “indicador do impacto, medido em termos de custos, que uma ocorrência em um país tem sobre a sociedade de outro”; e, por vulnerabilidade: “o custo das alternativas disponíveis para fazer frente diante do impacto externo. A vulnerabilidade de um país será alta quanto mais alto for o custo das iniciativas necessárias para fazer frente ao efeito gerado pela interdependência” (NOGUEIRA & MESSARI, 2005, p.83-84).

Para além da teorização que existe sobre a cooperação internacional, pode-se dizer que esta terminologia foi ganhando mais sentido a partir do século XX, mais precisamente, a cooperação internacional ganhou contornos mais claros no pós-Segunda Guerra Mundial, em 1945, quando se criou a Organização das Nações Unidas. A ONU foi um grande marco para o cenário mundial uma vez que ela trouxe em seu bojo preocupações maiores para além da manutenção da paz. A criação deste espaço permitiu aos países então chamados subdesenvolvidos denunciar seus problemas e fazer certa pressão para que os países mais ricos colocassem realmente o desenvolvimento na pauta de discussão. Ou seja, a partir desse momento ficou visível que era preciso que os países passassem a agir no sentido da promoção do progresso social e econômico e de melhorias das condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla, como consta no preâmbulo da Carta de criação da ONU (ONU, 1945).

Além disso, a criação desse espaço foi o impulso para que as relações multilaterais passassem a predominar, ainda que com certos obstáculos impostos posteriormente pela Guerra Fria. Nesse cenário, as normas e políticas adotadas passaram a ser menos concretas no tocante a determinar o comportamento dos Estados, o que permitiu o surgimento de um maior número de regras abstratas, indicativas de comportamentos futuros (normas programáticas), nas quais a tônica passa a ser a adoção de linhas políticas (*policies*) (SOARES, 1994).

A cooperação internacional nas décadas de 40 e 50, que se confundia enormemente com assistência em seu conceito, tinha como foco a melhoria da infraestrutura dos países subdesenvolvidos, com vistas a promover a industrialização, pois se considerava que esses países não dispunham do conhecimento técnico e dos recursos financeiros necessários para realizar as mudanças por eles mesmos. Essa cooperação, chamada Cooperação Norte-Sul, não vinha, porém, sem contrapartidas: os países que recebiam a ajuda viam-se obrigados a comprar bens e serviços dos países doadores, gerando uma situação nefasta de dependência (LEITE, 2012).

A Assistência Técnica – ação que se insere dentro da Ajuda Oficial para o Desenvolvimento – era, nesse momento, uma possibilidade de promover o desenvolvimento nos países mais pobres. Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD) consiste em concessões e empréstimos feitos a países e territórios da lista da organização – países em

desenvolvimento¹⁸ – e a agências multilaterais, que são conduzidos pelo setor público tendo a promoção do desenvolvimento econômico e social como o objetivo principal. Esta é feita mediante concessão financeira com melhores condições de que as de mercado, excluindo desta lista as concessões, empréstimos e créditos para fins militares e, em geral, as transferências feitas para indivíduos privados¹⁹ (AFONSO; FERNANDES, 2005; PUENTE, 2010)

O termo “cooperação técnica” só apareceu formalmente no cenário internacional em 1948 por meio da Resolução 200 da Assembleia Geral da ONU, que a definiu como:

transferência não-comercial de técnicas e conhecimentos, através da execução de projetos em conjunto, envolvendo peritos, treinamento de pessoal, material bibliográfico, equipamentos, estudos e pesquisas, entre atores de nível desigual de desenvolvimento (ALMEIDA, 2013, p.247).

A definição proposta apresenta um avanço na medida em que buscou separar cooperação da ação de conceder apenas ajuda financeira. Por outro lado, pressupôs que os atores envolvidos na cooperação tivessem níveis de desenvolvimento diferentes para que ela ocorresse.

O entendimento inicial de cooperação internacional ficou muito marcado pela concepção colocada pelo chamado Plano Marshall, que foi um programa conduzido pelos Estados Unidos de auxílio à reconstrução dos países europeus afetados pela guerra e que se caracterizava principalmente pela concessão de ajuda financeira. Em 1948, foi criada a Organização para a Cooperação Econômica Europeia, que tinha como objetivo gerenciar os recursos vindos do Plano Marshall, e que abriu caminho para a continuação da cooperação entre os países europeus. Em 1961, ela passou a chamar-se Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

No contexto de divisão dos Estados em virtude da Guerra Fria, os países designados como “Terceiro Mundo” foram pressionados pelos países desenvolvidos para que se alinhassem a algum dos lados. Insatisfeitos com o regime internacional que os oprimia e praticamente inviabilizava sua ascensão, declararam posição independente das potências na Conferência de Bandung em 1955, criando o Movimento dos Não-Alinhados. Esse mesmo período viu o florescer das críticas à bipolaridade, críticas ao modelo de crescimento proposto

¹⁸ Para maiores informações a respeito da classificação dos países segundo seu desenvolvimento, ver: <<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378834-how-does-the-world-bank-classify-countries>>. Acesso em 5 jul. 2016.

¹⁹ Retirado e traduzido de: <<http://www.oecd.org/development/dac-glossary.htm#ODA>>. Acesso em: 7 jun. 2016.

pelas instituições internacionais, com destaque para o pensamento desenvolvido pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)²⁰, e o nascimento de outras perspectivas de organização do sistema internacional. Os países chamados de subdesenvolvidos criticavam o uso de conceitos assistencialistas nos programas de cooperação e o pouco incentivo ao desenvolvimento próprio vindo desses projetos (INOUE; APOSTOLOVA, 1995).

Nos anos 60, foram criadas várias instituições para promoção da assistência relacionada ao desenvolvimento, como: Associação Internacional de Desenvolvimento do Banco Mundial (1960); Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (1968); Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (1961); Agência de Cooperação Técnica para o Exterior (Japão, 1961); Fundo Kuwait para o Desenvolvimento Econômico Árabe (1961). A ajuda internacional era a iniciativa mais comum por parte dos países desenvolvidos, sobretudo nos anos 60, que buscavam promover intervenções principalmente nos setores sociais dos países mais pobres para que as chamadas “necessidades básicas”²¹ fossem atingidas, o que foi feito através de programas de combate à fome, projetos de melhoria na agricultura e da infraestrutura do país (LEITE, 2012).

Na década de 1970, a pressão feita pelos países subdesenvolvidos e o posicionamento de algumas correntes intelectuais dos países do Norte²² favorável, ainda que parcialmente, a esses questionamentos contribuíram para dar início às mudanças que a cooperação internacional sofreu. Resultaram, ademais, na criação de agências e programas na ONU que buscaram contemplar os debates sobre a cooperação internacional, como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), criado em 1965²³ (VALLER FILHO, 2007;

²⁰ “As ideias formuladas pelos cepalinos buscaram identificar tanto os problemas resultantes da tardia industrialização da periferia, impulsionada no pós-Segunda Guerra, como suas raízes provenientes de períodos históricos anteriores, como a revolução industrial, no século XVIII, e seus desdobramentos sobre a evolução do capitalismo mundial. Desse modo, os técnicos da CEPAL, como formuladores de conceitos como deterioração dos termos de troca, inflação estrutural e heterogeneidade estrutural, entre outros (Bielschowsky, 2000 e Rodrigues, 1981), tiveram contribuição inquestionável para o surgimento de uma teoria do subdesenvolvimento econômico” (OLIVEIRA; SANTOS, 2008, p.5)

²¹ Noção introduzida nos anos 70 pela Organização Internacional do Trabalho, definida em termos de comida, vestimenta, habitação, educação e transporte público. Informações retiradas de: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_bg_papers/bp_wess2010_emmerij.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2017.

²²“O Institute for Development Studies, de Brighton, Grã Bretanha, e a OIT foram, de certa forma, pioneiros nos estudos que recomendavam a incorporação da dimensão social na cooperação para o desenvolvimento. O Banco Mundial, de forma inicialmente hesitante, incorpora alguns desses elementos em seus relatórios” (PUENTE, 2010, p. 44).

²³ Por meio da Resolução nº2029 de 1965.

SOARES, 1994) e a Conferência das Nações Unidas para Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), criada em 1964.

A cooperação horizontal começou, então, a ganhar força, tendo sido criada em 1972 a Unidade Especial para a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) no âmbito do PNUD. Em 1978, ocorreu a Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre países em Desenvolvimento, realizada em Buenos Aires, que ficou marcada por ser a primeira conferência que resultou na identificação e sistematização das formas, modalidades e possibilidades de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (PUENTE, 2010).

O documento final da Conferência, o Plano de Ação de Buenos Aires para promover e implementar a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (PABA), apresentava, de forma geral, dois principais argumentos dos países em desenvolvimento a respeito da cooperação internacional, quais sejam: que esta era um instrumento importante da autonomia nacional e coletiva desses países; e que o empreendimento de construção das relações Sul-Sul necessitava do apoio dos países industrializados e das organizações internacionais (SOARES, 1994). O documento estabelecia ainda um quadro referencial para a cooperação técnica entre esses países, tendo como algumas de suas diretrizes o entendimento de que a CTPD deveria se basear na estrita observância à soberania nacional, de que a CTPD não era um fim em si mesma, e propunha o fortalecimento dos sistemas de informação e melhoria dos fluxos e geração de informações, entre outras questões²⁴. Em 1978, a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) transformou o PABA em uma Resolução²⁵ (SOARES, 1994; PUENTE, 2010; BRONFMAN; POLANCO, 2005).

A partir dessa lógica, na década de 70, o termo “assistência técnica” foi substituído nos foros internacionais por “cooperação técnica”, já que o primeiro tinha uma “denotação implícita de desigualdade entre os parceiros [...], sugerindo uma concessão ou atitude caritativa de parte do doador e uma atitude passiva e dependente por parte do beneficiário” (CONDE, 1990 apud PUENTE, 2010, p.65).

O termo “Cooperação para o Desenvolvimento” surgiu, portanto, de um processo de busca de “emancipação” dos países em desenvolvimento das formas tradicionais de cooperação construídas a partir dos interesses das potências e de sua concepção dos

²⁴ Para mais informações a respeito do PABA, ver: < http://southsouthconference.org/?page_id=276>. Acesso em: 5 jul. 2016.

²⁵ Resolução nº 33/134 de 19 de dezembro de 1978.

propósitos da cooperação. Com as mudanças na ordem econômica mundial e as novas resoluções da ONU, a partir de 1975 o PNUD passou a seguir novas orientações, sendo uma delas a de que o órgão deveria aumentar sua contribuição nos programas que envolvessem relações Sul-Sul (SOARES, 1994).

Porém, em virtude do cenário desfavorável da década de 70, marcado sobretudo pelos choques do petróleo, queda nos preços das *commodities*, problemas com a balança de pagamentos, houve redução nos repasses feitos aos fundos de ajuda, cujas ações mostravam-se ineficientes na promoção do desenvolvimento dos países mais pobres. Por outro lado, as ações multilaterais que contavam com a participação do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial aumentaram, além do fato de que a ajuda passou a ser monitorada de modo a permitir a verificação de sua implantação e eficiência. Ademais, a crise econômica dos anos 80 começava a dar sinais de sua chegada, o que levou os países ricos a defenderem os ajustes nas contas dos governos, buscando evitar um colapso dos bancos comerciais envolvidos (HJERTHOLM; WHITE, 2000).

A crise econômica mundial dos anos 80 e a adoção dos ajustes estruturais, que já vinham sendo implantados nas décadas anteriores e foram sistematizados no Consenso de Washington²⁶ em 1989, levaram ao agravamento dos problemas nas áreas de saúde, educação, agricultura, entre outras, prejudicando as previsões de crescimento e desenvolvimento de longo prazo. Tais medidas haviam sido empurradas pelos países do Norte, que tinham por intuito a recuperação do sistema financeiro internacional, que passava pelas crises do petróleo, recessão nos países desenvolvidos e desequilíbrios orçamentários dos países em desenvolvimento (PUENTE, 2010).

Nos anos 80, alguns países em desenvolvimento passaram por processos de democratização, enfrentaram uma grande dívida externa e reformas neoliberais, o que acabou por gerar certa mobilização em torno da Cooperação para o Desenvolvimento (LEITE, 2012). A Ajuda Oficial ao Desenvolvimento, que tinha um caráter “Norte-Sul”, também já vinha se mostrando ineficiente para alavancar o desenvolvimento. Neste momento, a busca de estabilidade macroeconômica dos países em desenvolvimento passa a ser a característica mais

²⁶ “Trata-se de compêndio de recomendações macroeconômicas dos PD [países desenvolvidos] e das principais instituições financeiras multilaterais, de cunho fortemente ortodoxo ou ‘neoliberal’, que se baseia em total confiança nas forças de mercado e na retração da atuação do Estado. Inclui, entre outros postulados, a abertura da economia (com liberalização de importações e livre entrada de investimentos externos), a privatização, desregulamentação, reforma fiscal e proteção da propriedade privada e intelectual” (PUENTE, 2010, p.46).

importante a partir da ótica dos países ricos, que defendiam que o desenvolvimento deveria ser alcançado através do mercado.

A busca pela autonomia frente aos países desenvolvidos gerava certa unificação dos países “terceiro- mundistas”. Porém, nos anos 1990, com o fim da bipolaridade esse motivo de união deixou de existir. Nesse contexto, os países em desenvolvimento ainda se encontravam endividados e o ajuste neoliberal mantinha grande força. Tais motivos somaram-se para a desmobilização da Cooperação para o Desenvolvimento entre esses países, o que pode ser observado pela redução do número de eventos multilaterais – conferências e reuniões – realizados nessa década em comparação aos anos 70 (LEITE, 2012).

Nos anos 90, o Sistema das Nações Unidas buscou mudar o modo como a cooperação internacional ocorria, ou seja a chamada “Execução Direta”, no qual os organismos internacionais faziam a gestão administrativo-financeira e condução técnica dos projetos. A recomendação era de que os países em desenvolvimento tivessem maior domínio (*ownership*) e responsabilidade (*accountability*) sobre os programas de cooperação técnica implementados em parceria com os organismos integrantes do Sistema ONU (BRASIL, 2005a). Essa recomendação encontrava-se em forte sintonia com a ideologia da “boa governança²⁷” propagada pelo Banco Mundial.

O quadro-síntese elaborado por Hjertholm e White (2000, p.8), que se encontra na página seguinte, é interessante para ajudar a visualização das fases da ajuda internacional até os anos 90. Utiliza-se o termo “ajuda”, pois a cooperação entre os países em desenvolvimento ganhou proeminência somente nos anos mais recentes.

²⁷ “O termo era usado para referir-se a políticas de desenvolvimento que se orientavam por determinados pressupostos sobre elementos estruturais como — gestão, responsabilidades, transparência e legalidade do setor público — considerados necessários ao desenvolvimento de todas as sociedades” (KISSLER; HEIDEMANN, 2006, p.481)

Quadro 2 - As fases da ajuda internacional

	Fontes ou tipos de ajuda predominantes	Ideologia dos “doadores”	Foco dos “doadores”	Tipos de ajuda
Anos 40	Plano Marshall	Planejamento do Estado	Reconstrução	Investimento na reconstrução de diversos setores nos países europeus.
Anos 50	EUA e URSS – duas potências da época que buscavam manter suas respectivas áreas de influência	Cobrir as lacunas de capital e de conhecimento técnico desses países	Ajuda para aliviar os efeitos da pobreza e do subdesenvolvimento	Ajuda alimentar e injeção de capital na infraestrutura produtiva dos países subdesenvolvidos.
Anos 60	Estabelecimento de programas bilaterais	Gerar meios para a industrialização. Combate ao avanço do comunismo	Foco nos setores produtivos e de infraestrutura. Geração de emprego	Programas bilaterais de Assistência Técnica e suporte orçamentário; e programas multilaterais apoiando projetos diversos.
Anos 70	Expansão das agências multilaterais.	Dimensão Social. Ajuda direcionada a atingir as necessidades básicas	Setores sociais, como saúde, educação e agricultura	Queda na ajuda voltada ao combate da fome. Aumento da cooperação multilateral.
Anos 80	Crescimento das Organizações Não-governamentais em meados da década	Ajustes baseados no mercado	Reformas macroeconômicas	Programas de financiamento e alívio de dívidas. Indicação de diretrizes políticas.
Anos 90	Países da Europa Ocidental ex-URSS tornam-se receptores da ajuda, deixando de ser doadores.	Boa governança. Estado mínimo	Pobreza e outros setores em que o mercado não atuava fortemente (água, saneamento, educação, etc)	Assistência humanitária

Fonte: elaboração própria com base em HJERTHOLM; WHITE, 2000; INOUE; APOSTOLOVA, 1995; PUENTE, 2010; AFONSO; FERNANDES, 2005.

No início do presente século, a cooperação internacional foi novamente definida no âmbito da Assembleia das Nações Unidas pela Resolução 58/220 de 2004, que afirma serem os países em desenvolvimento os primeiros responsáveis pela promoção e desenvolvimento da Cooperação Sul-Sul (ONU, 2004). Com a nova Resolução, a ONU modificou também o nome da Unidade Especial para Cooperação Técnica entre países em Desenvolvimento, criada em 1972, para Unidade Especial para Cooperação Sul-Sul, o que ressaltou a conotação geopolítica da cooperação (SANTANA, 2011).

Diversos autores e organizações apresentam diferentes definições do termo Cooperação Sul-Sul. Segundo a definição do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a CSS é um amplo enquadramento para colaboração entre países do Sul no campo político, econômico, social, cultural, ambiental e técnico. A CSS é iniciada, organizada e gerenciada pelos países em desenvolvimento e pode se dar através do compartilhamento de conhecimento e experiência, treinamento, transferência de tecnologia, cooperação financeira e monetária e contribuições em espécie²⁸.

De outra forma, a Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (UNIDO, sigla em inglês) define CSS como uma metodologia de desenvolvimento que facilita a troca de conhecimento, experiência, tecnologia, investimento, informação e capacidade entre os países do Sul através dos governos, organizações da sociedade civil, instituições acadêmicas, instituições nacionais e redes para acelerar o desenvolvimento político, econômico, social, cultural, ambiental e técnico²⁹.

A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO, sigla em inglês), por sua vez, define CSS como o compartilhamento e troca mútua de soluções-chave para o desenvolvimento – conhecimento, experiências e boas práticas, políticas, tecnologia, *know-how*, e recursos – entre os países do Sul global³⁰.

A Agência Brasileira de Cooperação, órgão do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, apresenta o termo “Cooperação Técnica Sul-Sul” no “Manual de Gestão da

²⁸ Retirado e traduzido de: <http://ssc.undp.org/content/ssc/about/what_is_ssc.html>. Acesso em: 11 jul. 2016

²⁹ “South-South cooperation is a methodology of development which facilitates the exchange of knowledge, experience, technology, investment, information and capacity between and among Southern countries through governments, civil society organizations, academic institutions, national institutions and networks to accelerate political, economic, social, cultural, environmental and technical development.” Retirado de: <<http://www.unido.org/south-south.html>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

³⁰ “South-South Cooperation is the mutual sharing and exchange of key development solutions – knowledge, experiences and good practices, policies, technology, know-how, and resources – between and among countries in the global south.” Retirado de: <<http://www.fao.org/partnerships/south-south-cooperation/en/>>. Acesso em: 11 jul. 2016

Cooperação Técnica Sul-Sul” (BRASIL, 2013a). O termo “Cooperação *Técnica* Sul-Sul” não é muito comum, mas entendeu-se que houve uma tentativa por parte da ABC de fazer a separação entre o que é técnico e as outras modalidades também incluídas na chamada “Cooperação Sul-Sul”, como a Cooperação Financeira, a Ajuda Humanitária e a Ajuda Alimentar.

As modalidades contempladas na Cooperação técnica Sul-Sul podem ser

capacitação de recursos humanos (seminários, cursos, treinamentos e oficinas técnicas); concepção e aplicação de metodologias, técnicas, estratégias e abordagens; desenvolvimento de modelos gerenciais, ferramentas administrativas e/ou de processos produtivos e operacionais de uma organização; produção de estudos, análises, pesquisas e diagnósticos de cunho técnico; mapas; manuais, cartilhas e publicações afins; cessão, aquisição ou transferência de materiais, bens e equipamentos em caráter complementar, desde que combinada a uma categoria de aporte técnico elegível (BRASIL, 2013a, p.39).

Essa definição é importante, pois o termo cooperação vem, muitas vezes, acompanhado do adjetivo “técnica” ainda que o projeto preveja somente a transferência de recursos financeiros, sem que haja transferência de conhecimento técnico. Ou, como ocorreu em diversos momentos na história, o projeto implementado é chamado “cooperação” quando, na verdade, apresenta características de assistência.

Não é o intuito deste trabalho fazer uma revisão exaustiva dos diversas definições de CSS, porém com poucos exemplos percebe-se como os conceitos incluem algumas modalidades de cooperação dentro de CSS e outros não. Importante perceber também que as mudanças no conceito de desenvolvimento levaram a mudanças na cooperação nos diversos períodos, mostrando um forte relacionamento entre eles.

A assistência técnica, por outro lado, não é incluída como uma modalidade da CSS, sobretudo por prever a assistência e não a troca. Por assistência técnica entende-se: “iniciativas pré-definidas, desenvolvidas unilateralmente por doadores, com baixa ou nenhuma participação dos beneficiários” (BUSS; FERREIRA, 2010, p.94).

O que diferencia, portanto, a cooperação técnica da assistência, é que, normalmente, a assistência pressupõe transferência de recursos financeiros e coloca diretrizes para a alocação desse recurso, além de ser uma relação na qual o país doador tem uma condição muito superior àquele que recebe o recurso. A cooperação técnica para o desenvolvimento, por sua vez, implica em outras trocas não envolvendo, necessariamente, a transferência de recursos de forma líquida, e pode ocorrer entre países de condição de desenvolvimento semelhantes.

Percebe-se que fechar um conceito de cooperação internacional preciso e que abarque as suas nuances é bastante difícil. A cooperação, de forma geral, pode ser classificada segundo a sua fonte de financiamento – se é pública ou privada –; os canais de execução – se conta com a participação de organismos internacionais ou se ocorre somente entre países –; a natureza da cooperação – se é multilateral, bilateral ou triangular –; a área na qual ocorre e os objetivos definidos (SOARES, 1994; AFONSO; FERNANDES, 2005). A cooperação, em suas diversas modalidades, está dentro de uma visão positiva das relações internacionais, entendendo que os países podem e desejam agir coletivamente em diversos sentidos.

O foco deste trabalho é analisar a atuação do Ministério da Saúde, de sua instituição vinculada – Fiocruz –, e do Ministério das Relações Exteriores por meio da Agência Brasileira de Cooperação na Cooperação Técnica Internacional em saúde entre 2003 a 2014. Assim, o próximo capítulo apresenta, de forma breve, a trajetória histórica e as principais características da política externa brasileira e da cooperação internacional, entendida como um de seus principais instrumentos, dando maior destaque ao período do governo Lula e primeiro governo Dilma.

4 A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A cooperação internacional tem um caráter estratégico para o Estado brasileiro desde que o país passou a participar de iniciativas desta natureza. Para o Brasil, a origem da Cooperação Técnica Para o Desenvolvimento (CTPD) conjugou elementos motivacionais geopolíticos – vizinhança –, fatores relacionados a vínculos históricos e culturais, além de certo componente ético, baseado na solidariedade entre nações em desenvolvimento (PUENTE, 2010).

A CTPD brasileira busca refletir as principais diretrizes da política externa, como: autodeterminação dos povos, solução pacífica de controvérsias, não intervenção, entre outras. A cooperação é vista como função suplementar da política externa para promoção do desenvolvimento nacional e goza de uma definição bastante ampla, que se confunde com a própria definição da política externa. Em sua origem, o conceito brasileiro de cooperação está assentado em três categorias: 1) significado político: a cooperação buscava refletir os princípios da política exterior, como o caráter pacifista e não-confrontacionista, passando a ser incorporada no discurso como forma de congregar o Terceiro Mundo e consolidar a liderança do Brasil; 2) propósito econômico: o pleno desenvolvimento não seria possível se o país não avançasse na área de ciência e tecnologia e não ampliasse suas pautas de exportação; 3) forma de operação: a cooperação era praticamente despolitizada com o propósito de aproveitar o maior número de oportunidades (CERVO, 1994).

A política externa do Brasil é em geral vista como um instrumento para a promoção do desenvolvimento, tendo isso se dado de modo quase invariável ao longo dos governos, principalmente a partir dos anos 50 (CERVO, 1994; LESSA et al, 2009; LIMA, 2005; VIZENTINI, 2003). Na visão das elites, as vulnerabilidades do país derivam basicamente de questões econômicas, sendo esse um dos motivos por que a política externa traz consigo o componente desenvolvimentista. O MRE foi uma das instituições que tiveram importante contribuição para o avanço do projeto desenvolvimentista, ideia que permanece na memória do Ministério ainda que o período de auge do modelo já tenha passado. Essa contribuição é reconhecida pelas forças políticas e sociais e constitui-se num das razões pelo qual a política externa foi delegada quase que exclusivamente ao Itamaraty durante muito tempo (LIMA, 2005).

Pode-se dizer que, se a opinião da elite brasileira quanto ao que considera ser o melhor posicionamento da política externa fosse dividida em dois grupos tomados como tipos ideais,

de forma geral, um lado seria o dos que defendem a busca da credibilidade internacional por meio de uma resposta positiva à economia de mercado e à concorrência internacional, e o outro, dos que entendem como sendo mais interessante manter a postura de busca do desenvolvimento em articulação com um projeto nacional de superação dos desequilíbrios internos e manter uma flexibilidade e liberdade política no cenário internacional (LIMA, 2005).

Desde sua criação até as últimas décadas do século XX, o Itamaraty gozou de certo insulamento, que estudos da própria instituição ou oficiais do governo buscavam justificar com o fato de esta apresentar um corpo de diplomatas internacionalmente reconhecido por sua boa formação e capacidade de ação (LOPES, 2013) ou simplesmente pela tradição construída desde o Barão de Rio Branco (MILANI, 2015). O histórico da construção institucional do Itamaraty contribuiu para que este fosse visto como uma instituição com grande autonomia em seu agir com relação à sociedade civil ou aos demais aparatos estatais. Isto porque sua

estrutura racional e burocrática com uma grande complexidade e profissionalismo, [...] possibilitou o aumento de seu controle sobre a formulação e condução da política exterior, capaz de dar à diplomacia a prerrogativa de imprimir, real ou retoricamente, um grau significativo de continuidade ao conteúdo da política (PINHEIRO, 2009).

Tal insulamento também se devia à percepção da política externa como uma política que deveria representar interesses nacionais mais consolidados, referentes à soberania e autonomia do país, entendendo que os assuntos mais mutáveis da política nacional envolvendo governos não deveriam interferir ou imiscuir-se com a política externa (LOPES, 2013). Esses assuntos diziam respeito à chamada “baixa política” – *low politics* –, temas considerados menos relevantes para o campo das Relações Internacionais que não estavam diretamente relacionados à segurança do país ou ao comércio, sendo assim, não atraíam tanta atenção dos condutores da política externa.

O histórico da política externa mostra, entretanto, que esta variou juntamente com as circunstâncias do cenário internacional, bem como em decorrência das mudanças político-econômicas internas ao país. Como apresenta Vizentini (1994; 2003), a cronologia da política externa brasileira³¹ da primeira metade do século XX foi marcada pela influência estadunidense no país, não somente pela dependência existente, mas pelo fato de o país buscar estreitar as relações com Washington, ainda que mantivesse também uma grande proximidade

³¹ O assunto é apresentado rapidamente, pois não é o objetivo do trabalho explorar a fundo a história da política externa do Brasil. Para mais detalhes sobre o assunto, ver Vizentini (2003) e Cervo e Bueno (2010)

com a Alemanha em alguns momentos no governo de Getúlio Vargas. Vargas conduziu a política externa seguindo o princípio da autonomia e buscou transformar a política exterior num instrumento de apoio ao desenvolvimento econômico e à industrialização do país (VIZENTINI, 1994).

Vizentini (1994, p.25) aponta que

A diplomacia pendular do Brasil, entre Washington e Berlim, buscava, em essência, reativar a velha "aliança privilegiada" com os EUA, inovando-a com outras formas de cooperação econômica. Em suma, Vargas ensaiava uma nova política externa em uma situação ainda dominada por velhas estruturas de alcance regional.

Em 1950, o país criou a Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT), composta por representantes da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, do MRE e de ministérios setoriais. O órgão era responsável por lidar com as demandas das instituições nacionais para receberem ajuda técnica estrangeira, com destaque para as áreas consideradas estratégicas para a economia, como agropecuária, telecomunicações, propriedade industrial, aviação civil e aprendizagem industrial. Nesse período, praticamente todos os acordos eram financiados com recursos externos e a cooperação prestada pelo Brasil ainda era pouco significativa (ABREU, 2013).

A política externa da década de 1950 ficou marcada por um alinhamento automático aos Estados Unidos, sobretudo por conta da Guerra Fria. Em 1958, Juscelino Kubistchek lançou a Operação Pan-Americana (OPA), propondo o reforço da cooperação com os Estados Unidos, sob o argumento de que esta potência deveria preocupar-se com o desenvolvimento dos países na medida em que o progresso era o melhor caminho para se evitar a propagação das ideias socialistas. Neste sentido, JK realizou uma abertura da economia ao capital internacional e buscou atrair esses capitais como forma de promover o desenvolvimento. Aponta-se como um dos resultados da OPA a criação do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (CERVO; BUENO, 1986; 1992). A crise do projeto de governo de Juscelino Kubitschek levou a uma retomada da barganha nacionalista. De forma geral pode-se dizer que suas iniciativas foram bastante tímidas e a diplomacia não fez frente a questões importantes da época, como a descolonização de países africanos.

Nos anos 60, a necessidade de ampliar os contatos internacionais levou à adoção da Política Externa Independente (PEI) nos governos de Jânio Quadros e João Goulart, que estabeleceu princípios nacionalistas e passou a vincular mais fortemente a política externa brasileira ao desenvolvimento nacional, momento de maior guinada da política externa

brasileira (VIZENTINI, 1994). O Brasil também aumentou sua relação com os países do Sul e do Leste e intensificou as relações multilaterais (INOUE; APOSTOLOVA, 1995). Outro princípio da PEI era a defesa de uma formulação autônoma dos planos de desenvolvimento econômico e a prestação e aceitação de ajuda internacional no que dizia respeito a esses planos para escapar das imposições do FMI (VIZENTINI, 1994).

Quando do golpe militar de 1964, a política externa assumiu inicialmente uma postura de alinhamento com os Estados Unidos e regrediu para uma diplomacia de âmbito hemisférico e bilateral, sobretudo por conta de questões ideológicas importantes da época (VIZENTINI, 2003). Nesse momento, as decisões econômicas foram bastante centralizadas no Ministério da Fazenda e Banco Central, e, em alguns momentos, contavam com a participação do Ministério do Planejamento. Assim, as negociações e discussões realizadas com organismos internacionais para tratar da dívida externa e da crise econômica que o país vivia passaram ao largo do Itamaraty (LOPES, 2013). Não obstante, o propósito do desenvolvimento e o multilateralismo continuaram a ser aprofundados ao final da década de 60, com o “Pragmatismo Responsável” (INOUE; APOSTOLOVA, 1995; VIZENTINI, 2003).

Nos anos 60, o Brasil ainda era um grande receptor da cooperação técnica internacional e, internamente, soube usar de suas instituições nacionais para difundir atividades em quase todas as áreas – indústria, comunicação, agricultura, mineralogia, etc – pelas várias regiões do país, o que resultou na propulsão do conhecimento e experiência acumulados (CERVO, 1994).

Em 1969, foi introduzido o Sistema Interministerial para Coordenação da Cooperação Técnica Internacional Bilateral e Multilateral, tendo como função principal a integração da cooperação aos planos nacionais de desenvolvimento. Essa mudança buscou centralizar as competências básicas de cooperação técnica internacional, quais sejam: negociação externa, planejamento, coordenação, fomento e acompanhamento (BRASIL, 2005a). As solicitações de cooperação técnica eram, nesse período, analisadas pela Divisão de Cooperação Técnica do Departamento de Cooperação Cultural, Científica e Tecnológica (MRE) e pela Secretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (SUBIN) da Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN), e contavam com a participação de outros ministérios e órgãos setoriais envolvidos (INOUE; APOSTOLOVA, 1995).

O “Pragmatismo Responsável” de Geisel, assim como a diplomacia de João Baptista Figueiredo e Sarney, entre meados dos anos 70 e 80, retomaram o projeto de desenvolvimento

econômico e fortalecimento, ampliando a atuação internacional do país, porém mantendo o caráter conservador e excludente do mesmo (VIZENTINI, 1996).

Durante os anos 70, o Brasil começou a construir a ideia de que a cooperação prestada era um instrumento de política externa, que facilitava a projeção do país como potência emergente e contribuía para o estreitamento dos laços políticos, econômicos e comerciais, tendo sido a dimensão cultural incluída somente em anos mais recentes. Ademais, a cooperação técnica começava a ser vista como ferramenta para “aprofundar as relações com outros países em desenvolvimento, a fim de facilitar a ação conjunta dos países do Terceiro Mundo nos foros internacionais” (INOUE; APOSTOLOVA, 1995, p.25). Neste período, iniciado seu programa de cooperação técnica com os países em desenvolvimento, o Brasil buscou apoio junto ao PNUD para suas ações, sendo importante ressaltar que nos anos 70 “o PNUD era considerado a principal fonte multilateral de cooperação técnica do Brasil, em termos qualitativos e quantitativos” (INOUE; APOSTOLOVA, 1995, p.24).

Segundo Cervo, ao final dos anos 70 e início dos anos 80 foram criadas condições nacionais propícias para o aproveitamento da cooperação internacional no Brasil, sendo elas:

- a) inserção racional da CTI na política exterior;
- b) flexibilidade para aceitar fins próprios e não-próprios definidos para a CTI pelos países avançados;
- c) montagem de um sistema nacional articulado de gerência da cooperação técnica;
- d) implantação de agências internas bem preparadas em termos de recursos humanos e equipamentos para cooperar;
- e) filosofia desenvolvimentista (CERVO, 1994, pp. 40-41).

Algumas dessas condições não acompanharam o crescimento em termos de volume e de importância da cooperação internacional no Brasil e tornaram-se gargalos. A política externa brasileira dos anos 80 ficou marcada por primar pelo comércio e por questões econômicas. Em meados desta década iniciou-se o processo de democratização no país, porém a política externa toma o caminho da democracia em uma cadência diferente, pois era como se houvesse entre as elites uma ideia consolidada e inquestionável a respeito de como esta política deveria ser conduzida. Esse tipo de percepção alimentou por muito tempo a visão de que a política externa era mais rígida às mudanças, levando a crer ser necessário preservar a autonomia da política externa frente às demais políticas nacionais para que aquela mantivesse sua coerência e estabilidade e, assim, pudesse ser bem sucedida (LIMA, 2013). Entretanto, inevitavelmente a democratização pavimentou o caminho para uma maior influência de outras instituições do governo na construção do conteúdo da política externa.

Nos anos 80, o Brasil sofreu forte recessão econômica e, ainda nesta década, as principais instituições responsáveis pela cooperação internacional passaram a adotar critérios de graduação para classificar os países menos desenvolvidos conforme sua necessidade de cooperação. Em decorrência dessa medida, alguns países em desenvolvimento de renda média, como o próprio Brasil, foram excluídos da possibilidade de receber alguns tipos de cooperação.

Até 1987 o país não tinha um órgão que cuidasse especificamente da cooperação técnica, quando foi criada a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que contou com grande colaboração do PNUD para sua construção institucional. Criação essa que estava intimamente ligada à nova recomendação do Sistema ONU de que os países em desenvolvimento fossem os responsáveis diretos pela administração dos programas de cooperação realizados em seus países, o que ficou conhecido como “Execução Nacional de Projetos”. Inicialmente, a ABC tinha como atribuição básica operar programas de cooperação técnica em todas as áreas do conhecimento e, em 1992, passou a ser responsável por administrar também os projetos desenvolvidos com organismos internacionais, em articulação com o Departamento de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica do MRE (BRASIL, 2005a).

Os anos 90 ficaram marcados pela inauguração de uma relação bilateral distinta com a Argentina, e com a América Latina de forma geral, na qual se buscou a negociação e cooperação para superação de conflitos (BERNAL MEZA, 2002). O governo de Collor (1990-1992) foi marcado pela abertura ao capital externo e liberalizações em geral. Collor também avançou no acordo com os países da América do Sul, o que resultou na assinatura do Tratado de Assunção, documento que deu origem ao MERCOSUL em 1991. Ademais, em face do intenso debate internacional na área de meio ambiente, o Brasil apresentou-se para sediar, no Rio de Janeiro, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Eco-92, um dos marcos do seu governo.

Ao longo do governo de Itamar Franco, o Itamaraty seguiu a linha do multilateralismo, de direcionamento privilegiado à América Latina e de aproximação com os países de língua portuguesa (PALOP), além de ter buscado ampliar o debate sobre política externa na sociedade civil. De toda forma, as questões de política externa não estavam no centro de seu governo, que se ocupou principalmente da estabilização econômica (INOUE; APOSTOLOVA, 1995).

À medida que o Brasil passou a participar mais ativamente no contexto internacional, envolver-se em acordos e assinar protocolos, mudanças significativas na condução e

construção da política externa foram ocorrendo, aumentando as possibilidades da agenda de pesquisa na área. A internalização de normas e as mudanças na legislação nacional realizadas com o propósito de adequar o Brasil ao novo cenário são fatos que contribuíram para a “politização” da política externa (LIMA, 2013).

Nos anos 90, o corpo diplomático ainda não estava totalmente preparado para lidar com o fortalecimento dos assuntos sociais e consequente internacionalização das pautas das políticas públicas nacionais. Neste sentido, os demais ministérios passaram a construir ações ou estratégias de diálogo internacional para tratar dessa nova realidade e, atualmente, muitos contam com uma assessoria específica para as ações internacionais, o que contribui para atenuar o distanciamento entre a política externa e as demais políticas públicas (PINHEIRO, 2009; MILANI; PINHEIRO, 2013).

Ao longo do governo Fernando Henrique Cardoso a tensão entre a inovação e a tradição na política externa ficou mais forte, visto que as mudanças no cenário internacional foram intensas e novas questões exigiram a adoção de diferentes posturas da diplomacia. A cooperação na área ambiental manteve sua importância neste governo, seguindo o que já havia sido feito no governo de Fernando Collor. A cooperação internacional, de forma geral, ganhou importância na diplomacia brasileira, mas, nesse momento, era vista principalmente como uma ferramenta para promover a inovação científico-tecnológica no país, portanto se buscava manter ligações mais próximas com os países desenvolvidos (INOUE; APOSTOLOVA, 1995).

Algumas questões internas ao Brasil na década de 90, como o processo de democratização, a ênfase na estabilidade monetária e na liberalização econômica refletiram bastante na condução da política externa (CERVO, 2002). Um dos acontecimentos marcantes dessa época foi a criação do Mercosul, em 1991. O bloco tinha o propósito de alavancar o comércio entre os países da América do Sul e ser uma forma de inserção competitiva no cenário mundial. A iniciativa também representou uma ferramenta para disseminar o debate conjunto sobre diversos temas, entre eles a saúde, ainda que sem muito sucesso (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011), pois as ações no bloco não foram muito além das questões comerciais.

Autores concordam que no governo de Cardoso “houve predominância do liberalismo econômico na condução da política exterior, e que a construção de parcerias foi levada a cabo de acordo com essa visão” (BERNAL-MEZA, 2002, p.55). Entretanto, “o desenvolvimento

não desapareceu do horizonte da política exterior brasileira. [...] Deixou apenas de ser o elemento de sua racionalidade” (CERVO, 2002, p.7).

No que diz respeito à Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), o primeiro governo de FHC (1995-1998) foi marcado pela busca de mecanismos para promover seu financiamento, visto que a ABC praticamente não tinha recursos próprios para financiá-la, tendo de resumir suas ações a atividades pontuais. Em seu segundo mandato (1999-2002), a ABC passou a receber um aporte de recursos vindos através do fundo de rendimentos do PNUD, além de ter recebido recursos que deveriam financiar ações de CTPD nos PALOP (PUENTE, 2010).

A CTPD em si não tinha, contudo, um peso muito forte como instrumento de política externa na América do Sul especificamente, já que se investia no Mercosul como alternativa para a região. Essa situação vai se alterando ao longo do governo FHC, pois o Brasil começava a se consolidar como economia emergente e, posteriormente, como um dos principais indutores da Cooperação Sul-Sul. Na agenda de cooperação do governo FHC ganharam destaque a questão ambiental, a educação e a Aids (PUENTE, 2010). Cabe destaque para a Aids que, neste governo, teve grande peso na política de saúde nacional, bem como na cooperação internacional, tendo contribuído fortemente para impulsioná-la em outras áreas e temáticas.

O governo de FHC também continuou e aumentou o trabalho de construção de um relacionamento mais positivo com os países vizinhos na América do Sul – dando especial atenção à Argentina – tendo mudado a ênfase da América Latina para a América do Sul, a nova região estratégica para o país. FHC buscou igualmente se reaproximar dos Estados Unidos e ampliar as negociações com a União Europeia e com os países emergentes, como Rússia, China e África do Sul (BERNAL-MEZA, 2002; CERVO, 2002; PUENTE, 2010).

Importante pontuar que no governo de FHC houve certa perda de protagonismo do Itamaraty, uma vez que o presidente assumiu forte papel na diplomacia. Porém, a instituição é menos estática do que se imagina: a partir dessa década principalmente, o Itamaraty passou a fazer interlocução com os demais ministérios para assessorá-los nas questões internacionais, assim como foram criadas as divisões temáticas dentro de sua própria estrutura administrativa para responder a essa diversificação de assuntos. Para dialogar com as unidades subnacionais foi criada, em 1997, a Assessoria de Relações Federativas do Itamaraty. Posteriormente, em 2003, a Assessoria teve suas funções ampliadas e passou a chamar-se Assessoria Especial de Assuntos Federativos e Parlamentares (PINHEIRO, 2009; MILANI; PINHEIRO, 2013).

Ademais, “o papel da Fazenda na negociação financeira internacional (anos 80) e a ação internacional organizada de vários ministérios, bem como de algumas entidades subnacionais” (anos 90) dão margem para questionar se havia de fato uma exclusividade do Itamaraty na condução de assuntos internacionais (MILANI; PINHEIRO, 2013, p.19).

Pinheiro (2009) aponta que dificilmente se pode responsabilizar uma só instituição pela política externa de um país e, no caso do Brasil, observou-se nos últimos anos uma intensificação da horizontalização e verticalização do processo decisório. A horizontalização diz respeito a essa participação de outras burocracias governamentais, principalmente na fase da instrumentalização da política, impelida por essa paulatina inserção de mais temas na agenda da política externa. A verticalização, por sua vez, está relacionada ao crescimento da participação da sociedade civil organizada, sobretudo a partir dos anos 90, estimulada também pela diversificação da agenda, pela realização das conferências sociais da ONU e pelos processos de integração regional, que consideravam esses novos assuntos (PINHEIRO, 2009).

A visão da política externa como política pública ganhou mais intensidade nos anos 90 e um impulso no governo Lula, iniciado em 2003, que deu importância à promoção do Brasil no ambiente externo, intensificando sua relação com os demais países, realizando visitas e participando de encontros internacionais. Tais atividades proveram visibilidade ao Ministério das Relações Exteriores em seu governo e abriram margem ao maior envolvimento de outros órgãos públicos e grupos sociais, tornando a condução da política externa algo a ser debatido como as demais políticas públicas nacionais o são.

A política externa do governo Lula manteve algumas diretrizes vindas do governo anterior, como a defesa da solução pacífica de controvérsias, a autodeterminação e não-intervenção, além de ter mantido, igualmente, a política interna de estabilidade macroeconômica. Lula continuou o diálogo com as potências do Norte e buscou elevar a credibilidade internacional do país. Sua diplomacia foi marcada pela defesa dos interesses nacionais e pela ampliação dos diálogos e alianças, guiada pela estratégia da “autonomia pela diversificação” (VIGEVANI; CEPALUNI, 2007). Lula foi um crítico das assimetrias provocadas pela globalização e destacava a importância de uma proposta alternativa para o desenvolvimento do país.

A inserção internacional foi, portanto, menos preocupada com o *mainstream*, tendo buscado intensificar o contato com as chamadas “potências-médias”, como África do Sul e Índia, além de ter levantado bandeiras humanistas como o combate à pobreza e à fome tanto no âmbito doméstico como externo. O presidente deixou claro em seu discurso de posse o

intuito de promover a mudança na sociedade brasileira com um projeto de desenvolvimento nacional e de orientar a diplomacia para essa perspectiva (BRASIL, 2003b). O multilateralismo, também mantido, teve expressão naquele momento através da participação ativa na agenda internacional (PUENTE, 2010).

Para alguns autores, o governo Lula deu nova importância à política externa e concedeu novamente ao Itamaraty o papel que nos anos anteriores havia sido, de certo modo, obliterado pela proeminência de outras pastas ministeriais, como a da Fazenda no governo Fernando Henrique Cardoso. Com isso, contribuiu para a elevação da política externa como assunto de interesse na sociedade civil e no meio empresarial, tendo esse último participado mais ativamente das atividades internacionais do país (ALMEIDA, 2004; PINHEIRO et al, 2010).

No governo Lula, o país passou a se posicionar internacionalmente com relação a muitos temas, tendo sua participação em algumas discussões sido requisitada ou esperada, o que mostra sua importância no cenário internacional (PINHEIRO et al, 2010). Lula promoveu uma alavancagem da cooperação técnica internacional, inclusive na área da saúde (ALMEIDA et al, 2015), o que pôde ser observado pelo aumento do número de projetos de cooperação estabelecidos. A CTPD representou com mais força a partir de 2003 uma importante maneira de fazer valer os objetivos da política externa de aproximação com os países latino-americanos e africanos de língua portuguesa, e de solidariedade para com os demais países em desenvolvimento.

O que se observou, sobretudo no governo Lula, foi que a “política internacional do Brasil alargou sua ancoragem institucional com base na mobilização de múltiplas agências do Estado com agendas externas próprias ou complementares às linhas de ação do Itamaraty” (PINHEIRO et al, 2010, p.23). Esse aumento da participação de outros atores para além do MRE na construção da política externa, fez com que esta ganhasse mais visibilidade e gerou um acirramento do debate público em torno das escolhas do projeto de inserção internacional do país (PINHEIRO et al, 2010).

A integração sul-americana, já presente na agenda, ganhou destaque com Lula. O país defendeu o diálogo multilateral na região e houve a tentativa de construir a ideia de identidade comum, como mostra a criação da União de Nações Sul-americanas em 2008, fortemente apoiada e incentivada pelo Brasil. A importância política, econômica e social do MERCOSUL foi reforçada e foram retomadas as negociações no bloco (LIMA, 2005).

A América do Sul manteve seu protagonismo para o governo brasileiro e houve aproximação com os países da região, visando a aproveitar o momento de decolagem do Brasil para a construção de relações com outros países que não estivessem inseridos nos blocos, valorizando outros aspectos para além dos interesses econômicos e comerciais (PINHEIRO et al, 2010).

Houve igualmente maior contato com a África a partir do resgate de fatores históricos e culturais que aproximassem o Brasil do continente. A África passou a ser a principal receptora de projetos de cooperação internacional e, no que tange à saúde, a Fiocruz foi um ator fundamental nessa construção, como será explorado mais a frente. Segundo o ex-Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim,

a estratégia de aproximação com a África é ao mesmo tempo parte do esforço de concretização da vocação universalista do País e de resgate da identidade nacional na formulação de política externa (BRASIL, 2010, p.5).

No período, o Brasil realizou investimentos diretos em outros países e ampliou sua zona de comércio. Importante também destacar a criação do Fundo de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS) em 2003, que se insere no contexto da política externa multilateral. Entre 2003 e 2010, o governo também agiu no sentido de buscar apoio a sua candidatura a um assento permanente na ONU, além de ter se envolvido mais nas questões em voga no plano internacional, o que gerou uma expectativa quanto à participação do Brasil (PINHEIRO et al, 2010). Lula contou ainda com uma Assessoria Especial para Assuntos Internacionais, conduzida por Marco Aurélio Garcia, bastante atuante, contribuindo para o desenvolvimento de sua diplomacia presidencial.

Ao longo do governo Lula a cooperação técnica horizontal ganhou mais importância e visibilidade como instrumento de política externa, tendo sido ressaltadas nos discursos duas grandes temáticas da cooperação horizontal: o desenvolvimento social, com ênfase no combate à fome e à pobreza, e, novamente, o HIV/AIDS (PUENTE, 2010)³².

Importante pontuar que “por ter alargado a agenda de temas e atores (burocráticos e sociais), a política externa passou a ter uma base societal com a qual não contava anteriormente” (PINHEIRO et al, 2010, p.23). Este alargamento dos temas, observado no governo Lula, também promoveu uma maior interlocução entre o MRE e os demais Ministérios, e, neste sentido, “mesmo que ainda fosse possível falar de um relativo

³² A cooperação técnica internacional em saúde desenvolvida ao longo do governo Lula e Dilma é analisada mais profundamente no capítulo 6.

insulamento da agência diplomática, certamente não se pode falar de um insulamento da política externa” (MILANI; PINHEIRO, 2013, p.31). Esses fatores contribuem para a consolidação do entendimento da política externa como política pública.

Por sua vez, o governo de Dilma Rousseff, iniciado em 2011, foi marcado por turbulências políticas, dificuldades econômicas e cenário internacional pouco favorável a um desempenho marcante do Brasil. No período de seu governo, as questões de segurança internacional ressurgiram com força decorrentes da intensificação do conflito na Síria e outras disputas geopolíticas, como a questão da Ucrânia, deixando menos espaço na agenda para temas interessantes aos países emergentes (SARAIVA, 2014). Seu governo voltou-se grandemente para os problemas internos e a política externa não gozou da mesma importância que nos anos precedentes, podendo-se apontar uma perda do protagonismo do Brasil (SARAIVA, 2014; SPEKTOR 2014).

Rousseff manteve, porém, algumas diretrizes da política externa que haviam sido reforçadas no governo anterior, como o caráter desenvolvimentista; defesa da solução pacífica de controvérsias e da não intervenção militar; e o reconhecimento da estrutura internacional multipolar, apontando para uma atitude multilateralista do país e para a defesa da necessidade de se reforçar a participação dos Estados em desenvolvimento e economias emergentes nos processos internacionais de decisão (SARAIVA, 2014; CERVO; LESSA, 2014; JESUS, 2014).

Cervo e Lessa (2014, p.133) apontam “a dificuldade do Estado em manter o diálogo intenso e confiante com os segmentos dinâmicos da sociedade” como um dos motivos para o esmorecimento da posição de destaque do país. Os autores mostram que houve uma grande mudança na política externa quando da troca dos governos. No governo Lula a participação do país nas negociações internacionais era intensa, havia forte parceria com os setores privados mais dinâmicos do Brasil e incentivo à internacionalização. O governo Dilma, por outro lado, não criou novas estratégias e incentivos para a projeção externa tanto do Estado quanto de setores dinâmicos que haviam contribuído anteriormente para o maior reconhecimento do país, podendo-se dizer que, de certo modo, o paradigma do Estado logístico³³ sofreu um bloqueio (CERVO & LESSA, 2014).

³³ Cervo (2008) concebe quatro tipos de paradigmas da política exterior brasileira: o paradigma liberal-conservador, o do Estado desenvolvimentista (1930-1989), o do Estado normal (ou neoliberal – 1990-2002) e o do Estado logístico. Para o autor, o paradigma logístico “associa um elemento externo, o liberalismo, a outro interno, o desenvolvimentismo. Funde a doutrina clássica do capitalismo com o estruturalismo latinoamericano” (p.85). Continua: “o foco do paradigma consiste, precisamente, em dar apoio logístico aos

A presidente demonstrou mais interesse pela a solução das questões internas e sua relação com o Itamaraty foi se deteriorando no decorrer do mandato, tendo sido reduzido o orçamento do ministério e igualmente o número de vagas para diplomatas ingressantes em 2014, o que pode assinalar para uma menor participação do Brasil em discussões internacionais (SARAIVA, 2014). O número de embaixadas e de postos diplomáticos criados no exterior também foi reduzido, se comparado o primeiro mandato de Dilma com o governo Lula (CORNETER, 2014).

No caso dos blocos dos quais o Brasil faz parte, como Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS) e os BRICS (sigla que se refere ao Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), em alguns momentos os demais países acabaram por ofuscar o Brasil durante o governo Dilma, principalmente China e Rússia, que tiveram certo protagonismo. Nesse âmbito, a iniciativa mais bem sucedida foi a assinatura de um acordo financeiro entre os BRICS em 2014 (CERVO; LESSA, 2014; SARAIVA, 2014).

A relação com os Estados Unidos seguia bem até 2013, quando veio à tona o caso da espionagem estadunidense incluindo a própria presidente brasileira como uma das figuras que havia tido sua privacidade fortemente violada. Com os países da África, também foi mantida a boa relação de antes, mas não houve grande incremento no estabelecimento de acordos, tendo ocorrido reduções no comércio e nos investimentos. A América do Sul continuou sendo uma prioridade para o Brasil, podendo ser observado um estreitamento das relações com a Argentina, com vistas a resolver as contendas comerciais que pairam sobre os dois países. Com relação aos blocos que envolvem os países dessa região, Dilma manteve o bom relacionamento com tais países, mas não investiu forças no avanço dos acordos no âmbito dos blocos e nem para seguir no seu papel de grande influenciador da definição de agendas (SARAIVA, 2014). Pode-se dizer que Dilma conseguiu manter os acordos internacionais e seguiu padrões de comportamento já esperados do Brasil, ainda que com um saldo relativamente negativo em termos de projeção internacional se comparado ao período Lula.

Em que pesem algumas variações entre os períodos, identificam-se linhas de condução da política externa brasileira que se repetem em vários momentos, como: a defesa do multilateralismo, com presença ativa do país nas arenas multilaterais, a postura de não-

empreendimentos, o público e o privado, de preferência o privado, com o fim de robustecê-lo em termos comparativos internacionais” (p.87). Para Cervo e Bueno (2011, p.489), é o paradigma logístico “que fortalece o núcleo nacional, transferindo à sociedade responsabilidades empreendedoras e ajudando-a a operar no exterior, para equilibrar os benefícios da interdependência mediante um tipo de inserção madura no mundo globalizado”.

ingerência e de pragmatismo, o primado do direito internacional, a defesa da soberania e autodeterminação dos povos (CERVO & LESSA, 2014; LIMA, 2005; PUENTE, 2010). Pode-se dizer também que o Brasil se vê como uma liderança na América do Sul e como um país de grande expressividade na América Latina como um todo, características persistentes da política externa do país de forma geral.

A cooperação internacional é vista como um importante instrumento da política externa para projeção do país, quer pela abrangência de áreas que ela abarca ou por se apresentar em espaços nos quais anteriormente não havia outros interesses, realizando a abertura de caminhos para negociações políticas e econômicas posteriores. O que se pode perceber é que o grau de importância e de destaque que a cooperação internacional goza varia conforme as circunstâncias nacionais e internacionais e de acordo com o projeto de governo em vigor, como ocorre com toda a política pública.

A apresentação desta breve trajetória da política externa, com destaques para alguns eventos marcantes da cooperação internacional do Brasil, permite observar que a forma como a cooperação se dava e seus objetivos alteraram-se grandemente até os dias atuais. Essas mudanças deveram-se, sobretudo, ao desenvolvimento socioeconômico do país, que mudou seu perfil de receptor de cooperação para país que desenvolve iniciativas desta natureza. Outro importante fato que provocou mudanças foi a abertura dos países à discussão em outras áreas da política: novos temas ganharam relevância em um mundo cada vez mais marcado pela permeabilidade das fronteiras e pela articulação entre atores de diversos países e representantes de variados setores e interesses. A saúde, área que já era discutida em âmbito internacional, teve suas possibilidades de atuação em termos de cooperação internacional ampliadas no século XXI, como será mais bem desenvolvido no próximo capítulo.

5 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: BREVE HISTÓRICO E PARTICIPAÇÃO BRASILEIRA

5.1 SAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL: BREVE HISTÓRICO

O movimento internacional de discussão e ação na área da saúde é antigo, podendo-se remeter ao século XVIII as primeiras ações de “cooperação internacional”. Naquela época, esse termo era pouco utilizado e a sua denotação não é a mesma de hoje, porém já indicava a construção de intervenções pontuais conjuntas entre os países para combater certas doenças. Essas ações foram se modificando conforme os Estados nacionais criavam legislações específicas para tratar do combate às pandemias, que atrapalhavam o desenvolvimento das sociedades em franca expansão capitalista e também o comércio em cidades portuárias fora do continente europeu. As ações, em sua maioria, consistiam na realização de medidas de profilaxia, como quarentenas e cordão de isolamento das regiões contaminadas.

A industrialização, conseqüente urbanização e expansão do comércio criaram uma situação propícia para a propagação de doenças que, ao mesmo tempo, impulsionava a realização de pesquisas na área médica e o desenvolvimento de medicamentos e equipamentos. A noção de pandemia trouxe para os países o entendimento de que não se conseguiria combater as doenças restringindo-se às ações no âmbito nacional, mas sim que eram necessárias políticas internacionais voltadas para a questão da saúde (LIMA, 2002).

No século XIX, Conferências Sanitárias passaram a ser realizadas com o propósito de barrar a disseminação e, ao mesmo tempo, controlar certas doenças – cólera, peste, febre amarela, tifo, etc – que afetavam a Europa e as Américas. Nesse momento, as ações eram bastante pontuais e não geravam acordos de concertação política mais duradouros e abrangentes, mas sua ocorrência já sinalizava a percepção, nesta época, de que problemas na área da saúde afetam também a economia e o comércio, ultrapassando os limites territoriais e a governabilidade dos Estados Nacionais (LIMA, 2002).

A primeira Conferência Sanitária ocorreu em 1851, em Paris, em virtude dos problemas enfrentados com a disseminação da cólera e da peste bubônica. Somente em 1881, já na sua quinta edição, tal Conferência sanitária foi realizada na América, em Washington, sendo que nesta a representação dos países americanos foi composta basicamente por corpos diplomáticos, com reduzida presença das autoridades sanitárias nacionais (LIMA, 2002).

Anteriormente, porém, por conta da chegada de epidemias no continente sul-americano, os países da região já haviam se encontrado em Montevideu na segunda metade do século XIX, em 1873, no chamado Congresso Sanitário Internacional Sul-Americano. Na ocasião, Brasil, Argentina e Uruguai assinaram um documento que apresentava medidas comuns a serem tomadas contra cólera, febre amarela, peste e tifo (LIMA, 2002).

Em 1902, foi realizada, também em Washington, a Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, na qual foi criada a Oficina Sanitária Internacional que, em 1947, veio a se tornar a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e ser o Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2015). Em 1924, foi aprovado o Código Sanitário Pan-Americano (LIMA, 2002).

A saúde também teve espaço na antiga Liga das Nações, que criou em 1920 uma Organização interna para tratar do tema, a Organização da Saúde da Liga das Nações. A Organização financiou diversas comissões internacionais sobre doenças e publicou estudos epidemiológicos e relatórios técnicos. A Fundação Rockefeller foi outra instituição que passou a agir mais diretamente na saúde no início do século XX, tendo sido criada sua Divisão Internacional de Saúde em meados de 1910, que cessou suas atividades em 1951 (BROWN et al, 2006) mas não impediu a Fundação de continuar agindo no campo da saúde.

A preocupação mundial com a saúde foi acentuada durante a Segunda Guerra, com destaque para a ação da Fundação Rockefeller, que expandia seus programas de combate às doenças transmissíveis. Além disso, as longas campanhas militares aumentavam os riscos das doenças, além da possibilidade de realização de guerras biológicas com a disseminação de enfermidades, que criaram, por outro lado, um cenário propício para as novas formas de cooperação (LIMA, 2002).

Nos anos 40 e 50, os países desenvolvidos estavam preocupados em estruturar sistemas de saúde mais abrangentes (LIMA, 2015). Porém, nos anos 50, os países ainda dispendiam esforços no combate às doenças transmissíveis, em um contexto no qual o entendimento de saúde estava ligado à ausência de doenças e, nesse sentido, o desenvolvimento da ciência médica e farmacêutica era uma grande aposta para a civilização. Nesta década, a OMS, que havia sido criada formalmente em 1948, estava se organizando e implementando a regionalização de seus trabalhos, e ainda assim conduziu uma grande campanha de erradicação da malária influenciada grandemente pelas propostas estadunidenses e pela crença nas novas tecnologias (BROWN et al, 2006).

Em um plano mais amplo, como decorrência do fim da Segunda Guerra e criação da Organização das Nações Unidas, a cooperação de forma geral foi impulsionada e os Estados Unidos, como potência da época, buscaram promover a reconstrução da Europa e aumentar seu poder de influência sobre a América Latina. Neste cenário, a saúde passou, aos poucos, a ser vinculada à ideia de desenvolvimento e tornou-se uma área estratégica na qual a intervenção internacional passou a mirar diretamente suas ações.

A ênfase no reconhecimento da saúde como um componente essencial do desenvolvimento tinha um conteúdo político-estratégico forte no período, pois Estados Unidos, juntamente com Banco Interamericano para o Desenvolvimento, OEA e outras organizações buscavam manter seu poder de influência sobre a condução das políticas nacionais, também como forma de exercer um controle sobre os países subdesenvolvidos no período da Guerra Fria.

A OPAS, escritório regional da OMS para a América Latina, foi um importante ator na impulsão dessa agenda de saúde como questão para o desenvolvimento, sobretudo nos anos 60, momento em que se intensificava a preocupação com a promoção deste e com a garantia do acesso aos bens e serviços básicos à população (MELO; COSTA, 1994; LIMA, 2002).

Ainda nos anos 60, a campanha de erradicação da malária encampada pela OMS passou por dificuldades e teve de ser retirada das prioridades da organização. Por outro lado, a campanha de erradicação da varíola, iniciada nesta década, terminou com resultados muito positivos. Neste momento, pode-se dizer que, de forma geral, a organização vivia uma tensão entre as pressões vindas do lado dos EUA, de introdução dos avanços tecnológicos nos serviços de saúde, e do lado da URSS pela incorporação de concepções de crescimento econômico e social de longo prazo. Ao final desta década, a OMS “reconheceu que a criação e a melhoria da infraestrutura de saúde, especialmente no campo, era pré-requisito para o sucesso dos programas de controle da malária, especialmente na África” (BROWN et al, 2006, p.631-632).

O contexto político internacional dos anos 60 e 70 de recrudescimento da Guerra Fria e descolonização, muito ligado às diferentes concepções de desenvolvimento, marcaram os debates internos à organização. Ao final dos anos 60 e início dos 70, a organização estava mobilizada em encontrar a melhor maneira de promover os serviços de saúde, contexto no qual se passou a falar em “Atenção Primária à Saúde”. Na época, o diretor da OMS, Halfdan Mahler, concordou em realizar uma grande conferência, em Alma-Ata, para tratar da organização de serviços de saúde (BROWN et al, 2006).

Nos anos 70, uma onda de defesa dos cuidados primários em saúde ganhou destaque com a realização da Conferência de Alma-Ata em 1978 no Cazaquistão, que lançou o documento intitulado “Saúde para Todos no ano 2000”. A Conferência chamou a atenção para a importância dos cuidados primários em saúde e defendeu que todos os países, principalmente aqueles em desenvolvimento, deveriam fortalecer e aplicar tais cuidados, por exemplo, através da cooperação técnica.

A abordagem de saúde proposta reconhecia que a mesma não deveria ser vista simplesmente como ausência de doenças e entendia que era preciso abordar as suas causas econômica, sociais e políticas para atingir um alto nível de saúde nas populações. A Conferência criticou ainda a grande desigualdade no estado de saúde das pessoas no mundo e ressaltou a importância das ações intersetoriais e de fazer “o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros” no “planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, ALMA-ATA, 1978, sem página). Tais posicionamentos geraram forte repercussão e foram logo tensionados por alguns países e organizações internacionais.

Em 1979, a Fundação Rockefeller realizou uma conferência em Bellagio, na Itália, com o apoio do Banco Mundial e influência dos Estados Unidos. O objetivo da conferência foi fazer frente às propostas de Alma-Ata de enfatizar a Atenção Primária e de promover o uso das tecnologias de forma apropriada, “não custosa e adaptada ao meio social onde seria implementada” (BROWN et al, 2006, p.632). O termo resultante desta reunião foi “atenção primária seletiva à saúde”, “construído sobre a noção de intervenções técnicas pragmáticas e de baixo custo, que fossem limitadas em seu escopo e facilmente monitoradas e avaliadas” (BROWN et al, 2006, p.633).

Assim como outras políticas, a saúde foi fortemente influenciada pela corrente neoliberal do início dos anos 80, que tinha sua principal expressão nos programas de ajustes estruturais preconizados pelo Banco Mundial. As ideias neoliberais ganharam espaço na América Latina de forma relativamente rápida, pois, em várias ocasiões, elas foram introduzidas por regimes militares apoiados internacionalmente, além do fato que a situação de subdesenvolvimento colocava os países como atores frágeis frente aos organismos financeiros internacionais, que concediam os empréstimos e faziam sugestões de medidas que os governos deveriam tomar. No sistema de saúde desses países, as resultantes dessas

medidas são muito graves, se considerarmos que já eram sistemas fragilizados e com muitos problemas estruturais (ALMEIDA, 2012).

Ao final dos anos 80, o Banco Mundial passou a envolver-se com mais afinco “com a produção e difusão de conhecimentos e de lições aprendidas acerca do desenvolvimento” e iniciou a concessão de empréstimos ao setor saúde (MATTOS, 2000, p.1). Em 1987, o Banco Mundial publicou o documento intitulado “*Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*” (MATTOS, 2000). Tal documento sofreu críticas até mesmo por parte da OMS por suas propostas de reforma dos serviços de saúde, o que fez com que a instituição trabalhasse em outro documento, o “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: Investindo em Saúde”, de 1993, no qual o Banco Mundial incentiva a doação de mais recursos destinados à saúde, com a priorização de reformas e apoio à adoção de um pacote básico de serviços (MATTOS, 2000; LIMA, 2015).

A partir dessa década, a OMS passou a estar cada vez mais dependente dos fundos extra-orçamentários, através dos quais “Banco Mundial e fundações privadas eram capazes de atuar coordenadamente e definir sua própria política no interior da programação da OMS” (PIRES ALVES et al, 2010, p.11). Consoante a esse novo movimento, a OMS alterou também, ao final dos anos 80, sua postura de defesa das propostas de Alma-Ata e passou a realizar grandes campanhas direcionadas a problemas específicos em saúde que iam na toada da “Atenção Primária seletiva”, como campanhas de combate à malária, campanhas massivas de vacinação e o “GOBI” (sigla em inglês para Monitoramento do crescimento para combater a desnutrição em crianças, técnicas de reidratação oral para combater doenças diarreicas, amamentação para proteção das crianças, e imunização) – campanha lançada pela UNICEF e apoiada pela OMS (BROWN et al, 2006).

Nos anos 80, a cooperação internacional em saúde capitaneada pela OMS/OPAS estava claramente em crise e muitos de seus programas de cooperação passaram a ser questionados a respeito de sua eficácia. Críticos afirmavam que a organização era muito centrada na tecnologia médica, outros apontavam problemas relacionados aos procedimentos burocráticos e à pouca transparência (MELO; COSTA, 1994, p.62). Nesse contexto, a OMS/OPAS perderam espaço, visto que a nova agenda estava voltada para a análise econômica e para o gerenciamento eficiente da saúde, e o Banco Mundial passou a se destacar como instituição que melhor poderia dizer como e quais políticas de saúde deveriam ser desenvolvidas (MELO; COSTA, 1994). Esta crise atinge não somente as instituições de

saúde, como o próprio paradigma da saúde pública, que envolve a organização dos serviços e das práticas do cuidado.

Não se pode dizer que a OMS/OPAS tenha conseguido, em curto prazo, provocar mudanças consistentes na situação de saúde dos países em desenvolvimento a partir das estratégias do documento Saúde para Todos no Ano 2000. Ao contrário, como apontam Melo e Costa (1994), a avaliação do programa realizada ao final dos anos 80 mostrou que a capacidade operativa dos serviços de saúde não havia melhorado, em decorrência da utilização inadequada dos recursos disponíveis. De todo modo, o documento Saúde para Todos no Ano 2000 foi importante para a história da Atenção Primária em Saúde e teve um valor simbólico a ser considerado, tendo contribuído para o fortalecimento das discussões na área e para recolocar em destaque o tema dos Determinantes Sociais da Saúde.

Nos anos 90, a relação entre a OMS e o Banco Mundial foi estreitada e foi a partir desta década que este último passa a defender de forma aberta e incisiva mudanças nos sistemas de saúde, mais precisamente com a defesa da Cobertura Universal da Saúde (MATTOS, 2001). A análise pormenorizada das diversas crises e mudanças pelas quais passaram a cooperação internacional em saúde e, mais especificamente a OMS/OPAS, foge ao escopo desta pesquisa. Porém, é importante que alguns momentos de inflexões maiores sejam apresentados, pois permitem que se entenda melhor a situação atual da cooperação na área e das principais instituições relacionadas.

Nos anos 90, ainda sob as diretrizes neoliberais, a cooperação internacional em saúde foi sendo fortalecida sob outras bases e por meio de outras organizações. Na América do Sul, por exemplo, o bloco Mercosul criou, em 1995, a Reunião dos Ministros da Saúde e, em 1996, o Subgrupo de Trabalho 11-Saúde, instâncias responsáveis por discutir assuntos relativos à saúde. Merece destaque ainda a política brasileira em HIV/Aids iniciada nesta década, que resultou em importantes iniciativas de cooperação posteriormente (MELLO & SOUZA, 2011).

A saúde configura-se como um tema importante na agenda da diplomacia mundial, o que pode ser percebido pelo grande número de acordos, resoluções, conferências e tratados dedicados ao assunto. As questões em saúde passaram, porém, por mudanças significativas desde a aprovação do Regulamento Sanitário Internacional em 1951. No passado, a preocupação com a transmissão de doenças infecciosas e a higienização de regiões portuárias e de grandes cidades ocupava boa parte da agenda em saúde internacional. Mais contemporaneamente, as doenças transmissíveis continuam preocupando e foram somadas às

doenças crônicas e degenerativas, à rápida evolução e encarecimento das tecnologias médicas, ao HIV/AIDS, reemergência da tuberculose, obesidade, doenças mentais e outras.

O cenário atual nos mostra que o Estado Nacional não deixa de ser um ator de grande relevância, porém disputa poder com grandes fundações (Bill & Melinda Gates, Rockefeller, entre outras) e com as já conhecidas organizações internacionais (Banco Mundial, OMS, OPAS). A saúde, assim como demais das políticas sociais, está em constante tensão visto que, ao voltar-se para essas áreas, o Estado se vê confrontado com um sistema de produção e, mais especificamente com o modelo de desenvolvimento derivado deste – defendido por aquelas fundações e organizações –, que o constrange a não se responsabilizar por essas questões.

Deste modo, em alguns momentos os países conseguem ter mais liberdade para agir nos setores sociais, em outros, acabam por seguir as diretrizes colocadas por poderosos atores do sistema financeiro e econômico.

A trajetória do Brasil na cooperação internacional em saúde é apresentada brevemente a seguir.

5.2 A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE

Pode-se dizer que a saúde foi durante muito tempo uma questão reservada aos especialistas do campo da saúde e, mais especificamente, aos médicos. Ainda que diplomatas tenham participado das Conferências Sanitárias no século XIX, muitas discussões restringiam-se às medidas necessárias para barrar o avanço de epidemias, exigindo que os países trabalhassem conjuntamente no âmbito diplomático. O discurso sanitarista, do início do século XX aos anos 1960, ressaltava a natureza científica das questões de saúde e tinha “no controle de endemias o seu ponto de gravidade”, inibindo a incorporação destas como objeto da política exterior (ALCÁZAR, 2005, p.23).

Em outros momentos, a saúde esteve subordinada ao comércio ou à economia. De forma bastante simplificada, no Brasil essa subordinação ao comércio pode ser percebida pela política sanitarista higienista conduzida, primeiramente, nas regiões comerciais importantes, como foi o conhecido caso do Rio de Janeiro. Em um segundo momento, as regiões do interior do Brasil que passaram a receber investimentos também se tornaram pontos de ação da política de saúde, mantendo a visão desta como um meio para que os investimentos acontecessem, não como um fim em si mesma (ALCÁZAR, 2005).

Outra justificativa apresentada por Alcázar (2005) para o longo tempo que a saúde tomou para entrar na pauta da política externa brasileira foi o fato de o Ministério da Saúde ter demorado a consolidar seu prestígio e relevância política, pois dos anos 1920 a 1950 o Ministério da Saúde passou por grandes reformas até chegar a sua configuração atual. E, somente em 1988, com a nova Constituição Federal, a saúde passa a ser reconhecida como um dever do Estado, sobrepondo-se, ao menos na letra da Lei, às questões econômicas (ALCÁZAR, 2005).

O Brasil participou da trajetória de discussão internacional da saúde, tendo estado presente em conferências e assembleias importantes. Dentre alguns fatos memoráveis pode-se mencionar a posição do país na Conferência de São Francisco em 1945, quando Geraldo de Paula Souza, médico paulista, verificou a falta de referência a questões de higiene e saúde no projeto de Constituição da Organização das Nações Unidas e, juntamente com a China, propuseram a convocação de uma Conferência Internacional de Saúde, que resultou na criação da OMS. Destaca-se ainda o fato de Marcolino Candau ter ocupado o cargo de diretor-geral da OMS entre 1953 e 1973, tendo sido o diretor que mais tempo permaneceu nessa posição. Pode-se ressaltar também a importância da Fiocruz, entidade do Ministério da Saúde, como uma instituição com significativa experiência internacional, inclusive compartilhando ações com a OPAS e a OMS desde o início destas instituições (LIMA, 2002; SANTANA, 2012).

O Brasil participou ativamente também de conferências que tratavam de temas sociais, como Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992), Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (1993), Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), Conferência Mundial sobre a Mulher e Conferência Mundial sobre Assentamentos Humanos (1996), para citar algumas, tanto na fase preparatória, como na elaboração de documentos e relatórios. Nessas conferências, o país buscou trazer à tona as implicações sobre a saúde de decisões tomadas nos temas transversais a ela, como os apresentados acima (RUBARTH, 1999).

Porém, a inserção da saúde na política externa, para além da conjuntura internacional, precisou conjugar três circunstâncias internas: 1) “a adoção, por parte do Estado, de um discurso de saúde de natureza aberta, independente, universal e integral”; 2) “a ampliação do papel do Ministério da Saúde, como *locus* politicamente reconhecido, para organizar, veicular e acionar esse discurso”; 3) “a criação de condições orçamentárias para sustentar esse novo papel” (ALCÁZAR, 2005, p.5).

Para Alcázar (2005), a inserção da saúde como um dever do Estado alça a saúde à dimensão de Política de Estado, não mais restrita a um Ministério ou setor de alguma instituição, mas como responsabilidade de todo o aparato de Estado.

A multisetorialidade, que decorre do reconhecimento da responsabilidade do Estado, representa uma abertura do discurso saúde para a participação em sua organização, veiculação e execução de uma diversidade de atores, que enriquecem a compreensão do tema. [...] Em última análise, a abertura do discurso de saúde significa sua possível politização, interna e externa (ALCÁZAR, 2005, p.74).

Neste sentido, a instituição do SUS a partir de 1988 e a maior valorização do mesmo nos governos posteriores geraram reflexos na política externa, pois “[a] valorização do Ministério da Saúde como instituição responsável pelo tema da saúde no âmbito interno permite a irradiação dos princípios de seu discurso no plano externo” (ALCÁZAR, 2005, p.84).

O histórico de entrada da HIV como forte questão da cooperação internacional do Brasil em saúde remonta à rápida disseminação do HIV/AIDS nos anos 80 e a percepção de que a doença implicava em sérios problemas econômicos e sociais. Tais motivos fizeram com que a saúde passasse a aparecer com frequência na agenda internacional dos países e provocou aumento na destinação de verbas para questões sanitárias (ALMEIDA, 2013).

No âmbito interno, ainda nos anos 80 o país começou a desenvolver uma forte política nacional que conciliou campanhas de prevenção e conscientização, além de esclarecimento sobre a doença e acompanhamento médico especializado gratuitamente pelo SUS. Políticas seguidas, posteriormente, pela adoção da distribuição também gratuita de medicamentos na rede pública, o que lhe resultou em reconhecimento internacional e demandas de trocas de informações e conhecimento a respeito das ações implementadas (BRASIL, 2007a). Cabe ressaltar a forte participação da sociedade civil como impulsionadora dessas políticas, o que não era verificado em muitos países com os quais o Brasil estava desenvolvendo a cooperação.

A partir dos anos 1990, a política de HIV/Aids impulsionou o país internacionalmente na área da saúde e deu destaque a esta na política externa. Em 1996, realizou-se no Brasil a Oficina de Planejamento Estratégico de Cooperação Horizontal para a prevenção do HIV/AIDS e, em 1997, o I Curso Internacional de Planejamento, Administração e Avaliação de Programas de DTS/HIV para Países de Língua Portuguesa (BRASIL, 2007a). Em 2002 foi iniciado o Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do

HIV para países em Desenvolvimento, um marco na área. E, deste modo, o país foi ampliando suas ações de cooperação internacional em HIV/AIDS. O país já prestou cooperação na área junto a El Salvador, Bolívia, Paraguai, República Dominicana, Burkina Fasso, Moçambique e outros (LIMA; CAMPOS, 2010).

Posteriormente, ao final dos anos 1990 e nos anos 2000, outra política que ajudou a projetar o país no cenário internacional foi a de controle do tabagismo. A Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, ratificada em 2003, foi discutida anteriormente ao longo de, pelo menos, quatro anos, com 192 países, tendo o Brasil presidido todo o processo de negociação, exercendo um papel bastante relevante. Antes mesmo de ratificar a Convenção-Quadro, o país já realizava diversas ações nacionais com o objetivo de prevenir o consumo de tabaco, proteger contra os riscos decorrentes da exposição à fumaça, promover o abandono do vício ao tabaco, entre outras, inseridas no Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco (ALCÁZAR, 2005; BRASIL, 2007a). Nesse sentido, a delegação brasileira destacada para trabalhar na construção da Convenção-Quadro gozava de uma certa tranquilidade no que diz respeito às obrigações que poderiam advir do tratado, uma vez que o Brasil já seguia leis estritas de combate ao tabaco (ALCÁZAR, 2005).

Nos anos 90, o Brasil também teve atuação proeminente na defesa e criação de espaços dedicados à saúde dentro Mercosul, como a Reunião de Ministros de Saúde (RMS), criada em 1995; e o Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11 Saúde), criado em 1996 (QUEIROZ, 2007). E, na primeira década dos anos 2000, o Brasil desempenhou papel preponderante na criação da União das Nações Sul-Americanas, em 2008, e do seu Instituto Sul-Americano de Governança em Saúde (ISAGS), criado, em 2010³⁴.

Portanto ainda que a saúde seja um tema antigo nas relações internacionais, a prestação de cooperação internacional em saúde, nos moldes que conhecemos atualmente, é relativamente recente, tendo ganhado destaque a partir dos anos 90.

O próximo capítulo apresenta o referencial e eixos de análise desta pesquisa, que explorou especificamente a cooperação técnica internacional em saúde no período de 2003 a 2014.

³⁴ A completa institucionalização do ISAGS foi finalizada em 2016.

6 A COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE DE 2003 A 2014

A cooperação internacional desenvolvida pelo Brasil apresentou, em geral, uma trajetória de aprimoramento desde 1970, quando o país começou a aperfeiçoar suas estruturas governamentais que lidam com a temática. Observou-se igualmente que a partir de 2003, início do governo Lula, a cooperação internacional sofreu um grande impulso e a saúde foi uma das áreas que teve forte destaque nessa cooperação. Nesse sentido, os capítulos anteriores tiveram o objetivo de situar o leitor a respeito da cooperação internacional, de forma geral, desenvolvida pelo Brasil, a participação do país nas discussões e ações internacionais em saúde, e o entendimento da cooperação internacional como um instrumento de política externa. Também se apresentou a discussão a respeito do conceito de cooperação internacional e, mais especificamente, da chamada Cooperação Sul-Sul, bem como da concepção de política externa como política pública, balizamento para análise da atuação do Ministério da Saúde brasileiro na cooperação técnica internacional em saúde no período recente.

Este capítulo apresenta os resultados empíricos da pesquisa, principalmente a partir da análise de documentos, da base de dados sobre os Ajustes Complementares de cooperação firmados pelo Brasil e da análise das entrevistas. A atuação do Brasil na cooperação técnica internacional em saúde é analisada a partir dos três eixos já descritos, que dão nome aos subtítulos do capítulo: o primeiro trata do contexto político no qual essa atuação se insere, destacando os principais acontecimentos entre 2003 a 2014; o segundo apresenta as principais organizações envolvidas e como se dá a relação entre elas para estabelecimento dos projetos de cooperação técnica internacional em saúde, destacando as variações ocorridas no período; e, por fim, a última seção traz os principais temas da agenda de cooperação técnica internacional em saúde, as regiões os países com os quais o Brasil mais desenvolveu projetos.

6.1 O CONTEXTO RECENTE DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE

A participação mais ativa do Brasil na Cooperação Sul-Sul em saúde e a própria cooperação técnica internacional em saúde nos moldes atuais são fatos relativamente recentes

na agenda de política externa. Esta presença da saúde na política externa é um dos resultados de uma onda internacional que ganhou força ao final do século XX, impulsionada pela disputa entre concepções de saúde e pela participação de outros atores na área (organismos internacionais, fundos globais, doadores privados, entre outros), que buscaram colocar a saúde no centro das atenções dos governos (BROWN et al 2006). A cooperação internacional também parecia ser ao final dos anos 90 e início dos anos 2000 uma solução para diversos problemas entre os países que deveria ser impulsionada. Esse movimento de destaque da saúde no cenário internacional ainda estava presente e ativo em 2003, quando Lula assumiu a Presidência da República. A saúde foi uma das áreas prioritárias da cooperação internacional brasileira.

Ao longo dos dois mandatos de Lula, o destaque da política externa na agenda presidencial favoreceu certa expansão e diversificação das estratégias de cooperação internacional em saúde. Pode-se apontar diversas ações de cooperação técnica internacional em saúde iniciadas ou intensificadas no governo Lula que sugerem uma radicalização do papel dos assuntos sociais na agenda da diplomacia, como a cooperação em prevenção e tratamento da malária, HIV/Aids, produção de fármacos e imunobiológicos, anemia falciforme, entre outros. Tais iniciativas foram realizadas em aproximação com os países da América do Sul e da África, principalmente aqueles pertencentes à Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP (PIRES ALVES, 2010), como a análise do conteúdo dessa agenda de cooperação mostrará à frente. Segundo alguns autores (CABRAL et al, 2013), a cooperação internacional em saúde passou até mesmo a representar uma estratégia de *soft power*³⁵.

A Cooperação Sul-Sul ganhou destaque com essa política externa “altiva e ativa”, como afirmou um entrevistado:

já era uma diretriz do governo Lula, a política externa. A política externa de uma forma bastante pronunciada. E a cooperação Sul-Sul, ele foi na verdade um garoto propaganda, tanto da Embrapa, quanto do SENAI. Ele já desenvolvia e tinha isso como... [...] Você pode ver nos gráficos de aporte financeiro da ABC, certamente em 2008, 2010, houve muito maior investimento [sic] do que anteriormente. Foi o produto da abertura de novas embaixadas, da oferta da política externa mais ativa. Antes disso, a cooperação Sul não tinha projeção. (Entrevistado da ABC)

³⁵ Neste trabalho, entende-se que o termo *soft power* diz respeito às ações que visam a influenciar o comportamento e o discurso político de outrem sem que aja coerção direta com esse objetivo (NYE, 2004). O termo diz respeito a uma forma de exercer poder sem a imposição através da força. Como define Nye (2004), o *soft power* está na habilidade de moldar as preferências dos outros sem usar do dinheiro ou da força.

Durante os dois mandatos de Lula houve crescimento do número de acordos e atividades de cooperação, firmados principalmente a partir de 2005, e um aumento no orçamento da ABC, conforme afirmado por vários entrevistados. O presidente Lula visava a projetar o país internacionalmente e para isso ele assumiu, em consonância com seu ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, e com o Assessor Especial da Presidência da República para Assuntos Internacionais, Marco Aurélio Garcia, certo protagonismo e realizou diversas viagens internacionais com esse objetivo. Suas viagens eram divulgadas frequentemente nos jornais de grande circulação do país e, muitas vezes, julgadas como desnecessárias e dispendiosas (AZEVEDO, 2009; LULA, 2007; SCOLESE, 2009; SCOLESE; ZANINI, 2005).

Por outro lado, a visão apresentada por funcionários e servidores do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Saúde entrevistados foi que essas viagens trouxeram resultados positivos para o país e, mais especificamente, para a Cooperação Sul-Sul. Essas viagens tinham um simbolismo muito grande e a demanda pela cooperação cresceu nesse período. O engajamento das embaixadas na cooperação internacional é importante, visto que estas são uma ponte entre o governo brasileiro e o governo do outro país. A embaixada é um *locus* privilegiado para a realização da análise sociopolítica do parceiro e para a abertura de diálogo com seus representantes e outros atores de destaque, buscando criar caminhos para que a cooperação e outras articulações aconteçam.

A abertura de embaixadas e as viagens mostraram-se bastante eficientes em promover a imagem do país e chamar a atenção para o trabalho da ABC, como apontou um entrevistado:

o presidente Lula falava muito em cooperação.[...] O presidente Lula assinou vários desses acordos, a ponto que a imprensa passou a se interessar em saber o que a ABC estava fazendo. (Entrevistado da ABC)

De acordo com o PPA ano base 2004, na avaliação do programa de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica Internacional,

O indicador do programa, Taxa de Embaixadas e Consulados do Brasil participantes de cooperação científica, técnica e tecnológica internacional, passou de 30%, em 2003, para 40%, em 2004 (BRASIL, [s.d] , p.698)³⁶

³⁶ Importante mencionar que o documento aponta que este não é o melhor dos indicadores para avaliar a intensificação da cooperação internacional, pois, por exemplo, se uma embaixada intensificar as ações de cooperação, não se observará alteração neste indicador. De todo modo, esse engajamento mostra um maior interesse dos parceiros tradicionais ou não pelas iniciativas de cooperação do governo brasileiro. Para mais informações, ver Brasil, [s.d], p.699.

A abertura das embaixadas por si só foi um fato que mostrou a predisposição do governo Lula em ampliar o número de países parceiros, porém, cabe destacar que grande parte dessas embaixadas foram abertas no Continente Africano. O Brasil é um dos únicos países da América Latina que apresentam um número considerável de embaixadas e outros postos diplomáticos naquele continente. Tal situação demonstra que a política externa do governo era conduzida a partir de uma visão mais complexa e diversificada das relações internacionais do país. Resgataram-se vínculos históricos, culturais, políticos e comerciais com a África que há muito não eram valorizados, quando não, negados. Como foi apontado por alguns entrevistados, a aproximação com este continente deu grande impulso à cooperação internacional em saúde:

O que o Lula fez, que fez parte da política externa dele, e que acho que é um diferencial também para a saúde, a abertura de embaixadas em vários países africanos, que de um lado existe uma crítica de que foi um mau uso do recurso do Brasil, por outro lado, abriu frentes de diálogos com esses países e nós, Ministério da Saúde, nesse período, ampliamos muito as nossas atividades de cooperação. (Entrevistado do MS)

Na verdade a grande explosão da cooperação na África ela veio com o governo Lula, com a abertura de, sei lá, 17, 20 novas embaixadas na África. Isso facilitou e muito. Aí você traduz isso em demanda. Isso a partir de 2003, 2004, as demandas vem surgindo em 2007, 2008, que aí foi o boom de 2010 da cooperação, que tinha projetos em vários países. (Entrevistado da ABC)

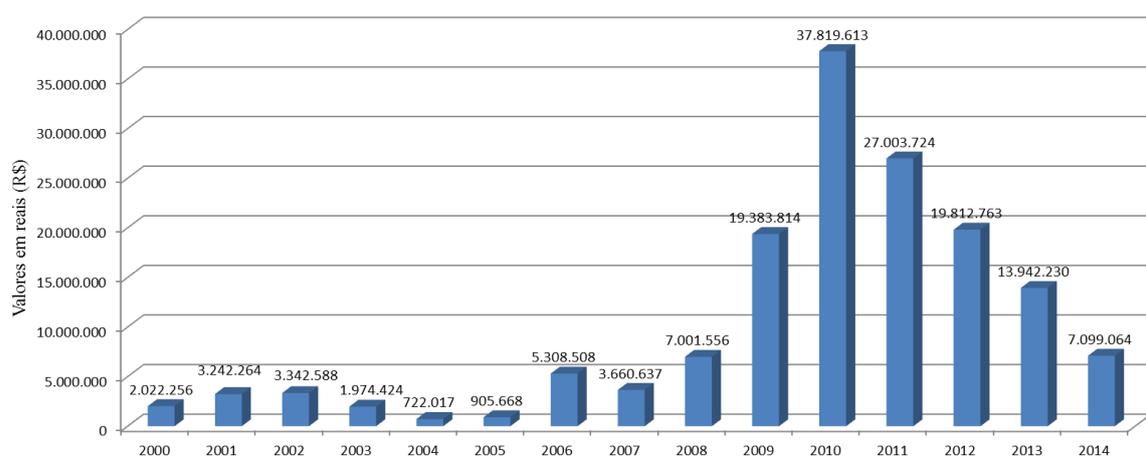
Observou-se também que o orçamento da ABC no primeiro governo de Lula era consideravelmente menor do que no segundo governo Lula, período em que a cooperação ganhou um impulso ainda maior. Isso sugere que o discurso de valorização da política externa esteve presente desde 2003, mas só foi acompanhado em um segundo momento pelo maior aporte financeiro. Em 2010, houve uma mudança na atuação da ABC e um grande incremento no orçamento da Agência, que resultou também em um aumento no número de acordos assinados, como pode ser visto nos gráficos a seguir.

Os gráficos que se seguem mostram as variações na execução financeira da ABC de forma geral e de acordo com as regiões. O gráfico 1 apresenta os valores anuais resultantes do somatório financeiro da execução do orçamento da ABC, das transferências para Organismos Internacionais e dos repasses de recursos de órgão e instituições governamentais brasileiras para serem executados em ações de cooperação técnica pela ABC³⁷.

³⁷ Informação retirada do site da instituição: < <http://www.abc.gov.br/Gestao/EvolucaoFinanceira>>. Acesso em 03 dez. 2016.

Observa-se que houve um crescimento progressivo do volume de recursos no orçamento da ABC ao longo do governo Lula, tendo ocorrido o ápice em 2010, com decréscimo no governo Dilma. Isso pode ser explicado pela mudança no cenário econômico ou mesmo corroborar o entendimento de que o governo não deu a mesma atenção à cooperação internacional no período de 2011 a 2014.

Gráfico 1 – Execução financeira da ABC (em R\$), Brasil, 2000 a 2014.



Fonte: ABC/MRE

Pode-se observar nos gráficos que os números de projetos e atividades pontuais aumentaram principalmente a partir do segundo mandato de Lula. Para que a cooperação seja estabelecida é preciso percorrer um longo caminho entre o reconhecimento de que o país tem ações exitosas que podem ser compartilhadas e, sobretudo que podem funcionar no país parceiro, até o fechamento e implementação destas ações.

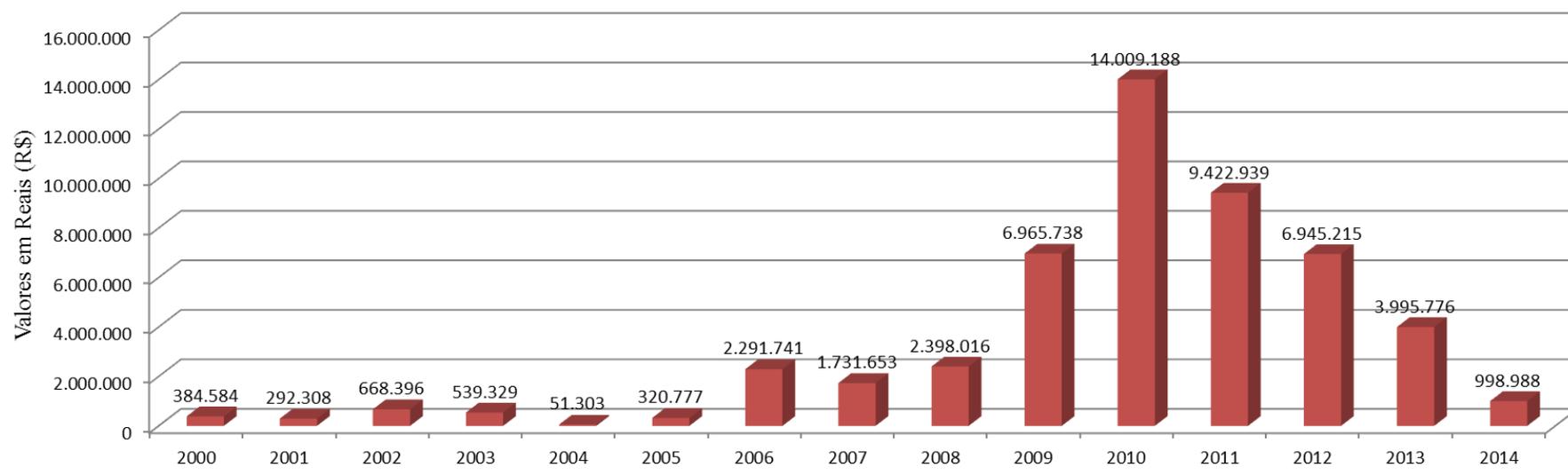
É importante assinalar que estes gráficos não apresentam dados específicos sobre a saúde, mas abrangem toda a cooperação técnica executada através da ABC, porém são interessantes por permitirem a visualização do aumento dessa cooperação, até mesmo em comparação com o final do governo Fernando Henrique Cardoso.

O gráfico 2, 3 e 4 mostram que houve um aumento de recursos executados da cooperação internacional do Brasil com todas as regiões do mundo, mais evidente a partir de 2008, já no segundo mandato de Lula.

Quando comparados os gráficos percebe-se que o Brasil apresenta um número maior de ações internacionais de cooperação com os países de América Latina e Caribe. Por outro lado, o volume de recursos dispendidos com a África é maior em praticamente todos os anos, com exceção de 2003, 2005 e 2007.

A comparação entre o gráfico 2 e 4 permite ver que o volume de recursos executados em 2004 foi maior com a Ásia, Europa, Oceania e Oriente Médio que com a América Latina e Caribe.

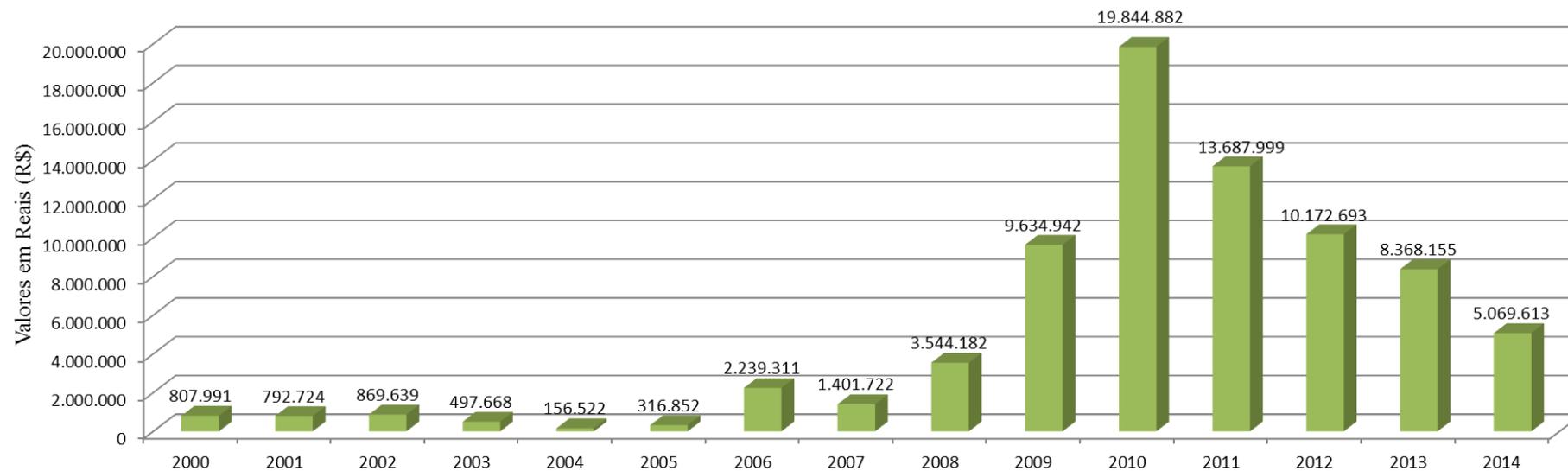
Gráfico 2 – Execução financeira da ABC (em R\$) para a América do Sul, do Norte, Central e Caribe. Brasil, 2000 a 2014



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Execução financeira da ABC com a AS, AN, AC e Caribe	384.584	292.308	668.396	539.329	51.303	320.777	2.291.741	1.731.653	2.398.016	6.965.738	14.009.188	9.422.939	6.945.215	3.995.776	998.988
Projetos e atividades isoladas	8	16	29	35	32	53	114	154	247	376	481	562	542	346	333

Fonte ABC/MRE

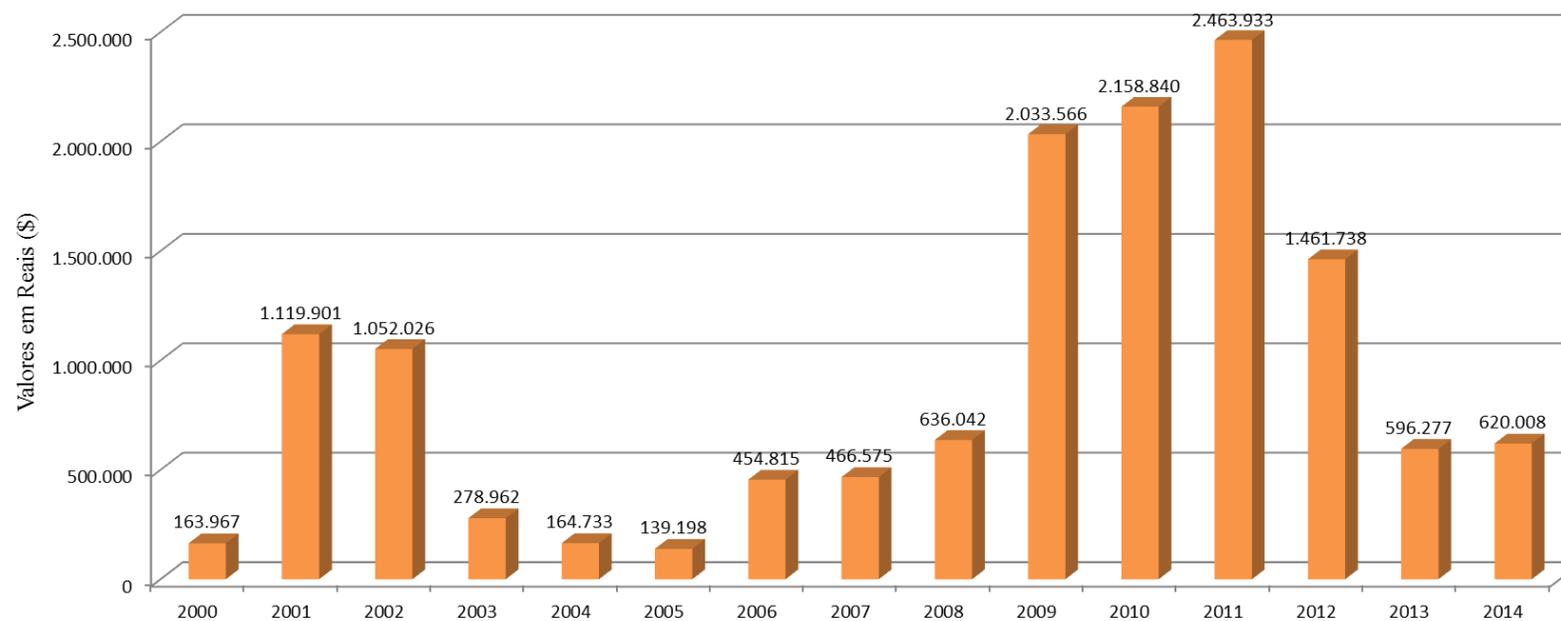
Gráfico 3 – Execução financeira da ABC (em R\$) para a África. Brasil, 2000 a 2014



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Execução financeira da ABC com a África	807.991	792.724	869.639	497.668	156.522	316.852	2.239.311	1.401.722	3.544.182	9.634.942	19.844.882	13.687.999	10.172.693	8.368.155	5.069.613
Projetos e atividades isoladas	4	9	16	17	23	33	57	85	128	184	253	223	201	138	161

Fonte: ABC/MRE

Gráfico 4 – Execução financeira da ABC (em R\$) para Ásia, Europa, Oceania e o Oriente Médio. Brasil, 2000 a 2014



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Execução financeira da ABC com a Ásia, Europa, Oceania e Oriente Médio	163.967	1.119.901	1.052.026	278.962	164.733	139.198	454.815	466.575	636.042	2.033.566	2.158.840	2.463.933	1.461.738	596.277	620.008
Projetos e atividades isoladas	4	6	7	5	7	5	14	14	22	31	36	33	29	25	28

Fonte: ABC/MRE

Segundo um dos entrevistados da ABC, uma estratégia importante de política externa desenvolvida sobretudo nesse segundo mandato foi atrelar a agenda da ABC à agenda do presidente. Deste modo, a ABC conseguia saber com antecedência as visitas que Lula receberia e preparava um projeto para aquele país visitante, o que deu uma dimensão política à cooperação internacional. A ABC, o ministro Celso Amorim e o próprio presidente viam essa sincronização como importantíssima, de acordo com o entrevistado.

O segundo governo de Lula foi, portanto, marcado pela realização de diversas reuniões e encontros com presidentes, embaixadores, tanto dos países da América do Sul, como de outras regiões, que resultavam em novos projetos. Na visão de alguns entrevistados, o presidente chegou a assinar acordos sem que o país tivesse uma real capacidade de cumprir com os mesmos, e neste caso, o Ajuste Complementar não resultou na cooperação propriamente dita, por exemplo. O fato é que um possível caminho para a cooperação fora estabelecido naqueles atos políticos:

O Ajuste é um ato político. Teve um momento, durante as viagens presidenciais, principalmente para a África, que se assinavam diversos Ajustes. Eram Ajustes para dar uma visibilidade política, só que muitas vezes aquilo não era viável tecnicamente e não evoluía. As negociações depois, no âmbito técnico, não evoluíam. Às vezes nem era interesse do outro país, já tinha muita gente cooperando com aquilo. Ou a nossa área técnica não tinha condições de estabelecer um projeto naquela área, então, isso aconteceu muito em determinado momento. Então, o Ajuste é um ato político. O certo é o quê? Você negociar um projeto e depois negociar um Ajuste Complementar para fazer aquele projeto. Só que em algum momento isso se perdeu. Durante um momento isso se perdeu. Foi primeiro negociado o Ajuste Complementar e depois o projeto. Então não aconteceu de avançar. (Entrevistado do MS)

O reconhecimento da importância da cooperação internacional em saúde ocorre paulatinamente e vai sendo explicitada nos documentos do Ministério da Saúde no decorrer do governo Lula. O primeiro Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007: um pacto pela saúde no Brasil – traz como objetivo

Fortalecer a atuação internacional do Ministério da Saúde, contribuindo com a estratégia de inserção, autonomia, solidariedade e soberania do Brasil e estimulando a integração regional em saúde (BRASIL, 2005d, p.21)

Entretanto, o documento não traz metas explícitas para a diretriz de fortalecimento da atuação internacional do SUS, como foi feito para as demais diretrizes

do documento. Ainda no PNS 2004-2007, a cooperação é mencionada na diretriz de “Construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde” (BRASIL, 2005d, p.22), que traz como uma das metas “o estabelecimento de parcerias de cooperação técnica com centros de pesquisa e universidades brasileiras e estrangeiras e contratação de pesquisadores e consultores” (BRASIL, 2005d, p.22). Ou seja, não se colocam metas específicas para a atuação internacional, a cooperação internacional aparece de forma superficial como uma das metas de uma diretriz que não está relacionada à ação internacional em saúde e nada mais é dito a respeito da cooperação internacional em si.

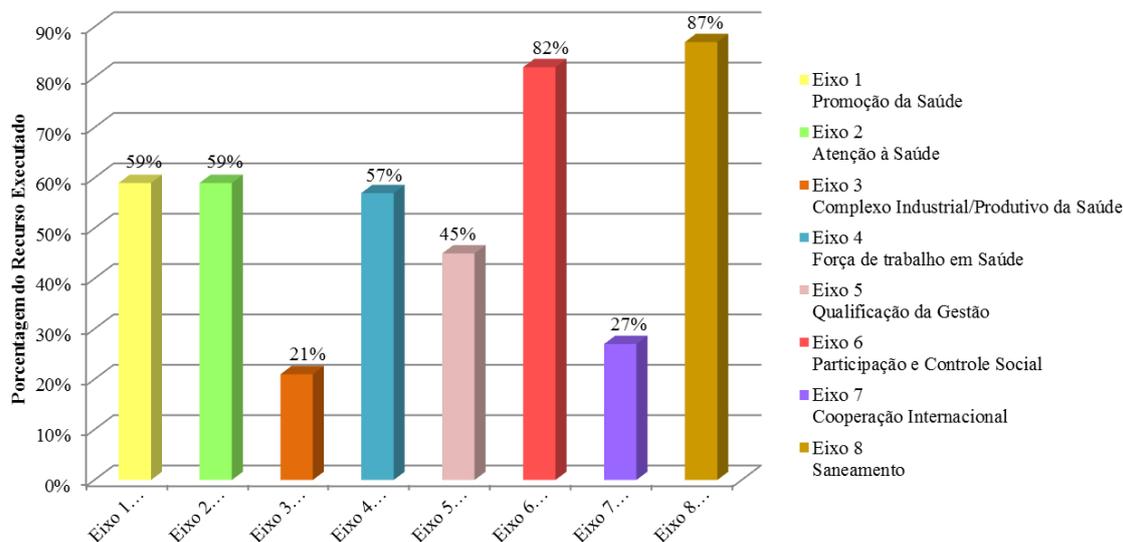
Já no documento Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011, o fortalecimento da cooperação internacional aparece como o sétimo eixo, cuja diretriz é

Fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional na área da Saúde, em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores, ampliando sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, em especial com o Mercosul, com os países da América Central, da CPLP e da África. (BRASIL, 2008d, p.81).

Ou seja, a cooperação internacional ganha um destaque maior no programa e o governo reconhece a necessidade de articular-se com o MRE para promover sua atuação internacional. Ademais, o governo deixa claro sua ordem de prioridades em termos de países, qual seja, primeiramente priorizaria a América do Sul, seguida pelos demais países da América Latina, CPLP e demais países africanos.

Em sua quinta edição, de 2010, o documento Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011 traz dados sobre o que já havia sido realizado no governo Lula em diversas vertentes, entre elas a da cooperação internacional em saúde, correspondente ao eixo 7. Para este eixo, mantém-se a mesma diretriz apresentada no documento anterior. O documento apresenta também a execução financeira relativa à meta total do “Mais Saúde Direito de Todos 2008-2010”, na qual o recurso total para o eixo 7 era de R\$ 72.000.000,00, tendo sido executados R\$ 19.100.747,34, correspondente a 27% do total, como mostra o gráfico 5:

Gráfico 5 – Recursos financeiros executados em relação à meta total por eixos de intervenção do Mais Saúde. Brasil, 2008 a 2010



Fonte: Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011 (BRASIL,2010d)

No PNS de 2012-2015, a cooperação internacional aparece como uma questão estratégica para a gestão do SUS e, neste sentido, o documento informa que a atuação internacional em saúde do Ministério da Saúde será pautada nas diretrizes da Política Externa Brasileira e atenderá às diretrizes da política nacional de saúde (BRASIL, 2011). Ademais, as regiões prioritárias passam a ser América do Sul, Haiti, CPLP, demais países africanos, demais países da América Latina e Caribe.

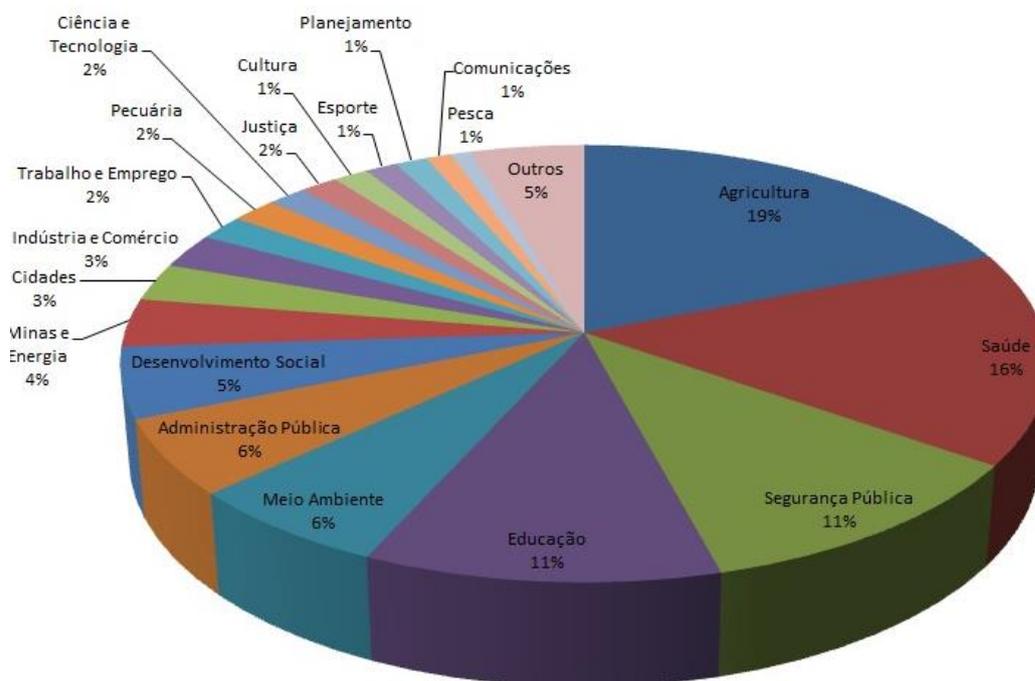
Ainda neste documento, a “Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira” aparece como a 14ª diretriz (BRASIL, 2011, p.68). Esta diretriz atrela diretamente a cooperação internacional em saúde à política nacional de saúde, na medida em que coloca as experiências e saberes do SUS como um dos objetos de compartilhamento com outros países. Ora, esses conhecimentos e experiências irão variar conforme as políticas públicas desenvolvidas nacionalmente na área da saúde, deste modo a cooperação internacional é influenciada pelas mudanças na política nacional de saúde e também têm de ser ajustada.

O PNS 2012-2015 apresenta certa evolução com relação aos anteriores por trazer um descrição mais detalhada da ação internacional do Ministério da Saúde, o que sugere de certa forma um amadurecimento do entendimento da importância da cooperação

internacional para o MS. Entretanto, as metas referentes à diretriz 14 – apenas duas – são muito superficiais e não indicam as diversas possibilidades de atuação do país, o que pode ter sido ocasionado pela previsão de restrições orçamentárias da ABC quando da redação do documento em 2011.

A área da saúde é uma das mais estruturadas no âmbito do governo brasileiro em termos de cooperação internacional. Isso ocorre não somente pelo fato de o Brasil ter boas políticas públicas em saúde, reconhecidas como exitosas internacionalmente, como pelo fato de o país ter fortes instituições públicas de saúde, com profissionais reconhecidos por sua capacidade, como é o caso da Fiocruz, que tem várias unidades espalhadas pelo Brasil, do INCA, do Instituto Butantã, Hemobrás e outros. A cooperação em saúde foi o segundo principal tema de cooperação listado pela Agência Brasileira de Cooperação no período de 2000 a 2014, responsável por 16% da Cooperação Sul-Sul³⁸, como mostra o gráfico 6:

Gráfico 6 – Distribuição dos projetos de Cooperação Sul-Sul por setor. Brasil, 2000 a 2014.



Fonte: ABC/MRE

³⁸ Retirado do *site* da ABC: < <http://www.abc.gov.br/Gestao/ClassificacaoSegmento>>. Acesso em: 27. Dez 2016.

A assinatura de acordos bilaterais de cooperação internacional em saúde não ocorreu de forma linear ao longo de 2003 a 2014, porém, pode-se dizer que de forma geral o governo Lula incrementou o número de acordos assinados. Segundo o Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2004-2007, ano base 2007,

As ações que compõem o Programa [de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica Internacional] alcançaram no mínimo 75% e até mais de 100% de execução das metas inicialmente previstas, conforme o caso. Os recursos foram liberados ao longo do exercício em fluxo compatível com a programação. As ações atingiram resultados próximos ao esperado e, no caso da Ação Cooperação Técnica Internacional, a previsão foi superada (BRASIL, 2008b, p.29).

No que diz respeito ao governo de Rousseff, no período de 2011-2014, observou-se um esmorecimento da política externa de forma geral que repercutiu sobre a cooperação internacional. Entrevistados tanto do Ministério da Saúde, quanto da própria ABC, mencionaram um menor interesse por parte da presidente para com as questões internacionais em comparação com seu antecessor:

No governo Dilma teve uma mudança substantiva. Acho que a prioridade para a questão internacional diminuiu muito e a cooperação teve algumas questões que, não sei até que ponto são conjunturais, mas eu vejo uma relação com essa prioridade mesmo. (Entrevistado do MS)

Infelizmente, quando a Presidente Dilma assumiu e o Ministro Patriota, eu senti que houve um desinteresse pela cooperação. E ninguém falava mais em cooperação, nem a presidente, nem o próprio ministro. (Entrevistado da ABC)

Menos [visibilidade da ABC, da cooperação], ela não priorizava muito a cooperação, não era tão próxima do Itamaraty. (Entrevistado da ABC)

Eu acho uma pena realmente que tenha diminuído tanto [a cooperação internacional], acho que é uma falta de visão. (Entrevistado do MS)

Para além da falta de destaque conferida à política externa e à cooperação internacional, foi mencionado igualmente o efeito negativo de certa instabilidade política interna ao país no governo Dilma, pois as trocas nos quadros de funcionários geravam discontinuidades ou mudanças na orientação das atividades internacionais, fazendo com que a relação entre o Brasil e outros países “esfriasse” em algumas ocasiões.

Segundo alguns autores, a ex-presidente também não conseguiu estabelecer um conjunto claro de ideias para as ações dos diplomatas, sendo assim, não logrou fazer com que o governo e a sociedade civil trabalhassem juntos na política externa (CERVO; LESSA, 2014; GOMÉZ; PEREZ, 2016). Ademais, seus ministros de Relações Exteriores não conseguiram manter boa interlocução com o Congresso Nacional e os próprios diplomatas mostraram-se pouco motivados a conduzir com esforço as negociações internacionais, uma vez que entendiam que a presidente e os oficiais do governo não iriam reconhecer esse trabalho. Outra grande mudança no governo de Dilma que impactou fortemente na cooperação internacional foi a perda parcial da autonomia do Itamaraty no gerenciamento de seu orçamento, como ocorreu com as contribuições financeiras da instituição junto aos organismos internacionais, como Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, que passaram a estar sob responsabilidade do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (GOMÉZ, PEREZ 2016).

Ademais, a ABC sofreu com forte contingenciamento de recursos imposto pelo Poder Executivo ao orçamento da União no ano de 2011, que representou um corte de 31% no orçamento da ABC (BRASIL, 2012a). Segundo o Relatório de Progresso da CTPD (BRASIL, 2012a), no biênio 2010-2011, o orçamento real da ABC permaneceu praticamente o mesmo, o que levou a Agência a implementar, a partir do segundo semestre, a reprogramação dos cronogramas de execução de dezenas de projetos, bem como o adiamento *sine die* ou mesmo o cancelamento de iniciativas de maior envergadura e das propostas que se encontravam inativas. Essa redução nas atividades de cooperação foi igualmente mencionada nas entrevistas tanto do Ministério da Saúde, quanto da ABC:

Para a gente como setor saúde, a gente observou que no período do diretor Fernando Abreu, que foi o diretor que assumiu após a saída do Farani, ele contou com bem menos recurso do que o Farani tinha. Então, toda a abertura que o Farani deu, ele cortou. Em saúde, o que a gente observou foi que no período do primeiro governo Dilma a gente simplesmente executou, a gente não teve abertura de frente de cooperação. É isso que é a diferença, a gente não abriu frentes (Entrevistado do MS).

Alguns entrevistados apontaram também que o Brasil passou a compartilhar os custos da cooperação com alguns países, devido às restrições orçamentárias vividas:

Tenho buscado recursos junto a outras fontes, mais que isso, tenho compartilhado custo com os países, custos operacionais. Então, nós

fazemos umas análises com relação a quais projetos...definimos alguns critérios, um deles é o IDH, e a partir daí, nós definimos com quais países que nós vamos financiar a cooperação na totalidade ou parcialmente, a partir de uma série de variáveis. (Entrevistado da ABC)

Outro entrevistado também ressaltou que a presidenta não continuou apoiando financeiramente a ABC. Somado ao forte contingenciamento, o país sofreu com a desvalorização cambial. Nesse período, as demandas por cooperação ainda eram crescentes, sobretudo como consequência da abertura de embaixadas realizadas no governo Lula, porém os recursos disponíveis não permitiam a realização de novos projetos:

[o embaixador Fernando Abreu] encontrou uma expectativa de gasto orçamentário grande e uma reposição de orçamento pequena. [...] então ele teve que botar o pé no freio, não aceitar novas demandas, não fazer mais missões de prospecção. O [embaixador] Farani, em 2011, já tinha tomado essa decisão de não abrir novas frentes, e o Fernando Abreu pisou com mais força no freio. (Entrevistado da ABC)

Houve um enfraquecimento, um pouco [da política externa]. Em virtude da crise, houve um decréscimo. [...] a gente cresceu muito, então, as demandas que vinham crescendo ao longo dos dez anos foram seguradas, estacionadas, paralisadas. Então a gente passou a atender as demandas que a gente já tinha recebido, que já tinham sido firmadas, em detrimento das novas. Então, houve um estacionamento, você pode ver nos nossos gráficos que reduziu o investimento da ABC. E houve com isso, posso dizer que foi uma mudança de paradigma, o aporte de terceiros atores, que é a cooperação trilateral. Isso aumentou substancialmente. (Entrevistado da ABC)

Outro entrevistado menciona a não concretização do aumento orçamentário que havia sido autorizado ao final do governo Lula:

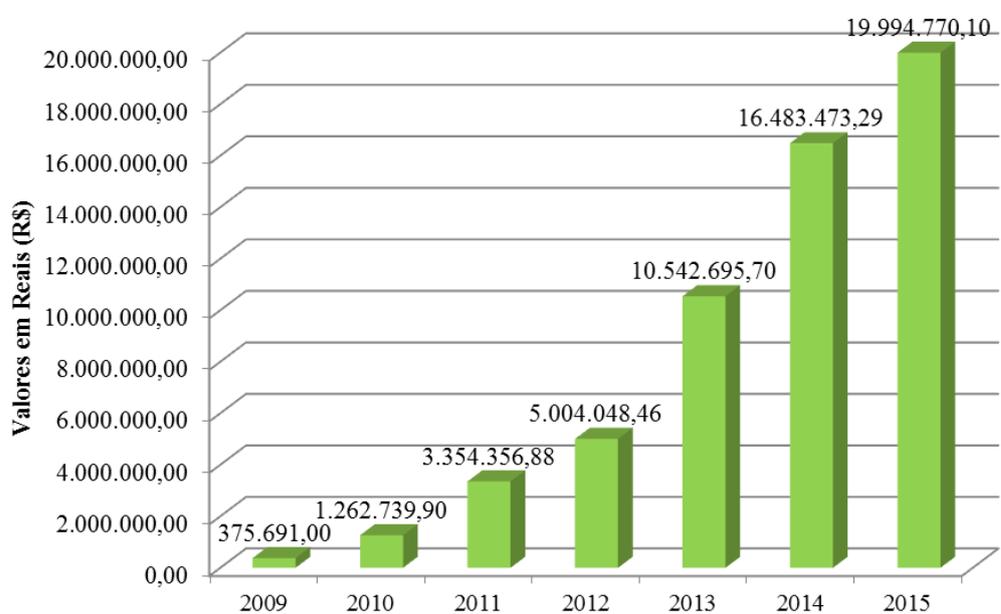
o ministro voltou de uma reunião, me ligou para dizer, “olha, o presidente Lula autorizou [o aumento]”. Só que assumiu a Dilma dois meses depois e o Ministro do Planejamento trocou e nada foi ... não tem histórico de nada, assume um ministro e a coisa [...], começar tudo do zero, pelo contrário, tivemos um corte orçamentário. Foi uma pena porque o Brasil estava em um embalo muito grande e se houvesse continuidade e continuidade da política externa, a gente ia ter uma inserção ainda maior. (Entrevistado da ABC)

O MRE teve, então, de enviar para todas as embaixadas um telegrama informando que o Brasil não estava mais acolhendo demandas de cooperação internacional naquele momento por conta das restrições orçamentárias. Esse

protelamento ou cancelamento das atividades internacionais teve um considerável impacto negativo na política externa e, como apontou um servidor da ABC, pode abrir espaço para outros países crescerem; gerar desgaste na relação com outros países e na própria imagem do Brasil; além de ter provocado uma descontinuidade, pois alguns projetos que foram iniciados não puderam ter suas demais fases realizadas.

Cabe apontar, porém, que no governo Dilma a cooperação trilateral com países desenvolvidos e com organismos internacionais foi incrementada, tendo aumentado o aporte de terceiros, como mostra a figura a seguir:

Gráfico 7 – Evolução da Execução dos Projetos de Cooperação Trilateral com Organismos Internacionais (em US\$). Brasil, 2009 a 2015³⁹.



Fonte: ABC/MRE

O gráfico não permite, entretanto, saber exatamente o quanto se gastou com saúde, nem o quanto de recurso foi aportado por instituições da saúde.

Na área da saúde, muitos projetos de cooperação puderam sustentar-se no período em que a ABC esteve contingenciada graças aos Termos de Cooperação⁴⁰ (TC) estabelecidos com a OPAS, além da participação de outros países como Alemanha

³⁹ Os recursos contabilizados são do governo brasileiro (como orçamento da ABC, de outros órgãos do governo, do Instituto Brasileiro do Algodão) e das organizações internacionais.

⁴⁰ “O Termo de Cooperação Técnica (TC) é o instrumento jurídico utilizado para viabilizar o alcance dos objetivos definidos a partir da parceria entre o governo brasileiro e a Opas/OMS” (BRASIL, 2012c, p.13).

(KfW e GIZ) e Japão (JICA). Pode-se destacar o TC41 – Programa de Cooperação Internacional em Saúde, responsável por financiar boa parte das ações internacionais da FIOCRUZ, por exemplo.

No conjunto das entrevistas observou-se que os entrevistados destacavam mais os aspectos positivos do governo Lula do que levantavam os pontos negativos do governo Dilma. Isso de certo modo corroborou a literatura que aponta que o governo Dilma pecou pelas poucas ações, pelo pouco destaque e importância dada à política externa (CORNETER, 2014; SARAIVA, 2014). Sabe-se que o não agir também é uma forma de fazer política e tem uma carga de significado que dá margem a muitas interpretações.

Como mencionou Samuel Pinheiro Guimarães em entrevista à Carta Capital (BARROCAL, 2015), o fato de Dilma não atender ao presidente do Equador, Rafael Correa, em suas diversas tentativas de comunicação abre margem para que este país veja esta postura do Brasil como arrogante ou desinteressada para com os vizinhos, por exemplo. Ou o fato de Dilma ter enviado seu vice, Michel Temer, em seu lugar na visita a Moçambique em 2012, pode sugerir pouca relevância dada à viagem e ao que ela representava (GOMEZ; PEREZ, 2016). Portanto, o fato de a presidente não ter falado em cooperação internacional, não ter dado a devida atenção à ABC, teria feito com que a cooperação internacional esmorecesse.

Ainda foram realizadas poucas análises no que diz respeito à relação entre saúde e política externa no governo Dilma Rousseff, bem como sobre a situação da cooperação técnica em seu governo, uma vez que o período ainda é muito recente na história. Contudo, pôde-se perceber através de uma breve análise que a contribuição da OPAS – sobretudo com o Termo de Cooperação nº41, assinado em 2005 –, e de agências de cooperação de outros países – como a JICA – foram fundamentais para a manutenção de muitos projetos de cooperação internacional em saúde no governo Dilma. Ademais, a falta de engajamento na política externa e certo distanciamento da presidente dos órgãos e burocratas responsáveis pela cooperação internacional contribuíram para que os objetivos e estratégias desta não fossem levados a cabo de forma assertiva.

O país sustenta o maior sistema de saúde universal e gratuito do mundo que, por maiores que sejam os problemas nacionais, apresenta políticas muito exitosas desenvolvidas com recursos escassos. Sendo assim, infere-se que, na verdade, o

governo Lula aproveitou dessa bagagem exitosa da saúde no momento em que ocorreu uma valorização da política externa e da cooperação e ampliou a cooperação em áreas como Banco de Leite Humano e AIDS, nas quais já se tinha acumulado de bons indicadores e outros resultados positivos da política. O governo também aproveitou para realizar projetos de cooperação internacional em novas áreas temáticas e diversificou a gama de países parceiros, contribuindo para ampliar a visibilidade da saúde na política externa. Tais ações não foram, contudo, mantidas com o mesmo afincamento no governo Dilma.

6.2 O PROCESSO POLÍTICO: ORGANIZAÇÕES, ATORES E SUAS RELAÇÕES

No Brasil, a cooperação internacional em saúde é executada pelo Ministério da Saúde e suas Secretarias, com grande destaque para a Secretaria de Vigilância em Saúde, e entidades vinculadas, como a Fiocruz. Esses órgãos do governo trabalham em conjunto com o Ministério das Relações Exteriores e a Agência Brasileira de Cooperação para que se possa dar andamento à negociação e formulação dos projetos, uma vez que é necessário celebrar um Acordo de Cooperação com o país parceiro, caso ele ainda não exista, para posteriormente passar à assinatura do Ajuste Complementar. Os Ajustes Complementares podem dar respaldo a várias ações de cooperação internacional, pois o projeto pode se desdobrar em atividades mais duradouras ou mais pontuais, que estarão amparadas legalmente pelo Ajuste ou pelo Programa Executivo, que são os documentos que apresentam mais detalhes a respeito da cooperação e as linhas gerais dos projetos.

Neste sentido, este item propõe situar o leitor a respeito de algumas organizações envolvidas na cooperação internacional em saúde. Faz-se aqui uma análise das mudanças ocorridas na atuação desses órgãos quanto ao seu trabalho na cooperação internacional em saúde, bem como traz uma análise da relação entre eles para dar andamento a essas atividades internacionais ao longo de 2003 a 2014.

6.2.1 A Agência Brasileira de Cooperação

A Agência Brasileira de Cooperação foi criada em 1987⁴¹, no âmbito do Ministério das Relações Exteriores, com o propósito de negociar, coordenar, implementar e acompanhar programas e projetos brasileiros de cooperação técnica (BRASIL, 2005a).

Em 2003, a estrutura da ABC era composta por cinco coordenações e não havia uma coordenação responsável especificamente pela cooperação multilateral. Em 2004, foi criada uma coordenação para tratar especificamente da Cooperação Técnica para o Desenvolvimento e da cooperação recebida multilateral, o que sugere uma valorização da CTPD e indica que a cooperação multilateral precisava ser melhor organizada.

Em 2006, as coordenações de Comunicação e Informação e de Cooperação Técnica no Âmbito Federativo deixaram de existir (BRASIL, 2006b). A extinção da primeira fez com que a publicação ViaABC, que divulgava as ações de cooperação internacional de maior destaque, deixasse de ser feita.

A partir de 2010, a Agropecuária passou a ser assunto exclusivo de uma Coordenação-Geral, tendo sido a agricultura a principal temática de cooperação internacional do Brasil durante vários anos. Saúde e Desenvolvimento Social permaneceram juntos em uma mesma Coordenação-Geral, tendo a Educação e a Formação Profissional sido movidas para outra coordenação. Ademais, foi criada a Coordenação-Geral de Cooperação Triangular, visto que essa modalidade de cooperação estava aumentando neste período (BRASIL, 2010c). Entretanto, segundo um entrevistado da ABC, esta divisão por temas nunca funcionou efetivamente, pois os atendimentos às demandas continuaram ocorrendo em sua maioria de acordo com a região geográfica. Por esse motivo, as divisões da ABC foram novamente reformuladas.

Percebe-se que, ao longo do período, mudanças foram sendo realizadas de forma a adequar-se ao novo perfil de cooperação internacional que o país vinha desenvolvendo. Ao mesmo tempo isso sugere que a ABC ainda não está com sua estrutura totalmente consolidada. Essa divisão por temáticas, por outro lado, separa assuntos que têm grandes imbricações e talvez possa exigir um reforço da comunicação dentro da ABC para que se possa aproveitar das oportunidades de inclusão de ações mais diversificadas que o projeto em uma área específica possa oferecer.

O quadro 3, apresentado na próxima página, traz as mudanças regimentais na estrutura da ABC de 2003 a 2010.

⁴¹ Por meio do Decreto No. 94.973 de 1987.

Quadro 3: Evolução da estrutura regimental da Agência Brasileira de Cooperação. Brasil, 2003 a 2010.

Decreto Nº 4.759, de 2003	Decreto 5.032, de 2004	Decreto 5.979, de 2006	Decreto Nº 7.304, de 2010 ⁴²
Coordenação-Geral de: - Cooperação Técnica Prestada; - Acompanhamento Administrativo e Organizacional; - Comunicação e Informação; - Cooperação Técnica Recebida Bilateral; - Administração de Projetos.	Coordenação-Geral de: - Planejamento Estratégico da Cooperação; - Cooperação Técnica no Âmbito Federativo; - Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento; - Cooperação Técnica Recebida Multilateral; - Comunicação e Informação; - Cooperação Técnica Recebida Bilateral; - Acompanhamento de Projetos e de Planejamento Administrativo.	Coordenação-Geral de: - Cooperação em Agropecuária, Energia, Biocombustíveis e Meio-Ambiente; - Cooperação em Tecnologia da Informação, Governança Eletrônica, Defesa Civil, Urbanismo e Transporte; - Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento; - Cooperação Técnica Recebida Multilateral; - Cooperação em Saúde, Desenvolvimento Social, Educação e Formação Profissional; - Cooperação Técnica Recebida Bilateral; - Acompanhamento de Projetos e de Planejamento Administrativo.	Coordenação-Geral de - Programas de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento; - Cooperação em Agropecuária; - Cooperação em Tecnologias da Informação e Governança Eletrônica; - Cooperação em Saúde e Desenvolvimento Social; - Cooperação em Energia, Biocombustíveis e Meio Ambiente; - Cooperação em Educação e Formação Profissional; - Cooperação em Defesa Civil, Urbanismo e Transportes; - Mobilização de Parcerias Institucionais para Programas de Cooperação Técnica Internacional; - Cooperação Técnica Multilateral; - Cooperação Técnica Bilateral; - Administração e Orçamento Geral da ABC; - Cooperação Triangular

Fonte: elaboração própria com base na legislação.

⁴² Esse decreto foi revogado em 2016 pelo Decreto Nº 8.817, portanto a estrutura interna da ABC foi novamente alterada, mas o acontecimento foge ao recorte temporal da presente dissertação, por esse motivo não foi explorado.

Importante ressaltar também que embora essas alterações tenham ocorrido, a ABC não ganhou autonomia frente ao MRE. A ABC não se configura como uma agência de fato, não conta com uma legislação de agência. A partir de 2010, tentou-se realizar a transformação da ABC em uma autarquia, movimento que não se concretizou. Essa subordinação ao MRE foi apontada por alguns entrevistados como uma questão que gera obstáculos para a cooperação internacional do Brasil, pois, como todos os demais órgãos do governo, ela segue as mesmas regras para o orçamento, cuja execução deve ser anual. No caso da cooperação internacional, essa forma de trabalhar o orçamento complica, já que os projetos são realizados em etapas e, muitas vezes, ao longo de anos. Sobre o fato de a ABC não ser uma autarquia, um dos entrevistados fez o seguinte comentário:

Chama-se agência, mas não é agência. É um departamento do Ministério. Eu acho que realmente talvez facilitasse se a ABC viesse a se transformar numa autarquia ou num órgão feito a APEX⁴³. Porque daria mais mobilidade, você não teria aqueles compromissos que se estabelecem na questão de execução de orçamento. Eu me lembro que a gente tinha um orçamento e tinha que gastar naquele ano. Se não gastasse, tinha que devolver. Então, tinha que gastar naquele ano e no ano seguinte a gente não sabia se ia receber. (Entrevistado da ABC)

A “triangulação” feita com os organismos internacionais – como PNUD, UNICEF e outros – permite contornar a inexistência no país de um marco regulatório legal da cooperação internacional⁴⁴. Um dos entrevistados mencionou ainda a falta de uma “política de relações internacionais”, ou seja, a ausência de diretrizes, objetivos e metas claras para a condução da cooperação internacional. O país não disporia de uma política própria de cooperação internacional, esta apenas acompanha o andamento da

⁴³ Agência Brasileira de Promoção de Exportações e Investimentos. Atua para promover os produtos e serviços brasileiros no exterior e atrair investimentos estrangeiros para setores estratégicos da economia brasileira. Informação retirada de: < <http://www.apexbrasil.com.br/quem-somos>>. Acesso em: 05 jan. 2017. Em 2016, o então Ministro das Relações Exteriores, José Serra, incorporou a Apex-Brasil ao Itamaraty. Em seu discurso de promoção da campanha “Be Brasil”, Serra afirmou: “Essa integração era indispensável, pois o trabalho de promoção de nossas exportações deve estar em perfeita sintonia com a estratégia mais ampla de nossa política externa e de nossa diplomacia econômica.”. A declaração vai claramente ao encontro da discussão posta neste trabalho a respeito da busca do Itamaraty de controlar os vários caminhos do governo na articulação e negociação internacional. O discurso pode ser lido na íntegra em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/component/tags/tag/1483-apex-brasil>>. Acesso em 24 fev. 2017.

⁴⁴ Entre 2002 e 2004, a ABC foi questionada por órgãos do judiciário e do controle a respeito da contratação de recursos humanos, da gestão e da execução do seu orçamento. Entretanto os problemas foram resolvidos a partir de uma inserção diferente da agência no MRE e com uma revisão geral do sistema. Para mais informações a respeito de tais fatos, ver PUENTE (2010).

política externa e responde às demandas vindas de outros países, nesse sentido é bastante variável:

E a política externa de cooperação, a gente está tentando lançar. Isso na verdade é um grande instrumento da cooperação brasileira, e que infelizmente a gente não dispõe, nem de marcos institucionais para a cooperação técnica Sul-Sul. A cooperação recebida já tem marcos legais definidos. (Entrevistado da ABC)

[...] mas eu descobri que não havia na política externa brasileira uma visão tão estratégica quanto eu imaginei que houvesse para esse tipo de atuação, e que a política externa brasileira também era muito volúvel a desejos de ministros, de presidente, etc, mais do que o desejo da nação, mais do que a visão estratégica do que era importante para o país, essa visão não existia”. [...] “mudava um ministro, mudava completamente a política, como se não soubesse avaliar o que era importante de ser mantido, o que não era. (Entrevistado da ABC)

Segundo entrevistados, trabalhar a partir do recebimento de demandas também é uma questão que complica o trabalho da ABC, pois é difícil haver um planejamento já que a variação do que e quanto será solicitado depende de outrem:

O atendimento de demanda, ela deveria ser, na minha percepção, melhor estruturada. Eu posso receber demandas de todo tipo, mas não significa que eu tenha condições de atender de qualquer forma essas demandas. Bom, isso é óbvio que eu só posso atender se eu tenho condições, parceiros brasileiros que possam atender, mas não é só isso, acho que a demanda poderia ser melhor organizada e o Itamaraty poderia participar melhor dessa negociação. [...] Mas isso não é uma coisa simples, porque exige um mecanismo de coordenação muito maior, que envolve os diplomatas e envolve nós, técnicos. Todo mundo concorda que precisa organizar melhor a demanda, mas a gente não operacionalizou isso. (Entrevistado da ABC)

Porém é importante perceber que essa demanda que vem de outro país, não inicia por si só. Há um trabalho de aproximação entre os países e de promoção do Brasil no exterior que criam condições favoráveis a que essa demanda surja:

Você fala em cooperação com base na demanda, mas muitas vezes não é assim que acontece também. No fundo acaba sendo, mas muitas vezes a partir de um encontro de presidentes, já chegou muita coisa assim, construída meio de cima, de encontros presidenciais... chega a demanda do presidente, “nós vamos fazer alguma coisa com o Equador, com a Colômbia, com determinado país”, aí você fica com aquele desafio de construir essa proposta a partir de demanda e oferta. Você senta na mesa e tenta casar, como falei, as necessidades com as oportunidades. Aí não seria exatamente o “demand driven”...”driven” no sentido de que, tudo bem, você sempre tenta atender a demanda, mas a partir dessas possibilidades que são

identificadas e a partir de uma demanda presidencial de fazer.
(Entrevistado do MS)

Um entrevistado ressaltou também a importância da cooperação como instrumento político, fato que aparentemente ainda não estaria claro para muitos dirigentes e outros *policy-makers*:

É um instrumento político, lógico que solidariedade é importante, mas a gente não fazia só... além de você exercer essa solidariedade, você está reforçando o seu capital político. Tem que haver essa consciência diplomática da atuação da ABC. (Entrevistado da ABC)

Agora, a gente tem que começar a trabalhar dentro do Brasil, estrategicamente. qual a importância de fazer a Cooperação Sul-Sul.[...] É como a cooperação técnica, dentro da política externa, dentro da política brasileira para o exterior, pode colaborar para o desenvolvimento do país e dos parceiros.(Entrevistado da ABC)

Dentre alguns dos obstáculos enfrentados pela ABC, para além dos problemas orçamentários, está a dificuldade de contratar recursos humanos para trabalharem em projetos de cooperação internacional, questão apontada também como um fato responsável pela dificuldade em manter a memória institucional, pois ocorrem muitas rupturas com essas mudanças frequentes no *staff*.

Na verdade, o Brasil nunca definiu a sua política de relações internacionais e segundo, por não ter uma política definida, ela também não tem orçamento definido; e a questão da ABC ser uma agência do Ministério das Relações Exteriores, receber repasses do Ministério e não ter um quadro próprio de recurso. E de funcionários, porque o funcionário de carreira não é da ABC, é do MRE. [...] Já o pessoal que faz cooperação e é terceirizado fica [...] numa situação frágil porque não é funcionário público, não tem 13º, aquela coisa toda, e não tem um plano de carreira. Então a rotatividade é enorme.
(Entrevistado da Fiocruz)

Pela fala dos entrevistados e pela análise documental, percebe-se que ainda se precisa avançar na relação entre a ABC e o próprio MRE no sentido de dotar aquela de maior autonomia frente a este último, de organizar a forma de trabalho da ABC, bem como de constituir um corpo de funcionários específicos da agência. Vale ressaltar também que a ABC ainda é muito dependente do PNUD para operacionalização de suas ações, sobretudo pelo fato de não haver um ordenamento legal que ampare a cooperação internacional, o que impede um maior desenvolvimento desta atividade pelo governo brasileiro.

No que diz respeito à presença da saúde nos documentos da Agência Brasileira de Cooperação, pode-se dizer que estes apresentam os princípios e diretrizes que guiam

a cooperação internacional brasileira, apresentam dados a respeito dessa cooperação e trazem os caminhos a serem trilhados para o estabelecimento de um acordo de cooperação, passando pela escrita do projeto até sua execução e posterior avaliação. Entretanto, esses documentos não trazem discussões mais aprofundadas a respeito dos principais segmentos nos quais o Brasil presta cooperação, como a saúde, não ressaltam as possibilidades de trabalho e nem definem metas claras para isso.

Com exceção do ViaABC, publicação que veiculava informações a respeito do papel da ABC, das frentes de atuação e destacava os principais projetos de cooperação técnica internacional, não há outro documento que traga informações reunidas sobre as principais instituições de saúde envolvidas na cooperação, que apresente uma estratégia de alavancagem da cooperação nessa área ou outras informações mais detalhadas, o que pode indicar que, na verdade, a saúde ainda não consolidou seu espaço e importância na política externa.

6.2.2 A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde

O Ministério da Saúde conta com uma divisão responsável pelas questões internacionais em saúde, a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), órgão de assistência direta e imediata do ministro criado em 1998.

O exame da estrutura regimental da AISA ajuda a perceber as alterações ocorridas entre 2003 e 2014 e que refletem o entendimento sobre a atuação em questões internacionais do Ministério da Saúde. O quadro 4 apresenta, assim, dois regimentos – um de 2004 e outro de 2010 –, permitindo a comparação das competências da AISA nestes dois momentos.

Quadro 4 – Comparativo das competências regimentais da AISA entre 2003 e 2014.

Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro – Portaria No. 2.123 de 11 de outubro de 2004.	Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro – Portaria No. 3.965 de 15 de dezembro de 2010.
<p>Art. 13. À Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde compete:</p> <p>I - promover, articular e orientar as negociações relacionadas à cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira com outros países, organismos internacionais, mecanismos de integração regional e sub-regional nas áreas de competência do Ministério;</p> <p>II - articular a colaboração de peritos e de missões internacionais multilaterais e bilaterais, atendendo às diretrizes da Política Nacional de Saúde; e</p> <p>III - assessorar o Ministro de Estado, no País e no exterior, nos assuntos internacionais de interesse do Ministério.</p>	<p>Art. 12. À Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde compete:</p> <p>I - assessorar o Ministro de Estado e demais autoridades do Ministério da Saúde, no país e no exterior, em assuntos internacionais de interesse do Ministério da Saúde;</p> <p>II - promover, articular, orientar e coordenar as ações internacionais de interesse do Ministério da Saúde relacionadas a negociações com outros países, organismos internacionais, mecanismos de integração regional e sub-regional e convenções internacionais;</p> <p>III - promover, articular e coordenar as ações internacionais de interesse do Ministério da Saúde relacionadas à cooperação técnica, educacional, científica e tecnológica, nas áreas de competência do Ministério da Saúde;</p> <p>IV - atuar como interlocutor do Ministério da Saúde em todas as atividades referentes às relações internacionais, tanto no atendimento a demandas como na apresentação de propostas de seu interesse; e</p> <p>V - assessorar o Ministro de Estado da Saúde, nos assuntos administrativos relacionados a missões no exterior, decorrentes de compromissos do Ministério da Saúde.</p>
<p>Art. 14. À Divisão de Projetos compete:</p> <p>I - promover e acompanhar a cooperação com Organizações Internacionais e Regionais e com países com menor desenvolvimento social relativo;</p> <p>II - assessorar autoridades, peritos e instituições nacionais de saúde em suas relações com contrapartes estrangeiras;</p> <p>III - orientar e coordenar a elaboração de programas, projetos, ajustes e propostas de cooperação com Organizações Internacionais e Regionais e com países com menor desenvolvimento social relativo; e</p> <p>IV - atender a demandas específicas e divulgar oportunidades de intercâmbio.</p>	<p>Art. 13. À Divisão de Projetos compete:</p> <p>I - promover, articular, acompanhar e coordenar a elaboração de acordos, programas e projetos no âmbito da cooperação técnica, educacional, científica e tecnológica internacional do Ministério da Saúde;</p> <p>II - promover, articular, acompanhar e coordenar iniciativas de cooperação internacional do Ministério da Saúde;</p> <p>III - promover, articular, acompanhar e coordenar as atividades internacionais conduzidas pelo Ministério da Saúde nas regiões fronteiriças, inclusive a negociação de acordos; e</p> <p>IV - promover, articular, orientar e coordenar os mecanismos de integração regional e sub-regional no âmbito da saúde.</p>

<p>Art. 15. Aos Serviços de Projeto I, II e III compete:</p> <p>I - examinar e encaminhar às áreas competentes as solicitações de cooperação internacional em saúde, apresentadas por interlocutores estrangeiros;</p> <p>II - acompanhar as discussões técnicas das diversas instâncias do Ministério da Saúde e auxiliar na definição das posições brasileiras relacionadas com a prestação da cooperação internacional em saúde; e</p> <p>III - manter atualizado o banco de dados referente à documentação e informações de organismos internacionais e outros atores internacionais sobre cooperação em saúde.</p>	<p>Art.14. Aos Serviços de Projeto I, II e III compete:</p> <p>I - acompanhar as discussões técnicas na elaboração de acordos, programas e projetos no âmbito da cooperação internacional, de ações de assistência humanitária e de mecanismos de integração regional e sub-regional;</p> <p>II - examinar e encaminhar às áreas competentes do Ministério da Saúde as solicitações relativas à cooperação internacional, às ações de assistência humanitária e aos mecanismos de integração regional e sub-regional; e</p> <p>III - acompanhar as discussões técnicas conduzidas pelo Ministério da Saúde no âmbito da cooperação nas fronteiras.</p>
<p>Art. 16. À Divisão de Análise Técnica compete:</p> <p>I - promover, em articulação com o Ministério das Relações Exteriores, programas e atividades de cooperação na área de saúde com instituições estrangeiras e organismos internacionais, e mecanismos de integração regional e sub-regional nas áreas de competência do Ministério da Saúde;</p> <p>II - propor e coordenar a participação do Ministério em reuniões internacionais; e</p> <p>III - assessorar na elaboração e analisar propostas, programas e projetos de cooperação internacional.</p>	<p>Art. 15. À Divisão de Análise Técnica compete:</p> <p>I - promover, orientar e acompanhar, em articulação com o Ministério das Relações Exteriores, negociações no Sistema das Nações Unidas e nos demais foros, incluindo os não-exclusivos para a saúde;</p> <p>II - participar, resguardada sua competência, de mecanismos internos que possuam interface com temas internacionais de saúde.</p>
<p>Art. 17. Aos Serviços de Análise Técnica I, II e III compete:</p> <p>I - analisar e propor instrumentos de cooperação em saúde com governos estrangeiros, com órgãos de integração regional e sub-regional e com instituições estrangeiras e organismos internacionais;</p> <p>II - apoiar as atividades voltadas para a elaboração de programas e projetos de cooperação; e</p> <p>III - divulgar eventos de caráter internacional, no âmbito do Ministério, e adotar as medidas necessárias à participação dos representantes indicados.</p>	<p>Art. 16. Aos Serviços de Análise Técnica I, II e III compete:</p> <p>I - acompanhar a internalização de compromissos internacionais multilaterais pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, no âmbito de suas respectivas competências;</p> <p>II - participar de Comissões, Grupos de Trabalho e outros mecanismos internos ao Ministério da Saúde ou intergovernamentais que tratem de temas internacionais conduzidos no âmbito da Divisão de Análise Técnica; e</p> <p>III - manter sistema de busca e identificação de temas novos e/ou emergentes de interesse para a saúde em foros internacionais.</p>

Fonte: elaboração própria

Percebe-se que houve várias mudanças nas competências da AISA. A assessoria passou a estar encarregada, na letra da Lei, por coordenar as ações internacionais de interesse do Ministério da Saúde e ser interlocutor deste nas atividades internacionais⁴⁵, para além de apenas orientar as negociações e articular a colaboração de peritos e de missões internacionais⁴⁶. Importante notar também que a cooperação financeira deixou de ser uma competência da AISA, enquanto que a cooperação educacional foi incluída nesse rol.

Com relação à Divisão de Projetos, percebe-se que se retira a especificação de promoção, orientação e acompanhamento da cooperação com organizações internacionais e com países com menor desenvolvimento social relativo e inclui competência relacionada às regiões de fronteiras e aos mecanismos de integração regional e sub-regional⁴⁷. Isso pode sugerir maior valorização das atividades realizadas com os países do entorno geográfico e dos mecanismos de integração existentes entre essas nações.

No que tange à Divisão de Análise Técnica⁴⁸, esta passou a ter competência para participação em demais foros não-exclusivos à saúde, o que pode indicar um entendimento da importância de trabalhar de forma articulada com outras áreas que têm imbricações de algum modo com a questão da saúde. Acrescenta-se também a competência de “participar [...] de mecanismos internos que possuam interface com temas internacionais de saúde.”⁴⁹ Alguns desses mecanismos são as Comissões e os Grupos de Trabalho, porém não se pode saber através do documento se há outros. Participar nos demais espaços do Ministério da Saúde nos quais são propostas e articuladas as ações internacionais seria de extrema relevância. Porém, a análise do conjunto de entrevistas sugeriu que a AISA não conseguiu realizar essa entrada de forma satisfatória.

Observa-se também que compete “Aos Serviços de Análise Técnica” “acompanhar a internalização de compromissos internacionais multilaterais pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde”⁵⁰, competência bastante interessante para se pensar na diluição das fronteiras entre o nacional e internacional, já que resoluções tomadas no

⁴⁵ Art. 12, inciso IV, da Portaria No. 3.965 de 2010.

⁴⁶ Art. 13, inciso II, da Portaria No. 2.123 de 2004.

⁴⁷ Portaria No. 3.965 de 2010.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid., art.16, inciso II.

⁵⁰ Ibid., art.16, inciso I.

âmbito externo ao país têm impactado cada vez mais nas políticas nacionais, contribuindo para o fortalecimento de que a política externa é uma política pública.

Percebe-se que os regimentos não estabelecem competências claras para as divisões internas da AISA, muitas funções se sobrepõem ou imiscuem-se, situação mencionada também por uma entrevistada do Ministério da Saúde, que afirmou que a AISA não tinha um organograma que condizia com a atuação da equipe. Pode-se questionar igualmente a importância dada à AISA, pela estrutura governamental e pelos processos de decisão, pois aparentemente ela tem pouca influência em várias etapas que envolvem a cooperação internacional.

Como exemplo pode-se citar o fato de que não consta no documento “Manual de normas e orientações para a cooperação técnica internacional com a Opas/OMS/Ministério da Saúde” que a AISA teve representante incluído no grupo de trabalho responsável por sua elaboração⁵¹. (BRASIL, 2012b). Este manual explica como se dá a relação entre o MS e a OPAS/OMS desde a elaboração do projeto até o seu encerramento. Ao abordar a formulação, coordenação e monitoramento dos Termos de Cooperação, a AISA quase não é citada diretamente e muitas responsabilidades parecem ficar a cargo da Secretaria-Executiva e suas divisões internas.

No que diz respeito aos arranjos para gestão dos TCs, o documento apresenta a AISA como a responsável por secretariar o Comitê-Executivo, que deve ser composto por “um representante do MS, dois representantes da Opas/OMS e um representante do Departamento de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica do Ministério das Relações Exteriores (MRE).” (BRASIL, 2012b, p.54). Segundo o Manual, essa instância, que configura uma Comissão Mista, deve se reunir a cada seis meses e contar com a participação da AISA. O documento, porém, não especifica qual o caráter dessa participação, definindo apenas que a AISA deve “apoiar na divulgação das decisões desta instância ao MRE e a outros órgãos relacionados aos TCs” (BRASIL, 2012b, p.55). Essas são as únicas menções à AISA no documento, o que sugere que esta ainda não desempenha o papel principal no que diz respeito às ações internacionais em saúde do ministério.

⁵¹ “A elaboração deste manual teve início em maio de 2011, por um grupo de trabalho constituído por representantes de diversas áreas da Secretaria-Executiva – Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA/SE), Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (CGESP/SAA/SE), Fundo Nacional de Saúde (FNS/SE) – e de outras secretarias deste Ministério – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).” (BRASIL, 2012b, p.10)

Esse lugar restrito da AISA na cooperação internacional em saúde também pode ser observado pelo fato de que não se consta nenhum representante da AISA entre os dirigentes máximos designados para exercerem as atribuições de Diretores Nacionais do Projeto de Cooperação Técnica Internacional⁵². Um dos entrevistados mencionou o fato de a AISA não participar de espaços importantes:

O principal desafio é elaborar a política, programaticamente falando, e monitorar os processos. [...] envolve conhecimento de processos de cooperação de projetos e.. essa área, dentro do Ministério da Saúde, está na secretaria executiva, que é o departamento de monitoramento e avaliação. Os indicadores que o Ministério da Saúde leva são levados pelo departamento de monitoramento de avaliação, dentro da secretaria executiva. É fora da AISA. (Entrevistado do MS)

Outra questão a ser apontada é que o Ministério da Saúde poderia deixar suas diretrizes para a cooperação internacional mais bem definidas, ainda que este ministério não seja responsável pela elaboração da política de cooperação internacional, feita pelo Ministério das Relações Exteriores. Entretanto, a ausência de um fundamento legal que ampare as ações internacionais, muitas operacionalizadas pelos organismos internacionais, como a OPAS, também contribuem para a dificuldade em definir diretrizes e metas da cooperação internacional desenvolvida pelo Ministério da Saúde, como mencionado em entrevista:

Não temos legislação de cooperação internacional. Hoje você olha para o Ministério da Saúde e diz: o Ministério tem uma política de cooperação internacional em saúde? Hoje? Eu acho que não. A AISA nunca desenhou, porque não deu tempo de fazer uma coisa ampla, uma proposta. O que a gente tem na AISA é um direcionamento do que é a cooperação internacional, o que a gente faz. Mas você ter o direcionamento... a gente diz no documento assim: que a gente tem prioritariamente, a nossa estratégia é com países assim, assado, nossas prioridades são esses países. Mas não tem a coisa de temática, de chegar assim e dizer: O Ministério da Saúde, para os próximos anos, no nosso planejamento, vamos atuar nas áreas tais, tais e tais na cooperação internacional, nas seguintes áreas. Entendeu? Nós não temos isso. A AIDS fez isso e o MRE se apropriou disso e divulgou, e atuamos assim. Mas a AISA não tomou para si essa responsabilidade. (Entrevistado do MS)

a gente tinha várias limitações legais, sempre teve, e.... o que dificultava um pouco os processos às vezes....às vezes a gente tinha falhas, morosidade, que eram intercorrentes da própria burocracia ou da ausência de regulamentação para fazer aquele tipo de cooperação,

⁵² Portaria No. 2.053 de 2011, que dispõe sobre a gestão de Projetos de Cooperação Técnica com Organismos Internacionais no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas.

considerando que a gente era tão novinho nesse processo.
(Entrevistado do MS)

A AISA também enfrenta dificuldades no monitoramento das ações internacionais do ministério, como foi apontado em algumas entrevistas, pelo fato de que muitas ações, sobretudo as mais pontuais, às vezes nem chegam ao conhecimento da AISA. Segundo um entrevista, isso ocorreria porque

as áreas atuam de maneira fragmentada, cada área atua na sua maneira. O secretário diz, “eu vou participar de tal agenda” e firma compromisso. E assume uma cooperação internacional e a AISA às vezes nem fica sabendo. (Entrevistado do MS)

Ou seja, muita informação se perde nessa atuação independente das secretarias e fica difícil contabilizar exatamente o que se tem.

A análise da estrutura regimental do Ministério da Saúde também permitiu ver que o ministério apresenta dispositivos legais que atribuem competências relacionadas à cooperação internacional às suas secretarias, departamentos e outras divisões. Observou-se também que parece não haver uma centralidade na coordenação dessas ações, que supostamente deveria ser feita pela AISA.

A estrutura regimental diz que compete ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento “apoiar o planejamento, coordenar e supervisionar a execução de programas e projetos de cooperação técnica com organismos internacionais, no âmbito do Ministério”⁵³.

Ainda de acordo com o decreto⁵⁴ compete à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul.

Também compete ao Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde “implantar mecanismos de cooperação nacional e internacional para o aprimoramento da gestão e incorporação tecnológica no SUS⁵⁵”. A Secretaria de Vigilância também goza, segundo a lei, de competência para “promover o intercâmbio

⁵³ Decreto No 8.065 de agosto de 2013, que define as competências dos órgãos que compõem o Ministério da Saúde. Ver capítulo III, art.9º, inciso XI e inciso XII.

⁵⁴ Decreto No. 8.065 de agosto de 2013, art.25, inciso IX.

⁵⁵ Ibid., art.33, inciso XI.

técnico-científico, com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de vigilância em saúde”⁵⁶. Assim como o compete ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais “prestar assessoria técnica e estabelecer cooperações nacionais e internacionais”⁵⁷.

Essa dispersão nas competências para negociação, coordenação, realização e promoção de cooperação internacional entre as diversas secretarias e outras divisões do Ministério da Saúde sugere fortemente que a AISA ainda tem um papel secundário neste sentido. Essa descentralização também pode estar relacionada a uma posição política de valorização da capacidade de atuação das secretarias ou de grupos técnicos específicos na cooperação internacional, dispensando o esforço para realizar a centralização na AISA ou mesmo evitando desgaste político com os secretários.

Ademais, a análise das entrevistas permitiu perceber que a AISA assumiu um papel mais ativo no governo Dilma, sobretudo por conta do “Programa Mais Médicos”, momento também que o ministério dispunha de mais recursos que o MRE e o assessor não era proveniente do Itamaraty, fatores que parecem ter contribuído para que o Ministério da Saúde assumisse uma postura mais independente do MRE.

Cabe destacar também que a AISA não tem o registro exaustivo de todos os projetos de cooperação, como por exemplo, os da Aids, principalmente porque o programa de cooperação em HIV/Aids iniciou-se nos anos 1990, quando a AISA ainda era um órgão muito recente⁵⁸ e não dispunha de condições de responsabilizar-se por ele. À época, havia um quadro de funcionários muito fortalecido trabalhando com a temática do HIV/Aids e que se articulou diretamente com o MRE e com parcerias internacionais.

A temática ganhou tamanha robustez e importância para o governo brasileiro que passou a dispor de um departamento próprio (atual Departamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais⁵⁹). A experiência que o país adquiriu com a cooperação internacional em HIV/Aids contribuiu para o fortalecimento da cooperação brasileira em outras temáticas e para a própria consolidação da AISA.

De modo geral, pode-se dizer que os documentos do Ministério da Saúde trazem uma visão mais clara da importância das ações internacionais em saúde, por mais que a

⁵⁶ Ibid. art.40, inciso IX.

⁵⁷ Ibid. art. 44, inciso IV.

⁵⁸ A AISA foi criada em 1988 pelo Decreto n° 2477.

⁵⁹ O departamento foi renomeado através do Decreto n° 8.901/2016, publicado no dia 11 de novembro de 2016.

questão ainda possa ser melhor desenvolvida. As origens desse reconhecimento no plano internacional devem ser creditadas grandemente à política de Aids e, posteriormente, à do controle do tabagismo, que contribuíram muito no fortalecimento da atuação internacional do Ministério da Saúde, bem como na promoção da imagem do país e de suas políticas nacionais de saúde.

Por outro lado, as mudanças de governo tiveram repercussões sobre a atuação do Brasil na cooperação técnica internacional em saúde, sobretudo em virtude de o cenário internacional não ter sido um importante foco do governo Dilma.

6.2.3 A Fundação Oswaldo Cruz

A Fiocruz, instituição do Ministério da Saúde, conta com unidades em 10 estados do Brasil e um escritório regional de representação na África, localizado em Maputo, capital de Moçambique. Somados, ao todo, são 16 unidades técnico-científicas, voltadas para ensino, pesquisa, assistência, inovação e desenvolvimento tecnológico no âmbito da saúde. De 2003 a 2009, a fundação contou com a Assessoria de Cooperação Internacional (ACI) até a criação do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS)⁶⁰, órgão de assessoria da Presidência da Fiocruz, com a função de coordenar e apoiar as atividades internacionais da fundação. O Centro relaciona-se diretamente com a Assessoria Internacional de Saúde (AISA), do Ministério da Saúde, e com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores no estabelecimento dos projetos de cooperação.

A Fiocruz tem um papel bastante relevante na cooperação internacional em saúde, sendo a responsável pela execução de projetos em diversas temáticas. Dentre as modalidades de cooperação desenvolvidas podemos destacar a cooperação científica, envolvendo acolhimento de profissionais do exterior ou envio de profissionais da instituição para atuar em outros países, redes de pesquisa, entre outras⁶¹; e a cooperação técnica, para produção de medicamentos, implementação de Banco de Leite Humano e outros.

⁶⁰ Portaria Nº22/2009-PR.

⁶¹ A Fiocruz desenvolve inúmeras atividades de cooperação científica, podendo-se dizer que esta é a modalidade de cooperação mais desenvolvida pela instituição em números de projetos e acordos. Tais iniciativas são desenvolvidas pelas várias unidades da Fundação, havendo uma grande dispersão de informações. Entretanto, a pesquisa não se aprofundou na busca por esses dados, já que seu escopo restringiu-se à cooperação técnica.

Como mencionado por um dos entrevistados da instituição: “*ela [a Fiocruz] nasceu da cooperação internacional com o Instituto Pasteur*”. Neste sentido, a instituição apresenta um longo histórico de cooperação internacional com os países desenvolvidos, a chamada cooperação Norte-Sul, sobretudo por que, quando de sua criação, estes países tinham mais conhecimento e experiência na área da saúde a serem compartilhados. Ao longo dos anos, a fundação tornou-se referência em pesquisa, produção e ensino em saúde pública e, com o crescimento da cooperação internacional entre os países em desenvolvimento, passou a realizar mais acordos com esses países e a fortalecer sua área internacional, o que ocorreu sobretudo a partir de 2003, como mostraram as análises dos relatórios de gestão e das entrevistas.

Os Relatórios de Gestão referentes aos anos de 2003 e 2004⁶² apresentam que uma das finalidades da Fiocruz é a cooperação internacional em saúde e reafirmam este propósito ao falar de cada unidade técnica, porém o documento não traz mais informações sobre as ações internacionais que tenham sido desenvolvidas. (BRASIL, 2004a; 2005b).

O Relatório referente ao ano de 2005 traz um item que discorre brevemente sobre a “Consolidação da Atuação Internacional do Ministério da Saúde”, no qual se fala sobre acordos com os países desenvolvidos e informa que, em relação à cooperação ofertada a outros países, a Fiocruz concentrou-se nos países latinoamericanos e nos países de língua oficial portuguesa (PALOPS). Em 2005, por exemplo, foi iniciada uma assessoria ao governo angolano com vistas à “criação de uma escola de saúde pública e de uma estrutura de informação e comunicação científica, além da criação de um curso de mestrado” (BRASIL, 2006a, p. 49). Ou seja, o aparecimento deste item no relatório, ainda que curto, permite deduzir que esta questão passou a ter mais visibilidade e/ou importância.

O Relatório de Gestão de 2006, que também conta com o item “Consolidação da Atuação Internacional do Ministério da Saúde”, traz destaque a mais ações de cooperação internacional, como a cooperação técnica na área de informação e comunicação com o Ministério da Saúde de Angola (BRASIL, 2007b, p. 42). A partir

⁶² Os relatórios analisados chamavam “Relatórios de Gestão” até o ano de 2008, sendo que apresentavam as ações desenvolvidas na Fiocruz como um todo, não se restringindo às ações de cooperação internacional. A partir de 2011, foram analisados os “Relatórios de Atividades” elaborados pelo Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS/FIOCRUZ), com foco nas ações de cooperação internacional.

de 2006 a Fiocruz incorporou ao seu Plano Plurianual a ação de Cooperação Técnica (BRASIL, 2009a)

Os Relatórios de Gestão dos anos 2007 e 2008 trazem informações mais detalhadas a respeito de uma gama maior de atividades internacionais, sobretudo no que diz respeito ao fortalecimento dos institutos nacionais de saúde, estruturação das escolas técnicas de saúde, à gestão do trabalho, Banco de Leite Humano, entre outros, ressaltando a crescente participação da Fundação nas redes colaborativas internacionais – com ênfase na Comunidade de Países de Língua Portuguesa, demais países da África e América Latina. Além disso, os documentos dão mais destaque às ações realizadas juntamente com organismos internacionais, como OPAS, UNESCO, UNICEF e UNAIDS. O Relatório de 2007 também destaca que,

Para fazer avançar esta política [de CTPD] a Fiocruz deu início em 2007 às negociações junto ao Itamaraty com vistas a estabelecer, em 2008, uma representação em Maputo/Moçambique, no intuito de intensificar as atividades de cooperação em todo o continente africano. (BRASIL, 2008c, p.15).

O Relatório de Atividades da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz de 2009 a 2011 informa desde o início que Cooperação Internacional é um dos seis eixos estratégicos da Fiocruz e traz também informações a respeito de várias atividades internacionais. O documento também dá destaque à criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Pró-Isags⁶³), cuja secretaria-executiva de formulação e implantação esteve inicialmente na Fiocruz, e à finalização da instalação, em Moçambique, da sede do Escritório Regional da Fiocruz na África (BRASIL, 2012c). Segundo entrevistados da Fiocruz, havia uma boa sinergia entre o Ministério da Saúde e a Fundação nesse período.

O Relatório de Atividades de 2012, elaborado pelo CRIS, trata somente das ações internacionais da Fiocruz e apresenta as atividades referentes à Cooperação Sul-Sul, Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, UNASUL, projetos bilaterais, à cooperação Norte-Sul e outras. Pode-se inferir, portanto, que as ações internacionais foram se consolidando e ampliando, assim como o próprio CRIS passou a organizar melhor suas atividades e informações. O documento destaca também a participação da Fiocruz em Comissões Mistas, compostas por representantes dos países com os quais será estabelecida a cooperação, representantes do MRE e do MS (BRASIL, 2013b).

⁶³ O Instituto ainda não havia sido legalmente instituído, por isso a designação “pró”.

O Relatório de Atividades de 2013, que também trata somente das ações internacionais, segue grandemente a mesma linha do anterior. Cabe destaque para a participação da Fiocruz como Centro Colaborador da Opas/OMS em sete temas e para a criação da Câmara Técnica de Cooperação Internacional da Fundação⁶⁴, cujo objetivo é

prestar assessoria técnica e científica à Presidência e ao Conselho Deliberativo da Fiocruz, na área de cooperação internacional, visando à formulação e avaliação de políticas institucionais, e a promoção da articulação horizontal entre os diversos Institutos e programas da instituição (BRASIL, 2014a, p.7)

Dentre as diversas modalidades de cooperação realizadas pela Fiocruz, a cooperação científica, ocorrida através do intercâmbio entre pesquisadores da fundação e estrangeiros, é uma das principais formas de cooperação internacional desenvolvida, sobretudo em termos quantitativos. Entretanto, pelo fato de a Fiocruz ser composta por 9 unidades técnico-científicas (mais 4 fora do estado do Rio de Janeiro) e 2 unidades técnicas de apoio (CICT e CECAL)⁶⁵ fica difícil o monitoramento de todas essas atividades. Ademais, todas as Unidades Técnicas e Diretores Administrativos passaram a ser autorizados a celebrar convênios com outras instituições com a condição de que eles passassem pela Procuradoria e pelo CRIS antes da assinatura. Porém, algumas vezes ocorre de esse procedimento não ser respeitado, como informou um dos entrevistados da Fiocruz, o que dificulta o acompanhamento dessas ações.

Além disso, por ser formada por várias unidades, que fazem seus contatos e convênios segundo seus interesses, a Fiocruz carece de uma centralidade no estabelecimento da cooperação internacional, como foi apontado por um dos entrevistados:

O assunto internacional é sempre um assunto de poder. Como é um assunto de poder, os dirigentes, seja de unidade seja da presidência, não largam muito a mão. Até falando um pouco criticamente, dentro da Fiocruz alguns assuntos que vêm diretamente ao Presidente, nem passam pelo Cris. (Entrevistado da Fiocruz)

A ausência de uma visão homogênea da cooperação, dado que cada instituto tem sua percepção a respeito do que é importante na cooperação internacional, também foi mencionada em uma das entrevistas. Percebe-se igualmente que não há um documento da Fundação que aponte diretrizes claras sobre como suas ações internacionais serão conduzidas, assim como o próprio MS não apresenta, o que já foi mencionado acima.

⁶⁴ Portaria da Presidência Nº 913/2013-PR, de 22 de agosto de 2013.

⁶⁵ Importante salientar que esta pesquisa refere-se sempre à Fiocruz do Rio de Janeiro.

A Fiocruz tem investido também na estruturação e desenvolvimento de Redes, sobretudo a partir do primeiro governo Lula, dentro da proposta de aperfeiçoar as ‘forças estruturantes do sistema de saúde’ da chamada “cooperação estruturante” (FERREIRA et al, 2016, p.273). Essas redes são desenvolvidas principalmente no âmbito da UNASUL e da CPLP, sendo elas: Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública⁶⁶ (RESP); Rede de Escolas Técnicas de Saúde⁶⁷ (RETS); e Rede de Institutos Nacionais em Saúde⁶⁸ (RINSP). Em 2004, A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) tornou-se Centro Colaborador para a Educação de Técnicos em Saúde da Opas/OMS e, em 2005, a EPSJV assumiu a Secretaria-Executiva da RETS.

A chamada “cooperação estruturante”, defendida por algumas autoridades e pesquisadores da Fiocruz, envolve uma atuação mais ampla na cooperação, para que possa haver um impacto maior sobre o sistema de saúde do país (ALMEIDA et al, 2010; FERREIRA et al, 2016). No caso das Redes, a cooperação dá-se no sentido do fortalecimento dos institutos nacionais de saúde e das escolas nacionais de saúde, bem como da formação dos quadros técnicos de saúde, sendo, portanto, uma proposta mais ampla se comparada à realização de um projeto de cooperação em um serviço específico de saúde, portanto muito mais complexa e de longa data.

Como explicou um entrevistado, é uma cooperação que visa a melhorar o sistema de saúde como um todo, entendendo que, deste modo, criam-se condições para lidar com diferentes problemas de saúde. Por esse motivo, neste tipo de cooperação não se trabalha com uma doença específica:

Uma visão muito mais ampliada da situação. Essa é a base da cooperação estruturante. E nós consideramos que, para o reforço da estrutura de saúde, o ideal é trabalhar com instituições que tenham esse caráter de reforçar a instituição. A primeira delas, é a mais

⁶⁶ “A RESP é uma rede de escolas de governo em saúde, formada por instituições que atuam na formação de recursos humanos para os sistemas de saúde [...]. A rede tem como objetivo promover educação, investigação e intercâmbios técnicos, de modo que se crie uma infraestrutura educacional para o desenvolvimento da força de trabalho em saúde pública”. Informação retirada de: <<http://www.isags-unasur.org/redes.php?lg=1>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

⁶⁷ A RETS é uma articulação entre instituições e organizações envolvidas com a formação e qualificação de pessoal técnico da área da saúde nas Américas e no Caribe, Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop) e Portugal, e tem como objetivo o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde. Informação retirada de: <<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sobre-rets>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

⁶⁸ A RINS está integrada aos Institutos Nacionais de Saúde (INS) ou a instituições similares dos países membros da Unasul. Sua missão é contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde com soluções científicas e tecnológicas para os problemas sanitários. Ela também busca o desenvolvimento dos Sistemas de Saúde das Nações Sul-Americanas, mediante a integração e o fortalecimento dos INS e seus homólogos, com a finalidade de alcançar o melhoramento das condições de vida, a redução das desigualdades sociais em saúde e o bem-estar dos povos sul-americanos. Informação retirada de: <<http://www.isags-unasur.org/redes.php?lg=1>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

importante também, o próprio Ministério da Saúde, que é responsável pela governança do sistema; os institutos nacionais de saúde, que dão toda a segurança de vigilância epidemiológica, promoção, etc e desenvolvimento de pesquisa; as escolas de saúde pública, que formam o pessoal, e as escolas técnicas de saúde, que também formam um pessoal essencial. Esses quatro elementos são os principais que dão reforço à estrutura do sistema de saúde, sem isso o sistema de saúde não existe. Além desses, obviamente também tem que incluir alguns hospitais de referência que são mais importantes, e também toda a linha de atenção primária de saúde. (Entrevistado da Fiocruz)

Este modelo de cooperação é mais complexo e envolve maiores esforços para sua negociação e implementação, visto que buscam impactar diretamente no sistema de saúde do país, portanto carregam um componente político muito forte. Por outro lado, esta cooperação pode se mostrar mais impactante no longo prazo, uma vez que pretende criar as condições para que o país prossiga no caminho aberto pela cooperação mesmo após o fim da parceria. Alguns entrevistados apontaram que a cooperação técnica “mais pontual” pode, muitas vezes, não ser tão efetiva, mas que ainda assim gera muitos aprendizados tanto para o Brasil, como para o país parceiro:

Então, o que acontece? As pessoas faziam, vinham se capacitar, tinham o melhor do que a gente tinha a oferecer aqui, que era considerado bom internacionalmente, só que eles voltavam para os seus países e não tinham o que fazer com aquilo, porque não tinham tratamento [...] porque não adiantava nada você fazer as melhores capacitações na área de assistência, se não tinha medicamento... Alguns insumos que precisam agregar ao projeto. Às vezes só a cooperação técnica, ela se perde, você precisa ter uma visão mais ampla da realidade do país para que não fiquem pontas soltas nesse processo. Às vezes envolve a questão de doações, às vezes envolvem outras coisas. (Entrevistado do MS)

O que se pôde observar pela análise dos documentos e das entrevistas é que a Fiocruz começa a fortalecer a cooperação técnica entre países em desenvolvimento a partir do governo Lula. Como mencionou um dos entrevistados da organização, a cooperação desenvolvida pela Fiocruz é estruturada de acordo com a missão da instituição e esta é pensada com base em projetos de longo prazo, na perspectiva de aprimoramento do sistema de saúde dos países.

Como já foi anteriormente apontado, a Fiocruz também desenvolve diversos projetos de cooperação que não estão inseridos nas redes, entretanto parece haver uma forte proposta – encampada sobretudo pelo CRIS – de trabalhar com essas redes e

fortalecê-las, mesmo reconhecendo que nem sempre há muito apoio por parte do MS, como apontou um entrevistado:

Inclusive esse discurso das redes não é o discurso do Ministério. Sempre foi muito problemático para a gente manter esse discurso com o Ministério. Porque o ministério aparece mais a partir das atividades isoladas, que eu chamo de atividades programáticas. Porque são programas, programa de AIDS, programa de malária, programa de diabetes, programa disso, programa daquilo. Não é errado, mas é diferente. (Entrevistado da Fiocruz)

De todo modo, a Fundação pôde conduzir importantes projetos dentro das redes, financiada através dos Termos de Cooperação (TC) firmados com a OPAS/OMS, como, por exemplo, o TC 41, estabelecido em 2005, que viabilizou a cooperação com os países da América do Sul, no âmbito da UNASUL, e com países africanos de língua oficial portuguesa, no âmbito da CPLP (BRASIL, 2014b). Segundo entrevistados da Fiocruz, a instituição beneficia-se enormemente desses acordos e, com o fim do TC 41 em 2014, houve uma redução muito significativa de recursos para os projetos de cooperação.

6.2.4 O relacionamento entre as organizações

O que se observou no que diz respeito à articulação entre esses órgãos governamentais para desenvolvimento da cooperação internacional em saúde é que no período abrangido pela pesquisa – 2003 a 2014 – ocorreram momentos de aproximação e de afastamento entre os ministérios e entre o Ministério da Saúde e a Fiocruz.

Em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu com o MRE um Protocolo de Intenções com o objetivo de aperfeiçoar a coordenação entre ambos no que tange à cooperação em saúde com países em desenvolvimento (BRASIL, 2005c). Apesar da importância política do documento, não se pode dizer com certeza que ele resultou em ações para aprofundamento da relação entre os Ministérios. Alguns entrevistados desconheciam a existência desse documento.

A relação entre a AISA e a ABC foi influenciada sobremaneira pelas variações no orçamento dos Ministérios, sobretudo em 2010, quando o Ministério da Saúde passou a dispor de mais recursos do que a ABC para cooperação internacional. A partir deste momento, observou-se uma pró-atividade do Ministério da Saúde, que passou a realizar ações diretamente com os países sem intermediação da ABC:

O Ministério da Saúde tem mecanismos de atuação via outros organismos internacionais que permite a ele trabalhar fora do país em cooperação. Acho que nesse período houve um incentivo a isso. E houve um desligamento da cooperação tradicional via MRE. (Entrevistado da ABC)

[...] então a gente tinha alguns milhões para desenvolver em cooperação internacional, isso significa que a gente não dependia mais de nenhum ator outro. A gente se articulava politicamente com a ABC, por exemplo, mas não era determinante... aquele projeto não saía mais a partir de uma determinação da ABC. Saía a partir de uma determinação do Ministério da Saúde, com recurso próprio voltado para cooperação. (Entrevistado do MS)

O Ministério da Saúde também intensificou, neste momento, o desenvolvimento de projetos através dos organismos internacionais, principalmente com a OPAS, e a cooperação multilateral, o que sugere a grande importância que esses organismos têm no respaldo à cooperação internacional brasileira:

[...] de uns anos para cá que a gente tem trabalhado....já acontecia na verdade há muito tempo com a OPAS, só que era muito pontual. Agora, isso está acontecendo com mais frequência. A gente tem um termo de cooperação com a OPAS e a gente usa a OPAS não só como mecanismo de execução, colocando dinheiro na OPAS, recursos na OPAS, mas também a OPAS entra tecnicamente apoiando nos países, porque ela tem representação com outros países das Américas, então isso facilita muito na execução do projeto. É uma parceira muito importante. (Entrevistado do MS)

Então, por exemplo, no caso de malária era muito claro, chegou em determinado momento que anulou a nossa capacidade de resposta bilateral e a gente começou a fazer um estímulo da capacidade de resposta multilateral, fortalecendo os espaços multilaterais no campo de malária.[...] A gente deixava de lado a relação bilateral e priorizou a multilateral. (Entrevistado MS)

Vale ressaltar também que a área responsável pelas ações em HIV/Aids fortaleceu seu trabalho de cooperação internacional em interlocução direta com o MRE ao final dos anos 90, antes da criação da AISA, sendo um dos motivos porquê mesmo atualmente são poucas as ações nesta temática articuladas com a Assessoria se comparado ao total do que é feito.

Ademais, como alguns entrevistados mencionaram, às vezes algumas ações pontuais, frutos de uma conversa entre diretores de alguma organização do Brasil e outro país, não passam nem pela ABC, nem pela AISA, logo não são contabilizadas como cooperação oficial, perdendo-se muito na questão política.

As mudanças de chefia da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde também impactaram na relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, bem como no estabelecimento e condução dos projetos de cooperação internacional em saúde. Alguns entrevistados – da Fiocruz, ABC e MS – mencionaram que a presença de um membro do Itamaraty na assessoria da AISA, contribuía para estreitar os laços entre ambas instituições e dar impulso a uma política externa em saúde.

A análise das entrevistas permitiu perceber que existe uma disputa entre dois principais entendimentos de como a área internacional do Ministério da Saúde deve ser conduzida. Ao longo de 2003 a 2014, diferentes perfis ocuparam o cargo de chefia da AISA e trouxeram à tona a necessidade de que o chefe construísse um diálogo mais próximo com o MRE, mas que também soubesse articular-se internamente com os secretários e nos demais espaços do Ministério da Saúde.

No governo Lula, o cargo de chefia da AISA foi ocupado, entre 2003 e 2008, por um embaixador que havia realizado estudos sobre a cooperação internacional em saúde, fato que pareceu contribuir para a promoção desta junto ao MRE. Por outro lado, o chefe da AISA entre 2012 e 2015 vinha de trabalhos com a cooperação descentralizada e apresentou uma postura mais autônoma frente ao MRE, porém de maior articulação junto aos organismos internacionais na cooperação multilateral. A respeito da relação entre o Ministério da Saúde e o das Relações Exteriores, os entrevistados apontaram:

“Depende muito da gestão. Nem é tanto do ministro, não. Depende muito de quem está na assessoria internacional”. (Entrevistado da ABC)

O assessor internacional tem que ter um componente diplomático político, mas ele também tem que ter uma leitura, uma aproximação técnica. Ele não pode ser um ator que apenas... que não assessorie o ministro nas estratégias internacionais. Então, para isso acontecer ele tem que estar junto com os secretários. Ele não pode ser alguém que não trabalhe com os secretários. (Entrevistado do MS)

Porém, ainda há uma dificuldade de aproximação entre os ministérios pelo fato de a questão internacional ser vista como algo que confere prestígio e reconhecimento a quem a conduz, nesse sentido, a cooperação ainda é vista como se fosse uma conquista específica desse órgão, complicando a sintonia entre elas. Tal fato foi apontado explicitamente por um entrevistado:

Acho que existe uma tensão. Varia com o tempo, mas acho que falta muito....assim... precisa melhorar muito essa... acho que a cooperação tem que ser vista como uma cooperação do Brasil. Ninguém lá de fora vai falar “a AISA fez tal coisa, a ABC...”. Não. É o Brasil que está atuando lá fora. Inclusive internamente precisa ter esse entendimento. Dentro do próprio Ministério, com Fiocruz, com tudo, enfim precisa ter esse entendimento de que nós estamos construindo algo que é o Brasil fazendo cooperação. Ninguém vai saber se é ABC, se é ligada ao Itamaraty, isso é detalhe. Alguém sabe qual é a estrutura lá em Portugal? Como é que funciona?[cita algumas siglas]..são códigos que quem está de fora não vê, o que está sendo visto lá de fora é o Brasil cooperando. Isso vai ser reconhecido ou não. É um desafio conjunto e, para isso, precisa realmente ter todas essas engrenagens funcionando da melhor forma possível. (Entrevistado do MS)

Essa dinâmica observada entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores também ocorreu, de forma semelhante, entre a Fiocruz e o nível central do Ministério da Saúde. Alguns entrevistados da Fiocruz apontaram um distanciamento por parte do Ministério da Saúde a partir de 2011. Posteriormente, em 2013, o governo focou grandemente sua atenção no desenvolvimento do “Programa Mais Médicos” e a cooperação em outras temáticas teria sido um pouco negligenciada. De todo modo, a Fiocruz gozava de certa autonomia em suas propostas, que caminhavam grandemente sem articulação com a AISA.

A relação entre a Fiocruz e a ABC não sofreu grandes rupturas, mas também variou em decorrência das questões orçamentárias e das mudanças de diretor da ABC, e da baixa expectativa com relação à cooperação internacional no governo Dilma.

Observou-se também que muitos entrevistados ressaltaram que a cooperação internacional resultava em ganhos para o Brasil, tanto pelo fortalecimento das próprias políticas nacionais, como pela percepção de melhorias que poderiam ser feitas internamente:

Porque a cooperação, eu entendo que ela não é só boa para o país que recebe. Ela é uma forma também de você legitimar a política, de você fortalecer aquela área. [...]. A cooperação é um braço da política externa e um braço importantíssimo. E que serve para toda uma construção e para favorecer a inserção do Brasil no cenário internacional. E, como eu falei, acho que serve também para legitimação da política interna, como uma forma de fortalecer essa política. (Entrevistado do MS)

O que eu entendo é que a projeção internacional ajuda a você fortalecer internamente. A política da AIDS é um exemplo disso. Quando você ganha reconhecimento internacional, você ganha respaldo local também para poder desenvolver seu trabalho. (Entrevistado do MS)

porque muitas vezes a gente estabelecia um projeto que faziam a gente redimensionar a nossa própria política pública. Por exemplo, tem um projeto em São Tomé e Príncipe, que a gente trabalhou na estruturação do sistema de informação e que a gente acabou vendo que o nosso sistema de informação precisava fazer algumas interconexões, que a gente estava conseguindo montar em São Tomé e que a gente não tinha no Brasil. (Entrevistado do MS)

você ainda tem que explicar para algumas pessoas qual a importância de fazer cooperação Sul Sul. “Por que o Brasil vai fazer Cooperação Sul-Sul e não vai trabalhar para os seus problemas internos?” É difícil as pessoas entenderem que o Brasil tem um papel global, que tem papel no mundo e que isso pode reverter em benefícios para todos, não só comerciais, mas questões humanas, de capacitação, de aprofundamento profissional. (Entrevistado da ABC)

a cooperação internacional também fortalecia tecnicamente o órgão brasileiro, que ao ensinar, aprendia também novamente. E aumentava a sua responsabilidade como ator dentro da burocracia brasileira e os órgãos se sentiam obrigados a definir melhor sua metodologia de trabalho. (Entrevistado da ABC)

Na análise das entrevistas, pôde-se perceber que os funcionários dos dois Ministérios e da Fiocruz viam a cooperação internacional de forma positiva, ou seja, consideravam que ela era benéfica para o país. Por outro lado, esses funcionários mostraram a existência de diversas lacunas que dificultam o avanço das ações internacionais e indicaram o pouco incentivo ou prioridade governamental, de forma geral, dada a elas.

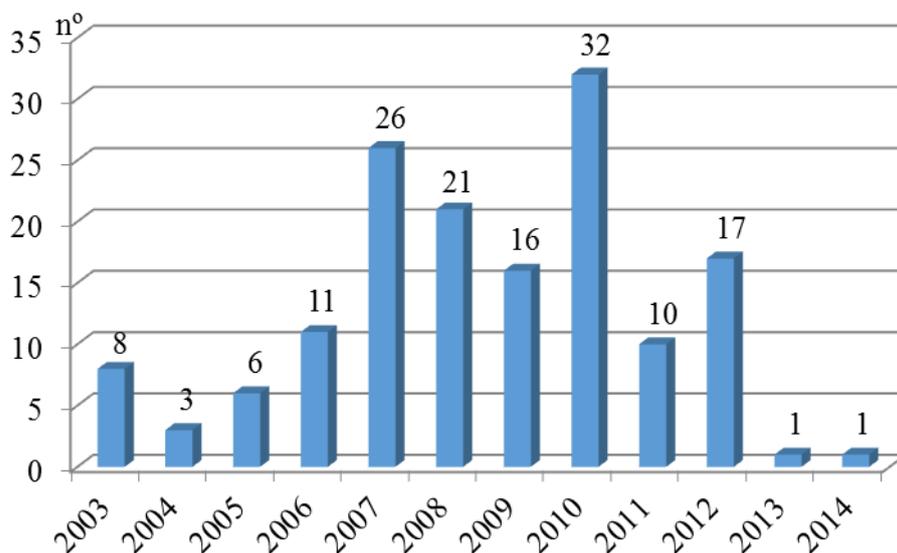
6.3 O CONTEÚDO DA AGENDA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE

Nos itens anteriores o leitor foi situado a respeito do contexto e das organizações envolvidas na cooperação internacional em saúde do período de 2003 a 2014.

Com relação ao conteúdo da cooperação internacional, objeto de análise desta seção, pode-se dizer que o Brasil coopera com uma gama variada de países e em diferentes temáticas na área de saúde, como será apresentado a seguir.

O levantamento dos Ajustes Complementares⁶⁹ assinados entre 2003 e 2014 (Apêndice A) permitiu ver a variação ao longo dos anos, conforme o gráfico 8.

Gráfico 8 – Evolução anual do número de Ajustes Complementares da área da saúde assinados. Brasil, 2003 a 2014



Fonte: elaborada com base nos dados do SCI/MRE

Pode-se observar que em 2003 o número de Ajustes assinados foi maior que nos dois anos subsequentes. Ao analisar a temática dos acordos assinados neste ano, verificou-se que 75% deles trataram de ações em HIV/Aids. Desde os anos 1990 o Brasil vinha fortalecendo sua política de HIV/Aids internamente e, externamente, começava a adotar uma postura mais combativa frente às patentes dos medicamentos antirretrovirais. Nesse sentido, a cooperação internacional vem como um instrumento que contribui para consolidação da política nacional e fortalecimento do país no cenário internacional. Cabe lembrar que, em 2002, o Brasil criou o Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV/Aids para Países em Desenvolvimento, o que fez com que a cooperação crescesse muito nesta área.

Em 2004, a ABC passou por alguns problemas relacionados à contratação de recursos humanos, de bens e serviços e, por esse motivo, a assinatura de Ajustes foi

⁶⁹Como abordado na Metodologia, optou-se por utilizar os Ajustes Complementares para a realização do mapeamento da cooperação internacional porque estes estão integralmente disponíveis *online* e trazem informações a respeito do ano da cooperação, da temática e das principais instituições envolvidas. Como a cooperação é executada por uma gama ampla de atores, realizar o levantamento de todos os projetos de cooperação e das ações pontuais desenvolvidas, organizá-los e analisá-los seria muito difícil dada a restrição de tempo de um mestrado. Ver nota 28 para a definição de Ajuste Complementar.

prejudicada. De todo modo, dois Ajustes, dos três assinados em 2004, referiam-se à HIV/AIDS.

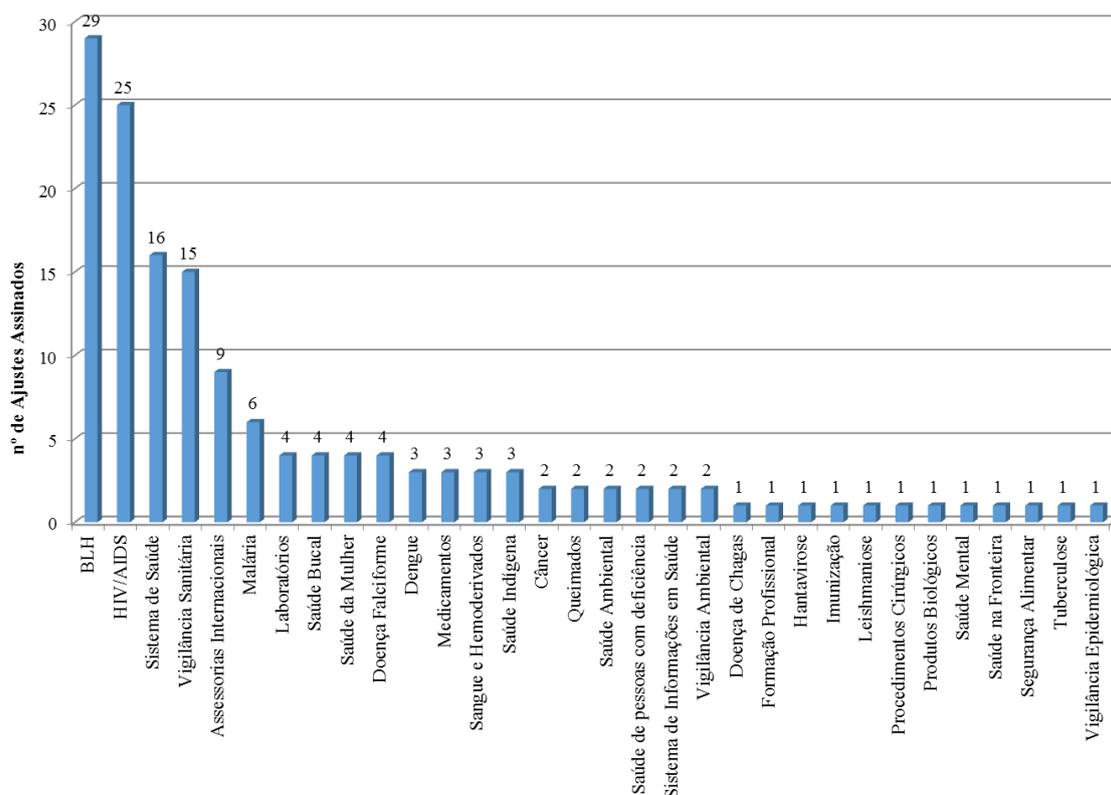
Em 2005, o problema já havia sido contornado e a cooperação internacional pôde retomar seu fôlego, aproveitando o fato de que o presidente Lula e o ministro Celso Amorim valorizavam e incentivavam esse crescimento das ações internacionais.

Em 2006, o Brasil já apresentava um leque mais amplo de temáticas tratadas nos acordos de cooperação, que se ampliou ainda mais em 2007. Em 2007, o Brasil incrementou as ações de cooperação com a África, tendo passado de nenhum acordo em 2006, para 8 em 2007.

Em 2010, a ABC recebeu um aumento bastante considerável de recursos e, pôde assim aumentar o número de acordos assinados, fato mencionado em entrevistas com servidores da ABC e verificado por mais dados. Porém, no ano seguinte, como já foi apontado, a ABC sofreu com redução orçamentária e as mudanças governamentais impactaram fortemente na cooperação internacional.

O gráfico 9 mostra os temas dos Ajustes complementares levantados. Percebe-se que o Banco de Leite Humano (19%) e HIV/AIDS (16%) destacam-se entre os mais recorrentes.

Gráfico 9 – Número de Ajustes Complementares de acordo com os temas. Brasil, 2003 a 2014.



Fonte: elaborado com base nos dados do SCI/MRE

Dentre os 29 acordos referentes ao BLH, 11 foram assinados com países da América do Sul, 9 com a África, 5 com o Caribe, 2 com a América Central e 2 com o México. O projeto de BLH foi desenvolvido pelo Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz e começou a ser implementado no Brasil em 1943. Com o acúmulo de experiência em bancos de leite humano, o país passou a receber demandas de cooperação internacional. Em 2003, com apoio da OPAS, o Brasil iniciou a ampliação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano para o continente americano. O projeto de BLH está presente em quase todos os países da América Latina e passou a se expandir para a África em 2008. O projeto envolve capacitações técnicas para a coleta do leite e controle de sua qualidade, a implantação física dos equipamentos que compõem o banco de leite e a vinculação do banco em rede (MAIA et al, 2006; BRASIL, 2010a).

Segundo entrevistados das três órgãos – MRE, MS, FIOCRUZ – o BLH é um projeto considerado bem-sucedido por reunir uma série de características, como o fato de poder ser realizados em etapas; por utilizar de uma tecnologia barata e de bom custo-benefício; pelo fato de que a avaliação dos resultados é mais simples e pode ser

realizada no curto prazo; por ser facilmente adaptável às realidades do país; e por ser de fácil execução.

No caso da AIDS, o número de atividades que pode ser realizado na área é maior, além do fato de que a metodologia e o objetivo dos projetos têm de ser elaborados de acordo com a realidade do país no qual será implementado, o que exige um trabalho mais minucioso. Ademais, alguns projetos em HIV/AIDS se voltam para o plano das políticas e do sistema de saúde, e não para os serviços de saúde – caso do BLH –, por isso a negociação e implantação do projeto é mais complexa, sem falar de sua avaliação, que é muito difícil e plausível somente no longo prazo.

As ações internacionais do governo brasileiro em HIV/AIDS são inúmeras e vão muito além do que pode ser captado pelo levantamento dos Ajustes Complementares. Muitas das ações neste tema são feitas sem registro na ABC, porque em muitos casos já há um acordo de cooperação anterior à data de recorte da pesquisa que as respaldam. Também ocorrem sem passar pela AISA, porque o departamento responsável por HIV/AIDS já acumula experiência em realizar ações internacionais e conta com uma equipe própria para isso. Entrevistados do MS e do MRE afirmaram ser a AIDS a impulsionadora da cooperação internacional prestada pelo Brasil.

Os demais acordos de cooperação envolvem áreas nas quais o Brasil tem políticas de saúde bem sucedidas, como vigilância sanitária, e que foram se desenvolvendo ao ponto de serem solicitadas por outros países. Como foi colocado por um entrevistado:

[...] tem algumas áreas de excelência dentro do Ministério e que... processos próprios assim ...que ganharam força e foram caminhando meio paralelamente, quer dizer, eu não diria que uma coisa puxou a outra. Dentro do Ministério, eu vejo que realmente tem áreas de excelência e que são referências para vários países. [...] essas áreas que se desenvolveram bastante passaram, de uma forma quase natural, a oferecer cooperação, acho que algumas áreas tiveram a visão, eu avalio assim, de fazer a cooperação. (Entrevistado do MS)

No que diz respeito à cooperação prestada pela Fiocruz, suas principais ações estão relacionadas à produção insumos biológicos e medicamentos, BLH, e à cooperação técnica, como a que envolve a formação de docentes e de técnicos em saúde realizada no âmbito das Redes (RETS, RINS, RESP). Essa cooperação em Redes não está inserida na agenda principal de cooperação do núcleo central do Ministério da Saúde em certo sentido, como foi mencionado por entrevistados da Fiocruz e pode ser

observado por meio da análise dos documentos do Ministério da Saúde, que não dão ênfase a essa atuação em redes.

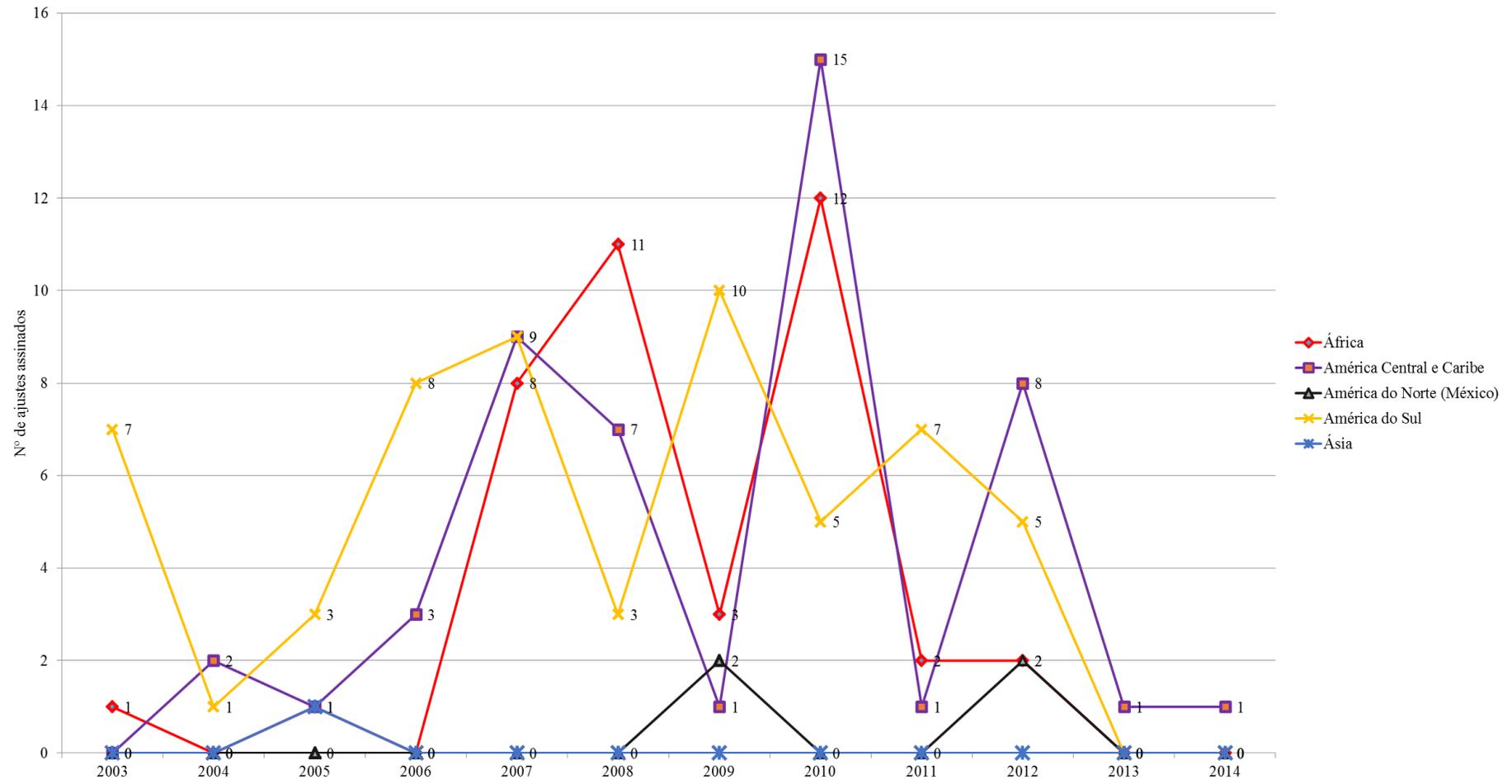
Com relação às regiões com as quais o Brasil desenvolve cooperação internacional, pode-se perceber que existe uma concepção de que se deve privilegiar os países do entorno geográfico, ou seja, a América do Sul, e os países de língua portuguesa, o que foi mencionado por entrevistados das três instituições. Esse direcionamento também aparece nos documentos tanto do Ministério das Relações Exteriores, quanto do Ministério da Saúde.

O número de Ajustes Complementares assinados com as regiões variou ao longo de 2003 a 2014 e pode-se observar no gráfico 10 que a assinatura de acordos com a África cresceu em momentos específicos no governo Lula, não tendo se destacado no governo Dilma. A temática da saúde é bastante importante na África e foi alçada ainda mais com o projeto da fábrica de antirretrovirais em Moçambique, que gerou grande repercussão internacional.

A análise dos Ajustes Complementares aponta que entre 2012 e 2014 a América Central e o Caribe foram as regiões com as quais o Brasil mais assinou acordos. Em 2012, foram assinados quatro Ajustes com Cuba, dois com a República Dominicana, dois com Honduras. Em 2013, foi assinado um com a Guatemala e, em 2014, um com El Salvador.

O gráfico que se segue permite ver a variação da assinatura de Ajustes Complementares de acordo com as regiões.

Gráfico 10 – Número de Ajustes Complementares assinados por região entre 2003 e 2014



Fonte: elaborado com base nos dados do SCI/MRE

O PNS 2008-2011⁷⁰, em seu “Eixo 7 – Cooperação Internacional”, apresenta como diretriz cooperar com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, com os países da América Central, da CPLP e outros países africanos (BRASIL, 2008d).

Já o PNS 2012-2015 informa que

Quanto às áreas geográficas, o MS orienta-se por prioridades que espelham as regiões definidas pelo Ministério das Relações Exteriores (MRE): América do Sul; Haiti; comunidade dos países de língua portuguesa (CPLP); demais países africanos; demais países da América Latina e Caribe (BRASIL, 2011, p.64).

Observa-se que o Haiti aparece como destaque no PNS 2012-2015, o que pode ser justificado pelo fato de o Brasil ter iniciado negociações de cooperação com o país após o terremoto de 2010. Em 2010, o Brasil assinou um Memorando de Entendimento com Cuba e Haiti, que estabeleceu a cooperação tripartite para promover o fortalecimento do sistema de saúde e de vigilância epidemiológica naquele país⁷¹, assim como assinou quatro Ajustes Complementares de cooperação bilateral com o Haiti neste mesmo ano.

É bastante plausível que o Brasil busque cooperar com os países da América Latina quando se trata de cooperação entre países em desenvolvimento. Não somente por compartilharem de situação de desenvolvimento semelhante, mas também porque cooperar com o vizinho traz benefícios diretos e indiretos ao Brasil, ainda que sutis, já que compartilha da mesma fronteira. Por exemplo, cooperar com a Argentina em matéria de dengue pode evitar que a população brasileira que reside na fronteira seja picada por mosquitos infectados provenientes daquele país. Ademais, o custo de cooperação com países próximos ou relativamente próximos é menor do que cooperar com países que estão em outros continentes.

Os quadros abaixo permitem observar os países, segundo suas regiões, com os quais o Brasil assinou Ajustes Complementares, o número de Ajustes assinados e os principais temas sobre os quais versaram.

O quadro 5 permite observar que dentre os países da América do Sul, o Brasil só não assinou Ajuste Complementar no período com o Chile. Os temas que mais aparecem são HIV/Aids, Banco de Leite Humano, Vigilâncias e Assessorias Internacionais, que envolvem o fortalecimento das Assessorias nos Ministérios da Saúde.

⁷⁰ Cabe apontar que o PNS 2004-2007 (BRASIL, 2005d) não traz informações específicas sobre a cooperação internacional.

⁷¹ Informações retiradas de: <<http://www.cooptripartite.icict.fiocruz.br/pt-br/content/apresenta%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em 27 jan. 2017.

Quadro 5 – Ajustes Complementares de cooperação técnica com países da América do Sul, de 2003 a 2014.

Países	Número de Ajustes	Temas
Equador	11	HIV/Aids, BLH, Assessorias Internacionais, Vigilância Epidemiológica, Medicamentos, Sistemas de Saúde e Saúde Indígena
Uruguai	10	HIV/Aids, BLH, Assessorias Internacionais, Sistema de Saúde, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Sangue e Hemoderivados
Peru	9	HIV/Aids, BLH, Assessorias Internacionais, Sistema de Saúde, Vigilância Sanitária e Saúde na Fronteira
Bolívia	6	HIV/Aids, BLH, Laboratórios, Vigilância Ambiental e Queimados
Colômbia	5	HIV/Aids, BLH, Assessorias Internacionais, Leishmaniose e Produtos Biológicos
Paraguai	5	HIV/Aids, BLH, Dengue, Assessorias Internacionais e Vigilância Sanitária
Suriname	5	HIV/Aids, Vigilância Ambiental e Doença de Chagas
Argentina	3	BLH, Dengue e Laboratórios
Venezuela	3	BLH e Vigilância Sanitária
Guiana	1	Assessorias Internacionais

Fonte: elaboração própria com base nos Ajustes disponibilizados no SCI/MRE

O quadro 6 permite observar que o Brasil apresenta Ajustes Complementares assinados com boa parte dos países da América Central e Caribe. O Banco de Leite Humano destaca-se como o principal tema das cooperações, seguido pelo HIV/Aids, que aparece em Ajustes com 4 dos 12 países.

Quadro 6 - Ajustes Complementares de cooperação técnica com países da América Central e Caribe e México, de 2003 a 2014.

Países	Número de Ajustes	Temas
Cuba	12	BLH, HIV/Aids, Assessorias Internacionais, Vigilância Sanitária, Saúde Bucal, Câncer e Medicamentos
El Salvador	7	BLH, HIV/Aids, Sistema de Saúde, Sangue e Hemoderivados e Saúde Indígena
Haiti	6	BLH, Laboratórios, Imunização, Saúde da Mulher e Saúde de Pessoas com deficiência
Costa Rica	5	BLH, Assessorias Internacionais, Sistema de Saúde e Sistema de Informações em Saúde
Panamá	5	BLH, Dengue, Saúde Ambiental, Sistemas de Informação em Saúde e Hantavirose
Honduras	4	BLH, Sistema de Saúde, Sangue e Hemoderivados e Saúde Mental
México	4	BLH e Sistema de Saúde
República Dominicana	4	BLH, Vigilância Sanitária e Saúde da Mulher
Guatemala	3	BLH e HIV/Aids
Barbados	1	HIV/Aids
Belize	1	BLH
Nicarágua	1	BLH

Fonte: elaboração própria com base nos Ajustes disponibilizados no SCI/MRE

Com relação à África, o quadro permite observar que o HIV/Aids destaca-se como principal temática da cooperação internacional com o continente. É igualmente interessante perceber a existência de cooperação internacional em Doença Falciforme, mais prevalente na população negra, que é expressiva no Brasil desde o período colonial. A cooperação internacional nessa área reconhece, portanto, ainda que indiretamente, os laços históricos que unem o Brasil à África, bem como a importância de compartilhar com os países africanos o conhecimento e as experiências acumuladas no assunto.

Vale ressaltar também que muitos Ajustes complementares foram assinados com países africanos que não se inserem nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs), o que mostra que as ações do governo brasileiro neste continente não se restringiram àqueles com quem o Brasil partilha da mesma língua oficial.

Quadro 7 - Ajustes Complementares de cooperação técnica com países da África, de 2003 a 2014.

Países	Número de Ajustes	Temas
Moçambique	11	HIV/Aids, BLH, Vigilância Sanitária, Sistema de Saúde, Saúde da Mulher, Medicamentos, Câncer, Saúde Bucal e Segurança Alimentar
Cabo Verde	6	BLH, Vigilância Sanitária, Sistema de Saúde e Malária
Angola	3	Sistema de Saúde, Malária e Doença Falciforme
Guiné Bissau	3	HIV/Aids, Malária e Saúde da Mulher
Argélia	2	Queimados e Procedimentos Cardíacos
Congo	2	HIV/Aids e Malária
Gana	2	HIV/Aids e Doença Falciforme
Zâmbia	2	HIV/Aids e Formação profissional
Benin	1	Doença Falciforme
Botsuana	1	HIV/Aids
Burkina Faso	1	Laboratórios
Camarões	1	Malária
Quênia	1	HIV/Aids
São Thomé e Príncipe	1	Tuberculose
Senegal	1	Doença Falciforme

Fonte: elaboração própria com base nos Ajustes disponibilizados no SCI/MRE

No período analisado, o Brasil assinou somente um Ajuste Complementar para cooperação técnica com a Ásia, mais precisamente sobre HIV/AIDS com o Timor Leste, que é um país membro da Comunidade de Países de Língua Portuguesa.

Quadro 8 - Ajustes Complementares de cooperação técnica com países da Ásia (Timor Leste), de 2003 a 2014.

Países	Número de Ajustes	Temas
Timor Leste	1	HIV/Aids

Fonte: elaboração própria com base nos Ajustes disponibilizados no SCI/MRE

Segundo entrevistados dos três órgãos, a cooperação com a África exige mais de negociação, leva mais tempo, visto que a burocracia desses países funciona de forma diferente da brasileira, além do fato de que muitas instituições são pouco consolidadas ou o próprio Estado apresenta fragilidades. Acrescente-se a isso a dificuldade de locomoção até certos países, pois os voos são limitados e caros. Por outro lado, afirmaram que a cooperação com a América Latina fluiria melhor, porque os países teriam um Estado mais institucionalizado, além da facilidade de locomoção e de comunicação e das condições socioeconômicas, que em geral são melhores que as dos países africanos.

A análise dos Ajustes permitiu observar que existe um grande número de atividades nas quais o país têm conhecimento e boas políticas que podem ser compartilhadas com outros países, como na área de saúde mental, imunizações, doença de Chagas, entre outras, que não aparecem frequentemente entre as ações de cooperação internacional e que poderiam ser mais difundidas e valorizadas. Observa-se também que a área de vigilância, de forma geral, apresenta diversas ações de cooperação internacional.

Existem, entretanto, gargalos internos, como o número de funcionários, escassez de recursos, baixa prioridade na política, que dificultam a internacionalização das políticas brasileiras. Ademais, o governo brasileiro entre 2003 e 2014 não manteve constante a assinatura de acordos de cooperação, o que mostra como esta é influenciada fortemente por elementos da conjuntura internacional e nacional, ressaltando seu caráter de política pública.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde representa uma área importante de atuação dos Estados Nacionais. No caso do Brasil, o peso desse tema na política nacional é grande, considerando que o país possui um sistema universal e gratuito de saúde.

A partir dos anos 1990, dois movimentos confluíram para que a saúde passasse a ser destacada na política externa: a política externa brasileira caminhou no sentido da ampliação de temas em sua agenda e da articulação intersetorial; e, o controle do HIV/Aids surgiu como uma política brasileira reconhecida externamente, na qual se intensificou a cooperação internacional, abrindo caminhos para outros assuntos de saúde.

O crescimento dos “novos temas” na agenda internacional e particularmente do Itamaraty passou a exigir deste o estabelecimento de intercâmbios e parcerias em áreas e setores técnicos mais específicos (FARIA, 2012). O Itamaraty, ministério que é tido como “insulado” dos demais, viu esta concepção começar a esgarçar-se com a “politização” da política externa. Como apontou Faria (2012), alguns motivos que se juntaram na formação daquela concepção de um “ministério mais fechado” foram: a baixa participação do Legislativo na política externa, que conta com papel forte do Executivo; o modelo de desenvolvimento por substituição de importações, que “gerou grande introversão e insulamento dos processos políticos e econômicos do país” até o início dos anos 1990; o corpo diplomático profissionalizado e de prestígio nacional e internacional; e o “caráter normalmente não conflitivo e largamente adaptativo da atuação diplomática do país” (FARIA, 2012, p. 318).

É importante mencionar que dois importantes instrumentos da cooperação internacional - o Ajuste Complementar e o Programa Executivo - não precisam ser aprovados pelo Congresso (BRASIL, 2013a). Isso suscita a reflexão sobre a pouca presença do Legislativo nas decisões sobre a política externa e, especificamente, sobre a cooperação internacional.

Mais precisamente com relação ao caráter não-conflitivo e adaptativo da política externa, pode-se dizer que, ao assumir uma postura mais participativa e “politizada” na política externa, o governo Lula provocou debates dentro e fora do Ministério das Relações Exteriores, o que mostrou a dificuldade de se manter, nos tempos atuais, esse insulamento, bem como abriu caminho para o aprofundamento da discussão a respeito da política externa como uma política pública.

O Itamaraty parece resistir de certa forma a essa perda de exclusividade na discussão e negociação de questões internacionais. Ainda que em última instância caiba a este Ministério executar a política externa brasileira, esta já não pode mais ser formulada com base em interesses definidos somente pelo próprio ministério ou com base no chamado “interesse nacional”. É oportuno levantar a questão acerca do quê seria esse interesse nacional e de quem o define e, conseqüentemente debater a fronteira entre a política de Estado e a política de governo, já que muitos justificam o isolamento do Itamaraty pelo fato de este “exercer uma política de Estado”. Como argumentam Milani e Pinheiro (2013, p.23):

[...] o interesse nacional ou os chamados “interesses superiores do Estado”, tão frequentemente invocados por estadistas e diplomatas, não seriam, salvo raros casos, um meio para disfarçar interesses infinitamente menos nobres ou, pelo menos, interesses particulares?

Nas falas de entrevistados da ABC houve referência ao “interesse nacional”, ao fato de o MRE ser “*um ministério mais estável*”, que “*não sofre muito a política*” e, em outras, pôde-se perceber a defesa de maior participação do Itamaraty no acolhimento de demandas de cooperação internacional. Alguns entrevistados, tanto do MRE como do Ministério da Saúde e da Fiocruz, mencionaram que a experiência de ter diplomatas como assessores da AISA foi positiva, pois facilitou a articulação do Ministério da Saúde com o Itamaraty. Entretanto, cabe questionar até que ponto a indicação de um funcionário de carreira do MRE para o Ministério da Saúde não reflete a intenção do Itamaraty de manter reservada para si a orientação das ações internacionais do Brasil.

Neste sentido a declaração do ex-Secretário-Geral do Itamaraty, Embaixador Sebastião Rêgo Barros parece bastante pertinente:

O aprimoramento do diálogo com a sociedade é indispensável por três razões fundamentais. Duas são evidentes: a necessidade de que a política externa reflita cada vez mais fielmente os interesses da população e de que o Itamaraty preste conta com regularidade de suas políticas e ações. A terceira razão é menos óbvia, mas de fundamental importância: é o respaldo da sociedade que legitima e fortalece as posições de negociação brasileira nos mais diversos temas internacionais (RÊGO BARROS,1998).

Não foi objetivo deste trabalho aprofundar essa questão, porém inevitavelmente ela emerge no contexto da pesquisa, já que ao falar da cooperação internacional e, por consequência, do envolvimento de outros atores e de temáticas diversas sendo discutidas no cenário internacional, não se pode passar ao largo do debate sobre a formulação da política externa brasileira. Essa discussão foi pouco realizada no país e ainda há muitas possibilidades

de pesquisa sobre a formulação da política externa, os atores envolvidos, o poder de que dispõem e a coordenação intragovernamental entre eles.

Neste sentido, a cooperação técnica é sensível para evidenciar o caráter da política externa como política pública, pois envolve uma multiplicidade de atores e depende do conhecimento técnico, que está fora do Ministério das Relações Exteriores, para ser executada.

A análise das entrevistas permitiu perceber que a relação entre o MRE e o Ministério da Saúde não foi linear ao longo do tempo e sofreu variações decorrentes das mudanças nos cargos de direção e dos recursos financeiros disponíveis. Parece haver uma tensão entre esses ministérios, pois a um cabe a execução e a formulação da Política Externa em última instância, enquanto o outro goza de um dos maiores orçamentos da União, é um dos ministérios de maior disputa política e trata de um assunto considerado de extrema importância tanto para os governantes como para os cidadãos: a saúde.

A relação do Itamaraty diretamente com a Fiocruz não é intensa, mas pode ser avaliada como boa, ainda que tenha passado por momentos de aproximação e afastamento com as mudanças na direção da ABC. No que tange à relação da Fiocruz com o Ministério da Saúde, esta sempre ocorreu, de um modo ou de outro, já que a Fundação é uma entidade vinculada a este Ministério, porém houve uma aproximação maior no governo Lula, momento em que as direções de ambos os órgãos tinham suas diretrizes bastante alinhadas.

O Itamaraty tem um papel político considerável, já que a cooperação internacional só é possível a partir da celebração do acordo de cooperação técnica entre os países, o que ocorre em geral através dos ministros das relações exteriores. Ademais, o MRE é informado das ações desenvolvidas no âmbito de um projeto de cooperação internacional e muitas demandas chegam ao Brasil por meio de suas embaixadas, portanto, cabe ao Itamaraty articular-se com o outro ministério que pode executar a cooperação.

No caso da saúde, o país já goza de reconhecimento internacional por algumas de suas políticas. Nesse sentido, muitas vezes o Ministério da Saúde é interpelado diretamente para o estabelecimento de algum projeto de cooperação. De todo modo, em muitos casos o Ministério da Saúde precisa recorrer ao MRE para torná-lo possível com a assinatura de um termo de cooperação, Ajuste Complementar ou outro instrumento legal que possibilite essa ação. No Ministério da Saúde, a AISA parece ter uma função mais evidente de secretariado da cooperação internacional. A análise das entrevistas sugere que a organização da burocracia da AISA muitas vezes não dava respaldo para que ela agisse em certas demandas ou mesmo

estas eram mais numerosas do que aquela podia dar conta. Por esse motivo, a burocracia da AISA não centralizava o recebimento de todas as demandas, nem acompanhava todas as ações de cooperação internacional desenvolvidas pelas secretarias. A análise das entrevistas sugeriu que esta situação se modificou ao longo do governo Lula, durante o qual foram aprimorados os mecanismos de recebimento e acompanhamento das demandas e, no governo Dilma, a AISA já tinha informações da grande maioria das ações de cooperação realizadas pelas secretarias.

As ações de cooperação técnica internacional realizadas pela Fiocruz, em sua grande maioria, passam pelo Ministério da Saúde, ainda que em alguns casos o último não assumia uma participação ativa nos projetos nem os coloque em sua lista de prioridades de cooperação internacional. A cooperação designada como “estruturante” ocorre em grande parte junto a alguns arranjos de cooperação, como a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e a União das Nações Sul-Americanas (UNASUL). Deste modo, tais iniciativas recebem aporte de recursos do Ministério da Saúde, da Fiocruz, das próprias organizações e dos países integrantes dessas comunidades.

Estas iniciativas de articulação, tanto entre os países de língua portuguesa, quanto entre os países sul-americanos, também são muito emblemáticas e mostram como a política externa no governo Lula esteve voltada a interesses diversos e não necessariamente ligados diretamente à questão econômica-comercial. A Unasul representa uma importante alternativa de articulação entre os países do subcontinente frente ao Mercosul, que apesar de não ter avançado muito para além de questões econômicas, também foi valorizado no governo Lula.

Pode-se dizer que existe uma dispersão e uma crescente descentralização das ações de cooperação internacional na burocracia brasileira, o que pode ser negativo para o país no sentido de que a criação de áreas específicas nos ministérios e outras organizações governamentais para lidar com a cooperação internacional podem gerar disputas inter-burocráticas e intra-burocráticas (PINHEIRO et al, 2010). A criação de uma agência, autárquica, específica para a cooperação internacional, poderia possibilitar o reforço do número de pessoas trabalhando especificamente com cooperação internacional, o incremento dos recursos disponibilizados para tal, aprimorar o monitoramento e avaliação dos resultados e permitir melhor articulação entre os órgãos responsáveis pela execução. A análise da cooperação técnica internacional em saúde trouxe à tona, portanto, os dilemas da coordenação das políticas.

Nos documentos do Ministério da Saúde e do MRE, como também em algumas entrevistas, a cooperação horizontal apareceu como uma das diretrizes seguidas pelo Brasil no estabelecimento da cooperação. Observou-se que a Cooperação Sul-Sul que o país desenvolve parece não envolver, de fato, condicionalidades atreladas à execução do projeto. O discurso de cooperação horizontal pode ser interessante para criar uma visão positiva do Brasil frente aos demais países. Entretanto, sabe-se que dificilmente os países parceiros na cooperação internacional estarão em um mesmo nível de conhecimento ou capacidade na matéria em questão. É inegável que, de algum modo, todo país tem a ensinar e a aprender, como foi ressaltado por muitos entrevistados. Contudo isso não significa que as relações entre os países sejam simétricas, que não haja objetivos políticos envolvidos na cooperação, nem que ela tenha um caráter neutro.

Outra ideia defendida a respeito da cooperação brasileira é de que ela segue a lógica da demanda – *demand-driven* –, isto é, o outro país colocaria a demanda que daria início a uma possível cooperação. Entretanto, o que as entrevistas sugeriram é que em alguns casos a demanda surge porque a política brasileira na área em questão já é conhecida internacionalmente e, em muitos outros, ela é fruto da interação entre pessoas do governo de ambos os países, de uma reunião de cúpula, de uma visita, da promoção da embaixada, entre outros, em que as políticas brasileiras são divulgadas, sugerindo uma dinâmica mais articulada entre oferta e demanda.

Como apontou Cervo (1994), quando o Brasil iniciou suas ações de cooperação junto a outros países em desenvolvimento, buscou-se esvaziar a cooperação internacional de seu conteúdo político, para que ela pudesse ser expandida e mais bem aceita pelos demais países. A partir da análise das entrevistas e dos documentos, a pesquisa sugeriu que essa despolitização da cooperação internacional brasileira ainda parece ser algo desejado e esperado por alguns atores. Nesse sentido, a ideia de cooperação demandada e cooperação horizontal vêm carregada de um conteúdo “moral” nos discursos, como se a ação brasileira devesse ser predominantemente orientada por sua capacidade técnica para cooperar em determinadas questões, quando demandado por outros países. Porém, no governo Lula, a “politização” da política externa e da cooperação ficaram claras, provocando tensões constantes dentro do próprio Itamaraty e entre a sociedade e o governo, que era cobrado por não manter uma postura “neutra” nas relações exteriores.

O que se pôde pensar a partir da análise das entrevistas, dos documentos e do contexto histórico, é que no governo Lula os tomadores de decisão das burocracias governamentais –

principalmente da área da agricultura e saúde – souberam aproveitar a maior proeminência da política externa e do Brasil como um todo no cenário internacional para valorizar suas políticas de modo que essas ganhassem destaque e ocupassem mais espaço na cooperação internacional.

Houve um entusiasmo com o governo Lula, que apresentou um discurso mais progressista e que fez com que a população do país e as demais nações tivessem uma visão muito positiva do Brasil. A agricultura, que disputou com a saúde o primeiro lugar na cooperação em alguns momentos, era uma área pela qual o presidente tinha forte interesse, assim sendo, o próprio defendia e promovia a EMBRAPA e estimulava a cooperação internacional.

A saúde, por sua vez, cresceu na cooperação internacional por meio da atuação dos ministros e demais gestores e técnicos da saúde, por exemplo da AISA e da Fiocruz – para citar dois órgãos que foram analisados –, que defendiam a maior “internacionalização” da área. Ou seja, não foi uma decisão arbitrária do Executivo:

a inserção [da saúde na política exterior], ao contrário, se dá por meio da ampliação de atores na formulação e execução da política de saúde, cujas ações, de baixo para cima, acabam tendo ressonâncias no plano externo.” (ALCÁZAR, 2005, p.175).

Nesse sentido, por mais que a saúde já fosse um tema discutido pelo Brasil internacionalmente, o Itamaraty passou a dar mais espaço a ele na medida em que a cooperação na área cresceu em número de projetos, recursos e países envolvidos.

Ademais, a mudança no entendimento da saúde e a construção do Sistema Único de Saúde, apareceram como algo que permitiria a transformação do perfil da sociedade brasileira e, neste sentido ganhou “autoridade moral aos olhos da comunidade internacional”, autoridade esta que, por sua vez, “constitui a base para a execução da capacidade do Brasil de aglutinar, influir e liderar na área da saúde no plano internacional.” (ALCÁZAR, 2005, p.178). A cooperação internacional em saúde está, portanto, intimamente vinculada às políticas nacionais de saúde e alterações nesta última inevitavelmente repercutirão sobre a primeira. Essas conexões deixam, mais uma vez, evidente o caráter de política pública da política externa e da cooperação internacional.

No momento em que Lula assumiu a presidência, em 2003, vários países da América Latina vivenciavam governos progressistas e a economia mundial estava em crescimento, fatores que criaram condições propícias para a alavancagem do país internacionalmente.

Neste período, a presença do Brasil nos organismos internacionais e nas suas reuniões foi intensificada e houve incentivos por parte destes para que o Brasil promovesse a cooperação.

Cabe ressaltar também que, frente ao contexto internacional, a saúde, em virtude das experiências previamente acumuladas, apresentou-se como uma área promissora e coerente com as prioridades colocadas pelo governo para a política externa, dentre elas a ênfase na cooperação Sul-Sul, especialmente com países da América Latina e da África.

No caso do governo Dilma, o cenário internacional pesou sobre a política externa brasileira: as mudanças presidenciais no continente, a crise econômica mundial, a eclosão da Guerra na Síria e outros conflitos e o aumento da problemática envolvendo os imigrantes contribuíram para que política externa fosse mais contida e a cooperação internacional se retraísse. Porém não se pode deixar de mencionar a iniciativa de criação do banco dos países pertencentes ao BRICS, como propósito de financiar iniciativas próprias de desenvolvimento de infraestrutura nestes países (SARAIVA, 2014).

Para além da conjuntura internacional, o panorama nacional também foi consideravelmente diferente no governo Lula e no governo Dilma. Principalmente durante o segundo governo Lula, o país viveu uma maior estabilidade política, relacionada à habilidade do presidente e de seus ministros em formar coalizões entre os partidos para condução das questões importantes da política nacional. O país também estava estabilizado economicamente e seguia diretrizes de fortalecimento das exportações, de promoção da expansão de grandes empresas nacionais – público e privadas – e de crescimento e consolidação do mercado interno. O período do governo Lula deixou como legado a importância de uma política externa forte e da cooperação internacional para o fortalecimento da imagem do Brasil e do aumento de confiança tanto por parte das demais nações, como de organismos internacionais e de empresas.

Como apontaram Pinheiro et al (2009), o posicionamento do país frente às questões internacionais passou a ser demandado, abriram-se frentes de interlocução e possibilidades de negociação com países desenvolvidos e em desenvolvimento. Vale lembrar que o presidente contou com o Assessor Especial da Presidência da República na definição e, muitas vezes, execução da política externa, o que não ocorreu nos governos anteriores (ALMEIDA, 2005).

No período do governo Dilma, o país viveu um momento de maior instabilidade política e econômica que, somado à baixa prioridade dada à política externa, culminaram para que o país não mantivesse presença marcante no cenário internacional. A cooperação internacional sofreu com as restrições orçamentárias e a desvalorização cambial. Como a

análise dos recursos da ABC apontou, houve uma redução significativa na execução orçamentária a partir do ano de 2011, o que impactou na cooperação internacional realizada por meio do MRE, tendo o Ministério da Saúde assumido grande parte da cooperação internacional em saúde. Entretanto, como foi apontado por entrevistados tanto do MS quanto da ABC, nenhum órgão conseguiu atender a todas as demandas internas e externas que foram geradas por não haver recursos humanos nem recursos financeiros suficientes, ou seja, o problema não foi específico do Ministério das Relações Exteriores ou do Ministério da Saúde.

Lula deu mais importância e impulsionou outras formas de negociação e articulação entre os países. O investimento feito na construção da UNASUL, BRICS e outros blocos com países em desenvolvimento é bastante emblemático para entender a mensagem que o presidente queria passar: a de que os países em desenvolvimento deveriam articular entre si e buscar novas vias de se fazer ouvir no cenário internacional, diminuindo o peso dado à situação econômica dos Estados como medida para avaliar a sua importância. A cooperação com a África está inserida nesse entendimento de que a política externa deveria se fazer sobre outras bases, apontando que os laços entre os países são de diversas ordens, não somente comerciais.

Pode-se dizer que, em comparação com o governo Lula, a presidente Dilma não alterou as diretrizes de priorizar a América do Sul e demais países da América, porém a relação mais próxima com a África e a cooperação com este continente não se mantiveram no mesmo patamar. A cooperação bilateral sofreu redução, porém a cooperação trilateral e com organizações internacionais aumentou. A presidente manteve a abertura ao diálogo multilateral, tendo o país continuado a participar nos fóruns internacionais, entretanto o Brasil não teve participação marcante e nem de liderança nos blocos dos quais faz parte, como MERCOSUL, UNASUL, IBAS, BRICS. Ademais, pode-se dizer que Dilma não exerceu a diplomacia presidencial. Como aponta Corneter (2014, p.111)

governo segue com os mesmos objetivos na esfera internacional mantidos pelo anterior – incluindo a obtenção de desenvolvimento por meio da diversificação de parceiros comerciais e a afirmação do Brasil como líder regional –, mas a diplomacia de Dilma busca esses objetivos com menos ativismo e com mais limitações externas.

A cooperação internacional é reconhecida como importante instrumento de projeção do país, pois pode abranger diversas áreas, muitas nas quais anteriormente não havia interesses, e, ao articular dois ou mais países, pode fazer com que o relacionamento entre eles vá além dos âmbitos da cooperação. Ademais, como foi mencionado nas entrevistas, a

cooperação internacional também é uma via para promover o fortalecimento do governo nacional e de políticas nacionais, pois na medida em que estas são expostas internacionalmente ou compartilhadas com outros países, torna-se difícil suprimi-las no âmbito interno, além de que as mesmas podem passar por um processo de aprimoramento a partir do aprendizado gerado pela cooperação.

Porém, a cooperação internacional ainda ocorre de forma bastante restrita e com muitas variações, podendo-se dizer que seu potencial tem sido subaproveitado. Apesar de o Brasil ambicionar ter um papel de liderança entre os países em desenvolvimento e sustentar, muitas vezes, um discurso a favor destes, o país fez pouco para construir e consolidar uma política de Cooperação Sul-Sul, problema que se arrasta desde os anos 70, quando começou a receber as demandas de cooperação técnica internacional.

Alguns entrevistados mencionaram a inexistência de uma política articulada de cooperação internacional, percepção que pode ser advinda das lacunas existentes, de ordem estrutural e legal. O Brasil ainda não conta com amparo jurídico que permita o uso de recursos financeiros diretamente com ações de cooperação internacional, seja para a contratação de pessoas, serviços, compra de materiais, entre outros. Por esse motivo, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), o Ministério da Saúde e outros órgãos de governo utilizam de mecanismos alternativos para viabilizar as ações internacionais, como, por exemplo, a triangulação com organizações internacionais.

Como foi mencionado nas entrevistas, a ABC não é uma agência independente e não é a responsável pela coordenação de todas as áreas temáticas da cooperação, que estão dispersas em órgãos dentro do MRE, além do fato de que ela é responsável pela cooperação prestada. Segundo as entrevistas, ainda há falhas principalmente no monitoramento e avaliação da cooperação internacional e a ABC está trabalhando no lançamento dessa política de cooperação internacional, tendo ocorrido um seminário no Itamaraty com esse propósito. Apenas recentemente, em 2013, foi publicado um “Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul”, que apresenta a base conceitual e as diretrizes para elaboração e gestão das iniciativas de cooperação. Cabe apontar também a dificuldade existente em classificar exatamente o que é cooperação técnica, cooperação científica, cooperação tecnológica e outras formas de cooperação, visto que a cooperação internacional apresenta-se em diversas modalidades e não há um documento do governo que faça essa diferenciação.

Segundo o ex-Diretor Geral da ABC (ABREU, 2013), era positivo o fato de os técnicos responsáveis por etapas dos projetos de cooperação internacional serem funcionários

do setor público nacional, o que fazia com que o projeto tivesse um custo menor, uma vez que não exigia a contratação de consultores, especialistas externos, como ocorre em outras modalidades de cooperação. O ponto negativo não levantado pelo autor é que esses servidores públicos deixam o corpo de funcionários nacionais defasado ao se deslocarem para a execução da cooperação internacional, já que há escassez de recursos humanos em praticamente todas as áreas. A resultante é que muitas vezes não há motivação dos funcionários para participarem da cooperação internacional, uma vez que não receberão a mais por isso e terão mais trabalho a realizar, pois quando o profissional volta, ele tem suas obrigações com as ações nacionais somadas às da cooperação internacional.

Ademais, parte do corpo de funcionários que trabalhavam conjuntamente com a ABC ou a AISA na cooperação internacional vinha dos organismos internacionais (PNUD, OPAS) por contratos frágeis, o que contribuía para uma alta rotatividade dos funcionários. Esta rotatividade tem uma influência bastante negativa na constituição de uma política de cooperação internacional, visto que muitas informações acabam se perdendo nas mudanças de quadro e fica difícil manter uma linha de ação. Tal situação deixa evidente que o país precisa aumentar o número de funcionários públicos dedicados à CTI caso queira avançar na área.

Com recursos escassos e com um número limitado de pessoas trabalhando com cooperação internacional, ainda assim o Brasil consegue fazer um trabalho reconhecido no que tange à luta contra o tabaco, à disputa pela quebra de patentes e à produção de medicamentos genéricos e vacinas, além da cooperação para formação de quadros em outros países, entre outras.

É inegável que a saúde ganhou proeminência a partir de 2003, tendo ocorrido um aumento até mesmo no número de estudos de análise da cooperação internacional em saúde desenvolvida pelo Brasil. As entrevistas sugeriram que se aprendeu muito com as ações internacionais realizadas na área e pôde-se perceber a necessidade de realizar mudanças nas próprias políticas nacionais, tanto no âmbito da organização institucional responsável por conduzi-las como no desenho e execução da política.

Aparentemente, a cooperação internacional em saúde não se configura com frequência como prioridade na agenda do ministro, ainda que alguns tenham dado mais importância a ela que outros. De todo modo, parece não haver muitos impedimentos políticos para que ela avance, isto é, a cooperação internacional não é uma questão que levanta conflitos e polêmicas internas, portanto não exige muita barganha com os atores envolvidos na política de saúde. O que parece gerar obstáculos a esse avanço são os gargalos jurídicos e os limitados

recursos humanos e financeiros já mencionados. O “Programa Mais Médicos” configurou-se como uma relevante exceção à regra, pois envolveu o repasse de recursos financeiros à Cuba e a vinda de médicos cubanos, ou seja, foi uma cooperação recebida, de grande impacto e visibilidade nacional, e que mexeu com fortes interesses da corporação médica.

Como limitações do estudo, cabe apontar que, em virtude do seu caráter amplo e exploratório, alguns questionamentos e resultados não foram suficientemente discutidos. A própria opção metodológica por uma pesquisa exploratória já coloca limitações, por restringir as possibilidades do pesquisador de aprofundar alguns aspectos e chegar a conclusões assertivas. De todo modo, essa escolha não inviabiliza os resultados das análises, que apresentam as continuidades e mudanças observadas no período de 2003 a 2014 na condução da cooperação técnica internacional em saúde, bem como o conteúdo temático desta última.

A análise da cooperação técnica internacional em saúde permitiu identificar que os dados a respeito da cooperação internacional realizada pelo país estão dispersos tanto entre os ministérios, como dentro do próprio Ministério da Saúde. Ademais, existem limites quanto à transparência com relação a essas informações, já que, no caso do Ministério da Saúde, poucos dados estão disponíveis no site.

A busca pelos projetos de cooperação internacional revelou as dificuldades referentes à conceituação e classificação da cooperação, pois a fronteira entre o que é uma cooperação somente técnica, somente científica ou tecnológica é tênue e, dificilmente, um projeto envolve apenas um tipo específico de cooperação. Também houve dificuldade em ver o que era exatamente bilateral, trilateral e triangular, visto que estas modalidades também não ocorrem totalmente isoladas em muitos casos. A ausência de documentos do governo que façam essas distinções dificultou a separação dos dados para análise.

Pode-se encontrar no site do Ministério da Saúde⁷² uma lista na qual estão apresentados os países com os quais o Brasil tem algum acordo de cooperação, o título e a data de celebração do acordo. Essa tabela não apresenta a situação destes acordos e não há informações sobre as atividades desenvolvidas a partir da sua celebração. Na verdade, os dados apresentados nessa tabela são os acordos de cooperação, Ajustes Complementares, Memorandos de Entendimento, Protocolo de Intenções e outros disponíveis no Sistema Consular Integrado do MRE, ou seja, não há nenhuma informação adicional agregada a esta planilha.

⁷² A informação foi colocada no *site* aproximadamente em agosto de 2016.

No *site* da ABC é possível encontrar um número maior de informações sobre a cooperação internacional, pesquisar as diversas ações existentes com cada país, com as regiões, por temática ou modalidade. Entretanto não há informações específicas do quanto se gastou com cooperação em saúde, não há informações sobre as áreas do Ministério da Saúde envolvidas, bem como a listagem apresenta dados sobre missões de prospecção, cursos de curta duração, processos de negociação, projetos de cooperação técnica, entre outras, ou seja, mistura dados de atividades pontuais a projetos mais duradouros.

Portanto, os dados fornecidos pela AISA, pela ABC e pela Fiocruz, e aqueles encontrados nos *sites* apresentaram muitas vezes incoerências e contradições, o que sugere que o Brasil precisa avançar na organização e documentação das suas ações internacionais.

A pesquisa restringiu-se à análise da cooperação técnica bilateral desenvolvida pelo Brasil junto aos países em desenvolvimento, a chamada Cooperação Sul-Sul. Neste sentido, não foram contemplados os acordos trilaterais, envolvendo países desenvolvidos ou países em desenvolvimento – como ocorreu no projeto com o Haiti, que envolveu Cuba como parceiro. Também não foi analisada a cooperação triangular com organismos internacionais, ainda que em diversos projetos bilaterais esses organismos tenham participado de alguma forma, por exemplo, com recursos humanos. Portanto, algumas modalidades de cooperação não foram incluídas na análise realizada neste estudo. Pesquisas futuras que as contemplem podem trazer um conhecimento mais amplo das ações internacionais do país.

Ademais, deve-se reconhecer que o mapeamento dos Ajustes Complementares apresenta uma visão parcial da cooperação técnica internacional em saúde, pois as informações apresentadas nesses documentos não eram completas, já que as secretarias do Ministério da Saúde e/ou outros atores eram designados posteriormente à celebração dos mesmos, quando se passava à etapa de elaboração do projeto e etapas subsequentes. Também ocorreu em alguns momentos de Ajustes serem assinados, porém os projetos não terem sido elaborados ou aprovados, portanto, os números não são exatos.

Ainda assim, a pesquisa logrou apresentar um panorama do conteúdo da cooperação técnica internacional bilateral em saúde, trazendo ao leitor os principais temas envolvidos e os países contemplados. Apresentou também os principais atores envolvidos, o papel que desempenharam e as alterações e continuidades da articulação entre eles entre 2003 e 2014. Conseguiu-se igualmente situar esse panorama do conteúdo da cooperação e das relações entre os atores no contexto do período.

O debate sobre a saúde na política externa foi intensificado no período recente, porém ainda existe pouca documentação a respeito. Além disso, os resultados políticos dessa proeminência da cooperação técnica internacional em saúde são incipientes, dificultando a análise. O trabalho também não conseguiu explorar em profundidade se existe de fato um lugar de destaque da saúde na política externa e se é possível falar em diplomacia da saúde (*health diplomacy*).

A cooperação internacional em saúde envolve muitos órgãos do governo e organizações internacionais. Como exemplo, são muitos os termos de cooperação com a OPAS, configurando-se em um campo a ser explorado, com inúmeras possibilidades de investigação. Pode-se igualmente fazer um estudo aprofundado sobre as redes temáticas (RETS, RINS, RESP), nas quais a Fiocruz desempenha importante papel. A Fiocruz por si só, com seus vários institutos, poderia ser um objeto de estudo sobre a cooperação internacional em saúde, com grande risco de não ser possível contemplar todas as unidades.

O Brasil também se apresenta como importante ator na cooperação internacional em saúde desenvolvida nos blocos, como UNASUL e MERCOSUL, tendo diversas ações no âmbito desses espaços que ainda não foram objeto de análise. Projetos futuros também podem se debruçar sobre a articulação e/ou sobreposição existente entre os acordos bilaterais e os acordos desenvolvidos no âmbito das organizações internacionais ou arranjos de cooperação como CPLP, PALOPs e UNASUL, por exemplo.

Assim, este trabalho buscou apresentar o panorama da cooperação técnica internacional em saúde brasileira. Assumiu-se que não se pode analisar a cooperação internacional sem considerar o contexto nacional das políticas externa e de saúde; o processo, mostrando a importância de entender as dificuldades e obstáculos da articulação inter e intragovernamental e os atores envolvidos; e, por fim, o conteúdo, ressaltando as diversas possibilidades de temáticas e países com os quais o Brasil já firmou acordos de cooperação.

Pode-se dizer que a pesquisa contribuiu para problematizar o entendimento da política externa como política pública, levantando a necessidade de maior articulação entre o MRE e demais ministérios. Porém também mostrou os avanços da cooperação técnica internacional em saúde do Brasil no período de 2003 a 2014, apresentando a existência de muitas ações na área que podem ser impulsionadas na cooperação internacional, assim como apontou os problemas que ainda se apresentam nesse campo.

A condução da política externa e da cooperação internacional diz muito a respeito de qual lugar o Brasil quer ocupar no plano exterior e de como ele avalia suas potencialidades.

Pode-se dizer que a capacidade do país de continuar promovendo a cooperação internacional está intimamente relacionada ao fortalecimento das políticas públicas nacionais de saúde e a um posicionamento firme, porém atrativo, no cenário internacional.

A apresentação dessas ações internacionais em saúde do Brasil serve assim como forma de alertar para a conexão existente entre o campo nacional e o campo internacional das políticas públicas e, portanto, da importância de que as políticas nacionais de saúde sejam mantidas, aprimoradas e ampliadas, para que a cooperação internacional também possa ser impulsionada. O Brasil desempenhou, em vários momentos, importante papel na defesa internacional dos sistemas públicos de saúde de acesso universal e gratuito. Ao olhar o plano interno não se pode dizer que o SUS caminha sem problemas de diversas ordens, muitos deles vindos da época da institucionalização do sistema e nunca enfrentados. Entretanto, com a instituição de um sistema universal o país logrou ampliar o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde, melhorar os indicadores na área, reforçar seu papel no combate às doenças transmissíveis, e com isso fortalecer o papel do país nas discussões internacionais em saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, F. J. M. A Evolução da Cooperação Técnica Internacional no Brasil. **Mural Internacional**, v.4, n.2, p. 3-14, jul-dez. 2013.
- AFONSO, M. M.; FERNANDES, A. P. **abCD: Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento**. Lisboa: [s.n], 2005.
- AGENCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Cooperação brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2010. Brasília: IPEA; ABC, 2013. 124 p.
- ALCÁZAR, S. L. B. F. **A inserção da Saúde na Política Exterior Brasileira**. 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco. Ministério das Relações Exteriores. Brasília: Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre de Gusmão; Curso de Altos Estudos, 2005.
- ALCÁZAR, S. L. B. F. The Copernican Shift in Global Health. **Global Health Programme**, Lausanne, n.3, 2008. Disponível em: <<http://www.ghd-net.org/health-and-foreign-policy/copernican-shift-global-health>>. Acesso em: 14 out. 2015
- ALMEIDA, C. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.759-801
- _____. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, v.1 pp. 233-327.
- ALMEIDA, C.. et al. A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010.
- ALMEIDA, C.. et al. Saúde e Relações Internacionais: novo desafio teórico e metodológico da saúde coletiva. In: WARGAS, T. F. B. et al (orgs), **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde - abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. pp.257-292.
- ALMEIDA, P. R.. Uma nova 'arquitetura' diplomática? - Interpretações divergentes sobre a política externa do governo Lula (2003-2006). **Rev. Bras. Polít. Int.**, Brasília , v.49, n.1, p. 95-116, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2017.
- _____. Uma política externa engajada: a diplomacia do governo Lula. **Rev. Bras. Polít. Int.**, v.47, n.1, p.1 62-184, 2004.
- _____. **Diplomacia financeira: o Brasil e o FMI de 1944 a 2003**. [S.l]. Disponível em: <<http://www.pralmeida.org/05DocsPRA/927DiploFinanceira.html>>. Acesso em: 26 fev. 2016.
- AMORIM, C. et al. Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. **The Lancet**, v.369, n.9570, p.1373-1378, 2007.

AZEVEDO, R. Governo Lula “perdeu noção do que pode e do que não pode”. **Veja**, 11 jan. 2009. Blog Reinaldo Azevedo. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/governo-lula-8220-perdeu-nocao-do-que-pode-e-do-que-nao-pode-8221/>>. Acesso em 04 jan. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROCAL, A.. As recomendações de Samuel Pinheiro. **Carta Capital**, 25 jan. 2015. Política. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/revista/833/as-recomendacoes-de-samuel-pinheiro-5649.html>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

BERNAL-MEZA, R. A política exterior do Brasil: 1990-2002. **Rev. Bras. Polít. Int.**, v.45, n.1, p. 36-71, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.

_____. Fundação Alexandre de Gusmão. **II Curso para Diplomatas Sul-Americanos**. Brasília: FUNAG, 2008a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2004-2007: exercício 2008 - ano base 2007**. Brasília: MP, 2008b

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Plano Plurianual: avaliação de programas – ano base 2004**. [Brasília], [s.d]

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação Técnica. **Via ABC: Cooperação Técnica Brasileira em Saúde**. [Brasília], jul. 2005a.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação Técnica. **Via ABC: Cooperação Técnica Brasileira em Saúde**. [Brasília], 2007a.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **A cooperação técnica do Brasil para a África**. [Brasília], 2010a

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento – CTPD: Relatório de Progresso 2011**. Brasília, 2012a

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul**. Brasília: Edição da ABC, 2013a.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Documento de Estratégia da Agência Brasileira de Cooperação**. Brasília, [2016a]. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/imprensa/mostrarConteudo/684>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Sobre a ABC: histórico**. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/SobreAbc/Historico>>. Acesso em: 26 fev. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório de Gestão – ano 2003**. Rio de Janeiro, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório de Gestão – ano 2004**. Rio de Janeiro, 2005b

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório de Gestão – ano 2005**. Rio de Janeiro, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório de Gestão – ano 2006**. Rio de Janeiro, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório de Gestão – ano 2007**. Rio de Janeiro, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório de Atividades – 2005-2008**. Rio de Janeiro, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório de Atividades – 2009-2011**. Rio de Janeiro, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Relações Internacionais em Saúde. **Relatório de Atividades 2012**. Rio de Janeiro, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Relações Internacionais em Saúde. **Relatório de Atividades 2013**. Rio de Janeiro, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria No. 2.053, DE 30 DE AGOSTO DE 2011**. Dispõe sobre a gestão de Projetos de Cooperação Técnica com Organismos Internacionais, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Ministério das Relações Exteriores. **Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011**. 2ed. 1ª reimpressão. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008d.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. **Participação do Ministério da Saúde no cenário internacional da saúde**. [Brasília], 2009b. 34p.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. **Relatório de Gestão 2009 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 142p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 5ed. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual de normas e orientações para a cooperação técnica internacional com a Opas/OMS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação – 1º semestre de 2014**. Brasília: 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Diretrizes para elaboração e gestão conjunta dos Termos de Cooperação Técnica**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 22p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 4.759, de 21 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério das Relações Exteriores, e dá outras providências. Brasília, 2003a.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 5.032, de 5 de abril de 2004**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério das Relações Exteriores, e dá outras providências. Brasília: 2004b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 5.979, de 6 de dezembro de 2006**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério das Relações Exteriores, e dá outras providências. Brasília: 2006b.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 7.304, de 22 de setembro de 2010**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério das Relações Exteriores, e dá outras providências. Brasília, 2010c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto No. 8.065, de 7 de Agosto de 2013**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Brasília, 2013c.

_____. Presidência da República. Secretaria de Imprensa e Divulgação. **Discurso do Presidente da República**. Brasília: Presidência da República, 2003b.

BRONFMAN, M; POLANCO, J. D. La Cooperación Técnica Internacional y las políticas de salud. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p.227-241, 2003.

_____. La Cooperación Técnica Internacional y los procesos de reforma del sector salud em América Latina. In: MINAYO; M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (orgs). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.299-314

BROWN, T. M. et al. A transição de saúde pública “internacional” para “global” e a Organização Mundial de Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.13, n.3, p.623-647, jul-set, 2006.

BUSE, K. et al. **Making Health Policy**. London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2012. p.1-20.

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

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, F., A.. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CABRAL, et al. Brazil-Africa technical cooperation in health: what's its relevance to the post-Busan debate on "aid effectiveness". **BioMed Central**, v.9, n.2, 2013

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.(org). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 87-122.

CEPIK, Marco; SOUSA, Romulo. A política externa brasileira e a cooperação internacional em saúde no começo do governo Lula. **Século XXI**, Porto Alegre, v.2, n.1, p.109-134, 2011.

CERVO, A. L. Socializando o Desenvolvimento; uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. **Rev. Bras. Pol. Int.**, ano 37, n.1, p.37-64, 1994.

_____. **Inserção Internacional: formação dos conceitos brasileiros**. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. Relações internacionais do Brasil: um balanço da era Cardoso. **Rev. Bras. Pol. Int.**, v.45, n.1, p.5-35, 2002.

CERVO, A. L.; BUENO, C.. **A História da Política Exterior do Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 1992. p.247-273. (Série Fundamentos 81)

_____. **História da Política Exterior do Brasil**. 4 ed. rev. ampl.. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2011.

_____. **A Política Externa Brasileira (1822-1985)**. São Paulo: Editora Ática, 1986. p.68-80

CERVO, A. L.; LESSA, A. C. O declínio: inserção internacional do Brasil (2011–2014). **Rev. Bras. Pol. Int.**, v.57, n.2, p.133-151, 2014.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1978, Alma Ata. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016

CORNETER, J. M. C. A política externa de Dilma Rousseff: contenção na continuidade. **Revista Conjuntura Austral**, v.5, n. 24, p.111-150, jun-jul. 2014.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-66

FARIA, C. A. P.. O Itamaraty e a Política Externa Brasileira: do insulamento à busca de coordenação dos Atores Governamentais e de Cooperação com os Agentes Societários. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p.311-355, jan-jun.2012.

FERREIRA, J. R. et al. Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.267-276, abr.-jun. 2016.

FIDLER, D. P.; DRAGER, N. Health and Foreign Policy. **Bulletin of The World Health Organization**, v.9, n.84, p.687, set. 2006.

FIDLER, D. P. Rise and Fall of Global Health as a Foreign Policy Issue. **Global Health Governance**, v.4, n.2, p. 1-12, 2011.

FRENK, J. et al. From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. **Lancet**, v.383, pp.94-97, jan.4, 2014.

GOMÉZ, E.; PEREZ, F. A. Brazilian Foreign Policy in Health during Dilma Rousseff's Administration (2011-2014). **Lua Nova**, São Paulo, n.98, p.171-197, 2016.

HARVEY, D. O problema da globalização. **Novos Rumos**, ano 13, n.27, p.8-16, 1998.

HJERTHOLM, P.; WHITE, H. **Survey of Foreign Aid: History, Trends and Allocation**. Discussion Papers. Department of Economics of University of Copenhagen, [200?]

IANNI, O. **A sociedade global**. 8ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1999.

INOUE, C. Y. A.; APOSTOLOVA, M. S. **A cooperação internacional na política brasileira de desenvolvimento**. São Paulo: ABONG; Rio de Janeiro: Núcleo de Animação Terra e Democracia, 1995.

JESUS, D. V. S. The Benign Multipolarity: Brazilian Foreign Policy Under Dilma Rousseff. **Journal of International Relations and Foreign Policy**, v.2, n.1, mar. 2014

KANT, I. A Paz perpétua. Covilhã: LusoSofia Press, 2008.

KEOHANE, R. O. **After Hegemony: Cooperation and discord in world political economy**. New Jersey: Princeton University Press, 1984.

KEOHANE, R. O.; NYE, J. **Power and Interdependence**. Glenview: Scott Foresman, 1989.

KEOHANE, Robert. The demand for international regimes. **International Organization**, University of Wisconsin, v.36, n. 2, p. 325-355, primavera 1982. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2706525?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21103157229513>>. Acesso em: 07 mai 2013.

KEOHANE, Robert Owen. **After hegemony: cooperation and discord in the world political economy**. Chichester: Princeton University Press, 1984.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives and public policies**. 2 ed. [sl]: Longman, 2003.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G.. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade?. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-499, jun.2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan. 2017

KRASNER, Stephen D (Ed.). **International Regimes**. Ithaca: Cornell University Press, 1983. p.1-21.

KRASNER, Stephen D.. Causas estruturais e consequências dos regimes internacionais: regimes como variáveis intervenientes. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 20, n. 42, p. 93-110, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2016.

- LEITE, P. S. **O Brasil e a operação Sul-Sul em três momentos: os governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geisel e Luiz Inácio Lula da Silva**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. 228 p.
- LEITE, I. C. Cooperação Sul-Sul: Conceitos, História e Marcos Interpretativos. **Observador On-line**, v.7, n.3, mar. 2012, p. 1-40.
- LESSA, A. C. et al. Política externa planejada: os planos plurianuais e a ação internacional do Brasil, de Cardoso a Lula (1995-2008). **Rev. Bras. Pol. Int.**, v.52, n.1, p.89-109, 2009.
- LIMA, M. R. S. A política externa brasileira e as dificuldades da cooperação sul-sul. **Rev. Bras. Pol. Int.**, v.48, n.1, p.24-59, 2005.
- _____. Relações Internacionais e políticas públicas: a contribuição da análise de política externa. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (orgs). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana Da Saúde: Uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- LIMA, T. G. F. M. S.; CAMPOS, R. P. O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.119-133, mar. 2010
- LOPES, D. B. **Política Externa e Democracia no Brasil: ensaio de interpretação histórica**. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2013
- LULA faz 32 viagens ao exterior em 2007. **G1**, São Paulo, 25 dez. 2007. Política. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL238145-5601,00-LULA+FAZ+VIAGENS+AO+EXTERIOR+EM.html>>. Acesso em: 04 jan. 2017.
- MAIA, P. R. S. et al. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, n.3, p. 285-292, jul/set., 2006.
- MATTOS, R. A. Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de uma política de saúde no âmbito do Banco Mundial. 2000. 307 páginas. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2000.
- MELO, M. A. B. C.; COSTA, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.11, p.49-108, jun-dez. 1994.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. (orgs). **Política Externa Brasileira: a política das práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011. p.13-30
- MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. Política Externa Brasileira: Os Desafios de sua caracterização como Política Pública. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.11-41, jan/jun 2013.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MELLO E SOUZA, A. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de aids. In: MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. (orgs). **Política Externa Brasileira: a política das práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011. p.203-240

NOGUEIRA, J. P.; MESSARI, N.N. **Teoria das Relações Internacionais: correntes e debates**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005

NYE Jr., J. S. **Soft power – The Means to Success in World Politics**. Public Affairs: New York, 2004.

OLIVEIRA, F. H. P.; SANTOS, U. P.. Três fases da Teoria Cepalina: uma análise de suas principais contribuições ao pensamento econômico latino-americano. **Revista Científica de Administração, Contabilidade e Economia**, v.19, n.2, p.4-17, 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/face/article/view/2329/4152>>. Acesso em: 09 dez. 2015

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OPAS: uma breve história**. [Brasília]: 2015. Portfólio. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/portifolio_2015_web_final.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015. Acesso em: 26 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral da ONU. **Resolução 58/220**. Disponível em: <http://ssc.undp.org/content/dam/ssc/documents/GA%20Resolutions/GA%20Res.%2058.220.pdf>>. Acesso em: 27 fev.2015.

PECEQUILO, C. S. A Política Externa do Brasil no Século XXI: Os Eixos Combinados de Cooperação Horizontal e Vertical. **Rev. Bras. Polít. Int.**, v.51, n.2, p.136-153, 2008.

PINHEIRO, L. Autores y actores de la política exterior brasileña. **Foreign Affairs Lationoamerica**, v.9, n.2, p.14-24, 2009.

PINHEIRO, L. et al. A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios. **Nueva Sociedad**. 2010.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007.

PIRES-ALVES, F. A. et al. A cooperação técnica OPAS-Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.141-147, mar. 2010.

PIRES-ALVES, F. A. et al. **Cooperação Internacional, Política Externa e saúde: contribuições ao processo de avaliação do termo de cooperação OPAS-Brasil nº41**. [S.l]: Rede ObservaRH, 2010. Documento de Trabalho. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/CooperacaoInternacional_PoliticaExterna_e_Saude.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016.

PUENTE, C. A. I. **A Cooperação Técnica Horizontal brasileira como instrumento de política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005**. Brasília: FUNAG, 2010.

QUEIROZ, Luisa Guimarães. **Integração Econômica Regional e Políticas de Saúde: União Européia e Mercosul**. 2007. 365f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

QUEIROZ, L. G.; GIOVANELLA, L.. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v.30, n.2, p.182–188, ago. 2011.

QUEIROZ, L. A. A crescente demanda da Cooperação Sul-Sul na área da Saúde e a Estrutura do Ministério da Saúde. In: **I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE GLOBAL E DIPLOMACIA DA SAÚDE**, 2008, Brasília. Cartaz. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=841&Itemid=828>. Acesso em: 26 fev.2014.

REGO BARROS, S. A execução da política externa brasileira: um balanço dos últimos 4 anos. **Rev. Bras. Pol. Int.**, v.42, n.2, 1998.

RICHARDSON, J. R; colaboradores. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

ROSA, G. **Primeiras Estórias**. 47.ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.

RUBARTH, E. O. **A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde**. Brasília: Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre de Gusmão; Centro de Estudos Estratégicos, 1999.

SCOLESE, E. Lula já supera FHC em número de dias de agenda no exterior. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 22 abr. 2009. Folha Brasil. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc2204200908.htm>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

SCOLESE, E.; ZANINI, F. Lula viaja mais ao exterior do que o presidente dos Estados Unidos. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 30 mai. 2005. Folha Brasil. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc3005200507.htm>>. Acesso em 04 jan. 2017.

SANTANA, J. F. N. P. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2993-3002, 2011.

_____. **Cooperação Sul-Sul na área da Saúde: dimensões bioéticas**, 2012. Brasília: 2012. 204 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Ciência da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2012.

SANTOMAURO, F. Copa, olimpíadas e a inserção internacional do Brasil. **Carta Capital**. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/blogs/blog-do-grri/copa-olimpiadas-e-a-insercao-internacional-do-brasil>>. Acesso em 19 de ago. 2016.

SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista crítica de Ciências Sociais**, n.63, p.237-280, 2002.

_____. **Do pós-moderno ao pós-colonial e para além de um e outro**. In: CONFERÊNCIA DE ABERTURA DO VIII CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 2004, Coimbra, Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. p.1-45. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/misc/Do_pos-moderno_ao_pos-colonial.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2016.

SANTOS, M.. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 9.ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SANTOS, R.F.; CERQUEIRA, M. R.. Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar, 2015, p.23-47.

SARAIVA, M. G. Balanço da política externa de Dilma Rousseff: perspectivas futuras?. **Relações Internacionais**, v.44, p.25-35, 2014.

SATO, E. **As Relações Internacionais, a Sociologia e os Debates Correntes sobre Conflito, Cooperação e Mudanças na Ordem Internacional**. Trabalho preparado para o XXV Congresso da Associação Latino-Americana de Sociologia, 22-26/agosto/2005. UFRGS, Porto Alegre, RS.

_____, E. Cooperação Internacional: uma componente essencial das relações internacionais. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.46-57, mar. 2010.

SCHRECKER, T. et al. Globalization and health: the need for a global vision. **The Lancet**, v.372, p.1670-1676, nov.8, 2008.

SOARES, Guido F. A Cooperação Técnica Internacional. In: MARCOVITCH, Jacques (Org). **Cooperação Internacional: estratégia e gestão**. São Paulo: Edusp, 1994.

SOLOMÓN, M.; PINHEIRO, L. Análise de Política Externa e Política Externa Brasileira: trajetória, desafios e possibilidades de um campo de estudos. **Rev. Bras. Polit. Int.**, v.56, n.1, p.40-59, 2013

SPEKTOR, M. Diplomacia da transição. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 29 out. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/matiasspektor/2014/10/1540019-diplomacia-da-transicao.shtml>>. Acesso em: 12 fev. 2016

TAPAJÓS, A. M. **Relações Internacionais de Saúde: Perspectiva histórica**. [S.l], 2014. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/27/Relacoes-Internacionais-de-Saude-Perspectivas-Historica.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2017

TREVISAN, C. Viagem de Lula à China terá comitiva recorde. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 16 mai. 2004. Folha Mercado. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/dinheiro/fi1605200421.htm>>. Acesso em: 04 jan. 2017

VALLER FILHO, W. **O Brasil e a Crise Haitiana: a cooperação técnica como instrumento de solidariedade e ação diplomática**. Brasília: FUNAG, 2007.

VIGEVANI, T.; CEPALUNI, G.. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. **Contexto int.**, v.29, n.2, p.273-335, Rio de Janeiro, dez.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-85292007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2016

VIZENTINI, P. F. O nacionalismo desenvolvimentista e a política externa independente (1951-1964). **Rev. Bras. Pol. Int.**, ano 37, n.1, jan-jun. 1994, p.24-36

_____. De FHC a Lula: uma década de política externa (1995-2005). **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v.5. n 2, jul.-dez, 2005.

_____. **Relações Internacionais do Brasil: de Vargas a Lula**. São Paulo: Ed Fundação Perseu Abramo, 2003.

WALT, G. **Health Policy: an introduction to Process and Power**. Johannesburg, New Jersey; London: Witwatersrand University Press, 1994

WOODWARD, D. et al. Globalization and health: a framework for analysis and action. **Bulletin of the World Health Organization**, v.79, n.9, p.875-881, 2001.

APÊNDICE A – Quadro de Ajustes Complementares assinados entre 2003 e 2014

Encontram-se marcados com asterisco na coluna de título os Ajustes Complementares para os quais não houve projetos correspondentes em termos de temática listados pela AISA (ver lista a seguir).

País	Região/ Conteinte	Instituição	Tema	Título	Tipo de cooperação	Tipo de documento	Data de assinatura
Bolívia	América do Sul	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Projeto Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus de Deficiência Imunológica Humana e a síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS)*	Sem descrição	Ajuste complementar	28/04/2003
Equador	América do Sul	ABC/MRE AISA/MS Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Fortalecimento da Capacidade de Resposta do Programa de Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus de Deficiência Imunológica Humana e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS) do Equador*	Sem descrição	Ajuste complementar	27/05/2003

Uruguai	América do Sul	MS Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul Secretarias Municipais de Saúde da Fronteira do Rio Grande do Sul Divisão de Ciência e Tecnologia/MRE Divisão da América Meridional-I/MRE	Assessorias Internacionais	Criação e implementação da Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil — Uruguai*	Sem descrição	Ajuste complementar	31/07/2003
Peru	América do Sul	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Projeto Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus de Deficiência Imunológica Humana e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS) no Peru*	Sem descrição	Ajuste complementar	25/08/2003
Paraguai	América do Sul	ABC/MRE AISA Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Projeto Assistência e Tratamento a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Paraguai*	Sem descrição	Ajuste complementar	14/10/2003
Colômbia	América do Sul	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Projeto Assistência e Tratamento a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS na Colômbia.*	Sem descrição	Ajuste complementar	17/10/2003

Moçambique	África	ABC/MRE AISA Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Projeto PCI- NTWANANO no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil*	Sem descrição	Ajuste complementar	05/11/2003
Bolívia	América do Sul	ABC/MRE Universidade Gama Filho	Queimados	Estruturação do Centro de Referência para Queimados em La Paz	Sem descrição	Ajuste complementar	18/11/2003
El Salvador	América Central	ABC/MRE AISA Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Projeto Assistência e Tratamento a Pessoas vivendo com HIV/AIDS em El Salvador*	Sem descrição	Ajuste complementar	05/02/2004
Equador	América do Sul	ABC/MRE AISA/MS Departamento de Descentralização da Secretaria Executiva/MS DAB/SAS/MS	Sistema de Saúde	Projeto Intercâmbio para Fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde do Brasil e do Equador*	Sem descrição	Ajuste complementar	25/08/2004
Cuba	Caribe	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Projeto Fortalecimento do Programa Nacional de DST/AIDS de Cuba-Fase II*	Cooperação técnica entre países em desenvolvi mento	Ajuste complementar	29/10/2004
Guiana	América do Sul	Não designado	Assessorias Internacionais	Implementação da Comissão Binacional Assessora de Saúde na Fronteira Brasil – Guiana*	Sem descrição	Ajuste complementar	15/02/2005

São Tomé e Príncipe	África	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Projeto Ações de Prevenção e Controle do Vírus da Deficiência Imunológica Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) em São Tomé e Príncipe*	Sem descrição	Ajuste complementar	18/08/2005
Timor Leste	Ásia	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS - Fase II*	Sem descrição	Ajuste complementar	09/09/2005
Guatemala	América Central	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Apoio ao Programa Nacional de Prevenção e Controle de DST/HIV/AIDS da Guatemala*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	12/09/2005
Equador	América do Sul	ABC/MRE MS	BLH	Apoio à Implementação do Banco de Leite Humano Isidoro Ayora*	Sem descrição	Ajuste complementar	29/11/2005
Equador	América do Sul	ABC/MRE MS	Vigilância Epidemiológica	Fortalecimento do Sistema de Vigilância Epidemiológica no Equador*	Sem descrição	Ajuste complementar	29/11/2005
Haiti	Caribe	ABC/MRE SVS	Imunização	Aprimoramento do Programa Haitiano de Imunizações*	Cooperação técnica para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	23/05/2006

Peru	América do Sul	ABC/MRE AISA	Assessorias Internacionais	Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru	Sem descrição	Ajuste complementar	31/05/2006
El Salvador	América Central	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Fortalecimento da Resposta à Epidemia de HIV/AIDS em El Salvador	Sem descrição	Ajuste complementar	09/06/2006
Cuba	Caribe	ABC/MRE Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MS	Saúde Bucal	Fortalecimento da odontologia no Brasil e em Cuba - Fase I	Sem descrição	Ajuste complementar	27/10/2006
Peru	América do Sul	ABC/MRE AISA MS	Sistema de Saúde	Fortalecimento da Regulamentação e Fiscalização em Saúde Pública no Processo de Descentralização dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Peru*	Sem descrição	Ajuste complementar	09/11/2006
Peru	América do Sul	ABC/MRE MS	Sistema de Saúde	Fortalecimento da Capacidade de Resposta dos Serviços de Saúde Frente a uma Pandemia de Influenza*	Sem descrição	Ajuste complementar	09/11/2006
Peru	América do Sul	ABC/MRE AISA MS	HIV/AIDS	Implementação e Adequação das Normas Técnicas da Estratégia Sanitárias Nacional de Combate à DST/HIV/AIDS*	Sem descrição	Ajuste complementar	09/11/2006

Uruguai	América do Sul	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ SAS	BLH	Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano no Uruguai	Sem descrição	Ajuste complementar	22/11/2006
Uruguai	América do Sul	ABC/MRE MS	Assessorias Internacionais	Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Uruguai*	Sem descrição	Ajuste complementar	22/11/2006
Paraguai	América do Sul	ABC/MRE MS	Assessorias Internacionais	Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Paraguai*	Sem descrição	Ajuste complementar	23/11/2006
Paraguai	América do Sul	ABC/MRE MS	BLH	Apoio à Implantação e Implementação de Banco de Leite Humano no Paraguai	Sem descrição	Ajuste complementar	23/11/2006
Equador	América do Sul	ABC/MRE MS	Assessorias Internacionais	Fortalecimento Institucional da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde do Equador*	Sem descrição	Ajuste complementar	04/04/2007
Equador	América do Sul	ABC/MRE MS	Saúde Indígena	Fortalecimento dos Modelos Nacionais de Promoção e Proteção da Saúde dos Povos Indígenas do Brasil e do Equador*	Sem descrição	Ajuste complementar	04/04/2007

Camarões	África	ABC/MRE MS	Malária	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	10/04/2007
Moçambiqu e	África	ABC/MRE AISA FIOCRUZ	Sistema de Saúde	Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique	Cooperação técnica para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	23/04/2007
Colômbia	América do Sul	ABC/MRE AISA	Assessorias Internacionais	Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e da Colômbia*	Sem descrição	Ajuste complementar	07/05/2007
Paraguai	América do Sul	ABC/MRE SVS	Dengue	Fortalecimento da Vigilância em Saúde, com Ênfase no Combate à Dengue e na Implementação do Regulamento Sanitário Internacional	Sem descrição	Ajuste complementar	21/05/2007
Panamá	América Central	ABC/MRE MS	Sistema de Informações em Saúde	Fortalecimento do Sistema de Informações em Saúde*	Sem descrição	Ajuste complementar	25/05/2007
Panamá	América Central	ABC/MRE MS	Dengue	Fortalecimento do Programa de Combate da Dengue	Sem descrição	Ajuste complementar	25/05/2007
Panamá	América Central	ABC/MRE MS	Saúde Ambiental	Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde	Sem descrição	Ajuste complementar	25/05/2007

Panamá	América Central	ABC/MRE MS	Hantavirose	Fortalecimento do Programa de Combate à Hantavirose	Sem descrição	Ajuste complementar	25/05/2007
Panamá	América Central	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ SAS	BLH	Implementação de Bancos de Leite no Panamá	Sem descrição	Ajuste complementar	25/05/2007
Moçambique	África	ABC/MRE SAS	Segurança Alimentar	Fortalecimento das Ações de Alimentação e Nutrição	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	06/07/2007
Angola	África	ABC/MRE AISA FIOCRUZ	Sistema de Saúde	Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	09/07/2007
Uruguai	América do Sul	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Fortalecimento Institucional da Secretaria de Saúde Pública do Governo Uruguaio na Área de Vigilância Sanitária	Sem descrição	Ajuste complementar	24/07/2007
Honduras	América Central	ABC/MRE MS	BLH	Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano	Sem descrição	Ajuste complementar	07/08/2007
Honduras	América Central	ABC/MRE MS	Sistema de Saúde	Intercâmbio de Conhecimentos sobre os Sistemas de Saúde Pública de Brasil e Honduras	Sem descrição	Ajuste complementar	07/08/2007

Colômbia	América do Sul	ABC/MRE MS SAS	BLH	Apoio Técnica para a Implementação de Bancos de Leite Humano na Colômbia	Sem descrição	Ajuste complementar	21/08/2007
Congo	África	ABC/MRE MS	HIV/AIDS	Apoio ao Programa de Luta contra a AIDS na República do Congo	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	16/10/2007
Congo	África	ABC/MRE MS	Malária	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária no Congo*	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	16/10/2007
Angola	África	ABC/MRE AISA SVS	Malária	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	18/10/2007
Guiné-Bissau	África	ABC/MRE MS	Malária	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária na Guiné-Bissau*	Cooperação para o desenvolvimento/ Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	14/11/2007

Cuba	Caribe	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ SAS	BLH	Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano em Cuba	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	13/12/2007
Cuba	Caribe	ABC/MRE INCQS/FIOCRUZ	Vigilância Sanitária	Controle de Qualidade de Produtos de Risco Submetidos à Vigilância Sanitária	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	13/12/2007
Venezuela	América do Sul	ABC/MRE MS ANVISA	Vigilância Sanitária	Fortalecimento da Vigilância e Controle dos Resíduos e Contaminantes nos Alimentos da Venezuela	Sem descrição	Ajuste complementar	13/12/2007
Venezuela	América do Sul	ABC/MRE MS ANVISA	Vigilância Sanitária	Capacitação dos Recursos Humanos do Serviço Autônomo da Controladoria Sanitária da República Bolivariana da Venezuela em Vigilância e Controle dos Produtos de uso e Consumo Humano*	Sem descrição	Ajuste complementar	13/12/2007
Venezuela	América do Sul	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ SAS	BLH	Apoio Técnico para Implantação e Implementação de Bancos de Leite Humano na Venezuela	Sem descrição	Ajuste complementar	13/12/2007

Cuba	Caribe	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Fortalecimento Institucional do Centro para o Controle Estatal de Qualidade dos Medicamentos e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Área de Vigilância Sanitária de Medicamentos	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	15/01/2008
Cuba	Caribe	ABC/MRE AISA ANVISA	Assessorias Internacionais	Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais do Ministério da Saúde do Brasil e do Ministério de Saúde Pública de Cuba*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	15/01/2008
Argentina	América do Sul	ABC/MRE MS SAS	BLH	Implementação do Projeto Apoio Técnico à Implementação de um Banco de Leite Humano na Argentina	Sem descrição	Ajuste complementar	21/02/2008
Cabo Verde	África	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Consolidação da ARFA como Agente Regulador dos Setores e Farmacêutico e Alimentar Visando ao Fortalecimento de sua Capacidade Institucional	Cooperação técnica para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	12/03/2008

Cabo Verde	África	ABC/MRE MS	Malária	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária em Cabo Verde	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	12/03/2008
Guatemala	América Central	ABC/MRE FIOCRUZ/MS	BLH	Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano na Guatemala*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	04/04/2008
Gana	África	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Fortalecimento das Ações de Combate ao HIV/AIDS em Gana	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	19/04/2008
Peru	América do Sul	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Fortalecimento do Processo de Implementação da Vigilância Sanitária Internacional em Portos, Aeroportos e Fronteiras do Peru	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	17/05/2008
Haiti	Caribe	ABC/MRE Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres MS UNFPA	Saúde da Mulher	Implementação do projeto "combate à violência contra as mulheres no Haiti"	Sem descrição	Ajuste complementar	28/05/2008

Uruguai	América do Sul	ABC/MRE MS	Saúde Ambiental	Fortalecimento da Capacidade Institucional do Ministério da Saúde Pública do Uruguai em Sistemas de Vigilância em Saúde Ambiental*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	30/05/2008
Argélia	África	ABC/MRE MS Instituto Nacional de Cardiologia (INC)	Procedimentos Cirúrgicos	Projeto Capacitação Técnica em Procedimentos Cirúrgicos Cardíacos Pediátricos*	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	23/06/2008
Argélia	África	ABC/MRE MS Sociedade Brasileira de Queimadura (SBQ)	Queimados	Projeto Gestão e Normatização do Atendimento a Pacientes Portadores de Queimaduras*	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	23/06/2008
Cabo Verde	África	ABC/MRE Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES-UFJF)	Sistema de Saúde	Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Cabo Verde*	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Programa Executivo Relativo ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Brasil e Cabo Verde	26/06/2008

Cabo Verde	África	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ SAS	BLH	Apoio Técnico para Implantação de Banco de Leite Humano em Cabo Verde	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Programa Executivo Relativo ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Brasil e Cabo Verde	27/06/2008
Costa Rica	América Central	ABC/MRE AISA	Assessorias Internacionais	Implementação do Projeto Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e da Costa Rica*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	30/07/2008
Costa Rica	América Central	ABC/MRE MS	Sistema de Saúde	Implementação do Projeto Intercâmbio de Conhecimentos sobre os Sistemas de Saúde Pública do Brasil e Costa Rica*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	30/07/2008
Costa Rica	América Central	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ	BLH	Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano na Costa Rica	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	30/07/2008
Quênia	África	ABC/MRE MS	Malária	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária*	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	15/08/2008

Quênia	África	ABC/MRE AISA Dpto IST, Aids e Hepatites Virais Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT)/MS	HIV/AIDS	Fortalecimento das Ações de Combate ao HIV/AIDS no Quênia	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	15/08/2008
Moçambique	África	ABC/MRE Farmanguinhos/FIOCRUZ	Medicamentos	Capacitação em Produção de Medicamentos Antirretrovirais e outros Medicamentos*	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	04/09/2008
Moçambique	África	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Fortalecimento Institucional do Órgão Regulador de Medicamentos de Moçambique como Agente Regulador do Setor Farmacêutico	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	04/09/2008
Bolívia	América do Sul	ABC/MRE MS	Vigilância Ambiental	Fortalecimento da Capacidade Institucional do Ministério de Saúde e Esportes da Bolívia em Sistemas de Vigilância em Saúde Ambiental*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	12/03/2009
Bolívia	América do Sul	ABC/MRE FIOCRUZ SAS	BLH	Apoio à Implementação do Banco de Leite Materno	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	12/03/2009

Benin	África	ABC/MRE MS	Doença Falciforme	Projeto Piloto em Doença Falciforme	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	13/03/2009
El Salvador	América Central	ABC/MRE MS	Saúde Indígena	Apoio às Ações de Atenção à Saúde e Formação de Conselhos dos Povos Indígenas de El Salvador*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	27/04/2009
Bostuana	África	ABC/MRE AISA Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Fortalecimento do Plano Nacional Estratégico para Hiv/Aids 2003-2009	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	05/05/2009
Uruguai	América do Sul	ABC/MRE MS	HIV/AIDS	Fortalecimento das Políticas de Enfrentamento à Epidemia de DST/AIDS no Uruguai*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	25/05/2009
Uruguai	América do Sul	ABC/MRE MS	Sangue e Hemoderivados	Apoio ao Fortalecimento do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados do Uruguai*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	25/05/2009
México	América do Norte	ABC/MRE DAB/MS	Sistema de Saúde	Intercâmbio de Experiências e Conhecimentos entre Brasil e México sobre Práticas Integrativas, Complementares e de Competência Intercultural na Oferta de Serviços de Saúde*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	11/08/2009

México	América do Norte	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ	BLH	Apoio ao Processo de Implementação de Bancos de Leite Humano no México	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	11/08/2009
Senegal	África	ABC/MRE MS	Doença Falciforme	Apoio ao Programa da Luta Contra a Drépanocytose no Senegal	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	11/08/2009
Suriname	América do Sul	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Uso, Armazenamento e Distribuição de Materiais de DST/HIV/AIDS	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	10/09/2009
Suriname	América do Sul	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	10/09/2009
Bolívia	América do Sul	ABC/MRE MS Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Fortalecimento em Atenção Integral e Vigilância Epidemiológica em DST/HIV/AIDS na Bolívia	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	25/09/2009
Colômbia	América do Sul	ABC/MRE MS	Leishmaniose	Fortalecimento no Diagnóstico Molecular e Tipificação das Espécies de Leishmania, sua Georreferenciação e Análise Espacial*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	10/11/2009

Argentina	América do Sul	ABC MS	Dengue	Implementação do Projeto “Fortalecimento do Programa de Controle da Dengue”*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	18/11/2009
Peru	América do Sul	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ	BLH	Apoio à Implementação de Bancos de Leite Humano no Peru	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	11/12/2009
República Dominicana	Caribe	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ SAS	BLH	Apoio à Implementação do Banco de Leite Humano na República Dominicana	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	05/02/2010
República Dominicana	Caribe	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Apoio ao Fortalecimento da Autoridade Sanitária Dominicana nas Áreas de Registro de Medicamentos, Farmacovigilância e Inspeções Sanitárias	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	05/02/2010
Cuba	Caribe	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Fortalecimento Institucional do CECMED e da ANVISA na Área de Vigilância Sanitária	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	24/02/2010
Cuba	Caribe	ABC/MRE INCQS/FIOCRUZ	Vigilância Sanitária	Fortalecimento Institucional dos Laboratórios Nacionais de Vigilância Sanitária do Brasil e de Cuba	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	24/02/2010

El Salvador	América Central	ABC/MRE MS	Sangue e Hemoderivados	Apoio ao Fortalecimento e Desenvolvimento do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados de El Salvador	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	26/02/2010
São Tomé e Príncipe	África	ABC/MRE SVS	Tuberculose	Apoio ao Programa de Luta Contra a Tuberculose em São Tomé e Príncipe	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	04/03/2010
Barbados	Caribe	ABC/MRE MS	HIV/AIDS	Fortalecimento do Combate ao HIV em Barbados*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	26/04/2010
Belize	América Central	ABC/MRE MS	BLH	Apoio Técnico Para A Implantação Do Banco De Leite Humano Em Belize*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	26/04/2010
Suriname	América do Sul	ABC/MRE MS	Doença de Chagas	Fortalecimento de Ações de Vigilância e Prevenção da Doença de Chagas no Suriname	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	26/04/2010
Suriname	América do Sul	ABC/MRE MS	Vigilância Ambiental	Capacitação Técnica em Pesquisa, Coleta, Preparação e Análise de Mercúrio em Amostras Biológicas e Ambientais	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	26/04/2010
Suriname	América do Sul	ABC/MRE Centro Internacional de Cooperação Técnica em	HIV/AIDS	Fortalecimento da Resposta à Epidemia Do HIV/AIDS no Suriname	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	26/04/2010

		HIV/AIDS (CICT)/MS					
Peru	América do Sul	MS MRE Secretarias Estaduais do Acre e do Amazonas Secretarias Municipais de Saúde da Fronteira dos Estados do Acre e do Amazonas	Saúde na Fronteira	Estabelecimento de uma Zona de Integração Fronteiriça Brasil – Peru para a Criação do Subgrupo de Trabalho sobre Saúde na Fronteira*	Sem descrição	Ajuste complementar	16/06/2010
Angola	África	ABC/MRE MS	Doença Falciforme	Projeto Piloto em Doença Falciforme*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	23/06/2010
El Salvador	América Central	ABC/MRE FIOCRUZ	BLH	Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano em El Salvador	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	02/07/2010
Zâmbia	África	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Fortalecimento do Plano Nacional Estratégico para HIV/AIDS	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	08/07/2010
Zâmbia	África	ABC/MRE Hospital Albert Einstein (HIAE)	Formação Profissional	Treinamento e Capacitação dos profissionais da Saúde do University Teaching Hospital*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	08/07/2010

Moçambique	África	ABC/MRE INCA	Câncer	Fortalecimento das Ações de Prevenção e Controle do Câncer em Moçambique.	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	16/07/2010
Moçambique	África	ABC/MRE SAS Instituto Brasileiro de Ação Popular-IBRAP	Sistema de Saúde	Implantação de Projeto Piloto de Terapia Comunitária em Moçambique, como Recurso de Promoção da Saúde	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	16/07/2010
Costa Rica	América Central	ABC/MRE MS	Sistema de Saúde	Incorporação de Terapias Não-Convencionais e Complementares nos Serviços de Saúde de Atenção Direta às Pessoas e Desenvolvimento de Estratégia de Saúde Mental de Base Comunitária*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	22/07/2010
Costa Rica	América Central	ABC/MRE MS	Sistema de Informações em Saúde	Implementação do Projeto “Vigilância da Saúde e Sistemas de Informação para a Vigilância”*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	22/07/2010
Guiné Bissau	África	ABC/MRE Dpto IST, Aids e Hepatites Virais	HIV/AIDS	Implementação do Programa de Combate ao HIV/SIDA na Guiné-Bissau	Sem descrição	Ajuste complementar	25/08/2010

Guiné Bissau	África	ABC/MRE MS UNFPA	Saúde da Mulher	Fortalecimento e Capacitação Técnica das Instituições de Saúde para Atendimento às Mulheres e Adolescentes Vítimas de Violência Baseada em Gênero e Promoção de Saúde	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	25/08/2010
Nicarágua	América Central	ABC/MRE FIOCRUZ	BLH	Apoio Técnico para Implantação de Bancos de Leite Humano na Nicarágua	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	30/08/2010
Haiti	Caribe	ABC/MRE MS Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein	Saúde de pessoas com deficiência	Implementação do Projeto “Instituto Haiti-Brasil de Reabilitação de Pessoas com Deficiência”*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	29/09/2010
Haiti	Caribe	ABC/MRE	Laboratórios	Capacitação, Modernização e Ampliação da Capacidade Operacional do Laboratório do Centro de Saúde Lucelia Bontemps, em La Plaine – Haiti*	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	29/09/2010
Haiti	Caribe	ABC/MRE MS Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein	Saúde de pessoas com deficiência	Programa de Capacitação em Reabilitação de Pessoas com Deficiência*	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	29/09/2010

Haiti	Caribe	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ	BLH	Apoio à Implantação de Banco de Leite Humano no Haiti*	Cooperação técnica para o desenvolvimento	Ajuste complementar	29/09/2010
Moçambique	África	ABC/MRE Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MS	Saúde Bucal	Implementação de Laboratório de Referência em Prótese Dentária em Maputo	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	05/10/2010
Moçambique	África	ABC/MRE Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MS	Saúde Bucal	Apoio ao Desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Oral em Moçambique: Pesquisa em Saúde Oral - Maputo	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	05/10/2010
Moçambique	África	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ ICICT/FIOCRUZ	BLH	Implantação de Banco de Leite Humano e de Centro de Lactação em Moçambique*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	09/11/2010
Moçambique	África	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ ICICT/FIOCRUZ SAS	Saúde da Mulher	Apoio à Implantação do Centro de Tele-Saúde, da Biblioteca e do Programa de Ensino à Distância em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente de Moçambique	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	09/11/2010
Uruguai	América do Sul	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ SAS	BLH	Apoio Técnico para a Expansão e Consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano do Uruguai	Sem descrição	Ajuste complementar	03/12/2010

Argentina	América do Sul	ABC/MRE ANVISA	Laboratórios	Fortalecimento das Farmacopeias do Brasil e da Argentina e de seus Laboratórios Nacionais de Controle para a Criação de uma Farmacopeia Regional*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	31/01/2011
Gana	África	ABC/MRE Fundação Hemominas Núcleo de Ações e Apoio em Diagnóstico (UFMG) SAS	Doença Falciforme	Centro de Hemoterapia e Doença Falciforme de Kumasi	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	09/02/2011
Equador	América do Sul	ABC/MRE MS	BLH	Apoio Técnico para a Expansão e Consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano no Equador*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	18/02/2011
Equador	América do Sul	ABC/MRE MS ANVISA	Medicamentos	Apoio Técnico para o Fortalecimento das Funções Regulatórias de Pré e Pós Comercialização de Medicamentos no Equador	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	18/02/2011
Bolívia	América do Sul	ABC/MRE Intituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos/FIOCRUZ)	Laboratórios	Capacitação de Funcionários do Instituto Nacional de Laboratórios de Saúde (INLASA) da Bolívia sobre o Processo de Produção de Velas de Andiroba*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	25/03/2011

El Salvador	América Central	ABC/MRE FIOCRUZ	Sistema de Saúde	Apoio Técnico para Criação do Instituto Nacional de Saúde de El Salvador	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	26/04/2011
Uruguai	América do Sul	ABC/MRE MS	Sistema de Saúde	Apoio Ao Fortalecimento do Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai com Ênfase em Localidades com Menos de Cinco Mil Habitantes*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	30/05/2011
Uruguai	América do Sul	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Consolidação da capacidade Institucional do Ministério de Saúde do Uruguai e Ampliação do Diálogo Regulatório entre as Autoridades Sanitárias de Brasil e Uruguai*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	30/05/2011
Cabo Verde	África	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Consolidação da ARFA como Agente Regulador dos Setores Farmacêutico e Alimentar em Cabo Verde – Fase 2	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	02/08/2011
Peru	América do Sul	ABC/MRE MS	Vigilância Sanitária	Fortalecimento Institucional da Direção Geral de Medicamentos Governo da República do Peru para a Implementação do Projeto “fortalecimento institucional da direção geral de medicamentos, insumos e drogas -	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	31/10/2011

				DIGEMID do peru na área de vigilância sanitária”			
Cuba	Caribe	ABC/MRE FIOCRUZ	BLH	Apoio Técnico para a Expansão e Consolidação da Rede Cubana de Bancos de Leite Humano	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	31/01/2012
Cuba	Caribe	ABC/MRE MS	Saúde Bucal	Fortalecimento da Odontologia no Brasil e em Cuba - Fase 3	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	31/01/2012
Cuba	Caribe	ABC/MRE INCA	Câncer	Fortalecimento da Organização da Pesquisa Clínica sobre Câncer	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	31/01/2012
Cuba	Caribe	ABC/MRE FIOCRUZ	Medicamentos	Estabelecimento de Substâncias de Referência para o Controle da Qualidade dos Medicamentos	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	31/01/2012
República Dominicana	Caribe	ABC/MRE Secretaria de Saúde e Ação Social do Município de Sobral – CE	Saúde da Mulher	Apoio à Implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade Materno-Infantil na República Dominicana*	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	09/02/2012
Honduras	América Central	ABC/MRE MS	Sangue e Hemoderivados	Apoio ao Fortalecimento e Desenvolvimento do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados de Honduras	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	23/04/2012

Colômbia	América do Sul	ABC/MRE Instituto Butantã	Produtos Biológicos	Pesquisa e Desenvolvimento para a Fabricação e o Controle da Qualidade de Produtos Biológicos na Colômbia	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	24/05/2012
Paraguai	América do Sul	ABC/MRE ANVISA	Vigilância Sanitária	Fortalecimento Institucional da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Pública e Bem Estar Social da República do Paraguai	Sem descrição	Ajuste complementar	24/05/2012
México	América do Norte	ABC/MRE MS	Sistema de Saúde	Aplicação das Práticas Integrativas e Complementares em Áreas Específicas de Saúde	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	11/06/2012
México	América do Norte	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ	BLH	Apoio Técnico para a Expansão e Consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano no México	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	11/06/2012
República Dominicana	Caribe	ABC/MRE FIOCRUZ SAS	BLH	Apoio Técnico para a Criação da Rede de Bancos de Leite Humano da República Dominicana	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	15/06/2012
Honduras	América Central	ABC/MRE MS	Saúde Mental	Projeto “Fortalecimento da Saúde Mental de Honduras”	Cooperação para o desenvolvimento	Ajuste complementar	19/07/2012

Cabo Verde	África	ABC/MRE Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES-UFJF)	Sistema de Saúde	Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde de Cabo Verde – Fase 2*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	23/07/2012
Burkina Faso	África	ABC/MRE ANVISA	Laboratórios	Apoio ao Fortalecimento Institucional do Laboratório Nacional de Burquina Faso	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	21/08/2012
Equador	América do Sul	ABC/MRE MS	BLH	Fortalecimento Tecnológico da Rede de Bancos de Leite Humano do Equador*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	06/09/2012
Equador	América do Sul	ABC/MRE MS	Saúde Indígena	Consolidação dos Modelos de Atenção à Saúde Aplicados aos Povos Indígenas*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	06/09/2012
Equador	América do Sul	ABC/MRE MS	Sistema de Saúde	Apoio ao Fortalecimento da Promoção da Saúde no Equador*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	06/09/2012
Guatemala	América Central	ABC/MRE IFF/FIOCRUZ	BLH	Apoio Técnico para a Expansão e Consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano da Guatemala*	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	15/04/2013
El Salvador	América Central	ABC/MRE FIOCRUZ SAS	BLH	Apoio Técnico para a Consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano	Cooperação para o desenvolvi mento	Ajuste complementar	27/08/2014

APÊNDICE B – Lista de Atos Internacionais não incluídos

Memorando de entendimento

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Francesa em Matéria de Cooperação de Saúde na Zona Transfronteiriça Brasil-Guiana Francesa.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Bolivariana da Venezuela para Implementação de Planos de Erradicação da Febre Aftosa

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Zâmbia no Campo de Segurança Alimentar e Nutricional e Assistência Humanitária.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Árabe da Síria sobre Cooperação na Área da Saúde.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo de Granada Sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde Pública.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização para a Libertação da Palestina, em Nome da Autoridade Nacional Palestina, na Área da Saúde.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo de Belize na Área da Saúde.

Memorando de Entendimento entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério do Trabalho, da Saúde e das Políticas Sociais da República Italiana sobre Cooperação no Campo da Saúde e das Ciências Médicas.

Memorando de Entendimento entre o Brasil e o UNAIDS sobre o Apoio Continuado ao Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT/AIDS) do Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil.

Memorando de Entendimento em Matéria de Segurança e Soberania Alimentares entre o Brasil e a Venezuela.

Memorando de entendimento com a FAO-ONU

Memorando de Entendimento para colaboração no Campo de Saúde entre o Ministério da Saúde do Brasil e o Ministério da Saúde da Inglaterra.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte sobre Cooperação na Área de HIV/AIDS

Memorando de Entendimento sobre Cooperação Técnica na Área de HIV/AIDS. (Botsuana)

Memorando de Entendimento na Área da Saúde. (Congo)

Memorando de Entendimento sobre a Luta contra a Desnutrição, a Fome e a Pobreza. (Bolívia)

Memorando de Entendimento sobre a Luta contra a Pobreza e a Fome (Peru).

Memorando de Entendimento sobre Colaboração em Apoio ao Desenvolvimento Amplo de Segurança Alimentar ao Nível Nacional e dentro do Escopo dos Objetivos e de Desenvolvimento do Milênio – FAO –ONU

Memorando de Entendimento entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Secretariado do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) para Constituição do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT/AIDS).

Memorando de Entendimento no Campo da Cooperação Científica e Tecnológica. (Venezuela)

Memorando de Entendimento sobre Cooperação para a Implementação de Banco de Leite Humano. (Equador)

Memorando de Entendimento no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil. (Bolívia)

Memorando de Entendimento no Âmbito da Troca de Experiência em Transplantes de Órgãos e Tecidos. (Uruguai)

Memorando de Entendimento no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil. (HIV e AIDS). (Moçambique)

Memorando de Entendimento no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil. (Namíbia)

Memorando de Entendimento no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil. (República Dominicana)

Memorando de Entendimento para a Troca de Experiência em Saúde Bucal. (Cuba)

Memorando de Entendimento na Área de Saúde. (Cuba)

Memorando de Entendimento entre o Ministério da Ciência e Tecnologia da República Federativa do Brasil e a Vice-presidência de Ciência e Tecnologia da República Islâmica do Irã para Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Árabe da Síria sobre Cooperação na Área da Saúde.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai na Área da Saúde.

Memorando de Entendimento entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República Dominicana sobre o Programa de Cooperação Técnica.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Índia em Cooperação na Área de Biotecnologia.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Reino da Tailândia sobre o Programa de Cooperação Técnica Trilateral.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América para a Implementação de Cooperação Técnica em Terceiros Países no Âmbito do Trabalho.

Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Bolivariana da Venezuela para a Criação de Quatro Centros Técnicos Produtivos Florentinos nos Estados Bolívar, Delta Amacuro, Anzoátegui e Monagas, na Venezuela.

Memorando de Entendimento na Área de Capacitação em Gerenciamento de Riscos Químicos: Prevenção da Exposição de Metais Pesados e Solventes. (Peru)

Memorando de Entendimento entre a República Federativa do Brasil e a República de Guiné Equatorial para Cooperação em Matéria de Saneamento Básico

Memorando de Entendimento para o Estabelecimento da Iniciativa de Cooperação Sul-Sul no combate ao Trabalho Infantil – OIT

Memorando de Entendimento Brasil-Peru para o Desenvolvimento da Cooperação Técnica na Área de Competência dos Ministérios do Trabalho.

Memorando de entendimento entre o governo da República Federativa do Brasil e o governo da República do Equador sobre Políticas Sociais no âmbito do programa de Cooperação Técnica.

Protocolo de Intenção

Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Chile para a Criação de Grupo de Trabalho de Cooperação em Matéria de Saúde.

Protocolo Complementar ao Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cuba na Área da Saúde.

Protocolo de Intenções entre o Brasil a Líbia sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde

Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde. (Burkina Faso)

Protocolo de Intenções na Área de Saúde. Nicarágua

Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde e Ambiente da República Argentina sobre Cooperação da Área da Saúde sobre Medicamentos.

Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica para Prevenção e Tratamento da Malária. Benin

Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área da Saúde Pública. (Camarões)

Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde. (Etiópia)

Protocolo de Intenções na Área de Saúde. (Suriname)

Protocolo de Intenções na Área de Saúde. (Equador)

Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde. (Nigéria)

Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde. (Namíbia)

Protocolo de Intenções sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área da Saúde. (Moçambique).

Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde. (São Tomé e Príncipe)

Protocolo de Intenções no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde do Brasil. (Burkina Faso)

Protocolo de Intenções no Âmbito do Programa de Cooperação Internacional do Ministério do Saúde do Brasil. (Burundi)

Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América sobre a Ampliação de Atividades de Cooperação Técnica em Terceiros Países

Protocolo de Intenções - Negócios Estrangeiros da Autoridade Nacional Palestina sobre Cooperação Técnica.

Ajuste Complementar e Programa Executivo

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Peru para Implementação do Projeto “Fortalecimento das Capacidades dos Sistemas de Saúde do Brasil e do Peru”.

Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o governo da República do Paraguai para a implementação do projeto "Capacitação em análise sociodemográfica, distribuição espacial da população e meio ambiente e saúde reprodutiva no Paraguai".

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Brasil e o Timor-Leste para Implementação do Programa Estratégico de Cooperação Técnica 2009-2011 na Área de Segurança Alimentar em Timor-Leste.

Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Brasil e Moçambique, para Implementação do Projeto “Programa de Educação Alimentar e Nutricional – Cozinha Brasil-Moçambique”.

Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Costa Rica para Implementação do Projeto Credenciamento do Laboratório Químico da Área controle de Óleo do Centro de Serviços – LIMAT.

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica, e Técnica entre o Brasil e o Uruguai para Implementação do Projeto “Programa de Educação Alimentar e Nutricional – Cozinha Uruguai”.

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica, Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Apoio ao Programa Multisetorial Desnutrição Zero” (Bolívia).

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto “Políticas Públicas de Desenvolvimento Social, de Combate à Fome e de Segurança Alimentar e Nutricional no Equador”.

Ajuste Complementar entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Brasil, de 28/03/1966, para Ampliar Ações de Prevenção e de Atenção Integral a Mulheres Grávidas, Crianças e aos Adolescentes na Área do HIV/AIDS e outras DST no Brasil e em outros Países com os quais o Brasil Mantenha Acordos de Cooperação Técnica Aplicáveis.

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do projeto “Controle de Raiva Silvestre”. (Peru)

Ajuste Complementar sobre Saúde e Ciências Médicas ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China.

Ajuste Complementar sobre Vigilância de Medicamentos e Produtos relacionados à Saúde ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China.

Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação para a Implementação do Projeto “Estudo de Viabilidade Técnico Econômico para Instalação de Fábrica de Medicamentos em Moçambique para Produção de Medicamentos Anti-Retrovirais e Outros”

Ajuste Complementar, por troca de Notas, ao Acordo Básico de Cooperação Técnica de 13/12/72, para Saúde na Fronteira. (Colômbia)

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para a Implementação do Projeto “Políticas Públicas de Combate à Fome e de Segurança Alimentar e Nutricional na Guatemala”

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Brasil e Guiné-Bissau para Implementação do “Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS - FASE II”.

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Brasil e Cabo Verde para Implementação do “Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS - FASE II”.

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo dos Estados Unidos Mexicanos para Implementação do Projeto “Capacitação em Formação Profissional nas Áreas de Turismo, Hospitalidade, Saúde e Informática”.

Ajuste Complementar do Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Comissão da União Africana para Implementação de Projetos na Área de Desenvolvimento Social.

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Assistência Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização das Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, a Organização de Aviação Civil Internacional, a Organização Mundial da Saúde, a União Internacional de Telecomunicações, a Organização Meteorológica Mundial, a Agência Internacional de Energia Atômica e a União Postal Universal para a Operação no Brasil da Unidade Temática do PNUD sobre Redução da Pobreza.

Ajuste Complementar para o Fortalecimento de Ações Agrometeorológicas do Instituto Nacional de Meteorologia (INMET) em Apoio ao Agronegócio.

Ajuste Complementar de Cooperação Relativo ao Projeto “Inclusão Social Urbana”.

Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto “Implantação do Controle Metrológico de Instrumentos de Medição Utilizados no Âmbito da Saúde e do Meio Ambiente”. (Costa Rica)

Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica para as Áreas do Trabalho, Emprego e Formação Profissional. (Angola)

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Peru para a Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional do Ministério de Trabalho e Promoção do Emprego com Ênfase na Inspeção do Trabalho”.

Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de El Salvador para a

Implementação do Projeto “Apoio à Criação de um Programa de Inserção Social para Crianças, Adolescentes e Jovens Vítimas de Violência Sexual”.

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo dos Estados Unidos Mexicanos para Implementação do Projeto “Fortalecimento da Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada a Desastres e População Exposta”.

Ajuste Complementar ao Acordo-Quadro sobre Cooperação em Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico para Cooperação em Pesquisa e Desenvolvimento entre a SUFRAMA e o Instituto Fraunhofer IZM (Alemanha).

Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Haiti para Implementação do Projeto “Fortalecimento da Capacidade Política e Institucional de Agentes Governamentais e Não-Governamentais do Haiti para Promoção e Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

Programa Executivo entre a República Federativa do Brasil e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), Relativo ao Acordo Básico de Assistência Técnica entre a República Federativa do Brasil e a Organização das Nações Unidas, suas Agências Especializadas e a Agência Internacional de Energia Nuclear para a Promoção da Cooperação Sul-Sul.

Programa Executivo de Cooperação Técnica entre a República Federativa do Brasil e o Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos para a Implementação de Iniciativa de Cooperação Técnica no Tema de Governança Metropolitana.

Programa Executivo relativo ao Acordo entre a República Federativa do Brasil e a Organização das Nações Unidas, Visando à Implementação de Iniciativa Relativa ao Impacto do Desenvolvimento Econômico e as Consequências sobre os Processos de Urbanização em Países Emergentes.

Acordo de Cooperação e outros

Acordo de Cooperação Técnica. (Líbano)

Acordo de Cooperação. (TIMOR P-I) – PNUD

Acordo de Cooperação Técnica. (União Africana)

Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Brasil e o Vietnã.

Acordo de Cooperação em Saúde e Ciências Médicas. (Vietnã)

Acordo de Cooperação Técnica entre o Brasil e o Benin.

Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica com Comunidade Econômica Europeia.

Acordo de Cooperação Técnica entre Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Uzbequistão.

Acordo entre o governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Estado de Israel sobre cooperação nos campos da Saúde e de Medicamentos.

Acordo entre a República Federativa do Brasil e o Governo da República do Senegal para a Cooperação Científica e Tecnológica.

Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Reino Hachemita da Jordânia.

Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República da Índia em Cooperação Científica e Tecnológica.

Acordo de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para o apoio à implementação do Projeto “Apoio ao Fortalecimento do Setor da Justiça em Timor-Leste”.

Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Mundial da Saúde relativo à Realização da Conferência Mundial da Saúde Rio de Janeiro, Brasil, 19 a 21 de outubro de 2011.

Acordo-Marco para o Estabelecimento de um Programa de Cooperação Internacional entre Brasil e a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura.

Ata de Compromisso entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Bolivariana da Venezuela para o Financiamento do Projeto de Saneamento e Desenvolvimento Integral da Bacia do Rio Tuy.

Carta de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área da Malária. (Gabão)

Convênio de Cooperação Técnica para a Automatização do Voto na República do Paraguai – OEA

Plano de Ação em Ciência, Tecnologia e Inovação Brasil-Reino Unido.

Plano de Ação em Ciência e Tecnologia entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo do Reino da Espanha.

Programa de Cooperação em Ciência e Tecnologia para o período de 2004 a 2006. (Rússia)

Programa de Trabalho em matéria de Cooperação Científica e Tecnológica. (Moçambique)

Protocolo de Cooperação para a Promoção da Inovação Tecnológica entre o Brasil a França.

APÊNDICE C – Lista de entrevistados

Ana Beatriz Marinho de Noronha – Assessora da Coordenação de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) desde 2008. A entrevista foi realizada no Rio de Janeiro no dia 21 de outubro de 2016.

Armando José Munguba Cardoso – funcionário da Agência Brasileira de Cooperação/Ministério das Relações Exteriores desde 2009. Em 2016, trabalhava como coordenador na Coordenação-Geral de Planejamento e Comunicação. A entrevista foi realizada em Brasília no dia 12 de setembro de 2016.

Célia Almeida – professora e pesquisadora na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) desde 1978. Foi *technical delegate* para a saúde do Comitê Internacional da Cruz Vermelha na África nos anos 80 e trabalha com ações internacionais da Fiocruz desde 2006, tendo participado da criação do Escritório Regional da Fiocruz na África, em Moçambique. A entrevista foi realizada no Rio de Janeiro no dia 12 de outubro de 2016.

Geandro Ferreira Pinheiro – Começou a trabalhar com ações de cooperação internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) a partir de 2006 e, desde 2015 trabalha na Coordenação de Cooperação Internacional, sendo o coordenador da Coordenação de Cooperação Internacional da EPSJV/Fiocruz no momento da entrevista. A entrevista foi realizada no Rio de Janeiro no dia 21 de outubro de 2016.

Isaac José Barbosa Vergne – trabalhou entre 2011 e 2014 na Agência Brasileira de Cooperação/MRE e, desde 2014, era funcionário na Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde. A entrevista foi realizada em Brasília no dia 14 de setembro de 2016.

José Roberto Ferreira – trabalhou por 30 anos na Organização Pan-Americana de Saúde e assumiu, em 1996, a Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz, atual Centro de Relações Internacionais, do qual continuava fazendo parte como coordenador no momento da entrevista. A entrevista foi realizada no Rio de Janeiro no dia 22 de setembro de 2016.

Juliana Vieira Borges Vallini – foi chefe-adjunta da área de cooperação em HIV/Aids da Secretaria de Vigilância em saúde de 2007 a 2009. Trabalhou como chefe-adjunta na Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AISA) de 2013 a 2014 e, como assessora da AISA de 2014 a 2016. No momento da entrevista trabalhava como consultora internacional na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em Washington. A entrevista foi realizada no dia 6 de outubro de 2016 por Skype®.

Luciano Ávila Queiroz – foi servidor na Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AISA) de 2004 a 2011. Trabalhou, entre 2011 e 2012, na Agência Brasileira de Cooperação e, em 2014, retornou para a AISA, onde era funcionário no momento da entrevista. A entrevista foi realizada em Brasília no dia 14 de setembro de 2016.

Luis Henrique Pereira da Fonseca – embaixador aposentado, foi Diretor da Agência Brasileira de Cooperação/MRE entre 2006 e 2008. A entrevista foi realizada no Rio de Janeiro no dia 21 de setembro de 2016.

Luiz Eduardo Fonseca – trabalha com ações internacionais da Fiocruz desde 1996, quando foi criada a Assessoria de Cooperação Internacional, atual Centro de Relações Internacionais da Fiocruz, no qual ocupava o cargo de assessor no momento da entrevista. A entrevista foi realizada no Rio de Janeiro no dia 26 de setembro de 2016.

Marco Farani – foi diretor da Agência Brasileira de Cooperação/MRE entre 2008 e 2012. No momento da entrevista ocupava o posto de Cônsul Geral do Brasil em Tóquio, no Japão. A entrevista foi realizada no dia 03 de agosto de 2016 por Skype®.

Maria Augusta Montalvão Ferraz – trabalha na Agência Brasileira de Cooperação/MRE há 23 anos e, no momento da entrevista, era coordenadora da Coordenação de América Latina e Caribe. A entrevista foi realizada em Brasília no dia 13 de setembro de 2016.

Mauro Teixeira de Figueiredo – trabalhou na chancelaria do Ministério das Relações Exteriores e na Agência Brasileira de Cooperação nos anos 1990. Desde 1998 trabalha com cooperação internacional na área de HIV/Aids, sendo o coordenador-geral da Assessoria de Cooperação Internacional de Saúde do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde no momento da entrevista. A entrevista foi realizada em Brasília no dia 14 de setembro de 2016.

Paulo Roberto Barbosa Lima – trabalha na ABC desde 2004 e em 2008 assumiu a Coordenação-geral de Cooperação Técnica com os PALOPs e Timor Leste, cargo que ocupava no momento da entrevista. A entrevista foi realizada em Brasília no dia 13 de setembro de 2016.

Santiago Luís Bento Fernádes Alcázar – foi dirigente-chefe da AISA entre 2003 e 2008. No momento da entrevista ocupava o cargo de Embaixador do Brasil em Baku, Azerbaijão. A entrevista foi realizada no dia 19 de dezembro de 2016 pelo Skype®.

Thaísa Góis Farias de Moura Santos Lima – trabalhou na Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde entre 2013 e 2016, tendo ocupado o cargo de chefe-adjunta da AISA entre 2015 e 2016. A entrevista foi realizada em Brasília no dia 12 de setembro de 2016.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa de Mestrado Acadêmico intitulado “A agenda de cooperação internacional do Ministério da Saúde: uma análise do período de 2003 a 2014”, desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral do estudo é analisar a agenda de cooperação técnica internacional do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2014.

A sua participação consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora do projeto. A sua seleção se deve principalmente à sua atuação ... [ESPECIFICAR: como dirigente/técnico do Ministério ‘X’ OU como especialista/estudioso da política ‘Y’].

Caso você esteja de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando a facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento. Os arquivos áudio e as transcrições serão armazenados pela coordenadora do projeto e usados somente para a pesquisa em questão.

A metodologia da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, análise documental e de bases de dados. As entrevistas com dirigentes/técnicos federais desempenham um papel importante para a compreensão da trajetória e dinâmica da agenda de cooperação técnica internacional em saúde no Brasil no período de 2003 a 2014.

As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as outras entrevistas e material de outras fontes de pesquisa, sendo os resultados da análise de responsabilidade da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados, os entrevistados poderão eventualmente ser identificados, dada a relevância do cargo/funções e posições institucionais ocupadas.

Ressaltamos que a sua participação como entrevistado trará como benefício a contribuição para a geração de conhecimento sobre a política de cooperação técnica internacional em saúde. Os únicos riscos eventuais de sua participação na pesquisa se relacionariam à sua identificação como entrevistado, direta ou indiretamente.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contato com a pesquisadora responsável:

E-mail: analicepbraga@gmail.com

Tel: (0XX) 21-980855052 – celular

Endereço: Rua Jorge Rudge, 67 – apto 306A

Vila Isabel - Rio de Janeiro – RJ

CEP: 20550-220

Contato com a orientadora da aluna no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública:

E-mail: cristiani@ensp.fiocruz.br

Tels: (0XX) 21-25982849 – trabalho / (0XX) 21-975619882 – celular

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715

Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail : cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo

Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Analice Pinto Braga

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Assinale se concorda em participar da pesquisa:

() Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinale a sua opção quanto à autorização para gravar a entrevista:

() Sim, autorizo a gravação da entrevista.

() Não autorizo a gravação da entrevista.

Em relação à sua identificação como participante dessa pesquisa, assinale abaixo a opção que lhe for mais conveniente:

() Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa em uma relação geral de entrevistados e, eventualmente, vinculado a informações fornecidas;

() Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa somente em uma relação geral de entrevistados;

() Não autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa.

(Nome e assinatura do entrevistado)

APÊNDICE E – Roteiro semiestruturado de entrevista

Para registro da pesquisadora

Nome: _____

Email/telefone: _____

Formação: _____

Data e local da entrevista: _____

Cargo ocupado/ função/ órgão: _____

Tempo de ocupação do cargo/ função: _____

Grupo 1: Dirigentes e técnicos do MS/AISA

- 1) Você poderia, por gentileza, falar um pouco da sua trajetória na AISA? quanto tempo esteve no cargo..
- 2) Nesse período em que esteve na AISA, quais foram as principais agendas da instituição?
- 3) Em seu entendimento, quais foram as modalidades de cooperação internacional mais relevantes no período? A cooperação técnica para o desenvolvimento está entre elas? (Cooperação trilateral, multilateral, com os países desenvolvidos...)
- 4) Quais temáticas e países/regiões a senhora considera que foram prioritárias para a cooperação internacional no período?
- 5) Havia outras áreas envolvidas com a cooperação internacional? O que era relacionado à cooperação era centralizado na AISA? Quais as áreas do MS envolvidas com a cooperação internacional?
- 6) Você acredita que a cooperação internacional passou a ter mais espaço e mais importância para o MS nesse período? E para a Política Nacional de Saúde?
- 7) Qual peso você diria que a saúde tem na cooperação internacional?
- 8) Neste período, houve mudanças importantes nas diretrizes de Política Externa que impactaram na cooperação internacional em saúde? Em caso afirmativo, quais?
- 9) Você diria que mudanças que ocorriam no MRE, na política externa repercutiam na cooperação internacional em saúde?
- 10) A senhora acredita que existe um bom canal de comunicação entre o MS e o MRE?
- 11) Qual foi a importância do estabelecimento do Protocolo de Intenções entre MS-MRE em 2005? Houve alguma mudança na relação MRE-MS? (protocolo de intenções com o

objetivo de "aperfeiçoar a coordenação entre o MRE e o MS em matéria de cooperação técnica prestada a países em desenvolvimento, na área da saúde")

- 12) O MS articulava-se com outras instituições ou organizações no âmbito da cooperação internacional em saúde? Em caso afirmativo, quais?

Grupo 2: Dirigentes e técnicos da Agência Brasileira de Cooperação/MRE

- 1) O senhor poderia falar um pouco da sua trajetória na ABC?
- 2) Nesse período em que esteve na ABC, quais foram as principais agendas da instituição?
- 3) Em seu entendimento, quais foram as modalidades de cooperação internacional mais relevantes no período? A cooperação técnica para o desenvolvimento está entre elas? (Cooperação multilateral, trilateral, com países desenvolvidos...)
- 4) Quais temáticas e países/regiões o(a) senhor(a) considera que foram prioritárias para a cooperação internacional no período? O senhor diria que essas áreas e regiões prioritárias valem para todas as temáticas da cooperação técnica para o desenvolvimento, incluindo a saúde?
- 5) Quais eram os outros atores (secretarias, departamentos, ministérios, etc) envolvidos com a cooperação internacional no período? Existem outras áreas do MRE envolvidas com a cooperação internacional? A cooperação se dispersa por outras secretarias, departamentos, etc?
- 6) O senhor acredita que a cooperação internacional passou a ter mais espaço e mais importância para o MRE nesse período? E para a Política Externa? Em qual momento essa alavancagem ocorreu?
- 7) Neste período, houve mudanças importantes nas diretrizes de Política Externa? Quais? Essas mudanças repercutiam diretamente na cooperação internacional?
- 8) O senhor considera que a saúde ganhou mais destaque na Política Externa nesse período?
- 9) Qual peso o senhor diria que a saúde tem na cooperação internacional?
- 10) O senhor acredita que existe um bom canal de comunicação entre o MS e o MRE?
- 11) Qual foi a importância do estabelecimento do Protocolo de Intenções entre MS-MRE em 2005? Houve alguma mudança na relação MRE-MS? (protocolo de intenções com o objetivo de "aperfeiçoar a coordenação entre o MRE e o MS em matéria de cooperação técnica prestada a países em desenvolvimento, na área da saúde")
- 12) O MRE articulava-se com outras instituições ou organizações no âmbito da cooperação internacional em saúde? Em caso afirmativo, quais?

Grupo 3: representantes da Fiocruz

- 1) O senhor poderia, por gentileza, falar um pouco da sua trajetória na Fiocruz? quanto tempo esteve no cargo..
- 2) Quais foram as principais agendas da instituição entre 2003 e 2014 no que diz respeito à cooperação internacional?
- 3) Como as atividades internacionais eram coordenadas anteriormente à criação do CRIS?
- 4) Como se dá a cooperação internacional na Fiocruz? Ela é centralizada no CRIS?
- 5) Quais temáticas e países/regiões o senhor considera que foram prioritárias para a cooperação internacional no período?
- 6) Quais principais tipos de cooperação prestada pela Fiocruz?
- 7) A Fiocruz articula-se com outras instituições ou organizações no âmbito da cooperação internacional em saúde? Em caso afirmativo, quais?
- 8) O senhor acredita que a cooperação internacional passou a ter mais espaço e mais importância para o MS nesse período? E para a Política Nacional de Saúde?
- 9) Qual peso o senhor diria que a saúde tem na cooperação internacional?
- 10) Neste período, houve mudanças importantes nas diretrizes de Política Externa que impactaram na cooperação internacional em saúde? Em caso afirmativo, quais?
- 11) O senhor diria que mudanças que ocorriam no MRE, na política externa repercutiam na cooperação internacional em saúde?
- 12) Quem é o principal influenciador da agenda de cooperação internacional em saúde? (MS, MRE, Presidente..)
- 13) O senhor acredita que existe um bom canal de comunicação entre o MS e o MRE? E a Fiocruz e esses dois ministérios?
- 14) Em 2006, foi criada uma Comissão Permanente de Coordenação entre Saúde e Política Exterior, secretariada pela ABC, certo? Essa comissão funcionou? Como funcionou?