

8.

Brasil e saúde global

Paulo Marchiori Buss

José Roberto Ferreira

No limiar do século XXI, o Brasil — hoje reconhecido como economia emergente — vem assumindo um papel mais ativo no cenário mundial. O país está atravessando com poucos danos a crise econômico-financeira global, divide com outros países uma liderança relevante em diversos temas da agenda internacional e já compartilha com doadores tradicionais um papel expressivo na cooperação com países mais pobres.

Este capítulo pretende analisar o comprometimento do Brasil com a saúde global e a cooperação Sul-Sul em saúde, estando assim organizado: a) necessidades de cooperação internacional em saúde; b) modelo dominante de cooperação internacional em saúde; c) alternativas ao modelo dominante; e d) experiência da cooperação Sul-Sul do Brasil com a África de língua portuguesa e com a América do Sul. As reflexões aqui contidas resultam da vivência institucional e pessoal concreta da cooperação internacional em saúde no Brasil nos últimos 10 anos, período em que a saúde adquiriu papel de relevo na política externa brasileira.

Necessidades de cooperação internacional em saúde

O “breve” século XX, como definido por Eric Hobsbawm (1995), foi marcado por importantes avanços econômicos, sociais e técnico-científicos, que melhoraram a qualidade de vida e as condições de saúde de milhares de pessoas em todo o mundo. Contudo, como “era dos extremos” — na mesma definição —, o processo de globalização vigente também tem

criado grandes disparidades internacionais e produzido enormes problemas sociais e de saúde, particularmente nos países mais excluídos dos circuitos centrais da economia global (ILO, 2004; Buss, 2007). Neste início de século XXI, as condições declinantes da saúde de grandes parcelas da população de diversos países, a insegurança alimentar e, evidentemente, as consequências das mudanças climáticas têm chamado a atenção da comunidade internacional.¹

Nos países e regiões mencionados, verifica-se uma evidente “dupla carga de enfermidades”, isto é, o convívio perverso de doenças transmissíveis epidêmicas, emergentes, reemergentes e negligenciadas — como HIV/aids, malária e tuberculose — com doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais as cardíacas e cerebrovasculares (como hipertensão, derrames cerebrais e infartos do miocárdio), diabetes, cânceres, doenças mentais e por causas externas e violências. Além disso, a pobreza, a fome, a má nutrição e a assistência inadequada a crianças, mães e idosos são responsáveis por elevadas taxas de mortalidade geral, materna e de menores de cinco anos, bem como por uma baixa expectativa de vida ao nascer. Iniquidades nas condições de saúde e no acesso aos cuidados com a saúde são encontrados tanto entre países quanto no interior destes (WHO, 2009).

Os chamados países de renda baixa e média — alguns dos mais pobres do mundo, nos quais prevalecem as condições de saúde mencionadas — apresentam sérias limitações de governança e têm baixa capacidade de formular e implementar políticas de saúde capazes de satisfazer as necessidades de suas populações. Seus sistemas de saúde são geralmente precários, fragmentados, subfinanciados e carentes dos recursos tecnológicos básicos para oferecer assistência à saúde e medidas de saúde pública adequadas às necessidades da população. Além disso, os profissionais de saúde são escassos, pouco capacitados e sub-remunerados, situação agravada pela migração de pessoal de saúde, especialmente de países em desenvolvimento para países desenvolvidos. Em síntese, os sistemas de saúde da maioria dos países pobres têm tido muitas dificuldades para atender às necessidades de suas populações, às doenças prevalentes, a seus principais fatores de risco e às péssimas condições de vida que afetam a saúde, o que os coloca em situação de grande dependência da ajuda internacional, crucial tanto para o desenvolvimento quanto para a melhoria das condições de vida e saúde de suas populações.

¹ Ver WHO/Afro, 2006; WHO, 2009; FAO, 2008; e Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), disponível em: <<http://ipcc.ch>>.

As causas de tais questões — más condições de vida e de saúde e baixa capacidade de resposta por parte dos países em desenvolvimento — não são fruto do acaso. Muito pelo contrário. Como apontam diversos relatórios internacionais e autores, os determinantes sociais e econômicos e o fenômeno da globalização injusta, com a pobreza como pano de fundo, estão na raiz da situação (WHO, 2008; ILO, 2004; Buss, 2007). O setor da saúde, mediante diversas iniciativas e atendendo a interesses muitas vezes contraditórios, tem sido um foco importante da cooperação internacional e da ajuda externa, propiciada — segundo interesses, motivações e estratégias muito variadas — por inúmeras agências multilaterais (a própria ONU, através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, por exemplo, e suas agências setoriais, como OMS, Unicef, Pnud e outras, por meio dos programas que desenvolvem nos países), agências governamentais de cooperação de países desenvolvidos (Estados Unidos, União Europeia, países nórdicos, entre outros) ou de países emergentes (caso do Brasil), assim como ONGs e outras instituições e iniciativas que atuam no cenário global (a exemplo da Global Alliance for Vaccines and Immunisation — Gavi, entre outras).

Críticas ao modelo dominante de cooperação internacional

Essa proliferação de entidades intergovernamentais, filantrópicas e privadas envolvidas na “ajuda para o desenvolvimento” no último decênio acabou por criar desafios importantes para a chamada “governança global em saúde”. Em geral, os “doadores” tendem a impor aos “países donatários” seus próprios objetivos e métodos de trabalho, além de sua visão do mundo e programas definidos no nível central; os donatários da cooperação quase nunca participam das definições programáticas da ajuda recebida, o que leva a uma forte dissociação entre a ajuda externa e as necessidades locais; os programas de ajuda dificilmente se encontram alinhados com as políticas nacionais em curso; os diversos doadores raramente coordenam ou pelo menos articulam suas ações; os custos de transação e a proliferação de uma enorme burocracia internacional consomem parte substantiva da ajuda disponível, que, assim, deixa de chegar aos países.

Por outro lado, os países donatários em geral não estão suficientemente preparados para organizar suas demandas de cooperação, em função da precariedade de seus sistemas de saúde e de relações exteriores, bem como

da falta de coordenação entre eles e os outros parceiros públicos e privados fundamentais no processo. A imperiosa necessidade de ajuda externa leva a maioria dos países pobres a aceitar os planos dos doadores. O resultado é a fragmentação e a baixa efetividade dos já escassos recursos para a cooperação disponibilizados localmente (Buss, 2007 e 2008).

Como bem resumem Birn, Pillay e Holtz (2009:62-63), “a maior parte das atividades em saúde internacional não é compartilhada entre nações ‘equivalentes’; elas refletem a ordem política e econômica internacional, na qual a ‘assistência’ internacional é ‘provida’ pelas nações ricas e industrializadas e ‘recebida’ pelos países pobres e subdesenvolvidos. [...] A assistência internacional reflete as relações geopolíticas e reproduz os desequilíbrios de poder e recursos”. Isso significa que, como ação integrante e fundamental nas relações entre os países, a cooperação internacional reproduz as relações de poder do mundo globalizado e só será efetivamente modificada se também se alterarem as estruturas e regras da governança global em saúde.

As críticas à governança global em saúde são pertinentes. Em todo o espectro das relações internacionais em saúde — incluindo a cooperação técnica — predominam as visões, políticas e práticas dos governos ou das organizações não governamentais, filantrópicas e empresariais dos países mais poderosos economicamente e que também ocupam a maioria dos cargos nas organizações multilaterais e nas parcerias globais que dispõem de maior poder político e/ou econômico, ou nelas impõem suas orientações políticas.²

As críticas às Nações Unidas como um todo não são menores. Aparentado como ineficiente, o sistema de agências da ONU, incluindo a Organização Mundial da Saúde, vê seu orçamento regular, propiciado pela contribuição obrigatória dos Estados-membros, estagnar, aumentando apenas os recursos financeiros com finalidade específica, indicada diretamente pelos doadores. No caso da OMS, cerca de 60% do orçamento provêm atualmente de tais contribuições voluntárias — dos próprios países, fundações filantrópicas e empresas privadas —, deixando o Conselho Executivo e o Secretariado com uma margem de manobra programáti-

²Muitos autores e organizações têm se debruçado criticamente sobre a governança global em saúde, como Garret (2007); Bloom (2007); Birn, Pillay e Holtz (2009); Gostin e Mok (2009). O leitor interessado deve consultá-los, já que a cooperação internacional não é o foco central deste capítulo, e somente aspectos pertinentes serão aqui desenvolvidos quando necessário.

ca bastante pequena. Temendo que essas contribuições sejam ainda mais reduzidas, o Secretariado faz todo o possível para evitar conflitos com doadores poderosos ou contrariar seus interesses. O aumento das contribuições voluntárias, em detrimento das obrigatórias (que reforçariam o orçamento regular e, portanto, os programas institucionais de cooperação multilateral), representa possivelmente uma reação de desconfiança dos países-membros quanto à capacidade de implementação de projetos de cooperação pela OMS. Se não chega a tanto, trata-se, no mínimo, de uma deformação do processo de cooperação multilateral, que necessariamente deverá ser revisto em anos vindouros, conforme reconhecem os projetos de reforma em implementação na própria ONU e na OMS.

Diante dessa situação da cooperação internacional em saúde, e insatisfeitos com os resultados obtidos em relação ao desenvolvimento e à saúde, diversos atores envolvidos em saúde global passaram a buscar alternativas ao modelo dominante, algumas das quais discutiremos a seguir.

Alternativas ao modelo dominante de cooperação internacional em saúde

As críticas severas às formas vigentes de ajuda para o desenvolvimento propiciada pelos países desenvolvidos e organizações multilaterais, vindas de todos os lados, levou a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) a realizar o High-Level Forum on Aid Effectiveness, em 2005, em Paris, para reorientar sua atuação, procurando torná-la mais eficaz, particularmente na perspectiva da primeira revisão quinquenal da Declaração do Milênio e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), que ocorreria mais tarde, no mesmo ano. Desse evento surgiu a Paris Declaration on Aid Effectiveness (OECD, 2005), que, firmada por centenas de países e dezenas de instituições globais, inclusive da sociedade civil, reitera a necessidade de ampliar a ajuda para o desenvolvimento, mas também melhorar sua eficácia, através das estratégias de apropriação, alinhamento, harmonização, gestão por resultados e prestação de contas mútua.

Em setembro de 2008, realizou-se em Gana o Fórum de Alto Nível de Acra sobre a Efetividade da Ajuda, que veio a gerar a Agenda para a Ação de Acra (UN, 2008a), que reitera a Declaração de Paris e reforça a decisão

de reduzir a onerosa fragmentação da ajuda. Logo em seguida, em dezembro de 2008, em Doha, realizou-se a Conferência sobre o Financiamento para o Desenvolvimento, que produziu a Doha Declaration on Financing for Development (UN, 2008b), que reafirmou (pelo menos no papel) a disposição dos países desenvolvidos de comprometer 0,7% dos respectivos PIBs para a ajuda externa a países em desenvolvimento até 2015. Ambos os documentos fazem referências específicas e atribuem ênfase especial à cooperação com a África, região que apresenta a pior evolução quanto ao atingimento dos ODMs (MDG Africa Steering Committee, 2008).

A importante declaração e seus desdobramentos, assim como as adesões de inúmeros países e organizações às suas propostas, fariam supor um aumento na ajuda externa para o desenvolvimento e práticas mais adequadas, com repercussões positivas sobre os ODMs. Contudo, a conclusão do relatório do Banco Mundial sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio é muito preocupante, indicando que a ajuda para o desenvolvimento vem decrescendo, apesar da renovação (retórica) dos compromissos dos países doadores (World Bank, 2010). Por outro lado, a maioria dos países mais pobres, a apenas cinco anos do prazo de 2015, está longe de alcançar as metas pactuadas. Embora boa parte do mundo venha conseguindo reduzir a pobreza extrema, a diminuição das mortalidades infantil e materna apresenta mais dificuldades. O mesmo ocorre com a universalização da escolaridade primária e com os objetivos de nutrição e saneamento básico.

No campo específico da saúde, além das recomendações mais gerais contidas na Declaração de Paris, diversas orientações resultantes das críticas às práticas tradicionais e prevalentes de cooperação vêm sendo assinadas (Buss & Ferreira, 2010a):

- mudar a estratégia de cooperação, calcada em programas baseados na orientação global única dos doadores, para uma cooperação compartilhada, orientada pelo planejamento estratégico centrado na realidade do país parceiro;
- passar de programas de ajuda “verticais” (intervenções com enfoque em doenças ou situações e problemas particulares) para o enfoque “horizontal”, que visa ao desenvolvimento integral dos sistemas de saúde. Os programas verticais não contribuem para o fortalecimento do sistema como um todo; ao contrário, levam à fragmentação e à debilidade deste, seja pelo recrutamento do melhor pessoal disponível

no país, seja por se concentrarem em certas áreas, abandonando outras prioritárias;

- dar ênfase ao longo prazo, em vez de se concentrar exclusivamente nas necessidades de curto prazo. Isso implica o fortalecimento de instituições-chave dos sistemas de saúde para que adquiram uma genuína liderança nos processos nacionais, no desenvolvimento de uma agenda orientada para o futuro e no equilíbrio entre ações específicas dirigidas à solução de problemas imediatos, com a geração de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades institucionais nacionais sustentáveis;
- incorporar amplamente nos programas de cooperação em saúde os determinantes sociais da saúde e as ações intersetoriais;
- priorizar programas de saúde pública (foco na população) em vez de programas e atividades focados estritamente na assistência médica a indivíduos doentes.

Por outro lado, há consenso quanto a ser fundamental, para fomentar a perspectiva da saúde global, associar a excelência em saúde com o poderio do setor de relações exteriores, em especial no caso da cooperação Sul-Sul. Embora presente há mais de um século nas relações entre países (Fidler, 2001), só mais recentemente a saúde tem recebido efetiva prioridade no campo da cooperação internacional. Nesse contexto, o conceito e a prática da “diplomacia da saúde” (Kickbusch, Silberschmidt e Buss, 2007; Buss, 2008) emergem para tratar de questões de saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõem os países às influências globais, e para orientar a cooperação internacional em saúde. Essa noção, quando bem formulada e aplicada, possibilita uma coordenação mais adequada e coesa entre os setores de saúde e relações exteriores dos governos, não só porque incorpora a visão extrassetorial (contida, por exemplo, nos ODMs), como também idealmente está apta a identificar as prioridades no próprio campo da saúde.

O mesmo conceito traz uma importante diferenciação entre assistência e cooperação técnica. A primeira baseia-se em iniciativas preconcebidas, desenvolvidas pelos próprios doadores, em geral sem a participação dos donatários; já a cooperação técnica resulta de um verdadeiro esforço conjunto, integrando doadores e donatários, em processo no qual as experiências prévias e as orientações estratégicas são compartilhadas, visando

ao planejamento e à execução conjuntas, com a implementação da autonomia do parceiro e a sustentabilidade do processo como um todo (Buss e Ferreira, 2010a).

Tem sido realizado um esforço crescente para encontrar mecanismos capazes de implementar os princípios constantes da Declaração de Paris no campo da saúde. A chamada “abordagem setorial ampliada” (*sector-wide approach* ou *swaps*)³ é usada em diversos cenários, como na área da saúde na África (Walford, 2007), a fim de procurar operacionalizar particularmente os conceitos de apropriação, alinhamento e harmonização. Os swaps buscam facilitar e reduzir o peso da coordenação e das exigências dos relatórios de acompanhamento e prestação de contas etc., peso este que recai sobre os governos dos países, devido à proliferação de doadores, com suas múltiplas e diferentes exigências e práticas de gestão. As várias agências parceiras dos países transformam-se numa espécie de “consórcio de parceiros em saúde”, que pactuam pelo uso de procedimentos comuns de planejamento, implementação, monitoramento e informes; além disso, comprometem-se a articular os diversos atores envolvidos num assunto específico ou em um território particular do país (Birn, Pillay e Holtz, 2009). As próprias Nações Unidas, criticadas pela descoordenação de suas ações nos países, inclusive no campo da saúde, lançou a iniciativa de articular o trabalho de suas diversas agências nos países, sob a coordenação do Pnud.

No que diz respeito especificamente à saúde, um dos primeiros movimentos realizados entre países foi a iniciativa Política Externa e Saúde Global, lançada pelos ministérios das Relações Exteriores da África do Sul, Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal e Tailândia (Ministers of Foreign Affairs, 2007), que resultou na Declaração de Oslo, chamando a atenção para a necessidade de dar prioridade à saúde na política externa de todos os países. Em resposta a esse chamado internacional, realizado por países importantes de diversos continentes, a Assembleia Geral das Nações Unidas, por ocasião de sua 63ª Sessão, em 2008, adotou a Resolução nº 63/33 sobre saúde global e política externa, reconhecendo a estreita relação entre ambas as áreas e determinando que o Conselho Econômico e Social (Ecosoc), em sua sessão de julho de 2009, tratasse do “cumprimento dos objetivos e compromissos pactuados internacionalmente com relação à saúde pública global”, além de pedir maior coordenação do sistema da ONU no campo da saúde.

³ Ver Cassels (1997); Brown et al. (2001); Hutton e Tanner (2004).

A Declaração Ministerial sobre Saúde Pública Global, um longo documento resultante do Segmento de Alto Nível 2009 do Ecosoc, realizado em Genebra, enuncia uma ampla agenda para a ação de governos, órgãos das Nações Unidas e da sociedade civil mundial sobre a saúde global, que passa a ser motivo de entendimentos ulteriores entre os Estados-membros da ONU, seja na Assembleia Geral, seja na OMS. Por outro lado, no âmbito da OMS e de seus escritórios regionais, foi lançada a Política de Cooperação Centrada nos Países, que não só procura alinhar a atuação da OMS às políticas nacionais de saúde, como também coordenar sua atuação no país com as demais agências das Nações Unidas e outros atores (UN/Ecosoc, 2009; WHO, 2007).

Outra alternativa: a cooperação Sul-Sul

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

A cooperação Sul-Sul, também conhecida como cooperação horizontal ou cooperação entre países em desenvolvimento, é o processo de parceria econômica, comercial, social ou de outra natureza que se estabelece (idealmente), trazendo vantagens mútuas para os países em desenvolvimento parceiros, geralmente localizados no Hemisfério Sul. Subjacente ao conceito, encontra-se a hipótese de que o mundo em desenvolvimento é capaz de produzir soluções autênticas para seus próprios problemas (Buss e Ferreira, 2010b).

O conceito político Sul-Sul começou a surgir na década de 1950, no auge da Guerra Fria, podendo-se identificar como seu marco político inicial a Conferência Ásia-África, realizada em Bandung, Indonésia, em abril de 1955, na qual estavam representados 29 Estados e 30 movimentos de libertação nacional. Com o Movimento dos Não Alinhados, instituído em 1961 na Conferência de Belgrado e, mais tarde, com a constituição do Grupo dos 77 em 1964, por ocasião da criação da Unctad — organização que hoje já reúne cerca de 130 países que atuam de forma concertada nos fóruns internacionais —, foram se estabelecendo os marcos essenciais para a construção de consensos políticos entre países em desenvolvimento.

Em 1978, a Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), celebrada em Buenos Aires, caracterizou esse tipo de cooperação como um componente essencial da cooperação Sul-Sul. Ainda nesse ano, seguiu-se a criação da Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul (Special Unit for South-South Cooperation — SU/SSC), pela Assembleia Geral da ONU, e sediada no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), que passou a promover, coordenar e apoiar as cooperações Sul-Sul e a triangular em bases globais e também no sistema das Nações Unidas (UNDP, 1978 e 2004).

Durante a década de 1980, considerada em vários aspectos, inclusive na cooperação Sul-Sul, a “década perdida”, pouco se avançou nessa matéria, à exceção, talvez, da criação, em 1987, da Comissão do Sul, formada por 28 líderes de países do Sul — como os brasileiros dom Paulo Evaristo Arns e Celso Furtado —, com o objetivo, entre outros, de expandir a cooperação Sul-Sul.⁴

Diversas reuniões e conferências retomaram a cooperação Sul-Sul na década de 1990, seja no âmbito da ONU, seja por iniciativa de grupos de países: Reunião Ministerial do Grupo dos 77, incluindo a cooperação Sul-Sul (1994); Reunião dos Países Estruturais para CTPD (Chile, 1997); Fórum sobre Experiências de Cooperação (Okinawa, Japão, 1998); reuniões sobre CTPD do México (1999) e da Costa Rica (2000).

O G-77 continua sendo o ator global mais importante na cooperação Sul-Sul, como demonstram a Declaração da Cúpula do Sul e o Plano de Ação de Havana (2000), o Consenso de Teerã sobre a Cooperação Sul-Sul (2001), a Declaração de Dubai sobre C&T no Sul (2002), a Declaração e o Marco de Referência de Marrakech sobre a cooperação Sul-Sul (2003) e, finalmente, a Plataforma de Desenvolvimento para o Sul, com seu conjunto de princípios sobre a cooperação Sul-Sul, e o lançamento do Fundo do Sul para o Desenvolvimento e a Assistência Humanitária, em 2008 (G-77, 2010).

Começando na década de 1990, mas com acentuada proeminência na primeira década deste século, os países emergentes de renda média e renda média alta surgiram como atores políticos de relevo no cenário internacional e, por consequência, na cooperação Sul-Sul. Com o intuito de realçar

⁴ Ver The South Commission (1990), relatório que se tornou um clássico e uma referência mundial sobre o tema.

sua capacidade de intervenção positiva na política internacional, tais economias emergentes desenvolvem, em conjunto, fundos de investimento, programas de integração econômica, projetos de desenvolvimento, projetos de infraestrutura e políticas de internacionalização de suas empresas.

Assim, países como Brasil, China, Índia, Nigéria, África do Sul, Venezuela, entre outros, passaram a fazer investimentos econômicos produtivos, e em cooperação, em suas regiões ou em países africanos e asiáticos mais pobres, utilizando-se basicamente do chamado “poder brando” (*soft power*) diplomático (Nye, 1990), isto é, recursos de pessoal e tecnologias apropriadas na cooperação com países menos desenvolvidos, em vez dos tradicionais mecanismos de coerção política ou *manu militari* para impor sua presença. Trata-se, na realidade, de um processo de cooperação entre países econômica e politicamente mais semelhantes do que o estabelecido entre muitos dos países desenvolvidos e ricos e países pobres das referidas regiões.

A cooperação entre países em desenvolvimento lhes oferece maiores oportunidades de aprendizado e aproveitamento das lições aprendidas, uma vez que as condições de vida de suas populações são mais próximas, se comparadas às das dos países do Norte. Mas essa maior proximidade não chega a equiparar completamente os países em desenvolvimento, pois estes diferem amplamente no que se refere ao seu contexto social — que é heterogêneo não apenas entre os países, como também em seu interior — e à parcela de poder de que desfrutam no contexto global. Consequentemente, não parece apropriado supor que a cooperação Sul-Sul nunca seja vertical ou que as soluções encontradas em um país sejam inerentemente implementáveis nos demais e adequadas a eles, ou ainda que as questões de apropriação (*ownership*) e sustentabilidade não precisem ser preocupações constantes, como se tem apontado em relação à cooperação Norte-Sul.

Os arranjos regionais entre países vizinhos do hemisfério têm também papel fundamental na cooperação Sul-Sul. A Associação de Nações do Sudeste da Ásia (Asean),⁵ a União Africana e a Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (Nepad),⁶ no continente africano, a Comunidade

⁵ Ver <<http://www.aseansec.org>>. O Conselho de Ministros da Saúde da Asean atuou vivamente em conjunto nas epidemias de Sars e *influenza* aviária, duas ameaças exponenciais à saúde humana que se originaram exatamente na região.

⁶ Ver <<http://www.nepad.org>>. A Nepad desenvolve projetos nas áreas de segurança alimentar, abastecimento de água e saneamento, ambiente e mudanças climáticas, saúde e ciência e tecnologia (com inovações em saúde), todos com repercussões importantes no campo da saúde no continente africano.

Caribenha de Nações (Caricom),⁷ na região do Caribe, e a Unasul, na América do Sul, são alguns exemplos de cooperação Sul-Sul nos campos econômico e social ainda em pleno desenvolvimento, mas que devem ser acompanhados com atenção pelo potencial de realizações que oferecem. As soluções Sul-Sul são buscadas até mesmo em comunidades de países ligados por laços culturais, como o idioma, caso da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

É também importante apontar outro processo ora em alta, a cooperação Norte-Sul-Sul, ou seja, a “triangulação”, modalidade de cooperação técnica na qual dois países — um do Norte, outro do Sul — implementam ações conjuntas com o objetivo de prover capacitação profissional, fortalecimento institucional e intercâmbio técnico a um terceiro país do Sul. Finalmente, a crescente importância da cooperação Sul-Sul pode ainda ser aquilatada por três importantes eventos internacionais de alto nível realizados no transcorrer de 2009: a Reunião Plurianual de Especialistas sobre Cooperação Internacional, com foco na cooperação Sul-Sul e na integração regional, realizada por ocasião da reunião da Unctad, em fevereiro, em Genebra;⁸ a Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul (UN, 2009), realizada em Nairóbi, em dezembro; e, focando especificamente esse campo de políticas e práticas recém-inaugurado da diplomacia da saúde, com menções à cooperação Sul-Sul, a Reunião de Alto Nível do Conselho Econômico Social das Nações Unidas sobre Saúde Global, realizada em Genebra, em julho.

A cooperação Sul-Sul segundo o Brasil⁹

Um vastíssimo leque de iniciativas bilaterais e multilaterais compõe a participação do Brasil na cooperação Sul-Sul, principalmente nos anos 2000. Contudo, o tema ingressou formalmente na política externa brasileira em

⁷ Ver <<http://www.caricom.org>>. O Conselho de Ministros da Saúde e o Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social da Caricom têm desenvolvido importantes iniciativas conjuntas no controle de doenças, complementação assistencial e cooperação internacional em saúde.

⁸ Mais detalhes sobre a reunião encontram-se disponíveis em: <<http://ictsd.org/i/news/pontesquinzenal/40746>>.

⁹ Para compreender a abrangência da cooperação Sul-Sul na política externa brasileira, consultar *Desafios brasileiros na Era dos Gigantes*, do embaixador Pinheiro Guimarães (2006), até há pouco secretário das Relações Exteriores do Brasil.

1987, com a criação, no Ministério das Relações Exteriores, da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e de uma Coordenação Geral de Cooperação entre Países em Desenvolvimento (CGPD), com o objetivo de coordenar, negociar, aprovar, acompanhar e avaliar a cooperação para o desenvolvimento, em todas as áreas do conhecimento, recebida de outros países e organismos internacionais e aquela entre o Brasil e países em desenvolvimento (MRE, 2008).

Um dos atos mais emblemáticos da aliança política de países em desenvolvimento do Sul ocorreu em setembro de 2003, quando 20 países, liderados por Brasil, Índia e África do Sul, reagrupados sob a denominação G-20 e visando a confrontar a hegemonia dos Estados Unidos e da União Europeia no comércio e nas relações internacionais, colocaram em situação difícil a Conferência da Organização Mundial do Comércio (OMC) em Cancún, ao condicionarem qualquer acordo à supressão das subvenções que aqueles dois blocos concediam a seus agricultores.

A partir de 2004, a cooperação brasileira com países em desenvolvimento foi significativamente ampliada, pautando-se desde então pelas seguintes diretrizes: priorizar programas de cooperação técnica que favoreçam a intensificação das relações do Brasil com seus parceiros de maior interesse para a política exterior brasileira; apoiar projetos vinculados sobretudo a programas e prioridades nacionais de desenvolvimento dos países recipiendários; canalizar os esforços de CGPD para projetos de maior repercussão e âmbito de influência, com efeito multiplicador mais intenso; privilegiar projetos com maior alcance de resultados; apoiar, sempre que possível, projetos com contrapartida nacional e/ou com participação efetiva de instituições parceiras e estabelecer parcerias preferencialmente com instituições genuinamente nacionais (MRE, 2008).

À luz dessas orientações governamentais, a CGPD concentrou suas ações tomando por base as seguintes prioridades: a) compromissos assumidos em viagens do presidente da República e do chanceler; b) países da América do Sul; c) países da África, em especial os Palop, e Timor-Leste; d) demais países da América Latina e do Caribe; e) apoio à CPLP; e f) incremento das iniciativas de cooperação triangular com países desenvolvidos (através das respectivas agências) e organismos internacionais.

Nos últimos anos o Brasil fez do fortalecimento dos laços Sul-Sul um dos eixos mais importantes de sua política externa. Além de coliderar a criação do G-20, o país se encontra envolvido com outros blocos políticos

do Sul: o Mercosul, desde 1991; o Ibas, que inclui Índia, Brasil e África do Sul; um novo bloco regional, a União de Nações Sul-Americanas (Unasul), integrado por 12 países da América do Sul; e um bloco de base linguística, a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), constituído por oito nações, distribuídas em quatro continentes. O G-20, o Ibas, a Unasul e a CPLP vêm sendo apontados como prioridades da política externa brasileira, caracterizando essencialmente uma abordagem Sul-Sul da cooperação internacional do país.

Ainda no campo das alianças políticas do Sul, o Brasil teve participação decisiva na realização das cúpulas América do Sul-Países Árabes (Aspa), realizadas em Brasília, em 2005, e em Doha, em 2009, e América do Sul-África (ASA), realizadas na Nigéria, em 2006, e na Venezuela, em 2009. Bilateralmente, o Brasil e a União Africana estabeleceram um amplo acordo de cooperação técnica, assinado em 2007 e promulgado em 2009 (ACTB-UA, 2009). A integração nas Américas se expandiu para além do Mercosul e da Unasul, com as recentes realizações das cúpulas da América Latina e do Caribe sobre Integração e Desenvolvimento (Calc), no Brasil, em 2008, e no México, em 2010.

Outra vertente orientadora da cooperação foram as diversas missões do presidente da República a países da África, da Ásia e do Oriente Médio, que acabaram se traduzindo em diversos acordos bilaterais de cooperação, que, por sua natureza, se inscrevem no âmbito da cooperação Sul-Sul do Brasil. Os principais objetos de tal cooperação estão nas áreas de agricultura, saúde, educação e construção de institucionalidade.

A experiência do Brasil na cooperação Sul-Sul em saúde

O fator determinante para a “diplomacia da saúde” brasileira é o fato de, no Brasil, a saúde ser constitucionalmente um direito de todos e um dever do Estado. Isso fornece aos ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, que têm atuado em perfeita sintonia, um marco político de referência extremamente importante. O Brasil mantém ativa participação em organismos multilaterais da saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Na OMS, ocupou uma das 34 cadeiras do Comitê Executivo no triênio 2004-2007, sendo reeleito para o triênio 2008-2011. Por sua crescente importância política e econômica,

muitos temas de saúde, como a questão dos medicamentos, são tratados em agências como a OMC e a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (Ompi), nas quais o Brasil tem defendido claramente a predominância da saúde sobre o comércio e dos pacientes sobre as patentes.

Outros exemplos importantes dessa presença ativa do Brasil no campo da diplomacia da saúde são: a) a elaboração da Convenção-Marco para o Controle do Tabaco;¹⁰ b) a Declaração de Doha e o Acordo Trips e Saúde Pública; e c) a recente constituição do Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual no âmbito da OMS (WHO, 2008). Alcazar (2008) analisou as ações recentes do Brasil no campo da diplomacia da saúde, incluindo os eventos mencionados, classificando-as como um “giro copernicano”, na medida em que a política externa, na área de conexão entre comércio e saúde, passou a ser vista e priorizada pela lente e pelos interesses da saúde e não do comércio.

Dadas as cruciais necessidades sociais e de saúde dos países em desenvolvimento, é exatamente no campo da saúde que se encontram alguns dos principais programas da cooperação Sul-Sul do Brasil. Em reunião de embaixadores do Brasil na África central e Palop com o presidente da República, realizada em Brasília, em fevereiro de 2009, por exemplo, as demandas em saúde foram as mais reportadas pelos diversos postos nos 25 países da região.

A cooperação prestada na área da saúde é diversa, resultado principalmente das chamadas “demandas de balcão”, concentrando-se em doenças como malária e HIV/aids, geralmente respondidas pelas estruturas do Ministério da Saúde. Só mais recentemente foi levantada a questão da ação programática na cooperação em saúde e sua organização com base em diagnóstico compartilhado e respostas organizadas e pactuadas com os países parceiros.

O sistema de saúde brasileiro tem desenvolvido estratégias bastante eficazes e oportunas para o enfrentamento de situações socio sanitárias como as encontradas em muitos dos países em desenvolvimento que demandam apoios na área da saúde. Entre as principais experiências colocadas à disposição de países parceiros estão os Programas de Saúde da Família, de Imunizações e de Aids, a Rede de Bancos de Leite Humano e as Redes de Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas e Institutos Nacionais de Saúde. Outra área

¹⁰ Ver <<http://www.who.int/fctc/en/>>.

muito demandada é a doação de insumos para a saúde, como vacinas, soros, medicamentos, recursos para diagnóstico e equipamentos, que o Brasil tem disponibilizado a países mais necessitados, não só em situações de emergência e desastre, como também em programas regulares de cooperação.

A cooperação brasileira deriva da farta oferta de especialistas de qualidade que possui em quase todas as áreas da saúde, de sua importante capacidade de formação de recursos humanos e da vigorosa experiência das instituições componentes do sistema brasileiro de saúde. Com base em nosso próprio aprendizado como nação na área da saúde, em sua cooperação o Brasil opta por contribuir prioritariamente para a formação de recursos humanos e para o reforço dos sistemas de saúde dos países parceiros. O reforço aos sistemas de saúde passa pela criação e/ou fortalecimento das chamadas instituições estruturantes dos sistemas de saúde. Por “instituições estruturantes” entende-se, obviamente, a autoridade sanitária nacional (o Ministério da Saúde), além dos institutos nacionais de saúde, das escolas de formação de técnicos de nível médio, das escolas de saúde pública, dos institutos clínicos dedicados à atenção médica (casos dos institutos do Câncer, de Saúde da Mulher e da Criança e outros) e das graduações de profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas etc.).

Todo esse processo vem sendo chamado de “cooperação estruturante” (Almeida et al., 2009), porque é desenvolvida de forma abrangente e não como projetos isolados; planejada e executada em conjunto com as autoridades sanitárias e segundo as políticas de saúde dos países parceiros; e centrada na formação de recursos humanos e no reforço dos sistemas de saúde e suas instituições.

A cooperação em saúde no âmbito da CPLP: o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (Pecs)¹¹

A Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) é composta de oito Estados-membros: Brasil, nas Américas; Portugal, na Europa; Timor-Leste, na Ásia, e cinco países na África — Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe —, os Palops (Países Africanos

¹¹ Para mais detalhes sobre o Pecs/CPLP, ver Buss e Ferreira (2010b).

de Língua Oficial Portuguesa). Os países da CPLP têm grandes assimetrias entre si em termos não só de população, que variava entre 191,8 milhões no Brasil a 158 mil em São Tomé e Príncipe, como também de renda *per capita*, cuja variação ia de US\$ 18.950 em Portugal a apenas US\$ 200 na Guiné-Bissau e US\$ 320 em Moçambique. Em 2005, cerca de 50% das populações de Angola, Guiné-Bissau e Timor-Leste viviam abaixo da linha internacional de pobreza (US\$ 1,25/dia), chegando essa cifra a 75% em Moçambique (Unicef, 2009).

Também existem grandes variações nos indicadores de saúde e na expectativa de vida: em 2007, a mortalidade de menores de cinco anos era de 198 por mil em Guiné-Bissau, 168 por mil em Moçambique, 158 por mil em Angola e de apenas cinco por mil em Portugal; a expectativa de vida variava de cerca de 78 anos em Portugal e 72 no Brasil a menos de 45 anos em Angola, Guiné-Bissau e Moçambique. Embora tenham ocorrido melhorias nos indicadores de saúde dos Palops e de Timor-Leste desde 1990, ainda são pequenas se comparadas com as de outros países em condições socio sanitárias equivalentes (Unicef, 2009).

As condições nutricionais da população também são ruins, quando se consideram indicadores de desnutrição infantil, baixo peso ao nascer ou outros, bem como o acesso a serviços básicos de saúde, como vacinações, cobertura pré-natal ou parto assistido por profissionais de saúde. O acesso ao saneamento básico também é altamente deficiente nos Palops e em Timor-Leste, o que contribui para a manutenção das más condições de saúde (Unicef, 2009).

Os sistemas de saúde dos Palops e de Timor-Leste são ainda extremamente frágeis, com cobertura precária, número insuficiente de unidades de serviços, dificuldades de governança, pessoal insuficiente e mal pago e configuração tecnológica pouco adequada ao perfil epidemiológico. O gasto com saúde é mínimo, sequer cobrindo as necessidades básicas primárias. O apoio técnico e financeiro internacional torna-se, portanto, vital para o funcionamento dos sistemas de saúde dos Palops e de Timor-Leste.

Essas difíceis condições sociais e econômicas vividas pelos Palops e Timor-Leste, recém-saídos de conflitos internos graves,¹² que, em muitos casos, destruíram infraestruturas e dificultam a construção de institucionalidades e

¹² Em 2010, foram comemorados os 35 anos de independência de todos os Palops, que ocorreram imediatamente após a Revolução dos Cravos, em Portugal.

governança eficazes, inclusive na área da saúde, levaram os países-membros da CPLP a identificarem na saúde um campo propício à cooperação solidária e ao intercâmbio de experiências inovadoras.

A eleição da cooperação Sul-Sul entre os países da CPLP foi uma alternativa natural, facilitada, por um lado, pela questão idiomática (a imensa maioria dos profissionais de saúde dos Palops, por exemplo, fala exclusivamente português e idiomas nativos) e, por outro, pelas identidades políticas, ideológicas e culturais. Embora com recursos financeiros escassos, o diferencial na cooperação em saúde na CPLP tem sido a abundância de recursos humanos qualificados e a oferta de programas de pós-graduação em áreas críticas da saúde, como saúde pública, planejamento e políticas de saúde, saúde da mulher e da criança e doenças transmissíveis, em países como Brasil e Portugal.

O modelo operativo para a cooperação em saúde adotado pelos países da CPLP baseia-se no desenvolvimento compartilhado de um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (Pecs), que leva profundamente em conta a situação socio sanitária dos países, suas capacidades de resposta aos principais problemas encontrados e os recursos técnicos e financeiros existentes, que possam ser solidariamente colocados à disposição dos demais, num processo de cooperação comprometida com os princípios de apropriação, alinhamento e harmonização (CPLP, 2009).

A cooperação abrange sete eixos temáticos para a definição tanto de projetos prioritários quanto de metas a serem atingidas (CPLP, 2009): i) formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde; ii) informação e comunicação em saúde; iii) investigação em saúde; iv) desenvolvimento do complexo produtivo da saúde; v) vigilância epidemiológica e monitorização da situação da saúde; vi) emergências e desastres naturais; e vii) promoção e proteção à saúde. O plano encontra-se em plena execução, com a instalação de redes de instituições estruturantes e uma série de iniciativas, descritas com mais detalhes em Buss e Ferreira (2010b).

Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul na América do Sul: Unasul Saúde

Organizados anteriormente em dois principais blocos regionais — Mercosul e Comunidade Andina —, os 12 países da América do Sul agrupam-se agora na União de Nações Sul-Americanas (Unasul), criada formalmente

em maio de 2008, em Brasília, num momento de reafirmação democrática e de emergência de governos populares na maioria dos países da região. Alguns analistas consideram que esse bloco político regional representa o primeiro contrapeso genuíno ao poder político dos Estados Unidos no hemisfério. A emergência da Unasul no alvorecer do século XXI não é um evento fortuito; pelo contrário, sua criação foi precedida de diversas iniciativas, incluindo a Alalc/Aladi, o Pacto Andino (mais tarde Comunidade Andina de Nações), o Mercosul e a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (Otca), entre outras. O processo de integração na América do Sul não tem sido destituído, absolutamente, de conflitos internos aos países ou entre as nações participantes (Buss e Ferreira, 2010b).

A primeira reunião de chefes de Estado e de governo no Brasil, realizada na Costa do Sauípe (BA), em dezembro de 2008, culminou com diversas declarações políticas e com a constituição do Conselho Sul-Americano de Defesa e do Conselho Sul-Americano de Saúde, demonstrando, com este último, a prioridade do tema e da agenda da saúde para os líderes políticos da América do Sul. O Conselho de Ministros aprovou, em sua primeira reunião, a Agenda Sul-Americana de Saúde, que, desenvolvida por grupos técnicos compostos de funcionários de alto nível dos países, contempla os seguintes grandes temas:¹³

- elaboração da política sul-americana de vigilância e controle de eventos em saúde, antes “escudo epidemiológico sul-americano”;
- desenvolvimento de sistemas universais de saúde;
- promoção do acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e desenvolvimento do complexo produtivo da saúde na América do Sul;
- promoção da saúde e enfrentamento conjunto de seus determinantes sociais;
- capacitação de recursos humanos em saúde.

A realidade socio sanitária da América do Sul justifica tal agenda. Os países apresentam indicadores econômicos e de saúde bastante díspares,

¹³ Para mais detalhes sobre a reunião na Bahia, consultar <<http://www.unasur.org>>; e para questões de saúde, ver <<http://www.unasur-health.org>>.

sendo a Bolívia e a Guiana os que têm as taxas mais elevadas de mortalidade de menores de cinco anos. A expectativa de vida ao nascer também apresenta variações expressivas, sendo de 64-68 anos na Bolívia, 76 a 82 anos no Chile e de 73 a 80 anos no Uruguai. As variações de população e produto interno bruto *per capita* também são expressivas: Brasil e Argentina reúnem cerca de 60% da população, variando a renda de US\$ 2.580 na Guiana a mais de US\$ 12 mil na Argentina, no Chile e na Venezuela.

As doenças crônicas não transmissíveis predominam nos países da América do Sul, mas ainda persistem doenças transmissíveis, como a malária na Região Amazônica, a dengue e a tuberculose, que ainda representam problemas importantes, e bolsões de doença de Chagas e leishmaniose. As doenças controláveis por imunização têm recebido grande atenção dos ministérios da Saúde e apresentam taxas aceitáveis. Os sistemas de saúde ainda são precários, com estrutura e recursos humanos e tecnológicos inadequados para enfrentar a dupla carga de enfermidade existente e seus fatores de risco.

Os principais componentes da agenda incluem, entre outros, a constituição de uma rede sul-americana para a vigilância e o controle de eventos em saúde; a formação de recursos humanos de diversos níveis; a constituição de redes de instituições estruturantes dos sistemas de saúde; o Programa de Bolsas Unasul Saúde; a constituição do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags); o fortalecimento dos ministérios da Saúde a fim de que os sistemas permitam o acesso universal a serviços de saúde; e o fortalecimento do complexo produtivo da saúde na América do Sul. O Plano Quinquenal de Saúde 2010-2015 da Unasul foi aprovado pelo Conselho de Ministros em Cuenca, Equador, no mês de abril de 2010 e se encontra em pleno desenvolvimento, culminando com a inauguração do Isags em julho de 2011, no Rio de Janeiro (Buss e Ferreira, 2010b).

Esse grande arranjo intergovernamental chamado Unasul Saúde é um extraordinário exemplo de “cooperação Sul-Sul” (Ferreira e Buss, 2010b) e de “diplomacia da saúde” (Kickbusch et al., 2007; Buss, 2008) que os países da América do Sul e seus ministérios das Relações Exteriores e da Saúde estão desenvolvendo, associando a orientação técnica em saúde com o apoio do setor de relações exteriores, para abordar situações que transcendem as fronteiras nacionais e expõem os países a influências globais.

Reflexões finais

Na condição de partícipes ativos do processo de cooperação internacional em saúde como dimensão dinâmica da política externa brasileira, entendemos que os ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, apoiados em importantes instituições públicas nacionais, como a Fundação Oswaldo Cruz e diversas universidades, vêm realizando um trabalho de elevado grau de coerência, que se baseia em políticas e práticas identificadas com a cooperação Sul-Sul e, pelo caráter compartilhado entre os dois setores, com a diplomacia da saúde.

Tal trabalho, baseado explicitamente nos valores de solidariedade, amizade e complementaridade, concentra-se no compromisso com o desenvolvimento e a sustentabilidade dos parceiros. Para tanto, prioriza a chamada “cooperação estruturante em saúde”, que visa à colaboração na criação e/ou no fortalecimento e na sustentabilidade das instituições estruturantes dos sistemas de saúde, como são chamados os próprios ministérios da Saúde (autoridade sanitária nacional) e os institutos e escolas nacionais de saúde pública, escolas técnicas de saúde e institutos de atenção à saúde e pesquisa clínica, além das graduações nas profissões da saúde.

São atendidos prioritariamente os países integrantes da Unasul Saúde e os Palops (países lusofônicos da África), embora não sejam desconsideradas as demandas de outros países em desenvolvimento. As ações com os países prioritários são desenvolvidas na esfera bilateral, mas há também o trabalho conjunto nas organizações regionais multilaterais, casos da Unasul e da CPLP.

Para completar estas reflexões finais, é importante apontar também o que falta à cooperação internacional em saúde do Brasil. Cabe aperfeiçoar a coordenação das várias agências e atores que participam da cooperação brasileira setorial, que ainda trabalham de forma dispersa e descoordenada, não sendo incomum encontrar diversas missões atuando simultaneamente no mesmo país sem que uma conheça o que a outra faz. Esse papel caberia tanto ao Ministério da Saúde e ao Ministério das Relações Exteriores quanto às nossas embaixadas. Por outro lado, a saúde deve ser cada vez mais entendida como parte integrante da cooperação para o desenvolvimento. Não se alcança a saúde — produto eminentemente social e coletivo, além de biológico e individual — sem que sejam devidamente enfrentados seus determinantes sociais, o que só é possível com ações intersetoriais, que

devem ser propiciadas aos países pela cooperação brasileira, e também articuladas internamente.

Finalmente, nossa experiência mostra quão é difícil para a cooperação internacional a ausência de uma legislação brasileira a respeito. A regulação da cooperação brasileira é tarefa urgente, para que o país possa, com mais competência, cumprir o destino que lhe cabe como nação emergente na cooperação Sul-Sul e na diplomacia da saúde.

Bibliografia

ACTB-UA. Acordo de Cooperação Técnica Brasil-União Africana. 2009. Disponível em: <<http://www.dji.com.br/decretos/2009-006762/2009-006762.htm>>.

ALCAZAR, S. *The copernican shift in global health*. Geneva: The Graduate Institute, Global Health Programme Working Paper 3, 2008. Disponível em: <http://graduateinstitute.ch/webdav/site/globalhealth/shared/1894/Working%20Papers_003_WEB%20new%20version%2015062009.pdf>.

ALMEIDA, Célia et al. Brazil's conception of South-South "structural cooperation in health". In: *Innovating for the health of all*. Geneva: Global Forum for Health Research, 2009. v. 6, p. 199-107.

ASA. Cúpula América do Sul-África. 2010. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/asa/>>.

ASPA. Cúpula América do Sul-Países Árabes. 2010. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/aspa/>>.

BIRN, Anne-Emanuelle; PILLAY, Yogan; HOLTZ, Timothy H. International health agencies. In: *Textbook of international health*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2009. p. 62-63.

BLOOM, David E. Governing global health. *Finance & Development*, v. 44, n. 4, Dec.2007. Disponível em: <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2007/12/bloom.htm>>.

BROWN, A. et al. *The status of sector-wide approaches*. London: Overseas Development Institute, 2001. (Working Paper, 142.)

BUSS, Paulo M. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1575-1589, 2007.

_____. Global health and health diplomacy. *Journal of Public Health Policy*, n. 29, p. 467-473, 2008.

_____; FERREIRA, J. R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Reciis)*, v. 4, n. 1, 2010a.

_____; _____. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul Saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Reciis)*, v. 4, n. 1, 2010b.

CALC. I Cúpula da América Latina e do Caribe para Integração e Desenvolvimento. 2008. Disponível em: <http://www.mre.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=2227>.

_____. II Cúpula da América Latina e do Caribe para Integração e Desenvolvimento. 2010. Disponível em: <http://www.g-20.mre.gov.br/portugues/imprensa/nota_detalhe3.asp?ID_RELEASE=7860>.

CASSELLS, A. *A guide to sector-wide approaches for health development*. Geneva: WHO, 1997. Disponível em: <<http://www.eldis.org/go/topics/resource-guides/health-systems/health-sector-financing/sector-wide-approaches-swaps&id=11508&type=Document>>.

CPLP. Declaração do Estoril e Pecs/CPLP. 2009. Disponível em: <<http://www.cplp.org/Saúde.aspx?ID=353>>.

FAO (Food and Agriculture Organization). *The state of food insecurity in the world 2008*. 2008. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/011/i0291e/i0291e00.htm>>.

FIDLER, D. P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bull World Health Organ*, v. 79, n. 9, p. 842-849, 2001. G-77. Major documents. 2010. Disponíveis em: <<http://www.g77.org/doc/docs.html>>.

GARRET, L. The challenge of global health. *Foreign Affairs*, Jan./Feb. 2007. Disponível em: http://www.google.com.br/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4GGLR_enBR302BR302&q=laurie+garret+challenge+global+health>.

GOSTIN, Lawrence O.; MOK, Emily A. Grand challenges in global health governance. *British Medical Bulletin*, v. 90, p. 7-18, 2009.

GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. *Desafios brasileiros na Era dos Gigantes*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

HOBSBAWM, E. *Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HUTTON, G.; TANNER, M. The sector-wide approach: a blessing for public health?. *Bull WHO*, v. 82, n. 12, p. 893-894, Dec. 2004.

ILO (International Labor Organization)/WORLD COMMISSION ON THE SOCIAL DIMENSION OF GLOBALIZATION. *A fair globalization: creating opportunities for all*. Geneva: ILO, 2004.

KICKBUSCH, I.; SILBERSCHMIDT, G.; BUSS, P. M. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull WHO*, v. 85, n. 3, p. 230-232, 2007.

MDG AFRICA STEERING COMMITTEE. *Achieving the millennium development goals in Africa*. New York: MDG Africa, 2008. Disponível em: <<http://www.mdgafrica.org/pdf/MDG%20Africa%20Steering%20Group%20Recommendations%20-%20English%20-%20HighRes.pdf>>.

MINISTERS OF FOREIGN AFFAIRS OF BRAZIL, FRANCE, INDONESIA, NORWAY, SENEGAL, SOUTH AFRICA AND THAILAND. Oslo ministerial declaration — global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet*, n. 369, p. 1373-1378, 2007.

MRE (Ministério das Relações Exteriores). *Coordenação geral de cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CGPD)*. Brasília: MRE, 2008. Disponível em: <www.abc.gov.br/abc/abc_ctpd.asp>.

NYE, J. *Bound to lead: the changing nature of American power*. New York: Basic Books, 1990.

NYERERE, J. Chairman's preface. In: *The challenge to the South — the report of the South Commission*. New York: Oxford University Press, 1990.

OECD. Paris Declaration on Aids Effectiveness. 2005. Disponível em: <http://www.oecd.org/document/18/0,3343,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.html>.

THE SOUTH COMMISSION. *The challenge to the South — the report of the South Commission*. New York: Oxford University Press, 1990.

UN (United Nations). 3rd. High Level Forum on Aids Effectiveness: the Accra agenda for action. 2008a. Disponível em: <<http://www.oecd.org/document/>>.

_____. International Conference on Financing for Development: Doha declaration on financing for development. 2008b. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/ffd/doha>>.

_____. Conference on South-South Cooperation. 2009. Disponível em: <<http://southsouthconference.org>>.

UN/ECOSOC. Ministerial Declaration on Global Health. 2009. Disponível em: <<http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/index.shtml>>.

UNDP (United Nations Development Programme). United Nations Conference on Technical Cooperation among Developing Countries: the Buenos Aires plan of action. 1978. Disponível em: <http://tcdc.undp.org/knowledge_base/bapa_english1.html>.

_____. Forging a global South. 2004. Disponível em: <<http://tcdc.undp.org/TDCDpubl.asp>>.

UNICEF. *Situação mundial da infância 2009: Saúde materna e neonatal*. Brasília: Unicef, 2009.

WALFORD, V. *A review of health sector-wide approaches in Africa*. London: HLSP Institute, 2007.

WHO (World Health Organization). Cooperation policy focused on countries. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/countryfocus/en/>>.

_____. *Closing the gap in a generation — Commission on Social Determinants of Health final report*. Genève: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/final_report/en>.

_____. *World health statistics 2009*. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>>.

WHO/AFRO. *The health of the people — the African regional health report*. 2006. Disponível em: <http://www.afro.who.int/regionaldirector/african_regional_health_report2006.pdf>.

WORLD BANK. *Global monitoring indicators 2010*. Washington, DC: World Bank, 2010. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/news/world-development-indicators-2010-released>>

Sobre os autores

José Roberto Ferreira é doutor *honoris causa* da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), chefe da Divisão de Cooperação Internacional do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz e ex-diretor da Divisão de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

Paulo Marchiori Buss é professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz; ex-presidente da Fiocruz e membro titular da Academia Nacional de Medicina.

