

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



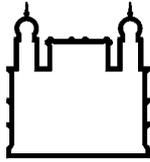
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**A saúde na agenda da política externa brasileira nos governos dos
presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio
Lula da Silva (2003-2010)**

por

Tayná Marques Torres Barboza

Orientador: Prof.Dr. Fernando A. Pires-Alves
Coorientadora: Prof. Dra. Leticia de Abreu Pinheiro



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“A saúde na agenda da política externa brasileira nos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010)”

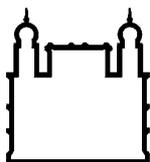
por

Tayná Marques Torres Barboza

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Fernando Antônio Pires Alves
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Leticia de Abreu Pinheiro*

Rio de Janeiro, agosto de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“A saúde na agenda da política externa brasileira nos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010)”

apresentada por

Tayná Marques Torres Barboza

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Miriam Gomes Saraiva

Prof.^a Dr.^a Celia Maria de Almeida

Prof. Dr. Fernando Antônio Pires Alves – Orientador principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

B239 Barboza, Tayná Marques Torres
A saúde na agenda da política externa brasileira nos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). / Tayná Marques Torres Barboza. -- 2014.
149 f.
Orientador: Pires-Alves, Fernando A.
Pinheiro, Leticia de Abreu
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
1. Saúde Mundial. 2. Política. 3. Cooperação Internacional. 4. Diplomacia em Saúde. 5. Construtivismo.
I. Título.
CDD - 22.ed. – 327.1

Para a minha mãe, que fez o mar trazer
“uma concha de presente pra me dar”.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz, por, liderando a produção de conhecimento em saúde no país, tornar possível a realização desse curso de Mestrado;

À Prof^a. Leticia Pinheiro, que, há alguns anos, me “falou rapidinho” sobre a política externa brasileira e me deixou com uma curiosidade inquietante, da qual o tempo ainda não deu conta;

Ao Prof. Fernando Pires-Alves, pela orientação dedicada, atenciosa, paciente e repleta de descobertas;

À Prof^a. Celia Almeida, cujo amor pelo que faz provoca não só admiração, mas também a consciência de que o caminho é longo e exigente;

À Gabriela Costa Chaves, por...“tanta coisa” que seria falha qualquer tentativa de menção aqui. Sem ela, esse trabalho não teria “nascido” nem como um pequeno projeto;

Ao Alexandre Menezes, que, com tanta compreensão e “diplomacia”, lidou com as minhas faltas, atrasos e cansaço em nosso trabalho para “essa tal de saúde global”;

Aos meus professores e colegas de curso, por terem feito dessa experiência algo muito gratificante.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo realizar o diálogo entre os temas de saúde e política externa a partir do caso brasileiro durante os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). Por meio da análise das diretrizes da política externa brasileira entre 1995 e 2010, busca-se identificar o porquê do processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa do país, considerando-se a hipótese de que a saúde era um tema de importância estratégica para o objetivo maior da diplomacia brasileira, qual seja a participação influente na política internacional. Para tanto, discute-se os conceitos de saúde global e diplomacia em saúde, as formas de interação entre a saúde e outras dimensões da política externa e o papel das ideias na formulação dessa política de acordo com a abordagem construtivista da Teoria de Relações Internacionais. Além disso, as mudanças político-administrativas nas estruturas do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores e as referências à saúde nos discursos políticos das autoridades brasileiras, especialmente dos presidentes da República, foram utilizadas para a ilustração do referido processo de institucionalização. A articulação significativa entre essas pastas ministeriais e a proeminência do Ministério da Saúde nas políticas internacionais em saúde também são analisadas na evolução da diplomacia em saúde do Brasil e sua projeção como uma referência global em saúde. Nota-se o fortalecimento do tema da saúde na agenda da diplomacia brasileira, apesar das diferenças nos estilos de política externa dos presidentes mencionados.

Palavras-chave: Política Externa Brasileira; Agenda de Política Externa; Saúde Global; Diplomacia em Saúde; Construtivismo.

ABSTRACT

This study explores the dialogue between health and foreign policy under the administrations of Presidents Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) and Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). Through an analysis of the contours and priorities of Brazilian foreign policy between 1995 and 2010, it aims to identify the reasons of the process through which health issues were institutionalized as part of the Brazilian diplomatic agenda. Specifically, it sets out the hypothesis that health is a topic of strategic importance to the primary goal of Brazilian foreign policy, which is influential participation in international politics. To this end, the research discusses the concepts of global health and health diplomacy, interaction between health and other dimensions of foreign policy, and the role of ideas in the formulation of this policy in accordance with the constructivist approach of International Relations Theory. Moreover, the political and administrative changes in the structures of the Ministries of Health and Foreign Affairs, as well as references to health in Brazilian political discourse, especially that of the presidents of the Republic, were employed to illustrate the process of institutionalization. The significant link between these Ministries and the prominence of the Ministry of Health in international health policies are also analyzed in the evolution of Brazil's health diplomacy and the country's projection as a global health leader. Despite the differences in styles of foreign policy between Fernando Henrique Cardoso and Lula da Silva, the importance of health as a part of Brazil's foreign policy agenda was significant over the period examined.

Key-words: Brazilian Foreign Policy; Foreign Policy Agenda; Global Health; Health Diplomacy; Constructivism.

LISTA DE SIGLAS

ABC - Agência Brasileira de Cooperação

AISA - Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde

ALCA - Área de Livre Comércio das Américas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BRIC - grupo formado por Brasil, Rússia, Índia e China

CASA - Comunidade Sul-Americana de Nações

CEBRI - Centro Brasileiro de Relações Internacionais

CPLP - Comunidade de Países de Língua Portuguesa

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECOSOC - Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas

Far-Manguinhos - Instituto de Tecnologia em Fármacos

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GATT - Acordo Geral de Tarifas e Comércio

GAVI - Aliança Global para Vacinas e Imunização

G-4 - grupo formado por Brasil, Alemanha, Índia e Japão

G-20 Comercial - grupo formado por países em desenvolvimento junto à Organização Mundial do Comércio

HIV/Aids - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IBAS - Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul

INCA - Instituto Nacional do Câncer

ISAGS - Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde

MERCOSUL - Mercado Comum do Sul

MINUSTAH - Missão da Organização das Nações Unidas para Estabilização do Haiti

MRE - Ministério das Relações Exteriores

OMC - Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONI - Órgão de Negociação Intergovernamental

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PEPFAR - Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da Aids

PMDR - Países de Menor Desenvolvimento Relativo

PRODIRS - Programa de Difusão e Intercâmbio Sobre a Reforma Sanitária

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS - Sistema Único de Saúde

TRIPS - Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio

UNAIDS - Programa da Organização das Nações Unidas de Combate à Aids

UNASUL - União de Nações Sul-Americanas

UNITAID - Central Internacional de Compra de Medicamentos

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Diplomacia em Saúde e o Construtivismo das Relações Internacionais:	
Abordagem Teórica e Notas Metodológicas	23
2.1. Os conceitos de saúde global e diplomacia em saúde	23
2.2. O diálogo entre política externa e saúde	29
2.3. O construtivismo e a saúde	41
2.4. Notas metodológicas	50
3. Política Externa Brasileira e a Aspiração Internacional do Brasil	52
3.1. Fundamentos de política externa	52
3.2. A política externa brasileira do governo de Fernando Henrique Cardoso e a saúde	57
3.3. A política externa brasileira do governo de Luiz Inácio Lula da Silva e a saúde	70
3.4. A busca de liderança no cenário internacional	80
4. A Institucionalização da Saúde na Agenda da Política Externa Brasileira	85
4.1. A diplomacia em saúde do Brasil	86
4.2. Saúde e política externa brasileira: o nível político-administrativo	97
4.3. Saúde e política externa brasileira: o nível do discurso oficial	104
4.4. Diplomacia brasileira e saúde: fortalecimento em diferentes estilos de política externa	114
5. Conclusão	118
Referências Bibliográficas	126
Anexo A – Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde	140
Anexo B – Declaração de Oslo	142
Anexo C – Organograma do Ministério das Relações Exteriores	149

1 – Introdução

A Política Externa Brasileira no século XX tem como característica central a busca de recursos de poder, capazes de garantir a autonomia do país no cenário internacional, e de desenvolvimento econômico. Com o fim da Guerra Fria e o início da globalização contemporânea, verifica-se a formação de blocos econômicos e uma nova forma de assimetria entre o centro do capitalismo e sua periferia, em um contexto de influência da ideologia neoliberal e da superioridade militar dos Estados Unidos. Para a diplomacia brasileira, historicamente caracterizada pelos princípios da continuidade, da soberania¹, da não intervenção, do multilateralismo e da solução pacífica de controvérsias, esse era um cenário desafiador. Nas palavras de Cervo & Bueno (2011, p.487), “à primeira vista, parece haver-se perdido o rumo que por sessenta anos havia impresso racionalidade e continuidade à política exterior de um Estado que buscava obstinadamente a promoção do desenvolvimento nacional”.

A década de 1990 marca um período de mudanças nas diretrizes que orientavam a política externa brasileira. Buscava-se, fortemente, uma atuação ativa e autonomista. Segundo Hirst & Pinheiro (1995) foram estabelecidas, a partir da candidatura de Collor de Mello à Presidência da República (1989), três metas para a diplomacia brasileira: a) atualizar a agenda da política externa de acordo com as novas questões do cenário internacional; b) desenvolver uma agenda positiva com os Estados Unidos e; c) descaracterizar o perfil terceiro-mundista do Brasil. Apesar da existência de diretrizes gerais, era bastante perceptível, nesse momento da história das relações internacionais do Brasil, a falta de homogeneidade na configuração das orientações políticas. Além das discordâncias internas entre seus profissionais, o Itamaraty, instituição que historicamente desfruta de certo prestígio nacional, enfrentava outros desafios que enfraqueciam sua atuação na medida em que questões econômicas, por exemplo, como as de alfândega, finanças externas e abertura empresarial, eram repassadas para as autoridades econômicas (Cervo & Bueno, 2011).

Segundo Letícia Pinheiro (2004), o governo Collor de Mello (1990-1992) apresentou a aplicação de dois paradigmas da política externa brasileira – o

¹ No estudo da disciplina de Relações Internacionais, a ideia de “soberania” é um conceito central e que provoca múltiplas e intensas discussões sobre os direitos, deveres e formas de atuação de um país. Sumariamente, significa “qualidade do Estado de ser politicamente independente de todos os outros Estados”, segundo Jackson & Sorensen (2007, p.21).

americanismo e o globalismo². Em um primeiro momento, Collor apostou na “modernização pela internacionalização”, tentando aplicar o modelo americanista para a inserção competitiva do Brasil na economia mundial e para o aumento da credibilidade internacional do país, o que se daria por meio da adesão aos regimes internacionais de comércio e da defesa de novos temas, como meio ambiente e direitos humanos. Não conseguindo os resultados esperados na renegociação da dívida externa brasileira e a tão almejada entrada no mundo dos países desenvolvidos, Collor decidiu retomar alguns aspectos do globalismo, em um segundo momento de sua política externa (Pinheiro, 2004). Seguindo o paradigma do globalismo, no contexto de preparação para a Rio-92, o Itamaraty recuperou parte da sua proeminência na formulação de política externa. Os temas que estavam em voga na agenda internacional – democracia, direitos humanos, meio ambiente, saúde, liberalização econômica – eram as áreas em que os países em desenvolvimento apresentavam grandes dificuldades, corroborando a necessidade do diálogo entre múltiplas parcerias.

Já no governo de Itamar Franco (1992-1994), liberalização econômica e autonomia eram dois objetivos que se articulavam mais intensamente, continuando o processo de redefinição das estruturas conceituais da política externa brasileira, iniciado nos primeiros anos da década de 90. Buscou-se a reafirmação da não proliferação nuclear, o fortalecimento das relações com os Estados Unidos, o aprofundamento da integração regional e maior ativismo nos fóruns multilaterais (Bernal-Meza, 2002). No seu breve governo, a política externa brasileira teria expressado “uma tentativa de conjugar a permanência do país no rumo da liberalização econômica com a manutenção de uma margem de segurança na condução autônoma de seus interesses” (Pinheiro, 2004, p.60).

² No paradigma americanista, os Estados Unidos da América representam a grande referência para a política externa brasileira. Pelo Americanismo Pragmático, o Brasil se aproxima dos EUA com a intenção de alcançar o seu interesse nacional, dispensando questões ideológicas. Já pelo Americanismo Ideológico, o país considera que essa aproximação é o que há de mais correto, mesmo que o Brasil não se beneficie dessa relação, como ocorreu nos governos Dutra (1946-51) e Castelo Branco (1964-67). No Globalismo, as parcerias são múltiplas e diversificadas, como demonstram os períodos da Política Externa Independente (1961-64, Governos dos Presidentes Jânio Quadros e João Goulart) e do governo Geisel (1974-79). Classificando o sistema internacional como anárquico, no qual os Estados são inimigos uns dos outros, está o globalismo hobbesiano; o grotiano, por sua vez, se faz presente quando há o reconhecimento da regulação normativa nas relações entre os Estados, mesmo no cenário da anarquia (Pinheiro, 2004).

De forma geral, a diplomacia brasileira, a partir dos anos 90, passou a construir, na sua atuação internacional, a relação entre desenvolvimento e temas globais. A título de exemplo, Cervo & Bueno (2011, p.490) apontam que durante a Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92), o Brasil defendeu veementemente, diante das preocupações ecológicas, o curso do desenvolvimento, que também foi associado a questões de direitos humanos na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena, em 1993. No mesmo sentido, as discussões brasileiras na Organização Mundial do Comércio (OMC) propunham um sistema regulacional que não beneficiasse somente os países mais desenvolvidos. Nesse contexto de defesa do desenvolvimento, a saúde emerge como um “novo tema” de importância estratégica para a política externa brasileira, sendo identificada como um instrumento na busca de maior inserção do país na política internacional. Ecologia, liberalismo econômico, direitos humanos, saúde, multilateralismo comercial e fluxos de capitais eram novos temas que faziam parte da agenda da globalização e, nesse momento, também da diplomacia brasileira.

Segundo Cervo & Bueno (2011), os resultados da aplicação das diretrizes do Consenso de Washington³, no início dos anos 90, não foram positivos para o Brasil, uma vez que facilitaram a remessa de renda ao exterior e aprofundaram a dependência estrutural do país, agravando a sua sujeição à especulação financeira internacional. Segundo os autores, o país diminuiu salários e benefícios do Estado de bem-estar, privatizou empresas públicas e vendeu-as às empresas estrangeiras para abater a dívida externa, reduziu a participação do Estado nos investimentos produtivos e realizou políticas de rigidez fiscal. Assim, apesar dos benefícios oriundos da modernização e de uma maior produtividade, esses processos implementados pelo Brasil nos anos 90 não redundaram em uma melhor inserção internacional do país em condições de competitividade. A crítica desses autores está centrada, portanto, na adoção ideológica do neoliberalismo, especialmente no governo de Fernando Henrique Cardoso, o que

³ O termo Consenso de Washington foi cunhado pelo economista John Williamson, em 1989, para referência às diretrizes do Banco Mundial quanto às mudanças político-econômicas que deveriam ser implementadas pelos países em desenvolvimento no pós Guerra Fria, como privatizações, controle de contas públicas, desregulamentação e abertura aos mercados internacionais, defendendo, assim, a redução da participação do Estado na condução da economia. Ambos os mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso, que dispunha da credibilidade internacional alcançada com o ajuste macroeconômico e a estabilidade monetária do Plano Real, de 1994, foram marcados por essas diretrizes. Para mais informações sobre o Consenso de Washington, ver o *website* do Banco Mundial, disponível em: <www.worldbank.org>. Acesso em: 05 Maio 2014.

teria enfraquecido o poder de negociação da política externa brasileira, além de comprometer o desempenho do comércio exterior.

Entendendo a década de 90 como um período no qual foram introduzidas mudanças significativas na agenda da política externa brasileira, a partir de um cenário internacional que apresentava desafios e requeria, dos países, novas formas de atuação diplomática, o presente trabalho discute o processo de institucionalização do tema da saúde nessa agenda, no período 1995-2010, buscando relacioná-lo aos contextos internacionais que contribuíram para isso. Sabe-se que, desde os anos 70, os temas sociais influenciavam a formulação das políticas domésticas e dispunham dos esforços de diversos movimentos sociais brasileiros (Doimo & Rodrigues, 2003; Adorno, 1992). Reconhecendo que a diplomacia pressupõe o diálogo entre fatores internos e externos, os propósitos dessa pesquisa, no entanto, atêm-se à análise do contexto internacional e sua influência na formulação da agenda da política externa brasileira, assim como nas relações entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde e no fortalecimento da atuação internacional deste.

Portanto, os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) são analisados no que concerne à formulação de suas políticas externas, com a identificação dos interesses, dos atores, dos mecanismos e dos projetos que estiveram presentes em suas atuações internacionais na área da saúde. Tendo a corrente construtivista da Teoria de Relações Internacionais como a diretriz teórica, é observado o papel das ideias para o processo de institucionalização da saúde como um tema da política externa brasileira. Pretende-se contribuir para o conhecimento acerca da relação entre diplomacia e saúde, tema de literatura ainda escassa na disciplina de Relações Internacionais e de apresentação incipiente, mas crescente, nos documentos e relatórios dos órgãos governamentais brasileiros, como o Ministério da Saúde, a Agência Brasileira de Cooperação e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Analisando a emergência e o desenvolvimento do tema de Direitos Humanos no pós-Segunda Guerra Mundial na Europa e nos Estados Unidos, Sikkink (1993) observa que as ideias têm impactos diretos na formulação de políticas, no sentido de remodelar os entendimentos governamentais sobre os interesses nacionais. A autora aponta, por exemplo, que as políticas de direitos humanos venceram a oposição de membros importantes da administração do presidente norte-americano Ronald Reagan (1981-

1989) devido à institucionalização das ideias acerca dos direitos humanos na política externa de seu país. No presente trabalho, entende-se que o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa brasileira entre 1995 e 2010 atendeu ao interesse do Brasil de exercer um papel influente na política internacional, seguindo, para tanto, o discurso internacional que, durante os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, destacava a importância de políticas em saúde para o atendimento às necessidades das populações, como, por exemplo, expressamente declarado em pelo menos três dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos em 2000, pela Organização das Nações Unidas. O fundamento da política norte-americana para o tema de Direitos Humanos, segundo Sikkink (1993), foi o entendimento de que violações aos direitos humanos são um tema legítimo para a agenda de política externa. Da mesma forma, a saúde foi entendida, pelos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, como tema essencial e legítimo da política externa, tendo em vista a aspiração brasileira de influência no cenário internacional, no qual o desenvolvimento de políticas em saúde era debatido.

Nesse sentido, analisando o papel das ideias na formulação da política externa brasileira e o debate internacional sobre o tema da saúde, o presente trabalho procura responder à seguinte questão: por que os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva consideraram estratégico formalizar o tema da saúde na agenda da política externa brasileira? Tem-se a hipótese que o discurso global conferia legitimidade ao tema da saúde, fazendo com que atuar nessa área representasse, para o Brasil, a viabilização do objetivo central de sua política externa, qual seja o de fazer do país um ator relevante na política internacional. O fundamento teórico dessa discussão está na premissa construtivista de que o contexto no qual se encontram impacta fortemente o comportamento dos atores e suas percepções sobre si mesmos e os outros, uma vez que as ideias são socialmente construídas.

Segundo Vigevani & Cepaluni (2007), Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva são representantes de tradições diplomáticas brasileiras diferentes, mas têm como objetivo comum o desenvolvimento econômico do país, de modo a preservar a autonomia política. A política externa de Fernando Henrique Cardoso foi caracterizada, principalmente, pela intenção de abrir o Brasil ao mundo, aprofundando a participação do país nos diversos fóruns decisórios multilaterais, como a Organização das Nações

Unidas e a Organização Mundial do Comércio, em que os novos temas da agenda global estavam sendo discutidos. O Brasil era então entendido como país intermediário, com recursos de poder limitados, e que deveria preservar sua autonomia por meio da adesão às normas de regulação internacional, evitando, assim, assumir papéis que acarretassem grandes responsabilidades ou maiores riscos (Pinheiro, 2004). Temas como os de direitos humanos e desenvolvimento sustentável foram defendidos por esse governo, que também advogava por maior transparência nos processos internacionais de decisões, assim como maior democratização nos regulamentos e organizações internacionais (Vigevani & Cepaluni, 2007).

A partir da revisão da bibliografia, é possível afirmar que a política externa de Fernando Henrique Cardoso ressaltava a importância da cooperação regional e entendia o MERCOSUL - união aduaneira criada em 1991 pelo Tratado de Assunção e que adquiriu personalidade jurídica internacional pelo Protocolo de Ouro Preto em 1994 - como um meio de promoção da liderança brasileira. Esse presidente conferia ênfase ao direito internacional em sua defesa do multilateralismo, reconhecendo a assimetria de poder no cenário internacional e buscando negociações diretas com os países desenvolvidos. Segundo Vizentini (2005), as diretrizes prioritárias do governo Fernando Henrique foram a intensificação da integração regional, em especial o MERCOSUL; a defesa da estratégia de diversificação de parceiros nas relações bilaterais e; a atuação nas organizações econômicas multilaterais, principalmente na OMC.

No que se refere ao período do presidente Lula da Silva, é possível afirmar que uma das ideias primordiais de seu governo não foi se abrir ao mundo, como Fernando Henrique Cardoso propunha, mas abrir o espaço do Brasil no mundo. No novo milênio, uma nova fase da globalização se inicia, na qual o neoliberalismo perde importância na periferia e os países emergentes fortalecem suas alianças com vistas a “democratizar” as estruturas assimétricas da globalização. Nesse cenário, o governo de Lula da Silva apostou na redistribuição do poder nas relações internacionais, oficializando o tema da saúde em uma agenda de política externa mais ativa e relevante para o enfrentamento de desafios globais, como, por exemplo, HIV/Aids, malária, desnutrição infantil e fome.

A expansão dos negócios brasileiros por meio do comércio internacional e da internacionalização de empresas brasileiras, o fortalecimento da influência política sobre o ordenamento global e o liberalismo de mercado baseado na ideia de reciprocidade foram alguns dos objetivos da política externa do presidente Lula da

Silva, de acordo com Cervo & Bueno (2011). Seu governo defendia maior equilíbrio entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos, assim como maior protagonismo do Brasil em relações multilaterais e bilaterais, em prol da construção de um melhor intercâmbio político, tecnológico, econômico e cultural com outros países, especialmente os em desenvolvimento. A característica central da diplomacia brasileira nesse governo consiste na defesa da interdependência, ou seja, da reciprocidade no diálogo internacional, considerando os interesses dos diversos atores e os múltiplos espaços de negociação (Cervo & Bueno, 2011). A partir dessa percepção, o país fortalecia a inclusão de temas sociais, como a saúde, nas discussões internacionais.

É possível dizer que a relação entre saúde e política externa, no Brasil, desperta otimismo em alguns especialistas, como Buss & Ferreira (2011a) demonstram em seus próprios termos:

[...] 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 [...] (Buss & Ferreira, 2011a, p.261).

Segundo Cabral et al. (2013), a aliança entre saúde e política externa, no Brasil, também é um fato indiscutível na política contemporânea e está em consonância com os interesses da política externa, sendo um mecanismo importante para a promoção dos interesses e da imagem do país no cenário internacional e no debate global sobre a saúde. Nas palavras desses autores⁴:

[...] O Brasil adota abertamente a noção de "diplomacia da saúde", o que significa que a cooperação em saúde pode ser informada pelos objetivos internacionais em saúde, seguindo o reconhecimento de que,

⁴ No arquivo original, em Inglês: “Brazil openly adopts the notion of ‘health diplomacy’ which implies that health cooperation can be informed by international health objectives, following the recognition that, in a globalised world, national health problems need to be dealt with in cooperation with international entities. To this respect, some authors have taken the view that Brazil uses its health cooperation programme as a ‘soft-power tool’ to influence the global health debate, but also to promote its foreign policy interests” (Cabral et al., 2013, p.5).

em um mundo globalizado, desafios nacionais em saúde precisam ser enfrentados em cooperação com atores internacionais. A esse respeito, alguns autores consideraram que o Brasil utiliza o seu programa de cooperação em saúde como uma “ferramenta de soft power” para influenciar o debate da saúde global e promover os interesses de sua política externa [...] (Tradução livre).

Política externa brasileira e saúde são temas que dialogam, de forma significativa e em processo de institucionalização, desde o governo de Fernando Henrique Cardoso, e especialmente com o início da gestão do presidente Lula da Silva. Entre 1995 e 2010, os números de projetos internacionais do Brasil em saúde cresceram em volume, recursos financeiros, atores envolvidos e temas abordados, assim como a participação e a influência do país nos fóruns e iniciativas multilaterais, a frequência e a consistência dos discursos políticos oficiais em defesa da saúde e o envolvimento das instituições político-administrativas nacionais no tratamento do tema da saúde. Diante dessa realidade, faz-se clara a necessidade de maior pesquisa sobre a relação entre saúde e diplomacia.

Nesse sentido, o trabalho possibilita a sistematização da evolução do tema da saúde na agenda da política externa brasileira, o que, até o momento, encontra-se, em boa medida, fragmentado em múltiplos relatórios dos ministérios e das agências nacionais. Da mesma forma, a literatura acadêmica que trata da relação entre saúde e diplomacia brasileira ainda é dispersa, apresentando informações nem sempre compatíveis, o que confirma a necessidade de pesquisas que visem à promoção do diálogo entre as diversas fontes de consulta. Nos marcos da disciplina de Relações Internacionais, o trabalho apresenta a relevância e a complexidade da relação entre saúde e política externa no período 1995-2010, contribuindo para maior conhecimento acerca desse incipiente e promissor campo de estudo.

O objetivo central do trabalho consiste em estabelecer relações entre as áreas da política externa brasileira e da saúde, oferecendo, no que se refere ao período entre 1995 e 2010, o histórico dessa relação, assim como razões, atores, interesses e mecanismos institucionais envolvidos. Como objetivos específicos, o trabalho apresenta: a) identificar o discurso global que legitimava a saúde como um tema de política externa entre 1995 e 2010; b) discutir a relação entre saúde e influência no cenário internacional, analisando a evolução da política externa do Brasil e; c) analisar as formas de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa brasileira.

Como indicado, a perspectiva teórica que norteia a presente análise é a corrente construtivista da teoria de Relações Internacionais. Sendo a corrente que mais cresce nessa área de estudo, o construtivismo se destaca por compreender o comportamento dos Estados Nacionais, e de outros atores da política internacional, por meio do papel das ideias, das regras e das instituições no cenário internacional. De acordo com Nogueira & Messari (2005, p.17), “o construtivismo devolve aos atores a capacidade de definir os contornos do mundo que os cerca, rejeitando o determinismo dos enfoques estruturalistas, sem cair, contudo, no idealismo da velha escola liberal”. Nicholas Onuf, Friedrich Kratochwil e Alexander Wendt são os principais representantes das vertentes mais completas do construtivismo⁵.

O livro “*World of Our Making – Rules and Rule in Social Theory and International Relations*”, de Nicholas Onuf, foi a primeira obra do construtivismo, de 1989, seguido pelo artigo de Alexander Wendt, publicado em 1992 e intitulado “*Anarchy is What States Make of It*”. A ideia central dos estudos construtivistas, que se fortaleceram ao longo da década de 90, é a de que os seres humanos vivem em um mundo socialmente construído e no qual são os principais protagonistas. Esse mundo está em permanente construção, ou seja, não é predeterminado e é passível de transformações realizadas pelos próprios atores, que, assim, se configuram como agentes e, em processos de comunicação, formulam seus interesses e preferências.

A discussão construtivista sobre o papel das ideias e das normas na política internacional é de especial importância para esse trabalho, uma vez que o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa do Brasil ocorreria a partir da percepção de que esse processo atenderia ao objetivo da diplomacia brasileira de maior influência no cenário internacional. Dessa forma, o país participaria ativamente da discussão global em saúde, como ilustrado na questão das patentes no período de Fernando Henrique Cardoso e na busca pelo alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no de Luiz Inácio Lula da Silva. Os estudos construtivistas consideram que as circunstâncias internacionais e domésticas, ou seja, as normas, as percepções e as expectativas de comportamento que prevalecem nesses

⁵ Nogueira e Messari (2005, p.185) ressaltam que é muito difícil falar em um só construtivismo. Para eles, “a definição do construtivismo como baseado no fato de que a realidade – e o conhecimento que formulamos em relação a essa realidade – é socialmente construída é tão ampla que pode incluir até pós-modernos e pós-estruturalistas”.

níveis, influenciam o que os Estados e seus agentes fazem na arena da política externa e a forma com que consideram a si mesmos e aos outros (Rittberger, 2004).

Dessa forma, sem deixar de reconhecer a existência de uma “realidade lá fora”, ou seja, de um mundo material, Wendt (1992) defende a centralidade das ideias em sua teoria, uma vez que essa realidade material é socialmente construída pelas ideias e os valores dos agentes que a constroem em processos contínuos. Tanto Fernando Henrique Cardoso quanto Lula da Silva são representantes da diplomacia presidencial⁶, cada um à sua maneira, e corroboram o argumento de que ideias e percepções influenciam o comportamento dos Estados Nacionais. Suas percepções distintas, desenvolvidas em conjunto com suas respectivas equipes diplomáticas, sobre os constrangimentos e oportunidades internacionais, os levaram a agir de forma diferente na busca por uma participação influente do Brasil no cenário internacional.

Dessa forma, o trabalho discute a relação entre o debate internacional e a formulação da agenda de política externa brasileira referente à institucionalização do tema da saúde, a fim de indicar pelo o que esse processo foi motivado nos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva. O segundo capítulo, predominantemente teórico, apresenta a discussão em torno dos conceitos presentes na articulação entre saúde e política externa, assim como as formas em que essa articulação se dá. Para tanto, é destacada a corrente construtivista da Teoria de Relações Internacionais, com ênfase nas obras desenvolvidas por Alexander Wendt. Assim, é apresentada a relevância desses estudos para a compreensão do diálogo entre saúde e política externa brasileira e, ao final, notas metodológicas são apresentadas.

O terceiro capítulo oferece as diretrizes gerais das políticas externas dos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, ressaltando as diferenças nos estilos de política externa desses presidentes e suas atuações internacionais na área da saúde. Alguns fundamentos do estudo e da formulação de política externa são apresentados, assim como a ideia de que uma

⁶ Segundo Sérgio Danese (1999, p.51), o conceito de “Diplomacia Presidencial” consiste na “condução pessoal de assuntos de política externa, fora da mera rotina ou das atribuições ex-officio, pelo presidente, ou, no caso de um regime parlamentarista, pelo chefe de estado e/ou pelo chefe de governo”. O autor identifica quatro níveis de diplomacia presidencial, de acordo com a intensidade do envolvimento do presidente nos processos de tomada de decisão em uma ação de política externa. Em todos eles, o chefe do Poder Executivo tem maior participação como formulador e/ou porta-voz da política externa, sendo a diplomacia presidencial um instrumento valioso e complexo, tanto de política externa quanto de interna e que não se resume a uma diplomacia de visitas e encontros.

participação influente no cenário internacional consiste no objetivo central da diplomacia brasileira. Já no quarto capítulo, são observados os mecanismos político-administrativos que evidenciam o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa do Brasil, além dos discursos oficiais de autoridades brasileiras, no âmbito internacional, em defesa da saúde e de seu diálogo com as atividades diplomáticas nacionais e internacionais. Nessa seção do trabalho, são descritos e analisados os contextos e modos de interação entre saúde e diplomacia brasileira no período 1995-2010. Finalmente, a conclusão oferece a sistematização dos pontos centrais desenvolvidos ao longo do trabalho, explicitando a contribuição da presente pesquisa para a compreensão da relação entre o tema da saúde e a agenda da política externa brasileira.

2 – Diplomacia em Saúde e o Construtivismo das Relações Internacionais: Abordagem Teórica e Notas Metodológicas

No presente capítulo, por meio da revisão da literatura acadêmica, serão apresentadas as principais noções contidas nos conceitos de *saúde global* e *diplomacia em saúde*⁷. As obras de autores como David Fidler (2003;2005;2009), Ilona Kickbusch (2009;2010), Michelle Gagnon (2012), Ronald Labonté (2010), Paulo Buss (2011), José Roberto Ferreira (2010) e Celia Almeida (2010), entre outros, além de constituírem-se em referências para a explicitação dessas definições, também serão utilizadas para a análise e a discussão do diálogo entre saúde e política externa. Em seguida, a teoria construtivista da disciplina de Relações Internacionais e os argumentos de Alexander Wendt, em especial, serão relacionados a esse diálogo, no sentido de aprofundar a compreensão de saúde global e diplomacia em saúde na perspectiva do conceito de construção social. Ao final, notas metodológicas esclarecerão as escolhas da pesquisa. Dessa forma, pretende-se mostrar que, apesar das numerosas indagações e o estágio inicial dos estudos nessa área, o tema da saúde é parte integrante das políticas externas no mundo contemporâneo, o que exige a elaboração de uma abordagem teórica capaz de lidar com sua complexidade.

2.1 – Os conceitos de saúde global e diplomacia em saúde

Desde o Pós-Segunda Guerra Mundial, se fortalece a percepção de que as questões em saúde são públicas, transcendem as fronteiras nacionais, não são restritas a propósitos comerciais e requerem ações de alcance global. Essas questões possuem implicações econômicas, sociais e políticas, fazendo da saúde, especialmente a partir

⁷ O crescimento da discussão sobre saúde e política externa no mundo contemporâneo, alcançando as esferas acadêmica, governamental e não governamental, deu origem ao termo “diplomacia da saúde”, que, no presente trabalho, será referido como “diplomacia em saúde”, visto que a ideia consiste em discutir a relação entre saúde e política externa sem aderir à proposição de que há uma diplomacia específica para a área da saúde. Portanto, a saúde é aqui considerada um tema da diplomacia, que emprega seus instrumentos, estratégias, valores e atores para o desenvolvimento de projetos em saúde no cenário internacional. A política externa de um país é única, mas seus temas, múltiplos.

dos anos 90, um tema proeminente na condução das relações internacionais⁸. Nesse contexto, a inserção de diplomatas na área da saúde e a de especialistas em saúde no trabalho diplomático têm caracterizado a política internacional contemporânea. A diplomacia, entendida como a arte de conduzir as relações entre os atores internacionais por meio da negociação de alianças, tratados e outros acordos, interage com as ciências da saúde, e os interesses nacionais lidam mais frequentemente com as preocupações coletivas de saúde da sociedade internacional (Lee & Smith, 2011). Promovendo o diálogo que identifica interesses comuns e áreas de conflito entre as partes, a diplomacia⁹ permite que os Estados ajam, reajam e interajam na fronteira entre o doméstico e o externo.

A realização de atividades diplomáticas pressupõe a existência de uma política internacional, conceito que, segundo Rittberger (2004, p.2), remete ao diálogo complexo, com níveis variantes de estruturação e de harmonia, entre inúmeros atores internacionais. Nesse sentido, é importante notar que o termo “política externa” não diz respeito à interação, mas à ação política, uma vez que pressupõe um ator particular (uma perspectiva particular), um Estado ou uma união de Estados, voltado para a proteção de seus interesses e a promoção de seus valores diante de outros atores. Portanto, a política internacional seria composta pelas políticas externas de vários atores (Rittberger, 2004). A referência a um ator particular, como responsável pela ação política, também é destacada por Pinheiro (2004, p.7) em sua definição de política externa:

[...] conjunto de ações e decisões de um determinado ator, geralmente, mas não necessariamente, o Estado, em relação a outros Estados ou atores externos – tais como organizações internacionais, corporações multinacionais ou atores transnacionais -, formulada a partir de oportunidades e demandas de natureza doméstica e/ou internacional [...] (Pinheiro, 2004, p.7).

⁸ Nesse trabalho, “relações internacionais” são entendidas como as relações entre diversos atores internacionais em temas políticos, econômicos, sociais e/ou culturais. Pistone (2004, p.1089) observa a multiplicidade de atores que define essas relações: “junto com os Estados, possuem também papel importante nas relações internacionais organismos de índole internacional [...], organismos integrativos como as comunidades europeias, grupos de pressão como as empresas multinacionais e as internacionais partidárias e sindicatos”.

⁹ Apesar de literatura contrária (Preto, 2006; Cervo, 2008) e considerando os propósitos desse trabalho, voltado para a agenda externa do país, os termos “diplomacia” e “política externa” são utilizados de forma intercambiável, atribuídos a tudo que é formulado pelo governo brasileiro para sua atuação nas relações internacionais.

As adaptações requeridas pelo fim da Guerra Fria provocaram novas formas de condução das atividades diplomáticas, uma vez que o sistema de Estados foi reconfigurado geopoliticamente. As grandes potências perderam áreas de influência, países da periferia iniciaram sua emergência como economias poderosas, e a globalização, intensificando as interações espaciais e temporais, criou novos problemas de ação coletiva, como mudanças climáticas, migração em massa, instabilidade econômica e pandemias (Lee & Smith, 2011). Essa nova realidade alterou os processos de formulação de política externa, que passaram a lidar com a multiplicidade de atores e de temas. Na presente pesquisa, considera-se a formulação da política externa como o planejamento, e não sua implementação, que, tendo o sentido de aplicação, consiste nos resultados do que foi planejado. Dessa forma, adota-se a definição de “formulação” proposta por Pinheiro (2000, p.453):

[...] concepção de uma conduta que se expresse em atos ou palavras, com relação a um tema de natureza internacional, por iniciativa ou reação, por parte de atores privilegiados na arena decisória e que esta se traduza, em última análise, como a posição do governo em questão [...] (Pinheiro, 2000, p.453).

Nesse contexto, a saúde global e a diplomacia em saúde surgem como conceitos que instigam os estudos em instituições acadêmicas de todo o mundo e que mobilizam centros de pesquisa e programas de formação de recursos humanos voltados para a análise e o desenvolvimento das relações entre saúde e política externa. Esses estudos são multidisciplinares e incluem as áreas de Relações Internacionais, Saúde Pública, Ciência Política, Economia e Ciências Médicas, entre outras. O estágio atual das pesquisas não permite a indicação de elaborações conceituais satisfatórias sobre as relações entre saúde e política externa, uma vez que as fontes ainda são escassas e de pouca profundidade. Portanto, a discussão a seguir se atém às principais noções da saúde global e da diplomacia em saúde disponíveis na literatura em estudo, a fim de, sistematizando informações, constituir um breve panorama conceitual, que, por sua vez, reafirma a necessidade de maior pesquisa.

Antes dos anos 90, o termo saúde global era empregado esporadicamente e, na maioria dos casos, fora do âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS). Era comumente mencionado por grupos politicamente à esquerda que defendiam “agendas

mundiais” em benefício do “bem global”. O movimento ambientalista teve um papel importante na difusão desse termo, uma vez que os efeitos mundiais da degradação ambiental e do aquecimento global na saúde humana faziam parte dos debates sobre as ameaças a uma “saúde global” (Brown et al., 2006). Apesar da inexistência de uma definição objetiva e definitiva para o conceito, é possível identificar algumas ideias que são comuns na literatura aqui considerada, como a referência aos múltiplos atores, à transnacionalidade dos desafios, ao senso de responsabilidade comum e à necessidade de ação coletiva. Nesse sentido, a saúde, no cenário internacional, deixa de ser concebida somente como componente das políticas de desenvolvimento, promovidas pelo Norte em direção ao Sul, e passa a fazer parte do discurso de proteção dos bens públicos globais e a dialogar com outras áreas da vida humana, como comércio, segurança, meio ambiente e direitos humanos.

Segundo Koplan et al. (2009), o conceito de saúde global não pode ser restringido a ideia de desafios em saúde que cruzam as fronteiras nacionais, uma vez que é a natureza dos problemas, e não sua localização geográfica, o que classifica uma questão como pertencente à saúde global ou não. Doenças epidêmicas infecciosas, como dengue, influenza A (H5N1) e HIV/Aids, são questões globais, assim como o controle do tabaco e da obesidade, a saúde dos trabalhadores migrantes e a migração dos trabalhadores de saúde, ou seja, toda questão de saúde global é relevante para muitos países ou envolve determinantes transnacionais, como mudanças climáticas ou urbanização, por exemplo. Nesse sentido, a saúde global oferece abordagens preventivas e multidisciplinares e enfatiza as questões populacionais, especialmente dos países pobres e vulneráveis. Envolve também a capacitação e a distribuição da força de trabalho em saúde, promovendo a utilização dos recursos, do conhecimento e da experiência de diversas sociedades para enfrentar os desafios em saúde que percorrem o mundo (Koplan et al., 2009).

De acordo com Kickbusch (2010), a ideia de saúde global não se refere apenas ao combate a doenças, mas também ao fortalecimento dos sistemas e instituições em saúde. Enquanto as abordagens ditas verticais propõem o tratamento e a prevenção de uma única doença, as horizontais buscam sistemas de saúde capazes de prevenir doenças e de oferecer uma série de serviços. Nesse sentido, a autora defende as abordagens holísticas, que envolvem projetos horizontais e verticais, reconhecendo a relação da saúde com outras áreas da vida humana, como comércio, meio ambiente,

agricultura e justiça social. Por isso, a saúde global ultrapassa a ideia de uma saúde pública global ou de ações restritas aos países em desenvolvimento, sendo constituída por “questões de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas” (Kickbusch & Berger, 2010a, p.19).

Para Brown et al. (2006), o conceito de saúde global pressupõe a consideração das necessidades em saúde de todas as populações do mundo, o que ultrapassa os interesses particulares de cada Estado. A ideia de “global” atribui ao conceito a referência à variedade de atores envolvidos na saúde, já que, além de governos e organizações intergovernamentais, fundações, organizações não governamentais, a mídia e corporações transnacionais também exercem papéis influentes. A equidade em saúde para todas as nações também é destacada por Feldbaum & Michaud (2010), segundo os quais esse caráter global da saúde exige a articulação entre múltiplas disciplinas, além das ciências em saúde.

O surgimento e o crescimento de ideias denominadas como diplomacia em saúde, nos estudos acadêmicos de todo o mundo, são significativos a partir dos anos 70. Mais de 70% dos artigos sobre o tema foram publicados nos anos 2000 (Michaud & Katesa, 2013). É consensual (Kickbusch et al., 2007; Lee & Smith, 2011; Lister & Lee, 2013) a ideia de que as atividades diplomáticas internacionais que, direta ou indiretamente, tratam de questões importantes para a saúde global constituem esse conceito. São negociações diplomáticas em torno dos desafios em saúde que ultrapassam as capacidades individuais dos Estados, sendo necessária a cooperação internacional¹⁰ para vencê-los. Essa cooperação, por sua vez, não é restrita aos atores

¹⁰ O presente estudo não se propõe a trabalhar com o conceito de cooperação internacional. Apesar de reconhecer a sua sólida articulação com a atuação internacional do Brasil em saúde e considerar projetos desenvolvidos pelo governo do presidente Lula da Silva nessa área, a presente pesquisa se detém na saúde enquanto um tema da agenda da política externa, se atendo aos fundamentos teóricos dessa relação, à participação brasileira no debate global sobre saúde e ao processo de institucionalização desse tema na agenda diplomática. Nesse sentido, a cooperação internacional, assim como a ajuda humanitária, é considerada uma área de estudo particular e que requer um trabalho específico. Esse estudo trata do “tema da saúde”, e não da “cooperação em saúde”. Por outro lado, considerando o “estilo” da política externa do presidente Lula da Silva que é observado ao longo do trabalho, seria válido notar o conceito de “cooperação estruturante”, desenvolvido por Célia Almeida et al (2010) como constitutivo da estratégia diplomática brasileira. Entendida como aquela que cria capacidade, no país parceiro, para o desenvolvimento e que: a) integra recursos humanos e desenvolvimento institucional; b) desenvolve a capacidade local para evitar a dependência em relação ao conhecimento estrangeiro e; c) estimula a cooperação interna entre as instituições de saúde para a

estatais, incluindo organizações não governamentais, entidades públicas e privadas, da saúde e de outras áreas, locais e globais. Segundo Lee & Smith (2011), é possível entender a diplomacia em saúde como processos políticos pelos quais Estados, atores não estatais e outros atores negociam respostas a desafios em saúde, ou utilizam conceitos ou mecanismos de saúde em estratégias de negociação para alcançar outros objetivos políticos, econômicos ou sociais, mostrando que saúde e política externa podem se unir mesmo que os seus interesses não sejam os mesmos.

De acordo com Faid (2013), a relação entre saúde e política externa, entre 2003 e 2013, foi destaque tanto no meio acadêmico quanto nas esferas políticas, tendo o Brasil um papel importante na promoção e no desenvolvimento dessa relação. Como razões para a crescente atenção do mundo, em geral, e do Brasil, em particular, ao tema da saúde na formulação de política externa, Faid (2012) aponta o seguinte: crise econômica, dívidas, mudanças políticas significativas que pioram os índices de pobreza e desigualdades em muitos países do Sul, epidemias de doenças fatais, como HIV/Aids, o interesse dos países emergentes na visibilidade oferecida pelo *status* de país doador e as novas possibilidades de cooperação que surgem nessa área.

Por meio da diplomacia em saúde, a ONU, países desenvolvidos e em desenvolvimento, a sociedade civil global e a filantropia internacional inserem a saúde entre as prioridades da política internacional e interagem na formulação de iniciativas, acordos e regimes globais para o tema. Conduzindo o cenário da política global em saúde, a diplomacia em saúde é capaz de a) melhorar as condições de saúde das populações, atendendo a interesses globais e nacionais; b) fortalecer as relações entre os países e o seu compromisso com a promoção da saúde; e c) assegurar a concepção da saúde como um direito humano e um bem público global (Kickbusch, 2009). Ela pressupõe, portanto, o reconhecimento, por parte da comunidade de saúde pública, que são amplos os determinantes de saúde e que há a necessidade de engajamento com outros setores da sociedade global (Lee & Gómez, 2011).

As negociações internacionais, em fóruns multilaterais ou de forma bilateral; o diálogo com múltiplos atores, incluindo Estados e atores não estatais; e a interação entre

elaboração da agenda nacional referente ao sistema de saúde, a cooperação estruturante em saúde é, segundo Almeida et al. (2010), um conceito primordial para a compreensão da atuação brasileira em saúde, uma vez que, por meio dela, o Brasil confere um novo papel aos países parceiros, que passam a ter os próprios recursos e capacidades promovidos, o que lhes confere maior poder de agência.

trabalhadores de saúde estrangeiros, envolvendo ações oficiais e não oficiais no Estado anfitrião são algumas das atividades da diplomacia em saúde (Michaud & Katesa, 2013). Além da realização de acordos internacionais em saúde, essas atividades promovem os objetivos da saúde global na política externa e criam novas formas de governança global para a saúde. Dessa forma, a diplomacia em saúde fortaleceria as relações internacionais, especialmente em áreas de conflito ou de poucos recursos, fazendo a articulação entre a assistência internacional à saúde e as relações políticas, facilitando um aumento da confiança entre os países e podendo contribuir para a garantia do direito à saúde (Lee & Smith, 2011).

A governança em saúde global inclui as instituições, as normas e os processos formais e informais que governam ou influenciam diretamente as políticas em saúde no mundo. Apesar de não fazer parte da discussão do presente trabalho, seu conceito deve ser mencionado, uma vez que envolve tanto a saúde global quanto a diplomacia em saúde. De acordo com Gagnon (2012), nos processos complexos dessa governança, Estados, mercados, cidadãos e organizações articulam interesses coletivos no nível global, estabelecem direitos e obrigações e mediam diferenças. Segundo Kickbusch & Berger (2010a), a governança da saúde global consiste na formulação, orientação, fortalecimento e utilização das instituições internacionais e transnacionais e dos seus regimes de princípios, regras e procedimentos de tomadas de decisões, para a proteção e a promoção da saúde no cenário internacional. Nesse sentido, as negociações em saúde global, entendidas como processos de troca entre duas ou mais partes para o alcance de consensos em questões de interesse mútuo, pressupõem valores e objetivos compartilhados, sendo fundamentais para a implementação de acordos, seu monitoramento e regulação (Lister & Lee, 2013).

Tendo a saúde o papel de instrumento para o alcance dos objetivos da política externa ou sendo beneficiada pelos processos e mecanismos da política externa, a diplomacia em saúde, assim como a saúde global, se desenvolve como uma disciplina, na medida em que a emergência e a reemergência de doenças, a medicina globalizada, a persistência de conflitos internacionais e as novas ameaças à segurança humana fortalecem a relação entre saúde e política externa (Lee & Smith, 2011).

2.2 – O diálogo entre política externa e saúde

Apesar de, no século XXI, a presença do tema da saúde na política internacional ter se fortalecido, ela não é algo recente ou sem precedentes. No século XIX, o estudo da higiene analisava as condições de saúde das populações, que passavam pelos processos de industrialização e urbanização no continente europeu. As pesquisas científicas, sobre as relações do homem e dos animais com o meio ambiente, apresentavam propostas de reformas sanitárias e urbanas, conectando natureza, doença e sociedade. A medicina não estava voltada apenas para o combate a doenças, mas também para a organização social e seus efeitos na saúde. Nesse sentido, os impactos da urbanização e dos novos conhecimentos em saúde não foram limitados ao plano doméstico. Nas relações internacionais, a expansão do comércio e o estabelecimento das quarentenas nos portos marítimos faziam da saúde uma questão global (Lima, 2002). Com o avanço do conhecimento sobre doenças infecciosas e a formação de sistemas sanitários, o século XIX apresentou o início da diplomacia em saúde (Fidler, 2001).

O crescimento do comércio internacional e dos movimentos de tropas militares deu origem a experiência das epidemias de cólera na Europa e nos Estados Unidos. Entre 1817 e 1823, ocorreu a primeira pandemia da doença, que transformou a saúde em uma questão de natureza coletiva. As quarentenas, de navios e pessoas, representavam intervenções fragmentadas e impunham atrasos e custos ao comércio. Dessa forma, o combate a doenças infecciosas não poderia mais ser feito em bases estritamente nacionais (Fidler, 2005). Nesse contexto, em meados do século XIX, tiveram início as Conferências Sanitárias Internacionais, nas quais se discutiam as causas e os mecanismos de transmissão de doenças, assim como as normas e as políticas que deveriam ser adotadas pelos países no combate à cólera, à febre amarela e à peste bubônica (Lima, 2002). Essas conferências eram constituídas, majoritariamente, por países europeus e, em 1851, em Paris, foi realizada a primeira Conferência Sanitária Internacional.

Fidler (2005) denomina o período de 1851 até a adoção, pela OMS, do Regulamento Sanitário Internacional, em 1951, de “Regime Clássico”, no qual os Estados tinham os compromissos de notificar, uns aos outros, sobre a detecção de qualquer doença infecciosa em seus territórios, manter adequadas condições de saúde pública, especialmente nos portos, e evitar medidas de prevenção que restringissem o comércio a locomoção internacionais, atendendo ao objetivo de proteção dos Estados diante da expansão das doenças infecciosas. Nesse sentido, na primeira década do

século XX, foram criadas organizações internacionais permanentes para a saúde, tanto em nível regional, como a Repartição Sanitária Internacional, antecessor da Organização Pan-Americana da Saúde, em 1902, quanto em nível internacional, como o Escritório Internacional de Higiene Pública, em 1907, sediado em Paris. Em 1923, a Organização da Saúde da Liga das Nações, em Genebra, completaria a lista de organizações internacionais voltadas para a contenção de doenças e a realização de estudos epidemiológicos. No período 1851-1951, foram várias as conferências internacionais realizadas e os acordos e tratados celebrados para o controle de doenças infecciosas, a partir do reconhecimento da necessidade de os Estados cooperarem, por meio do direito internacional, diante das ameaças globais à saúde (Fidler, 2001).

Como resultado de quase um século de negociações diplomáticas internacionais voltadas para a contenção de doenças infecciosas, um novo contexto, no Pós-Segunda Guerra Mundial, se formaria a partir de 1948, quando da criação da OMS na primeira Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, o que permitiria a consolidação do Regulamento Sanitário Internacional (1951) com a substituição de 12 convenções sanitárias internacionais e outros acordos relacionados. O estabelecimento da OMS, uma organização internacional voltada para a saúde em âmbito mundial, uniu a administração das regras para o controle de doenças, e o Regulamento, por sua vez, ofereceu um conjunto de normas, dando origem ao processo de governança da saúde global (Brown et al., 2006). Dessa forma, apesar de limitado, o uso do termo saúde global já se fazia presente nas declarações e documentos oficiais da Organização em meados dos anos 50, quando desenvolveu o “programa de erradicação global da malária”, por exemplo, e, até os anos 90, utilizava o termo a partir do temor de epidemias e pandemias (Brown et al., 2006).

Segundo Fidler (2005), a marginalização e a estagnação do “Regime Clássico” após 1951 podem ser entendidas pelo fato de que a OMS apresentou abordagens significativamente diferentes para a saúde internacional, que não era mais vista sob a ótica de proteção aos interesses de comércio das grandes potências. Além disso, o controle internacional das doenças infecciosas, fundamento do Regime Clássico, perdeu importância política, e o desenvolvimento de antibióticos e vacinas para muitas dessas doenças após a Segunda Guerra Mundial diminuiu o temor de sua expansão. Os novos desafios do cenário contemporâneo da saúde global estão, por exemplo, nas doenças transmissíveis, emergentes, reemergentes e negligenciadas, como HIV/Aids, malária e

tuberculose; nas doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, mentais, diabetes e obesidade; na pobreza; na fome; na baixa expectativa de vida e nas altas taxas de mortalidade materno-infantil; nas dificuldades de acesso a cuidados de saúde e medicamentos; e na ineficiência de políticas sociais e de saúde, o que tem exigido a revisão das relações entre saúde e política externa (Buss & Ferreira, 2010).

Considerando a epidemia de HIV/Aids como uma das piores na história humana, a emergência e a reemergência de doenças infecciosas e a proliferação de armas biológicas como uma ameaça à segurança nacional e uma questão de saúde pública, a OMS reconheceu formalmente, em 1995, a necessidade de revisão do Regulamento Internacional em Saúde. Em 2005, um acordo foi alcançado, e as novas regras criavam obrigações para os Estados em benefício da vigilância comum e garantiam à OMS a autoridade de acessar e utilizar fontes de informação não governamentais e o poder de declarar a existência de emergências de saúde pública no plano internacional, além de orientar as ações dos Estados diante dessas emergências (Fidler, 2005). O novo Regulamento articulava a saúde com questões de comércio, segurança, meio ambiente e direitos humanos, reconhecendo a interdependência entre esses temas.

A conexão política, econômica, social e cultural gerada pela globalização aprofunda as vulnerabilidades comuns das populações, o que estimula respostas coletivas e o fortalecimento da relação entre diplomacia e saúde. Pandemias, doenças infecciosas e bioterrorismo são entendidos como ameaças às seguranças nacional e global. No entanto, esse é apenas um dos sentidos nos quais a diplomacia em saúde se desenvolve (Chan et al., 2008). As buscas por crescimento econômico, desenvolvimento, estabilidade política e econômica e respeito aos direitos humanos e à dignidade humana também promovem o diálogo entre política externa e saúde. Essa relação pressupõe a concepção da saúde como elemento importante das estratégias dos países na promoção de seus interesses e princípios na política internacional. Dessa forma, o fim da Guerra Fria iniciou uma nova fase para a saúde, que passa a ser tratada em todas as dimensões de política externa (Kickbusch & Berger, 2010b). Nos parágrafos seguintes, a revisão da literatura (Feldbaum et al., 2010; Fidler, 2007; Labonté & Gagnon, 2010) permitirá a observação das formas pelas quais a saúde dialoga com cada uma dessas dimensões, em um estágio de pesquisa ainda pouco conclusivo sobre o assunto, mas capaz de apontar direções de estudo.

A relação com a dimensão de segurança nacional da política externa é a de mais fácil identificação no tema da saúde. No plano doméstico, quando a gravidade e a expansão de doenças começam a ameaçar a estabilidade política, estimulando rivalidades culturais e identitárias, surge o temor, nos países vizinhos, de que o conflito adquira dimensões regionais. Nesse sentido, a intervenção estrangeira, em forma de assistência humanitária ou doações financeiras, em países vítimas de epidemias é associada a três principais temores: a) expansão dos conflitos para além das fronteiras nacionais e de forma a prejudicar o comércio e o crescimento econômico na região; b) realização de atividades terroristas, estimuladas pela pobreza e; c) demanda por custosas e complexas operações militares (Labonté & Gagnon, 2010). Uma segunda perspectiva na qual os Estados acionam os seus mecanismos de segurança nacional está na contenção de doenças infecciosas e do bioterrorismo. As reformas sanitárias e a introdução de vacinas e antibióticos são alguns dos eventos do século XX que reduziram a incidência de doenças infecciosas tradicionais em países desenvolvidos. No entanto, a interdependência¹¹ iniciada nos anos 90 reafirma o temor da transmissão global de patologias, o que aumenta a atenção política e o volume de recursos financeiros para questões de saúde global. A título de exemplo, é válido considerar o caso da H5N1, cuja possibilidade de pandemia foi entendida como uma ameaça direta à segurança, e, assim, mais de \$2 bilhões foram doados por países desenvolvidos para o combate a essa gripe entre 2004 e 2008 (Feldbaum et al. 2010). Uma terceira abordagem destaca o papel relevante da saúde na reconstrução de Estados em situações de pós-conflito. A saúde, defendida em campanhas de vacinação, por exemplo, atuaria como um mecanismo de prevenção de conflitos, em cenários de reconstrução, ao melhorar as condições de vida da população, colaborando para a recuperação da paz e da estabilidade social e política (Labonté & Gagnon, 2010).

Essas abordagens podem conduzir ao entendimento de que as ações dos Estados em saúde são motivadas somente por interesses da política externa, negligenciando a promoção da equidade em saúde ou dos direitos humanos e humanitários. O fortalecimento dos direitos de propriedade intelectual em detrimento do acesso a

¹¹ Nesse trabalho, adota-se a abordagem de Fidler (2009b) para o conceito de interdependência. Segundo o autor, dois países são mutuamente dependentes em relação a atividades, eventos, recursos ou problemas específicos, o que pode criar incentivos nacionais para o engajamento em ações coletivas, sem eliminar as diferenças entre os interesses nacionais. Diferenças essas que, de acordo com o autor, devem ser superadas por meio de complexas negociações diplomáticas.

medicamentos e os falsos programas de vacinação em intervenções estrangeiras contra o terrorismo, por exemplo, são algumas das situações em que interesses de política externa se sobrepõem aos objetivos da saúde global (Michaud & Katesa, 2013). Nesse trabalho, no entanto, entende-se que esses casos não constituem uma regra na política internacional, uma vez que objetivos e questões da saúde global afetam a prática da política externa, tendendo a alinhar os interesses das duas áreas. No caso brasileiro, entre 1995 e 2010, como será observado nos próximos capítulos, o alinhamento entre os interesses da saúde, no âmbito internacional, e da política externa brasileira se deu de forma contínua e consistente, na medida em que o Brasil fortalecia o debate internacional em saúde, institucionalizando o tema em sua agenda diplomática e atendendo ao interesse maior de sua política externa, qual seja o alcance de uma posição de maior relevância e influência na política internacional. Assim, faz-se necessário destacar o que o presente estudo entende por “agenda” e “institucionalização”.

A ideia de “agenda” de política externa é entendida como o conjunto de questões referentes às relações internacionais e consideradas importantes pelo país que o formula e por seus interlocutores. Seu caráter mutável se dá na medida em que questões novas ganham importância na política internacional, o que, segundo Souza (2002, p.15), não transforma a agenda em “mero relato conjuntural”, uma vez que parte dela “será sempre formada por objetivos abrangentes e duradouros, que se podem legitimamente designar como interesses nacionais”.

O termo “institucionalização” é, por sua vez, entendido como o processo que torna formal a presença da saúde na agenda externa do Brasil, ou seja, institucionalizar o tema da saúde significa torná-lo tema oficial dessa agenda política, e não um item temporário, informal, de baixa relevância política ou incapaz de mobilizar significativos esforços de implementação. Por meio da institucionalização, a saúde ultrapassa os limites dos “bastidores” da formulação da política externa e passa a ser um tema de caráter sólido, não necessariamente prioritário, mas dotado de atores políticos, mecanismos e espaços político-administrativos próprios. Por meio da observação dos mecanismos político-administrativos voltados para o tratamento do tema da saúde e da identificação dos pronunciamentos oficiais brasileiros que mencionaram esse tema entre 1995 e 2010, o trabalho apresenta as evidências da ocorrência desse processo de institucionalização. Segundo Menicucci (2007), instituições estabelecem as regras do jogo institucional, influenciam a distribuição de recursos materiais e de poder e impõem

constrangimentos e custos à adoção de alternativas ou condutas divergentes. Portanto, discutir a institucionalização do tema saúde na agenda da política externa brasileira requer a observação, ao longo das décadas recentes, das alterações substanciais, realizadas por esse processo, na estrutura institucional e nos enunciados das atividades diplomáticas do país.

Retomando o diálogo da saúde com as dimensões da política externa, encontra-se o tema do desenvolvimento, central na formulação dessa política. Nessa relação, as condições de saúde são vistas como condicionantes e resultados do crescimento econômico, um objetivo nacional que dispõe dos mecanismos e das práticas da política externa (Labonté & Gagnon, 2010). Certamente, as questões de desenvolvimento, em grande medida, estimulam e orientam os debates internacionais sobre governança em saúde global. O comprometimento dos Estados com a assistência ao desenvolvimento na área da saúde, por sua vez, envolve múltiplas razões e ocorre em diferentes níveis. O aumento significativo de recursos financeiros¹², o crescente número de atores e instituições e o foco no combate à HIV/Aids são algumas das tendências dessa assistência, que, em termos de volume financeiro, cresceu quatro vezes entre 1990 e 2007, passando de \$5.6 bilhões para \$21.8 bilhões anuais, sendo mais de 50% desse crescimento a partir de 2000 (Feldbaum et al., 2010, p.83). Em 2008, existiam mais de 40 doadores bilaterais, 26 agências da ONU, 20 mecanismos de financiamento regionais e globais e 90 iniciativas envolvidas na assistência ao desenvolvimento em saúde. O combate à HIV/Aids recebeu a maior parte dos recursos, passando de \$292 milhões em 1996 para \$10 bilhões em 2007, quadruplicando o valor de 2001 para 2007 (Feldbaum et al., 2010, p.83). Dessa forma, o desenvolvimento, um objetivo de política externa tanto para o plano doméstico quanto para o externo, tem na saúde uma área de vasta atuação, influenciando percepções internas sobre questões da saúde global.

¹² Sobre esse aumento financeiro, é importante notar que ainda não há uma coordenação entre as doações de recursos, que, voltados para as doenças de grande visibilidade na mídia, nem sempre atendem às reais necessidades das populações. Em termos numéricos, destaca-se o Plano de Emergência do presidente dos Estados Unidos para alívio da AIDS (PEPFAR, em Inglês), pelo qual o presidente G.W.Bush previu assistir 16 países no tratamento de pessoas infectadas pelo vírus. Criado em 2003, esse plano estabelecia que \$ 15 bilhões seriam investidos no combate à doença ao longo de cinco anos. Em março de 2006, cerca de 560.000 pessoas recebiam antirretrovirais dos programas financiados pelo PEPFAR. Outro destaque pode ser encontrado na Fundação Bill & Melinda Gates, criada em 2000 e que, em seis anos de existência, já havia doado \$ 6.6 bilhões para programas em saúde global. Desse total, cerca de \$ 2 bilhões foram dirigidos para o combate a tuberculose, HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (Garrett, 2007).

Prejuízos econômicos causados por epidemias e pandemias no mundo globalizado, tensões entre os Estados que exportam produtos prejudiciais à saúde e aqueles que importam esses produtos e tentam mitigar seus efeitos nas populações, assim como controvérsias sobre os efeitos da abertura ao mercado nos sistemas de saúde são algumas das questões que promovem a relação da saúde com a política externa (Fidler, 2007). Nesses casos, é o comércio a dimensão de política externa que dialoga com as questões da saúde global. Na interação entre saúde e comércio, as diferenças de poder entre os Estados são bastante visíveis. Ao mesmo tempo em que é capaz de estimular o crescimento, a integração do mercado e, eventualmente, contribuir para a redução da pobreza, o comércio global pode apresentar regras que atendem, majoritariamente, aos interesses dos países desenvolvidos e de suas grandes empresas (Labonté & Gagnon, 2010). O comércio de bens relacionados à saúde, como produtos farmacêuticos e equipamentos médicos, cresce rapidamente desde os anos 90, exigindo a revisão de regulações insuficientes ou deficientes que comprometem as condições de saúde (Feldbaum et al., 2010).

A articulação da saúde com a política externa também pode se dar na área da ética internacional. Nesse caso, a saúde é entendida como um bem público global, o que significa dizer que ela é de utilização universal e que não se desgasta pelo uso. Paz, proteção e prevenção contra epidemias, estabilidade financeira, direitos humanos fundamentais, clima estável, acesso livre ao conhecimento e oportunidades de viajar livremente são alguns exemplos de bens públicos, segundo Labonté & Gagnon, 2010. Na ausência de saúde, o ser humano não consegue usufruir dos outros bens globais, e, nesse caso, alguns autores acreditam que caberia à política externa contribuir para a melhoria e proteção das condições da saúde e para uma distribuição equitativa de recursos, segundo as necessidades das populações (Labonté & Gagnon, 2010). Essa ideia leva ao diálogo da saúde com outra dimensão da política externa: Direitos Humanos. Como um direito fundamental de todo ser humano, a saúde é defendida no discurso diplomático e estimula o debate sobre os limites das ações humanas diante da necessidade de preservação e melhoria das condições de vida. A dignidade humana está no centro dessa discussão.

A relação da saúde com vários aspectos da política externa é algo estrutural da formulação das agendas diplomáticas. A globalização, contudo, reafirmou essa articulação de forma significativa, oferecendo novos atores, mecanismos e espaços de

relacionamento. Como uma questão de política externa, a saúde deixou de ser uma preocupação humanitária ocasional e passou a ser uma questão estratégica da diplomacia (Fidler, 2009a). O presente trabalho defende que, durante os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa atendia ao objetivo diplomático de uma atuação relevante e influente no cenário internacional. Discutir a saúde em fóruns globais, desenvolver e apoiar projetos duradouros na área e contribuir para abordagens inovadoras no combate a doenças eram formas de tratar a saúde de maneira formal e estratégica, fortalecendo a sua presença na diplomacia brasileira, que, dessa forma, tinha na saúde um instrumento valioso para o alcance de uma atuação internacional relevante e de destaque.

Com o fim da Guerra Fria, muitos desafios em saúde reafirmaram a necessidade de colaboração regional e internacional, exigindo um compromisso político global em torno da melhoria das condições de saúde. De 1892, data do primeiro acordo internacional em saúde, até o segundo, em 2003, quando da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco, mais de 100 anos se passaram, mostrando a lentidão dos processos nessa área. Nos primeiros anos do século XXI, no entanto, os níveis das atividades de política externa em saúde foram bastante acelerados e significativos, estimulados, em grande medida, pelo temor às doenças transmissíveis (Sandberg et al., 2011).

Em 2003, a epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS, em Inglês), que contaminou 8.096 pessoas e matou 774, foi considerada, pela OMS, a mais grave doença contagiosa nesse início de século. A epidemia prejudicou o comércio e a locomoção internacionais, restringiu drasticamente o trânsito dos cidadãos da Ásia, interrompeu aulas, determinou o isolamento compulsório de doentes e, dessa forma, provocou uma das maiores convulsões sociais da história recente do continente (Estadão, 2009). Em 2009, a primeira pandemia de gripe do século, causada pelo vírus da influenza A, subtipo H1N1, comumente conhecida como gripe suína, também reforçou a necessidade de esforços internacionais, visto que, iniciada na América do Norte, o vírus alcançou até a Europa e a Oceania, provocando cerca de 19.000 casos de morte, pelo menos, entre abril de 2009 e agosto de 2010, segundo a OMS (Carneiro et al., 2010). Nesse sentido, quando, em 2003, grupos políticos e sociais no norte da Nigéria, um dos três países do mundo que ainda apresenta taxas de poliomielite, deixaram de apoiar a vacinação contra a doença, Estados Unidos, ONU, OMS e União

Africana uniram os esforços diplomáticos para a recuperação da campanha de vacinação no país. Já em 2006, quando a Indonésia se recusou a compartilhar amostras do vírus H5N1, causador da gripe aviária, diplomatas se engajaram em uma série de negociações formais e informais. Mesmo diante da possibilidade de sua recusa deter os esforços de conter uma pandemia de H5N1, o governo de Jacarta não aceitava mudar sua posição, alegando que não receberia benefícios ao compartilhar esses dados e que a indústria farmacêutica produzia vacinas que não atendiam às necessidades de sua população (O Globo, 2007).

No âmbito da ONU, é possível destacar a Resolução 63/33, adotada na 63^a Assembleia Geral, em 2008, sobre saúde global e política externa. O documento reconhecia a estreita relação entre essas áreas, identificava os desafios que exigiam a ação coletiva, apontava as implicações, para a saúde, de ações em outras áreas da diplomacia, e determinava que o Conselho Econômico e Social da ONU (ECOSOC) assumisse a coordenação dos compromissos elaborados e defendesse a maior participação do sistema ONU no campo da saúde (A/RES/63/33).

Nesse contexto de avanço das questões de saúde global na diplomacia, as organizações não governamentais também exercem um papel importante. Sua atuação influente no cenário internacional contribui para o desenvolvimento do tema, mesmo diante dos desafios que enfrentam, como a representação das demandas de grandes públicos e a conciliação de interesses em um sistema internacional¹³ de distintos níveis de poder (Lencucha et al., 2011). A Convenção-Quadro de Controle de Tabaco, de alcance global, é resultado de uma discussão política na qual essas organizações foram alguns dos principais atores, facilitando a inclusão de temas e objetivos, oferecendo conhecimento técnico e desenvolvendo atividades de *advocacy* e monitoramento (Lencucha et al., 2011).

¹³ Sobre o sistema internacional no qual organizações não governamentais e outros atores internacionais atuam, desenvolvendo, em seus processos de interação, os conceitos de saúde global e diplomacia em saúde, faz-se importante destacar que essa dissertação entende por “sistema internacional” o espaço no qual as relações internacionais são reguladas, de acordo com determinadas conjunturas políticas. Nesse sentido, adota-se a caracterização de Xavier (2012, p.3), segundo o qual os atores internacionais “interagem entre si de acordo com contingências existentes em cada momento histórico e essas restrições e condicionalidades que se apresentam de acordo com o contexto de cada período são os principais fatores que compõem as características do sistema internacional”.

Fidler (2009a) reconhece que o crescimento da importância da saúde na política externa está ligado ao fato de os problemas de saúde, especialmente a emergência e a reemergência de doenças transmissíveis, afetarem, direta ou indiretamente, as funções centrais da diplomacia, como proteção da segurança nacional, desenvolvimento econômico, oferta de ajuda ao desenvolvimento e defesa de direitos humanos. Do outro lado dessa relação, estão os profissionais da saúde, que, com o fim da Guerra Fria e o reconhecimento do caráter global das questões em saúde, se encontram participando dos processos de formulação de política externa, nos quais os desafios em saúde, exigindo respostas científicas, médicas, tecnológicas e políticas, estimulam a interação entre diplomatas e especialistas em saúde (Fidler, 2009a). De acordo com Feldbaum et al. (2010), a comunidade de saúde está satisfeita com esse ganho de importância política, apesar de não serem definidos ou uniformes os motivos e os interesses que provocam o engajamento dos Estados nas questões da saúde global.

Nesse sentido, Fidler (2009a) aponta algumas razões para o fortalecimento da diplomacia em saúde, tais como: a) as transformações do fim da Guerra Fria e a possibilidade de novos propósitos para a política externa, permitindo abordagens mais flexíveis para a segurança nacional, o crescimento econômico e os direitos humanos; b) o fim das concepções tradicionais de doméstico e externo, a partir de mudanças nos conceitos de soberania e ação coletiva, estimuladas pela globalização; c) a atuação crescente e relevante de atores não estatais, como empresas multinacionais, organizações não governamentais e grupos terroristas, como resultado da crescente interdependência entre Estados e populações; e d) a proliferação de problemas em saúde, como as das doenças transmissíveis e não transmissíveis, incluindo HIV/Aids, malária, tuberculose, tabagismo e obesidade. Essas razões sugeririam um estreitamento do diálogo entre política externa e saúde, mesmo na ausência de consensos sobre os reais significados dessa articulação para cada uma das áreas. No presente trabalho, não serão discutidas as considerações de manipulação de interesses ou utilização desigual de uma pela outra, mas a análise de que, no caso brasileiro, essa articulação permitiu o desenvolvimento do objetivo histórico da diplomacia do país, o que, por sua vez, estimulou uma atuação voltada para a melhoria das condições internacionais da saúde.

Para a análise do crescimento da diplomacia em saúde, Fidler (2005) formula três concepções. Pela ótica da “revolução”, o papel da saúde na política externa é transformador, uma vez que suspende a tradicional separação das relações

internacionais entre *high* e *low politics* e assume o caráter de um valor normativo primordial e objetivo final da política externa. Essa concepção dialoga com a abordagem da saúde como um direito humano fundamental, reconhecendo que a saúde é mais do que a ausência de doença e que a agenda de política externa está além das preocupações tradicionais de segurança e poder econômico. Na “recuperação”, a saúde reflete a hierarquia tradicional de funções da política externa, sendo apenas mais uma questão na agenda. Nesse caso, a saúde é um tema de política externa somente porque está associada a problemas que ameaçam as capacidades materiais dos Estados e as questões de *high politics*, como segurança nacional e crescimento econômico, cujas diretrizes determinam a diplomacia em saúde. Sob essa perspectiva, portanto, a consideração da saúde pela política externa é elástica, variando de acordo com epidemias e outras ameaças, o que faz da saúde um tema vulnerável a interesses diversos. Já pelo “regresso”, o cenário no qual a saúde se desenvolve na política externa é catastrófico, uma vez que são os desafios em saúde, ainda mais graves e em maior número, o que estreita essa relação. Nesse caso, as deficiências dos esforços em saúde pública consistem na grande causa do crescimento da diplomacia em saúde.

Apesar de parecerem contraditórias, as concepções de Fidler, em certa medida, podem interagir. No caso brasileiro, entre 1995 e 2010, a política externa lidou com a saúde como um direito humano absoluto, que renovava a agenda diplomática diante do novo cenário internacional do pós Guerra Fria e era fundamental para o discurso de progresso e equidade internacionais. Simultaneamente, a diplomacia em saúde desenvolvida pelo Brasil atendia ao interesse primordial de sua política externa. A atuação influente na política internacional, incluindo os mais altos níveis diplomáticos, tinha na saúde um instrumento valioso e eficaz. Entre 1995 e 2010, as condições de saúde no mundo eram inegavelmente desafiadoras e, apesar de alguns resultados positivos, as políticas em saúde ainda demandavam incontáveis esforços internacionais e engajamento nas questões de acesso a medicamentos e serviços, fortalecimento de sistemas de saúde, e capacitação profissional em saúde, entre outras. Nesse contexto, se dava a atuação internacional do Brasil em defesa da saúde.

O desenvolvimento significativo da relação entre saúde e política externa pode ser observado por meio de algumas constatações: a) o aumento dos recursos financeiros investidos por Estados, organizações internacionais e atores não estatais em projetos de saúde; b) os acordos de governança adotados pela OMS, como o Regulamento

Internacional em Saúde (2005) e a Convenção-Quadro de Controle do Tabaco (2003); c) os novos mecanismos, iniciativas e parcerias em saúde global, como o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária e a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI); d) a proliferação de atores atuantes nessa área, incluindo países emergentes e organizações governamentais e não governamentais importantes para as questões de saúde, como a Organização Internacional do Trabalho e a Médicos Sem Fronteiras; e) a emergência de instituições filantrópicas, como a Fundação Bill & Melinda Gates; f) o envolvimento, sem precedentes, da Academia no estudo dos temas de saúde global e diplomacia em saúde; e g) a reformulação teórica e prática do conceito de saúde, passando de uma preocupação técnica para um tema de importância política para os interesses centrais dos Estados, entre outras constatações (Fidler, 2009a).

Nesse sentido, o trabalho global em saúde é fundamental para o enfrentamento dos desafios nessa área. Uma vez que suas questões dialogam, de alguma forma, com outros aspectos da política externa, como segurança, desenvolvimento, comércio e direitos humanos, as ações da diplomacia em saúde seguem do combate a doenças de alta letalidade até a recuperação e fortalecimento de sistemas de saúde frágeis e deficientes, o que inclui um número incontável de projetos, como os orientados para o combate à HIV/Aids, redução da mortalidade materno-infantil, segurança alimentar, acesso a água potável e saneamento, campanhas de vacinação e tantos outros que requerem o engajamento internacional para o alcance de maiores eficácia e eficiência. De acordo com Gil (2012), a diplomacia em saúde consiste no exercício de “*smart power*”, pois busca atender aos interesses dos Estados por meio da junção entre o poder *hard*, entendido como a persuasão pela força militar ou a ameaça econômica, e o *soft*, que investe na força das ideias, do conhecimento e dos valores para a influência.

2.3 – O construtivismo e a saúde

De acordo com Fidler (2003), é possível identificar três modelos de saúde pública para além do Estado: o “Imperial” representa os esforços de saúde realizados por grandes potências em suas áreas de influência; o “Internacional” envolve a cooperação bilateral em saúde entre Estados soberanos ou por meio de organizações intergovernamentais; e o “Global” inclui a participação de atores não estatais, como empresas multilaterais e organizações não governamentais, na realização de atividades

em saúde. Para os propósitos dessa dissertação, a disciplina que oferece as estruturas teóricas para a análise desses e de outros conceitos que promovem a articulação entre saúde e o cenário internacional é a de Relações Internacionais, combatendo a história de negligência mútua entre essas áreas e promovendo a saúde como um tema importante de política internacional.

O construtivismo é uma teoria de Relações Internacionais que pode ser caracterizada pela dificuldade de descrição devido à amplitude de suas proposições, à tentativa de articulação com correntes distintas, mas com elementos de análise comuns, e ao certo grau de ambiguidade (ou complexidade) ou incompletude de suas definições. As críticas, assim como as defesas, são múltiplas e há divergências sobre a sua constituição, de fato, como uma “teoria” ou como apenas “uma forma de se olhar o mundo” ou, ainda, uma “agenda de pesquisa”. É possível dizer que uma de suas particularidades está na capacidade de relacionar questões que, aparentemente, não teriam relação. Nas palavras de Onuf¹⁴ (1998):

[...] O Construtivismo é uma forma de estudar as relações sociais - qualquer tipo de relação social. Assume uma variedade de outras formas de estudar esse tema tão amplo e complexo, mas também apresenta um sistema próprio de conceitos e proposições. O Construtivismo não é uma teoria como tal. Não oferece explicações gerais para o que as pessoas fazem, por que as sociedades diferem ou como o mundo se transforma. Em vez disso, o Construtivismo viabiliza a teoria sobre assuntos que parecem não estar relacionados, uma vez que os conceitos e proposições normalmente utilizados nas discussões sobre esses temas também não têm relação aparente [...]
(Tradução livre).

O fato é o de que sua emergência e consolidação na disciplina de Relações Internacionais são inegáveis. Uma de suas premissas básicas é referente ao debate agente/estrutura, sobre quem constrange as opções do outro. A teoria nega a antecedência ontológica tanto aos agentes quanto à estrutura, e aponta que ambos são

¹⁴ No arquivo original, em Inglês: “Constructivism is a way of studying social relations--any kind of social relations. While it draws from a variety of other ways of studying such a broad and complex subject, it stands on its own as a system of concepts and propositions. Constructivism is not a theory as such. It does not offer general explanations for what people do, why societies differ, how the world changes. Instead, constructivism makes it feasible to theorize about matters that seem to be unrelated because the concepts and propositions normally used to talk about such matters are also unrelated” (Onuf, 1998).

co-constitutivos, já que nenhum precede o outro no tempo ou na capacidade de influenciar. Uma segunda premissa diz respeito à relação entre materialismo e idealismo. Os construtivistas não negam as causas materiais, porém entendem que os valores e as ideias que informam o diálogo do agente com o mundo material são ainda mais importantes para a elaboração do conhecimento acerca desse mesmo mundo. Sendo assim, os construtivistas acreditam que o “mundo lá fora” só faz sentido a partir das referências e dos instrumentos dos agentes. Uma terceira premissa seria a de que, ao invés da anarquia¹⁵, normas e regras são o que norteiam as relações internacionais, podendo o sistema internacional variar entre a cooperação e o conflito constantemente (Nogueira & Messari, 2005). Já uma quarta premissa estaria na obra *Anarchy Is What States Make of It: The Social Construction of Power Politics*, de Alexander Wendt (1992), segundo a qual as identidades são anteriores aos interesses e se formam em processos relacionais, sujeitos a mudanças, entre os graus de identificação ou diferenciação do interlocutor.

No presente trabalho, adota-se o construtivismo pela sua relevância para a análise da construção social das ideias. De acordo com a abordagem construtivista, as estratégias políticas dos países são socialmente construídas a partir das ideias de seus governantes e populações a respeito da sua realidade social interna e do mundo externo. Nesse sentido, é importante destacar que o conceito de “ideia”, para os construtivistas, consiste em uma categoria ampla que inclui todos os tipos de crenças, percepções e significados que os atores compartilham e, simultaneamente, pressupõem e reproduzem em suas interações (Rittberger, 2004). Nos próximos capítulos, será observado como as interações e percepções dos presidentes brasileiros com e sobre o sistema internacional, entre 1995 e 2010, influenciaram suas “ideias” sobre as possibilidades e os deveres do Brasil na perseguição do objetivo principal da política externa brasileira. A saúde será o tema dessas interações, desenvolvendo o seu diálogo com a diplomacia.

De acordo com o núcleo principal das teorias construtivistas, a melhor forma de estudar as relações internacionais está na construção social das ideias, que determinam as relações entre os atores. As ideias não são mais importantes que o poder ou os

¹⁵ Na disciplina de Relações Internacionais, o conceito de anarquia expressa a ausência de uma autoridade superior no sistema internacional. Nas palavras de Jackson & Sorensen (2007, p.21), o sistema de Estados Nacionais representa “relações entre agrupamentos humanos organizados politicamente, que ocupam territórios distintos, não estão subordinados a nenhum poder ou autoridade superior e desfrutam e exercem certo grau de independência com relação aos outros”.

interesses e não são independentes deles. No entanto, os efeitos provocados pelo poder e os interesses ocorrem em virtude das ideias que os constituem, ou seja, poder e interesses pressupõem ideias (Wendt, 1995). Dessa forma, os atores constroem, destroem e recuperam os significados das ideias por meio de processos intersubjetivos, e não materiais. Nesse sentido, apesar de o construtivismo, como as outras teorias de Relações Internacionais, conferir pouca atenção à saúde, é possível, por meio dele, verificar o desenvolvimento do tema da saúde como uma ideia intrínseca às políticas externas do mundo pós Guerra Fria, incluindo a do Brasil. A teoria oferece um espaço intelectual para a redefinição e o crescimento da visibilidade e do papel da saúde na política internacional (Fidler, 2003). Nesse espaço, a saúde é construída de diversas formas, considerando as demandas, os recursos e os interesses de cada Estado, mas, diante da globalização, a interação entre essas formas é estimulada e a “construção” da saúde passa a ser em torno da diplomacia em saúde.

Ideias, concepções e suposições, todas crenças intersubjetivas, compõem e expressam os interesses e as identidades das pessoas e dos Estados. A soberania estatal, por exemplo, como uma instituição social coletiva, é um meio de formação e expressão das relações estatais, concebidas a partir dos interesses e identidades. Nesse sentido, a soberania não é uma realidade material, existindo apenas por meio da crença das populações em sua existência. As populações desenvolvem as crenças em nações e nacionalidades, nas concepções de seus países como Estados independentes e soberanos e nas diferenças culturais, religiosas, políticas e históricas (Jackson & Sorensen, 2007). Nesse sentido, os países são construções de mundos próprios, uma vez que as pessoas falam entre si, constroem suas relações, são construídas por elas e tentam se manter dessa forma. As relações entre os Estados, por sua vez, constituem um mundo por si só, uma sociedade de sociedades, um mundo resultante das ações dessas populações (Onuf, 1998). Portanto, as instituições sociais compartilham entendimentos, expectativas e conhecimento, constituindo os atores e a natureza de suas relações, sejam cooperativas ou conflituosas, mas sempre construídas (Wendt, 1987).

Para a construção social das relações, é preciso um mecanismo que permita o processo pelo qual pessoas e sociedades, assim como sociedades e Estados, constituam-se uns aos outros de forma contínua e recíproca. As regras consistem nesse mecanismo e declaram o que deve ser feito pela sociedade, determinando quem são os atores. Segundo Rittberger (2004), as regras apresentam valor instrumental no regulamento dos

comportamentos, uma vez que auxiliam os atores a escapar de “armadilhas sociais” e também produzem efeitos constitutivos, ditando a condução do jogo da política internacional, definindo quem são os atores de destaque e quais são seus principais direitos e responsabilidades.

Na medida em que a sociedade, por meio de suas regras, permite a participação de pessoas nas situações coordenadas por regras, os seres humanos se tornam agentes, sendo a agência, portanto, uma condição social. Os atos dos agentes apresentam consequências materiais e sociais, intencionais ou não e, por meio deles, os agentes fazem do mundo material uma realidade social para eles mesmos, configurando, por exemplo, o governo de um país como uma construção social fundamentada em regras (Onuf, 1998). Como não existem Estados independentes das regras pelas quais eles se reconhecem, não há um sistema estatal independente da prática dos Estados (Wendt, 1994). Nesse sentido, Kratochwil afirma que “as normas são fundamentais nos processos de tomada de decisão na medida em que existem premissas comuns aos agentes tomadores de decisão que reduzem a complexidade dos contextos dentro dos quais eles fazem suas escolhas” (Kratochwil, 1989, *apud* Nogueira & Messari, 2005, p. 171).

Nesse sentido, o construtivismo propõe que a interação e a troca de ideias, na presença de regras, podem influenciar a maneira pela qual Estados e atores não estatais formulam suas preferências políticas e interesses, que, por sua vez, provocam comportamentos (Wendt, 1992). Nessa perspectiva, política externa remete a “padrões de comportamento”, reconhecidos como obrigatórios/apropriados por um Estado. Normas, por seu turno: a) apresentam caráter prescritivo, determinando imediatamente o comportamento ou se transformando em imperativos; b) são compartilhadas subjetivamente, independentes de crenças, ideais, valores ou aspirações individuais; e c) existem de fato, mesmo que sejam violadas em determinados momentos (Rittberger 2004). Dessa forma, o efeito das regras internacionais na política externa de um país é atribuído aos processos de socialização experimentados pelos formuladores de política externa, que se preocupam em manter a imagem de seus países como de aliados/parceiros confiáveis e membros respeitáveis da sociedade internacional. Pela socialização transnacional, esses formuladores internalizam as expectativas que são compartilhadas pelos Estados, instituições intergovernamentais e organizações internacionais não-governamentais (Rittberger, 2004).

No cenário da globalização e diante da percepção de necessidades globais em saúde, a formulação de interesses pelos Estados pressupõe a ação coletiva, que, no tema da saúde, parte do reconhecimento de que os desafios do presente perpassam as capacidades nacionais isoladas e que a saúde interage com diversas áreas da política externa, desenvolvendo, dessa forma, a diplomacia em saúde. Na ausência de um mundo objetivo para além das práticas e instituições que os atores criam para e por eles mesmos, como observado pelos construtivistas, os processos diplomáticos são os meios pelos quais os atores constroem e expressam subjetivamente suas ideias, interesses e identidades, contribuindo para o estabelecimento de mecanismos e iniciativas internacionais em saúde (Gagnon, 2012). As ideias políticas e as percepções dos atores são, portanto, fundamentais para os estudos de política externa, uma vez que afetam o comportamento dos Estados (Wendt, 1992).

A construção das ideias se dá no cenário da anarquia, que, por sua vez, também é uma ideia, subjetiva e mutável. Não sendo uma estrutura exógena, permanente, física e material, a anarquia é o que os Estados e os atores não estatais fazem dela, uma vez que elaboram as normas globais e ajudam a moldar a influência dessas normas sobre a constituição de seus interesses e identidades (Fidler, 2003). Entendendo as normas como expectativas coletivas sobre o comportamento, o significado do comportamento humano (e o dos Estados) é fundamental para a condução das relações internacionais, considerando que um ato consiste no envio de um sinal, na interpretação dele e na resposta a ele com base nessa interpretação e expectativas (Zehfuss, 2002). Assim, o que os Estados fazem uns aos outros afeta a estrutura social na qual estão, por uma lógica de reciprocidade. Analisar a construção social da política internacional significa, portanto, entender como os processos de interação produzem e reproduzem as estruturas sociais de cooperação ou de conflito da anarquia (Wendt, 1995).

Dessa forma, a abordagem construtivista sobre a anarquia oferece uma perspectiva para o estudo da saúde global e da diplomacia em saúde. Uma vez que as estruturas sociais existem, não nas capacidades materiais, mas nas práticas, o diálogo entre saúde e política externa se desenvolve a partir do compartilhamento de conhecimento, recursos, espaços e mecanismos diplomáticos e em saúde, em processos contínuos e construídos pelos atores, de acordo com suas expectativas de comportamento.

Para Wendt (1992), é possível identificar, a partir das diferentes interpretações que os Estados podem fazer uns dos outros, três culturas de anarquia: a hobbesiana, marcada pela inimizade criadora de competição e desconfiança constantes entre os Estados; a lockeana, caracterizada pela rivalidade que preza a soberania, fazendo com que os Estados disputem por recursos e poder e; a kantiana, da amizade, na qual não há o recurso às armas ou a ameaça desse recurso. Cada uma dessas três culturas pode, segundo o autor, ser internalizada, pelos Estados, de três formas diferentes: força, interesses e legitimidade. A internalização pela força remete a motivos de poder e sobrevivência, que fazem as populações se conformarem com a anarquia. A que ocorre por interesses mostra que os atores internos realizam cálculos de custos e benefícios para a adesão – ou não – à anarquia. Quando a cultura de anarquia consegue se apresentar como sinônimo de “normalidade” e “amizade”, os atores fazem a internalização por legitimidade (Nogueira & Messari, 2005). A conclusão de Wendt é que, nas três culturas de anarquia, os três níveis de internalização são possíveis, e, dessa forma, o autor confirma, nas relações internacionais, a importância dos agentes, assim como da estrutura a qual esses agentes pertencem.

Não havendo uma realidade social externa objetiva e material, o sistema internacional, de acordo com os construtivistas, não é “algo que está lá fora” e não existe por si só, mas somente como uma consciência intersubjetiva entre os Estados e as populações. Esse sistema consiste em uma criação humana, um conjunto de ideias e pensamentos e uma organização de normas e orientações e, por isso, muda de acordo com as ideias geradas nas relações internacionais, que, como as relações humanas, consistem essencialmente em pensamentos, ao invés de forças ou condições materiais (Jackson & Sorensen, 2007). Na anarquia do sistema internacional, os Estados são agentes importantes, e princípios, regras, práticas e instituições representam as estruturas principais. Portanto, os agentes criam estruturas e as estruturas moldam seus interesses e identidades, tendo a interação dos Estados na anarquia o poder de transformar as visões dos Estados sobre seus interesses e identidades, inclusive no tema da saúde (Fidler, 2003).

Na anarquia das relações internacionais, até o fim da Guerra Fria, a articulação da saúde com as questões tradicionais de política externa era bastante limitada. Na nova configuração geopolítica do mundo nos anos 90, os interesses em torno da saúde mudam, a partir do reconhecimento de sua importância e envolvimento na agenda

diplomática. Nesse sentido, a visibilidade do tema, como já discutido, cresce com o número de epidemias, o debate sobre HIV/Aids, as tensões com o comércio internacional e as discussões sobre patentes e acesso a medicamentos, entre outras questões que constroem ideias sobre a saúde e a sua relevância (Fidler, 2003). A anarquia internacional é, portanto, também no que concerne à saúde, um mundo da mutável consciência humana, formado por pensamentos e crenças, ideias e conceitos, sinais, indicações e entendimentos entre populações e Estados, de forma que “nada” na política internacional é pré-determinado, inevitável ou imutável (Wendt, 1994).

Segundo Wendt (1992), os significados coletivos são muito importantes para as ações das populações e dos Estados na anarquia. A distribuição de poder no cenário internacional pode sempre afetar os cálculos dos Estados, mas a forma com que isso acontece depende dos entendimentos intersubjetivos dos Estados, assim como suas expectativas e concepções sobre si mesmo e o outro. O autor exemplifica esse argumento com as seguintes palavras¹⁶:

[...] Os Estados agem de forma diferente com inimigos e amigos, porque os inimigos são ameaçadores e os amigos, não. A anarquia e a distribuição do poder não são suficientes para nos dizer quem é quem. O poder militar dos Estados Unidos tem significados diferentes para o Canadá e para Cuba, apesar de suas posições “estruturais” semelhantes, assim como os mísseis britânicos, para os Estados Unidos, têm um significado diferente dos mísseis soviéticos [...] Se a sociedade “esquece” o que representa uma universidade, os poderes e as práticas do professor e do aluno deixam de existir; se os Estados Unidos e a União Soviética decidem que não são mais inimigos, “a Guerra Fria acaba”. Significados coletivos são o que constituem as estruturas que organizam nossas ações [...] (Wendt, 1992).

Dessa forma, os Estados adquirem identidades, entendimentos e expectativas sobre si mesmos por meio da participação nesses significados coletivos. Portanto, as

¹⁶ No arquivo original, em Inglês: “States act differently toward enemies than they do toward friends because enemies are threatening and friends are not. Anarchy and the distribution of power are insufficient to tell us which is which. U.S. military power has a different significance for Canada than for Cuba, despite their similar “structural” positions, just as British missiles have a different significance for the United States than do Soviet missiles [...] If society “forgets” what a university is, the powers and practices of professor and student cease to exist; if the United States and Soviet Union decide that they are no longer enemies, “the cold war is over.” It is collective meanings that constitute the structures which organize our actions” (Wendt, 1992).

identidades são relacionais e existem em um mundo socialmente construído, sendo que cada Estado pode apresentar múltiplas identidades, como “soberano”, “líder do mundo livre”, “potência imperial”, “assolado pela miséria”, etc. O comprometimento com cada identidade varia, mas cada uma é uma definição social do ator fundamentada em sua percepção sobre si mesmo e sobre os outros Estados, além da percepção dos outros sobre si. As identidades constituem a base dos interesses, que também são definidos nos processos de interação recíproca (Wendt, 1992). Esse diálogo com os significados coletivos internacionais que contribuiu para o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa brasileira será observado e discutido nos próximos capítulos, assim como as diferentes percepções dos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva sobre o Brasil e os outros Estados.

Ao fortalecer o papel das ideias na construção de identidades e interesses e conferir aos processos da política internacional a ideia de construção social, o construtivismo se apresenta como uma teoria importante para o estudo da saúde em sua relação com as políticas externas. No entanto, segundo Fidler¹⁷ (2003, p.38, tradução livre), essa teoria é, atualmente, “a mais incompleta e ambígua das quatro teorias de Relações Internacionais apresentadas – realismo, institucionalismo, liberalismo e construtivismo – provocando questionamentos sobre a possibilidade de sua atratividade estar relacionada a sua nebulosidade”. Apesar das questões ainda não respondidas, é possível dizer que o construtivismo, como uma teoria que assume o poder da interação e a possibilidade de mudança constante, proporciona orientações que podem contribuir para o estudo da relação entre saúde e política externa.

No presente capítulo, por meio de um breve panorama conceitual e da adoção da corrente construtivista da Teoria de Relações Internacionais, foi observado que a saúde atualiza a política externa diante da realidade do mundo contemporâneo, promovendo um diálogo inovador, crescente, amplo e relevante. Nesse sentido, estudos começam a se desenvolver ao redor do mundo a fim de elaborar conceitos e abordagens que auxiliem a compreensão e a condução do tema da saúde na política internacional. O aprofundamento das pesquisas nessa área requer o reconhecimento do caráter flexível e

¹⁷ No arquivo original, em Inglês: “*at present the most incomplete and ambiguous of the four IR theories presented – realism, institutionalism, liberalism and constructivism - , raising the question of whether constructivism is the most attractive because it is the most nebulous*” (Fidler, 2003, p.38).

mutável das atividades estatais, socialmente construídas, na elaboração de suas agendas de políticas de externa.

2.4 – Notas metodológicas

Para fazer frente às questões propostas nessa dissertação e considerando os referencias teóricos acima indicados, a metodologia adotada consistiu em empreender a identificação, reunião e análise qualitativa de materiais bibliográficos e documentais textuais, primários e secundários. São considerados materiais primários aqueles produzidos ou acumulados pelos atores no momento da sua presença e ação em uma dada circunstância histórica. Em boa medida, eles são expressão material e parte integrante dessas ações e das suas decorrências imediatas e, a partir deles, é possível estabelecer uma relação mais direta com os eventos a serem analisados. Fontes secundárias, por sua vez, são aqueles materiais que discorrem sobre os eventos e processos que estão sendo observados. Apresentam algum distanciamento temporal, tendendo mais fortemente à produção de narrativas e análises *a posteriori*, ou ainda, reúnem informações que já foram processadas por outros estudiosos e configuram parte de um acervo de conhecimentos acerca de um dado tema (Sá-Silva et al., 2009).

Dentre as fontes primárias utilizadas no presente trabalho, está, sobretudo, material oficial, emanado de instâncias como a Presidência da República, ministérios e agências do Poder Executivo federal. Dentre os documentos primários identificados e analisados, segundo tipologia e procedência, encontra-se:

- (1) Discursos dos Presidentes da República;
- (2) Discursos de Ministros da Saúde;
- (3) Discursos de Ministros das Relações Exteriores;
- (4) Relatórios do Ministério das Relações Exteriores;
- (5) Relatórios do Ministério da Saúde;
- (6) Programas de Governo;
- (7) Acordos internacionais firmados pelo Brasil;
- (8) Relatórios e publicações da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da Organização das Nações Unidas (ONU).

Considerando a origem oficial desses materiais, seu estudo buscou identificar as ocorrências e o sentido atribuído às menções ao tema da saúde no âmbito da formulação

da política externa brasileira. Já nos documentos provenientes das autoridades em saúde, foram observados o registro e o grau de relevância atribuídos às atividades internacionais. Buscou-se ainda identificar elementos que evidenciassem o processo de institucionalização da saúde como tema da política externa brasileira.

A análise desses documentos foi realizada a partir das contribuições da literatura secundária especializada e variada no que concerne à emergência de questões como direitos humanos, meio ambiente e saúde, entre outros temas da política internacional; à análise de política externa e à evolução recente da diplomacia brasileira, assim como o lugar, nela atribuído, a essas mesmas questões, e em particular à saúde; e às transformações experimentadas por estruturas organizacionais relevantes para os objetivos propostos, como o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Saúde e suas agências.

Essas fontes secundárias também incluem a literatura referente à Teoria de Relações Internacionais, saúde global e diplomacia em saúde e política externa brasileira. Essas referências foram identificadas mediante levantamento não-sistemático, tendo como ponto de partida a literatura utilizada durante as disciplinas desse curso de Mestrado. Consistem em obras monográficas, capítulos de coletâneas e artigos publicados em periódicos internacionais, como *The Lancet*, *International Organization*, *BioMed Central*, e nacionais, como a Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Cadernos de Saúde Pública, Revista Brasileira de Política Internacional e Contexto Internacional, assim como em obras de literatura clássica e recente, de autores como Alexander Wendt, Clodoaldo Bueno & Amado Cervo, Letícia Pinheiro, Iona Kickbusch e David Fidler, entre outros.

3 – Política Externa Brasileira e a Aspiração Internacional do Brasil

A partir da apresentação de algumas noções sobre o estudo da política externa, o presente capítulo irá analisar as linhas gerais da diplomacia brasileira nos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, com ênfase na atuação internacional na área da saúde, dimensão que será aprofundada no capítulo seguinte no que concerne ao processo de institucionalização do tema na agenda da política externa brasileira. Em seguida, será discutida a perspectiva de constituir-se em ator influente no cenário internacional como o objetivo maior da diplomacia do Brasil, que, seguindo essa aspiração, fortalece o diálogo entre saúde e política externa.

3.1 – Fundamentos de política externa

No mundo pós Guerra Fria, a crescente convergência em termos de valores, ideologias e práticas políticas e econômicas; a reavaliação da ideia de poder diante da predominância do poder econômico, cultural e simbólico em detrimento do poder militar; a abertura das fronteiras nacionais; o intenso e diversificado fluxo de informações; e o crescimento da sociedade civil organizada, entre outros aspectos, fizeram da capacidade de influir na elaboração dos regimes internacionais uma das tarefas mais importantes da atividade diplomática. Com novos temas e discussões, que tendem a se tornar quase universais, os processos de formulação da política externa sofrem mudanças.

É possível dizer que os governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva apresentam diferenças em suas crenças e preferências no que diz respeito à política externa. No entanto, suas ações compartilham o objetivo histórico da diplomacia brasileira: a preservação da autonomia política aliada ao desenvolvimento do protagonismo internacional do país, o que foi buscado por meio de distintas formas de inserção no sistema internacional. No campo da saúde, tanto pela promoção do direito internacional e da participação brasileira nos regimes globais, como mostra o período de 1995 a 2002, quanto pelo fortalecimento do diálogo com os países em desenvolvimento e a reafirmação da liderança brasileira no Sul, como visto entre os anos de 2003 a 2010, os presidentes brasileiros seguiram uma linha de ação pela qual o

país influenciou as discussões internacionais e apresentou ao mundo sua experiência, colaborando para a regulação internacional em saúde e a execução de projetos de cooperação nessa área.

Fonseca Jr. (1998) atribui duas características aos processos de inserção no sistema internacional, considerado um sistema social caracterizado por um número pequeno de atores estatais cujas diferenças na capacidade de influência são significativas. A primeira delas está na ideia de “identidade”, entendida como elementos de geografia, cultura, natureza do regime político e possíveis alianças e conflitos que configuram um país, uma vez que a entrada no sistema pressupõe uma definição sobre o que se é. Já a relação com outros países, o que permite essa entrada, consiste na segunda característica, a partir da consideração de que a inserção no sistema internacional não se dá pelo isolamento ou de forma independente, mas na interação e no diálogo com outros Estados. Segundo o autor, a diplomacia brasileira, na busca pela inserção internacional, desenvolve a capacidade de “desdramatizar” a agenda da política externa, amenizando conflitos e crises e expandindo os “laços que nos unem ao mundo”, já que a necessidade brasileira de uma presença universal “se mostra natural e indispensável” (Fonseca Jr., 1998, p.356).

Lafer (1987), por sua vez, argumenta que a inserção internacional de um país deve estar associada a um “estilo”, entendido como modalidades de atuação que apresentam os recursos de competência do país, podendo ser mal ou bem empregados, o que compromete ou fortalece, respectivamente, a atuação diplomática. Como será visto nesse capítulo, os “estilos” dos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva variaram, mas ambos empregaram os recursos de poder do corpo diplomático, pela persuasão, pelo compromisso ou pela pressão, para o fortalecimento da influência brasileira no cenário internacional, minimizando as fraquezas domésticas e promovendo os interesses nacionais. A orientação da política externa brasileira entre 1995 e 2010 seguiu, portanto, a compatibilização entre os interesses internos e as possibilidades externas, o que, segundo Lafer (1987) inclui as dimensões estratégico-militar, econômica e moral. Nas palavras do autor:

[...] A harmonização das necessidades internas com as possibilidades externas, ou seja, a proposta de inserção de um país no mundo, se faz em três significativos campos de atuação: o campo estratégico-militar, que traduz o que um país significa, ou pode significar, para

outros como aliado, protetor ou inimigo em termos de riscos de guerra e desejos de paz; o campo das relações econômicas, que explicita a importância efetiva ou potencial de um país para outros como mercado; e o campo dos valores, que revela a importância de um país enquanto modelo mais ou menos a fim de vida em sociedade [...] (Lafer, 1987).

Portanto, para o estudo da política externa, é preciso partir do pressuposto de que ela é uma política pública resultado de barganhas, coalizões, conflitos, interesses diversos, hierarquias e consensos provisórios, apresentando objetivos específicos em cada uma de suas ações, com múltiplos atores e temas em sua formulação. A partir, especialmente, da transição entre os anos 1980 e 1990, passou-se a questionar, nos âmbitos político e acadêmico, a caracterização da política externa brasileira como uma política de Estado, que, devido ao profissionalismo do Itamaraty e à sua relativa autonomia na elaboração da agenda de política externa, dispunha de certa imunidade às influências das discussões governamentais (Milani & Pinheiro, 2013). De acordo com Milani & Pinheiro (2013), a política externa deve ser considerada uma política pública, cuja responsabilidade, em última instância, é do governo, principal instituição do Estado, também formado pelo Poder Legislativo e o Poder Judiciário, que assim como empresas, movimentos sociais, organizações não governamentais, também têm influência sobre o conteúdo das políticas públicas.

Apesar das significativas contribuições dos atores não estatais para as opções políticas do Brasil nos debates internacionais, cabe ao Estado as decisões finais, especialmente ao Itamaraty, mas a outros ministérios e agências de governo também (Milani & Pinheiro, 2013). Nesse sentido, Barros (1998), assumindo o discurso oficial de que os diplomatas são capazes de representar e inserir os interesses da sociedade na política externa, argumenta que a atividade diplomática consiste na defesa externa dos anseios internos, sendo, no caso brasileiro, a tarefa do Ministério das Relações Exteriores a busca pela prevalência dos interesses da sociedade brasileira no diálogo e na cooperação com os outros países. Dessa forma, o Itamaraty e a sociedade desenvolveriam uma relação de mútua informação a fim de que o contexto internacional pudesse ser avaliado e interpretado, e o interesse nacional, identificado, na interação entre necessidades domésticas e constrangimentos externos, o que, na prática, provoca dúvidas sobre a capacidade do Itamaraty, instituição “hierarquizada” e “elitista”, de

identificar as demandas da sociedade nacional. Sobre essa natureza dual da política externa, Barros (1998) afirma o seguinte:

[...] Este exercício requer, do Itamaraty, uma atuação em sentidos complementares. De um lado, a atuação do âmbito Interno para o Internacional: o Ministério procura “ouvir” a sociedade e traduzir seus interesses, necessidades e valores nas ações externas do País. De outro, a atuação do âmbito Internacional para o Interno: o Itamaraty avalia as perspectivas e constrangimentos externos e procura informar e orientar a sociedade. Cabe ao Itamaraty analisar o contexto internacional – suas tendências, configurações de poder em cada questão, os obstáculos a interesses específicos – para melhor informar a sociedade, a fim de que suas escolhas sejam realistas e compatíveis com os recursos de poder e a capacidade de atuação externa do País [...] (Barros, 1998).

Dessa forma, a condução da política externa não se dá de forma meramente reativa diante dos acontecimentos e tendências das relações internacionais, considerando que objetivos, meios e princípios são previamente organizados a partir da análise sobre os contextos interno e externo. Ao longo desse capítulo, será observado o desenvolvimento, pelo Brasil, de uma diplomacia propositiva e influente no debate internacional sobre saúde, capaz de formular diretrizes e estabelecer escolhas que reforçavam seu papel de liderança no cenário internacional. A forma com que um país lida com determinado tema é uma dimensão do processo de busca por legitimidade no sistema internacional. Na área da saúde, o Brasil, entre 1995 e 2010, não só alcançou altos padrões de respeito como também influenciou ativamente o sistema internacional, atendendo ao objetivo histórico de sua política externa.

Como em qualquer política pública, a formulação de política externa requer que os governos optem por determinadas ações, que são orientadas por princípios constitucionais. Os princípios que regem a atuação do Ministério das Relações Exteriores do Brasil estão dispostos no artigo 4º da Constituição Federal de 1988. Independência nacional, prevalência dos direitos humanos, autodeterminação dos povos, não intervenção, igualdade entre os Estados, defesa da paz, solução pacífica dos conflitos, repúdio ao terrorismo e ao racismo, cooperação entre os povos para o progresso da humanidade e concessão de asilo político são orientações constitucionais para a formulação da política externa brasileira. A integração econômica, política, social

e cultural da América Latina é um compromisso adicional, especialmente destacado por meio de um parágrafo único.

Também na Constituição Federal, em seu artigo 196, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo garantida a cobertura integral e universal, o que despertou, na esfera internacional, importante interesse sobre o contexto brasileiro, beneficiando a troca de experiência em saúde entre o Brasil e países ricos e pobres (Buss et al., 2011). A natureza dinâmica do sistema internacional, constituído por atores em processos constantes de transformação, favorece a ocorrência de mudanças contínuas na agenda internacional, seja em seus temas, atores ou interesses envolvidos. Dessa forma, a aplicação dos princípios que orientam a política externa brasileira também evolui, em direção a uma posição transparente, aberta e consistente, a partir da consideração de que a diplomacia é um instrumento fundamental para a obtenção, no exterior, dos recursos necessários para o desenvolvimento nacional (Sato, 2000).

Em uma alusão ao clássico discurso de Araújo Castro na abertura da 18ª Assembleia Geral da ONU, em 1963, quando o embaixador brasileiro ressaltou o papel dos países em desenvolvimento na organização das relações internacionais, Vidigal (2010) também identifica três “dês” na política externa brasileira contemporânea. A “democracia” seria o princípio mais importante que nortearia a ação diplomática, cujo objetivo maior seria o “desenvolvimento”, tanto o interno quanto o dos países do Sul e fortalecido pela “diversificação” das parcerias comerciais e culturais. Nesse sentido, o Brasil incluiria, em sua agenda diplomática, projetos de cooperação, participação em negociações multilaterais e respeito ao Direito Internacional como fundamentos de sua atuação.

Na literatura acadêmica, há autores que defendem que as mudanças entre as políticas externas dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva foram significativas (Cervo, 2011; Parola, 2007). Do outro lado, estão aqueles que afirmam que o presidente petista apenas seguiu as linhas de atuação estabelecidas por seu antecessor (Pecequillo, 2008). Há ainda uma corrente em posição intermediária que atribui à gestão do presidente Lula da Silva mudanças e continuidades (Vigevani & Cepaluni, 2007; Vaz, 2004; Saraiva, 2007). É possível dizer que essas classificações variam de acordo com os momentos e objetos de análise. O tema da saúde, em específico, não só estava presente na agenda da política externa brasileira em ambos os governos, como também essa presença se desenvolvia em um processo de

institucionalização, em termos político-administrativos e no nível do discurso oficial, o que oferece uma dimensão de continuidade entre eles, respeitando as diferenças nos esforços diplomáticos e linhas de atuação de cada governo, como será melhor observado no presente capítulo e no próximo.

Os “estilos” de política externa entre 1995 e 2010 variaram, assim como os contextos nacional e internacional, mas a presença da saúde na diplomacia brasileira se deu de forma marcante e permanente. Com perspectivas diferentes sobre o sistema internacional, os governos de Fernando Henrique Cardoso, consolidando as relações com os países desenvolvidos no contexto da globalização, e de Luiz Inácio Lula da Silva, reconhecendo as possibilidades para a diversificação de parcerias em um movimento contra-hegemônico, fortaleceram a atuação internacional do Brasil, beneficiada pelo espaço oferecido pelo debate internacional em saúde, no qual o Brasil foi uma das vozes mais influentes nesse período.

3.2 – A política externa brasileira do governo de Fernando Henrique Cardoso e a saúde

Considerando o fato de que, desde o início dos anos 90, a política externa brasileira redefinia os seus quadros conceituais, é possível dizer que o governo de Fernando Henrique Cardoso foi marcado pela intenção de influenciar a formação da nova ordem internacional, que, a partir do fim da Guerra Fria, teve de reestruturar suas referências políticas, econômicas, sociais e culturais. Nesse contexto, o Brasil buscava uma participação construtiva e propositiva no desenvolvimento dos novos temas da agenda internacional, entre os quais meio ambiente, direitos humanos, não proliferação nuclear, integração regional e respeito à democracia. Nesse sentido, a atuação do presidente, caracterizada como moderada e conciliatória, considerava que as instituições internacionais não eram engessadoras da hierarquia de poder existente, mas espaços legítimos para a institucionalização das relações entre os países, cujos diálogos eram elementos fundamentais no contexto pós Guerra Fria (Vigevani & Oliveira, 2003).

Na percepção dos Ministros Luiz Felipe Lamprea (1995-2001) e Celso Lafer (2001-2002), formuladores da política externa brasileira durante esse governo, o Brasil deveria buscar consensos em torno de uma atuação voltada para o pacifismo, a defesa dos princípios de autodeterminação e não intervenção e o respeito ao direito

internacional, de forma que a participação nos fóruns internacionais consolidasse a “voz brasileira” no mundo e, simultaneamente, não acarretasse custos excessivos para o Brasil, considerado um país de recursos limitados. Nesse sentido, o cenário internacional representaria um ambiente desfavorável, contra o qual a diplomacia brasileira deveria atuar a longo prazo, buscando adaptar-se às mudanças e fortalecendo o diálogo multilateral como o padrão de ação coletiva (Vigevani & Oliveira, 2003). Dessa forma, atuar, dentro do sistema, para o encontro de soluções em caso de divergências e discussões sobre a nova agenda global, era um objetivo importante do governo de Fernando Henrique Cardoso. Nas palavras de Vigevani & Oliveira (2003):

[...] O objetivo não seria a adaptação passiva, mas, no limite do próprio poder, articulado com o interesse de outros Estados e forças, redirecionar e reformar o ambiente, buscando a possibilidade de participação nos assuntos internacionais por meio da elaboração de regimes mais favoráveis aos interesses brasileiros [...] (Vigevani & Oliveira, 2003, p.14).

Saraiva (2007) entende esse engajamento internacional por meio do conceito de soberania compartilhada, que, diferente do conceito clássico de soberania, propõe um sistema internacional marcado por valores universais, e no qual os Estados estão sujeitos a normas dos regimes internacionais. Nesse sentido, o diálogo com o cenário internacional é ressaltado pelo presidente, em artigo de autoria própria, em 2001:

[...] É muito afortunado, para o Brasil, no alvorecer do século XXI, que os valores que ele cultivava internamente, como parte de sua identidade nacional, são também, em grande medida, os valores preponderantes no plano internacional. Direitos humanos, democracia, desenvolvimento social, a proteção do meio ambiente: em todos esses campos falamos a mesma linguagem que a maioria de nossos parceiros em todo o mundo. E esta é uma característica decisiva de nossa política externa [...] Sentimos que temos responsabilidade de contribuir, de forma positiva, para aprimorar a cooperação internacional e para tirar o máximo possível da globalização. Somos afetados pelo problema e queremos ser parte da solução (Cardoso, 2001, p.6-9).

De acordo com Cervo (2003a), é possível identificar quatro grandes eixos para a política externa brasileira durante o governo de Fernando Henrique Cardoso: a) o

multilateralismo como a força capaz de fomentar a formulação mundial de regras justas, transparentes e respeitadas por todos, que estimulariam um comércio internacional sem barreiras, a proteção do meio ambiente aliada ao desenvolvimento e um regime de segurança regido pela Organização das Nações Unidas (ONU); b) o regionalismo, pelo qual o Brasil iria alcançar compensações econômicas e reforçar o seu poder político; c) a relação com os Estados Unidos, que ocorreria de forma ambígua, com a alternância entre certa subserviência na dimensão econômica e confronto no discurso político; e d) o diálogo com a União Europeia, o qual, mesmo sem resultados concretos, buscaria uma zona de livre comércio a fim de equilibrar as relações com os Estados Unidos referentes à Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), proposta pelo presidente Bill Clinton em 1994. Esses eixos teriam caracterizado a década de 90 como a das ilusões, uma vez que, na prática, teriam limitado a atuação do Brasil no mundo. Nas palavras do autor:

[...] Os quatro eixos da política exterior de Cardoso orientaram claramente os esforços externos para o denominado Primeiro Mundo, na presunção de que o país haveria de figurar entre a elite das potências, rompendo com a tradição democrática e universalista da ação externa brasileira. Esses eixos restringiram a esfera de ação e provocaram perdas e retiradas com relação à fase anterior, de caráter comprometedor em termos de realização de interesses nacionais. O Brasil afastou-se da África e do Oriente Médio, desdenhou parcerias consolidadas anteriormente como a da China e não percebeu as oportunidades que se abriram na Rússia e nos países do leste europeu [...] (Cervo, 2003a, p.7).

Em linhas gerais, é possível dizer que as ações da diplomacia brasileira durante o governo de Fernando Henrique Cardoso foram voltadas para a participação nos fóruns multilaterais, principalmente na ONU e na Organização Mundial do Comércio (OMC), para o apoio a certa diversificação de parceiros nas relações bilaterais e para a defesa da reestruturação do Conselho de Segurança da ONU, com a colocação do Brasil como membro permanente (Vizentini, 2005).

É consenso na literatura sobre política externa brasileira (Vizentini, 2005; Cervo, 2002; Lima, 2003) a ideia de que o presidente Fernando Henrique Cardoso, considerando o Itamaraty um foco de resistência do projeto nacional-desenvolvimentista, esvaziou esse órgão de suas funções. Parte de suas atribuições econômicas teriam sido transferidas para o Ministério da Economia e sua ação política

foi caracterizada pela diplomacia presidencial. Dessa forma, durante os oito anos de governo, Fernando Henrique Cardoso marcou sua presença na atividade diplomática, assumindo funções, expondo visões pessoais, participando de negociações cruciais e elaborando ações de política externa de forma ativa e constante.

Cervo (2002) identifica três paradigmas¹⁸ de ação externa: o Estado desenvolvimentista, o Estado normal e o Estado logístico. O primeiro, de características tradicionais, reafirma o aspecto nacional e autônomo da política exterior, promovendo o desenvolvimento nacional por meio do combate às dependências econômicas estruturais. O segundo, por sua vez, se fez presente na América Latina nos anos 90, formando Estados subservientes às determinações dos países desenvolvidos, destrutivos para o desenvolvimento econômico e regressivos ao reservarem “para a nação as funções da infância social”. O Estado logístico, por sua vez, pressupõe uma inserção madura no mundo globalizado, buscando equilibrar os benefícios da interdependência e conferindo à sociedade “responsabilidades empreendedoras” (Cervo, 2002, p.7). Para o autor, o Brasil percorreu os três paradigmas, sendo o governo de Fernando Henrique Cardoso caracterizado pelo Estado normal, uma vez que aumentou a vulnerabilidade externa¹⁹ ao promover as privatizações, aprofundar a transferência de ativos ao exterior e expor as finanças públicas à especulação. Desse modo, o comércio exterior do país enfrentou a estagnação, deixando de servir ao desenvolvimento e ao alívio do balanço de pagamentos. Nesse sentido, o governo desse presidente, segundo a crítica de Cervo (2002), orientou sua ação externa por meio de “ilusões” ao acreditar, por exemplo, que as negociações multilaterais produziriam regras justas, respeitadas e transparentes para o comércio internacional, o meio ambiente, a segurança e os direitos humanos, além de investir no prestígio intelectual de que dispunha o presidente para proteger o país dos desequilíbrios causados pela abertura comercial ditada pelo Consenso de Washington.

Vizentini (2005) destaca que as “ilusões” apontadas por Cervo (2002) marcaram, especialmente, o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, cujo

¹⁸ Por paradigma, Cervo (2003b, p.7) entende “uma explanação compreensiva do real”, algo que, nas ciências humanas, “restringe-se à função de dar inteligibilidade ao objeto, iluminá-lo através de conceitos, dar compreensão orgânica ao complexo mundo da vida humana”.

¹⁹ Sobre a vulnerabilidade externa atribuída por Cervo (2003a) à política de Fernando Henrique Cardoso, Pinheiro (2004) ressalta o seu caráter global, uma vez que o “aprofundamento da globalização financeira, que intensificou de forma exponencial a ligação entre os diferentes mercados, tornou o mundo muito mais vulnerável a situações de risco”.

segundo período de governo teria apresentado mudanças significativas. Segundo esse autor, a própria campanha eleitoral para a reeleição já enfrentava a nova realidade do cenário internacional, em que as crises econômicas na Ásia, em 1997, e na Rússia, em 1998, alteravam as finanças mundiais e provocavam uma severa fuga de capitais no Brasil, que, em 1999, tinha sua estabilização monetária ameaçada, levando o governo a desvalorizar o Real. Na esfera política, argumenta Vizentini (2005), o MERCOSUL representava um grande desafio, uma vez que a Argentina apostava na integração proposta pelos Estados Unidos na ALCA, e o Brasil defendia a integração sul-americana no bloco criado em 1991 pelo Tratado de Assunção. Dessa forma, pressões internas e externas geravam a necessidade de mudança na diplomacia brasileira. A Argentina entrou em colapso econômico e o Brasil substituiu o discurso de subordinação às orientações da globalização neoliberal pela crítica à globalização assimétrica²⁰, investindo significativamente nas relações com a América do Sul (Vizentini, 2005).

No que tange ao regionalismo, uma das vertentes historicamente mais importantes da política externa brasileira, Cervo (2003a) observa resultados positivos e negativos. A criação de uma zona de paz regional, a expansão significativa do comércio na América do Sul, a elevação do MERCOSUL à condição de sujeito de direito internacional e a criação de uma “imagem externa acima de sua própria realidade” são algumas das conquistas alcançadas por esse governo. Por outro lado, a não convergência das políticas exteriores de seus membros, a adoção de medidas unilaterais prejudiciais aos objetivos comuns, a recusa em reduzir a soberania e enfrentar as assimetrias, a incompatibilidade das políticas cambiais e a falta de instituições comunitárias teriam comprometido a consolidação do MERCOSUL. Sobre a relação com a América do Sul, Saraiva (2007), por sua vez, destaca o binômio segurança e estabilidade democrática que orientou a diplomacia brasileira nos governos do presidente Fernando Henrique Cardoso. O Brasil buscava o estabelecimento de vínculos com os vizinhos e se apresentava como mediador em casos de crise quando chamado para tal, como no

²⁰ Cervo (2003a) observa que esse conceito foi criado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, em seu segundo mandato, diante de sua decepção com os resultados concretos da aposta brasileira no multilateralismo. Refere-se a um sistema de benefícios desiguais, “porque encurralou os países periféricos, obedientes e servis, para o lado dos perdedores”.

conflito entre Equador e Peru em 1998, reforçando as perspectivas brasileiras de união entre as ideias de democracia, integração regional e desenvolvimento nacional (Correa, 1999). Já Lampreia (1998) afirma que uma série de fatores internos colaborou para a afirmação do regionalismo durante esse governo, como a política de abertura comercial e o crescimento da demanda doméstica, das importações e do influxo de investimento estrangeiro, que, juntos, e dispendo da liderança de Fernando Henrique Cardoso, impulsionaram a economia da América do Sul, favorecendo os processos de integração.

Pinheiro (2004) atribui o paradigma do “institucionalismo pragmático” à política externa brasileira durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. Nessa perspectiva, o governo conjugava ideias de cooperação internacional com o reconhecimento de que as relações internacionais são pautadas pelo autointeresse. Considerando limitados os recursos de poder do país, o governo buscava o fortalecimento das instituições multilaterais e a adesão aos regimes e às normas internacionais a fim de garantir a autonomia nacional e obter maior respaldo para seus interesses no cenário internacional. Nas palavras da autora:

[...] em nome da diminuição dos custos de transação, redução de incertezas e busca da maximização de ganhos (absolutos) buscou-se o reforço da cooperação. No entanto, paralelamente a essa vertente, sobreviveu a visão realista clássica que percebe as relações internacionais como calcadas no princípio do autointeresse e na busca por ganhos relativos [...] (Pinheiro, 2004, p.62).

Na maior parte dos anos da Guerra Fria, prevaleceu, na diplomacia brasileira, a ideia de “autonomia pela distância”²¹, já que o Brasil buscava manter-se distante de compromissos internacionais considerados restritivos à sua autonomia, o que estimulava o desenvolvimento de uma postura reativa diante das discussões internacionais. Com o início do governo de Fernando Henrique Cardoso, surge, segundo Vigevani & Cepaluni (2007) a lógica da “autonomia pela participação”, pela qual o Brasil desenvolveria uma agenda diplomática pró-ativa, ampliando o controle sobre o seu destino, reafirmando o

²¹ Trabalhando com o conceito proposto por Fonseca Jr. (1998), Vigevani & Cepaluni (2007, p.283) definem “autonomia pela distância” como: “política de não-aceitação automática dos regimes internacionais prevalentes e, sobretudo, a crença no desenvolvimento parcialmente autárquico, voltado para a ênfase no mercado interno; conseqüentemente, uma diplomacia que se contrapõe a certos aspectos da agenda das grandes potências para se preservar a soberania do Estado Nacional”.

poder nacional e colaborando para a regulamentação das relações internacionais, nas mais diversas áreas. Assim, a inserção do Brasil no sistema internacional, como um ator confiável, estável, seguidor das regras e regimes internacionais e, ao mesmo tempo, influente na formulação dos princípios e normas da ordem internacional, consistia no objetivo central da política externa. Nas palavras de Vigevani & Cepaluni (2007, p.283), “autonomia pela participação” é definida como “a adesão aos regimes internacionais, inclusive os de cunho liberal, sem a perda da capacidade de gestão da política externa; nesse caso, o objetivo seria influenciar a própria formulação dos princípios e das regras que regem o sistema internacional”.

Lima (2003) também caracteriza a política externa brasileira durante o governo de Fernando Henrique Cardoso por meio da ideia de “autonomia pela participação”, que, na prática, teria sido traduzida pela adesão aos regimes internacionais, a recomposição do diálogo com os Estados Unidos e demais potências, o fortalecimento do espaço sul-americano como espaço de liderança brasileira e o relativo desinteresse pelas articulações políticas com os países em desenvolvimento da África, da Ásia e do Oriente Médio. Dessa forma, o Brasil, em dezembro de 1994, aceitou, com relutância, o início das negociações para a criação da ALCA e, a partir de 1995, aderiu aos regimes de controle de tecnologia nuclear, como o Tratado de Não Proliferação Nuclear, o Regime de Controle de Tecnologia de Mísseis e o Grupo dos Supridores Nucleares, favorecendo o diálogo com os países desenvolvidos (Vizentini, 2005).

O Ministério das Relações Exteriores teve de se adaptar às mudanças do cenário internacional e aos novos objetivos da política externa brasileira. Nesse sentido, foi criado, em 1995, o Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais, que assumiu a coordenação dos Comitês Preparatórios Nacionais responsáveis pela participação do Brasil na Conferência Mundial de Direitos Humanos (1993) em Viena, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994) no Cairo, na Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social (1995) em Copenhague, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995) em Pequim e na Conferência das ONU sobre Assentamentos Humanos (1996) em Istambul. Em conjunto com esses encontros, a Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992) no Rio de Janeiro forma a série de conferências mundiais promovidas pela ONU no que ficou conhecido como a “década das conferências” (Cervo, 2003a).

No governo de Fernando Henrique Cardoso, para os propósitos desse trabalho, vale destacar a Conferência de Copenhague (1995), o primeiro grande evento internacional sobre o tema do desenvolvimento social. Os compromissos assumidos envolveram a erradicação da pobreza, a promoção do pleno emprego, da integração social, do respeito à dignidade humana, do acesso universal e equitativo à educação e saúde, o fortalecimento da cooperação internacional e o desenvolvimento econômico, social e humano da África e dos países de menor desenvolvimento. A Conferência de Pequim também é um destaque desse período no que concerne à relação entre a discussão internacional em saúde e a atuação brasileira. Uma extensa delegação foi presidida pela primeira-dama Ruth Cardoso e era composta por 14 delegados (dois diplomatas, um representante do Ministério da Saúde, uma representante do Ministério da Justiça, a Subprocuradora-geral da República, nove integrantes do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher), 13 assessores, 14 observadoras parlamentares e 33 observadores de organizações não governamentais e sindicatos. Esses representantes discutiram temas como as implicações da pobreza sobre a vida da mulher, as desigualdades e inadequações no acesso à educação e aos serviços de saúde, a violência contra a mulher, os efeitos de conflitos armados sobre elas e as desigualdades entre homens e mulheres no exercício do poder (Alves, 2001).

A participação do Brasil nos grandes debates internacionais em saúde também se fez presente, de forma significativa, na OMC. Logo no início de seu mandato, G.W.Bush questionou o artigo 68 da lei brasileira de Propriedade Industrial (nº 9279/96), que previa o uso de licença compulsória em casos de emergência de saúde pública. Os Estados Unidos, em fevereiro de 2001, solicitaram a abertura de um painel na OMC contra o Brasil, acusado de violar o Acordo TRIPS²². A estratégia de defesa brasileira consistiu em mobilizar uma série de atores internacionais em benefício das demandas domésticas de países em desenvolvimento e de países de menor

²² O Acordo sobre Aspectos da Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*, TRIPS na sigla em inglês), que entrou em vigor em janeiro de 1995, é um tratado internacional que resultou das discussões da Rodada do Uruguai, a 8ª rodada de negociações do Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT), que, em 1995, seria incorporado pela então instituída Organização Mundial do Comércio. A Rodada do Uruguai teve início em 1986 e se estendeu até 1994, incluindo itens como a abertura de mercados nas áreas de agricultura e serviços, proteção à propriedade intelectual e restrições aos subsídios (Ponte, 2012). O Acordo estabelece que as patentes, para produtos e processos, devem ser concedidas por um período de 20 anos, no mínimo, e que informações sobre testes de medicamentos podem ser protegidas do “uso comercial”.

desenvolvimento relativo²³ (PMDR), enfatizando as necessidades social e econômica de se preservar a disponibilidade de medicamentos genéricos para o tratamento de pessoas com HIV/Aids nesses países. A defesa também destacava os preços exorbitantes praticados pela indústria farmacêutica norte-americana, que ameaçavam a sustentabilidade do atendimento gratuito aos portadores da doença no país. Diante do impasse e da relutância das empresas norte-americanas em reduzirem os preços, o Brasil, em março de 2001, alertou que poderia fornecer licenças compulsórias, permitindo a produção local dos medicamentos no Instituto de Tecnologia em Fármacos (Far-Manguinhos), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz localizada no Rio de Janeiro, e autorizou essa instituição a importar da Índia os princípios ativos que possibilitariam o início dos testes e pesquisas para a produção local desses medicamentos. Com o *slogan* de que o bem público deveria prevalecer sobre o lucro, o Brasil legitimou sua estratégia de defesa e obteve o apoio de vários países, como África do Sul, Quênia, Moçambique, Zimbábue, Ruanda, entre outros, todos interessados na possível transferência de tecnologia e na cooperação técnica internacional para o tratamento da Aids. A Índia, país com tecnologia avançada na produção de medicamentos genéricos, também ofereceu importante apoio (Ponte, 2012).

Dessa forma, o argumento brasileiro convenceu a opinião pública internacional, mobilizando atores influentes, como as organizações não governamentais Médicos Sem Fronteiras e Oxfam Internacional, além da ONU, por meio de seu programa de combate à Aids (UNAIDS), criado em 1996, e a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos em defesa do acesso aos medicamentos. O Brasil dispôs, inclusive, da publicação, pelo seu Ministério da Saúde, de anúncios nos principais jornais dos Estados Unidos, afirmando que “a Aids não é um negócio” e que a produção brasileira de antirretrovirais representava um “ato de vida”, e não um “ato de guerra” contra a indústria farmacêutica norte-americana (Souza, 2011). Os resultados foram bastante positivos para os países em desenvolvimento, e os Estados Unidos, em junho de 2001, retiraram sua queixa na OMC, em troca da garantia de que seria notificado, com antecedência, caso qualquer

²³ De acordo com a ONU, os países de menor desenvolvimento relativo são aqueles que possuem as mais baixas receitas do mundo, medidas pelo Produto Interno Bruto, além de dificuldades estruturais para o crescimento econômico, recursos humanos escassos e populações de até 75 milhões de habitantes. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/policy/cdp/ldc/ldc_criteria.shtml>. Acesso em: 07 Março 2014.

produto patenteado ou licenciado por empresas norte-americanas fosse licenciado compulsoriamente pelo Brasil, o que ocorreria, anos mais tarde, no governo do presidente Lula da Silva com o caso do Efavirenz, medicamento utilizado no tratamento da Aids (Souza, 2011). Esse episódio que compôs o embate, conhecido como “contencioso das patentes”, demonstra a capacidade brasileira de utilizar as estruturas globais em benefício dos interesses do país e de seus parceiros, assim como o início da política de alianças Sul-Sul que seria a marca do governo de Lula da Silva (Oliveira, 2005). No mês da retirada da queixa dos Estados Unidos, ocorria a sessão da Assembleia Geral da ONU para o tema de HIV/Aids, durante a qual o Brasil defendeu a prevenção e o tratamento na estratégia de combate a essa epidemia, enfatizando a promoção dos direitos humanos dos portadores de HIV/Aids.

A partir do Acordo TRIPS, cuja aprovação foi apoiada na ideia de que era preciso proteger a propriedade intelectual e incentivar a inovação, os conflitos sobre propriedade intelectual eram deslocados para a órbita de influência da OMC, sendo a aceitação dos parâmetros do TRIPS um pré-requisito para o ingresso na instituição que acabara de ser criada. Nesse sentido, foi estabelecido um prazo de quatro anos para que os países em desenvolvimento e os que estivessem saindo de regimes de economias planificadas se adaptassem às novas diretrizes. Para os países subdesenvolvidos, esse prazo seria de dez anos. Apesar desse reconhecimento sobre as diferenças entre os países, o Acordo, em vigor desde 1995, dificulta, na visão de especialistas da área da saúde, o desenvolvimento e a difusão, nos países periféricos, de novas tecnologias e conhecimentos ao estabelecer que “qualquer invenção, de produto ou de processo, em todos os setores tecnológicos, será patenteável, desde que seja nova, envolva um passo inventivo e seja passível de aplicação industrial”, como determina seu artigo 27 (Ponte, 2012).

As críticas ao Acordo TRIPS foram realizadas por um conjunto de países, dentre os quais Índia e África do Sul, liderados pelo Brasil, durante a IV Conferência Ministerial da OMC, em Doha, em novembro de 2001. Esse grupo defendia a ideia de que o acordo TRIPS havia enfatizado os aspectos referentes à concessão de direitos, mas negligenciado questões importantes como a observação de deveres e as diferenças entre as potências industriais e os países mais pobres, sendo necessária, portanto, a flexibilização de alguns de seus termos, em benefício do uso social da propriedade intelectual e da cooperação internacional. A posição adotada por esses países visava à

proteção da saúde pública diante dos interesses econômicos dos grandes laboratórios transnacionais, que agem contrariamente ao desenvolvimento de indústrias locais de medicamentos e em prejuízo da execução de políticas públicas nos países em desenvolvimento (Ponte, 2012).

Em Doha, na condição de responsável por um dos programas²⁴ mais elogiados de combate a Aids do mundo, o Brasil criticou abertamente os altos preços de medicamentos praticados pela indústria farmacêutica multinacional, que adquiria vantagens dos obstáculos impostos às indústrias locais e da demanda inelástica gerada pela gravidade de doenças como a Aids. Na posição brasileira, estava também o argumento de que, antes da elaboração do TRIPS, grande parte dos países não concedia patentes a medicamentos, o que favorecia a execução de políticas de saúde e de desenvolvimento tecnológico. O Brasil ressaltava ainda que a regulação patentária não havia provocado as transferências e inovações tecnológicas previstas e ainda prejudicava as pequenas iniciativas nesse sentido. Dessa forma, era fundamental, segundo o Brasil, estabelecer a emissão de licenças compulsórias e a “importação paralela”²⁵ como instrumentos de defesa dos países pobres e em desenvolvimento em suas buscas por acesso a medicamentos a preços mais convenientes (Ponte, 2012). Souza (2011) resalta a importância desse tema na política externa brasileira:

[...] Significativamente, a política externa brasileira concernente à saúde tem buscado caracterizar o acesso a medicamentos essenciais como uma questão de direitos humanos, com vistas a aumentar seu peso político na agenda internacional e a minar os obstáculos representados pelos interesses comerciais e pelos direitos de propriedade intelectual dos Estados Unidos e de outros países industrializados [...] (Souza, 2011).

²⁴ Como observa Souza (2011), o programa nacional de DST/Aids do Brasil é apontado como o melhor do mundo em desenvolvimento pela Organização das Nações Unidas, e serve de modelo para pelo menos 31 países em desenvolvimento e para a política global de HIV/Aids da Organização Mundial da Saúde. Um dos fatores mais importantes para esse sucesso está no acesso universal e gratuito às terapias antirretrovirais, que, de 1996 a 2007, provocaram uma queda de 60% na taxa de incidência de HIV/Aids e de 82% no número de hospitalizações no país.

²⁵ Segundo Ponte (2012, p.206), o conceito de importação paralela refere-se à “importação não autorizada de produtos que foram colocados no mercado de outro país pelo titular da patente ou com o seu consentimento”.

Em consonância com o debate internacional, a posição brasileira dispunha do apoio de ativistas de inúmeros países e que se organizaram no Dia Global de Ação²⁶, em 5 de março de 2001, para o protesto contra a indústria farmacêutica e a defesa do acesso a medicamentos. Já em abril do mesmo ano, foi aprovada, na Comissão de Direitos Humanos da ONU, a resolução Nº 33/200, proposta pela delegação brasileira e intitulada “Acesso a Medicamentos no Contexto de Pandemias como HIV/Aids”. A resolução, aprovada por 52 países, apresentou o acesso a medicamentos essenciais como um direito humano à saúde, reforçando, assim, as críticas ao Acordo TRIPS. Os Estados Unidos abstiveram-se da votação (Souza, 2011).

A 54ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2001, por sua vez, discutiu as propostas brasileiras referentes ao acesso a medicamentos antirretrovirais baratos em âmbito mundial. A posição do Brasil partia do entendimento de que o acesso a esses medicamentos consistia em um direito humano fundamental, o que reforçava a necessidade de redução de seus custos, de produção de genéricos em países pobres e de elaboração de um fundo internacional para o financiamento de projetos de combate à Aids nesses países. Duas resoluções resultaram dessas propostas: a “Resposta global ao HIV/Aids” e a “Estratégia de Medicamentos da OMS”, que defendiam a cooperação internacional para o desenvolvimento das práticas farmacêuticas, o estudo das implicações dos acordos internacionais de comércio e a formação de sistemas de monitoramento dos preços dos medicamentos a fim de melhorar a equidade no acesso. As resoluções, criadas no âmbito da OMS, foram encaminhadas para a OMC e a ONU (Souza, 2011).

Fazendo uso do apoio internacional conferido ao Brasil ao longo do ano de 2001, a posição brasileira em Doha contou novamente com o ativismo de organizações não governamentais como a Oxfam Internacional e a Médicos Sem Fronteiras, que colaboraram para o espaço de discussão na imprensa mundial, assim como já haviam feito no contencioso das patentes. Nesse contexto de grandes constrangimentos e pressão da opinião pública mundial, a Conferência de Doha produziu a “Declaração

²⁶ Uma das razões mais importantes que alavancaram essa manifestação internacional consistiu na ação de 39 companhias farmacêuticas contra a África do Sul, que havia considerado a quebra de patentes para a produção local de antirretrovirais e a compra de medicamentos a preços mais baixos. Pressionadas, as companhias retiraram as queixas contra o país africano (Ponte, 2012).

sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública²⁷”, que formalizou a busca de mecanismos que protegessem a saúde pública, promovessem o acesso a medicamentos e reduzissem os efeitos negativos do Acordo TRIPS, defendendo a concessão de licenças compulsórias e a definição, por cada país, do que constitui uma emergência nacional de saúde (Souza, 2011). Essa Declaração, cujas negociações foram lideradas pelo Brasil, também destacou a importância da difusão de conhecimentos e do desenvolvimento tecnológico, reconhecendo as demandas e condições diferentes entre países ricos e pobres no que concerne à produção de tecnologias. A lei brasileira nº 10.196, de fevereiro de 2001, que atribui à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o poder de decisão sobre a concessão de patentes para produtos farmacêuticos, foi indicada, pelos defensores da Declaração, como um instrumento importante para o combate ao abuso do poder econômico. Dessa forma, respaldado pela Declaração, o governo brasileiro ameaçou a quebra de patentes nas negociações com o laboratório Abbott, fabricante do antirretroviral Kaletra e que acabou reduzindo seus preços diante desse alerta brasileiro em 2001 (Ponte, 2012).

Diante desses marcos da diplomacia do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, é possível observar que a harmonia de interesses entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde beneficiou a política externa brasileira para a Aids. A relutância do primeiro em seguir um regime internacional de propriedade intelectual que reduzisse a autonomia política do país e comprometesse o objetivo nacional de desenvolvimento identificou na questão da saúde, em especial da epidemia de HIV/Aids, uma aliada importante. Dessa forma, os dois Ministérios estreitaram suas relações, passando a influenciar as ações um do outro e compartilhando profissionais entre si (Souza, 2011).

Nesse mesmo sentido, é importante também mencionar a participação do Brasil na elaboração da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco, em um cenário internacional que constatava os prejuízos econômicos, ambientais e sociais referentes ao consumo e à produção do tabaco, destacando as descobertas científicas sobre os seus malefícios e que, sob pressão da sociedade civil organizada, deu origem ao Regime Internacional de Controle do Tabaco (Toscano, 2006).

²⁷ Para o acesso à Declaração sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública, ver o *website* da Organização Mundial da Saúde, disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/policy/doha_declaration/en/. Acesso em: 01 Março 2014.

Durante a 52ª Assembleia Mundial da OMS, em maio de 1999, a Resolução WHA 52.18 estabeleceu um grupo de trabalho para a definição de uma base técnica para a criação de uma convenção internacional sobre o tema do combate ao tabaco. Posteriormente, para a elaboração do texto da Convenção-Quadro, foi estabelecido um Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI), integrado pelos 192 Estados-Membros da OMS e presidido pelo Brasil, por meio de sua delegação permanente em Genebra. As reuniões do ONI, iniciadas em 2000 e reunindo representantes dos Estados-Membros da OMS, de organizações internacionais e de dezenas de organizações não governamentais, foram presididas pelos embaixadores brasileiros Celso Amorim e Luiz Felipe Correa durante todo o período de elaboração da Convenção-Quadro. Os resultados dessas discussões seriam vistos já no governo do presidente Lula da Silva, quando, em fevereiro de 2003, o texto da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco foi concluído e submetido à aprovação oficial durante a 56ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2003.

Assim, surgia o primeiro tratado internacional de iniciativa da OMS com a missão de reduzir mortes e doenças ligadas ao tabaco em todo mundo, entrando em vigor em fevereiro de 2005 (Toscano, 2006). Segundo Toscano (2006), as eleições, por consenso, de Celso Amorim e Luis Felipe Correa consistiram em uma demonstração significativa da credibilidade internacional que o Brasil apresentava quando no tema da saúde. Para a elaboração dessa Convenção, o programa brasileiro de controle do tabaco²⁸ serviu, explicitamente, de exemplo, assim como o projeto brasileiro de combate à Aids orientou o debate internacional sobre a doença no início do século XXI e colaborou para a liderança do Brasil entre os países em desenvolvimento.

3.3 – A política externa brasileira do governo de Luiz Inácio Lula da Silva e a saúde

²⁸ De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer desde 1989, apresenta como objetivo geral a redução da prevalência de fumantes e da consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, por meio de atividades de educação/informação, vigilância/monitoramento, promoção e apoio à cessação de fumar e articulação de políticas e medidas legislativas e econômicas que beneficiem o controle do tabagismo. O consumo anual de cigarros no país apresentou uma queda de 32% entre 1989 e 2002. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>>. Acesso em: 01 Março 2014.

Os principais formuladores da política externa brasileira no governo do presidente Lula da Silva foram Celso Amorim, Ministro das Relações Exteriores, Samuel Pinheiro Guimarães, Secretário Geral das Relações Exteriores e Marco Aurélio Garcia, Assessor Especial do Presidente da República para assuntos internacionais. A sintonia dessa equipe e a harmonia com o pensamento de seu chefe inauguravam uma nova fase na diplomacia brasileira. Nela, o presidente Lula da Silva devolvia ao Itamaraty a posição estratégica que tradicionalmente ocupara na formulação e execução da política externa do país.

Enquanto a política externa do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso foi caracterizada pela busca de “autonomia pela participação” no sistema internacional, à do governo seguinte, Vigevani & Cepaluni (2007) atribuem a ideia de “autonomia pela diversificação”, pela qual o governo buscava formas autônomas de relacionamento internacional, capazes de envolver diversos parceiros, especialmente os do Sul, em múltiplos arranjos, e de permitir distintas opções estratégicas para a diplomacia brasileira, o que aumentaria a sua capacidade negociadora, equilibraria as relações com o Norte e aumentaria o protagonismo internacional do país. Nas palavras dos autores, o conceito de “autonomia pela diversificação” pode ser definido da seguinte forma:

[...] a adesão do país aos princípios e às normas internacionais por meio de alianças Sul-Sul, inclusive regionais, e de acordos com parceiros não tradicionais (China, Ásia-Pacífico, África, Europa Oriental, Oriente Médio etc.), pois acredita-se que eles reduzem as assimetrias nas relações externas com países mais poderosos e aumentam a capacidade negociadora nacional [...] (Vigevani & Cepaluni, 2007, p.283).

Vidigal (2010) confere pelo menos dois sentidos à ideia de “diversificação”: o de estabelecimento de novas parcerias econômico-comerciais e o da participação decisiva do Brasil para a criação de novos fóruns internacionais, como o IBAS; o G-20; o G-4, formado, em 2004, por Brasil, Alemanha, Índia e Japão para a reestruturação do Conselho de Segurança da ONU e suas respectivas admissões no órgão como membros permanentes; e o BRIC, aliança que se formou em 2006, entre Brasil, Rússia, Índia e China, economias emergentes engajadas no fortalecimento de sua influência geopolítica no cenário internacional. Sobre a política multilateral do presidente Lula da Silva,

incluindo os dois sentidos propostos por Vidigal (2010), faz-se necessário notar que, nesse governo, a participação brasileira em fóruns multilaterais não foi conduzida por considerações de limites de poder ou pela negação de responsabilidades importantes para o país, como ocorrido no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, mas pela ideia de que o Brasil deveria exercer um papel influente nas discussões dos países desenvolvidos e de liderança entre os países em desenvolvimento, mediando as relações entre os dois grupos (Mapa, 2010).

Para tanto, o reforço da capacidade negociadora do país era um elemento fundamental, uma vez que o governo do presidente Lula da Silva apresentava o propósito de democratizar a globalização e distribuir seus benefícios, no sentido de oferecer a países em desenvolvimento, com o apoio da liderança brasileira, maior participação e poder de decisão nos fóruns globais. Portanto, o Brasil intensificou sua presença nos órgãos multilaterais e aumentou em mais de trinta por cento o número de países com representação diplomática²⁹ (Cervo & Bueno, 2011).

A fim de caracterizar o governo de Lula da Silva, Cervo (2003b, p.21), por sua vez, apresenta o conceito de “Estado Logístico”, definido como a unidade política que “adentra pelo mundo da interdependência implementando um modelo decisório de inserção autônoma”. Esse Estado, cujo início teria ocorrido ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, visaria superar as assimetrias da globalização e elevar o Brasil ao mesmo nível dos países desenvolvidos. Nesse sentido, o “Estado logístico” teria conferido à política externa algumas tarefas e desafios, como a elaboração de uma política de defesa nacional, a abertura dos mercados dos países desenvolvidos em contrapartida ao nacional, a proteção diante de capitais especulativos, a facilitação de projetos de ciência e tecnologia e o fortalecimento da capacidade empresarial do país.

A partir desse conceito, Cervo (2003a) identifica quatro grandes linhas de força na condução da política externa brasileira no governo do presidente Lula da Silva: a) recuperação do universalismo e do bilateralismo, a partir de parcerias estratégicas com a África, a China, o Japão e a Rússia e da reivindicação de um assento permanente no Conselho de Segurança da ONU; b) relação com a América do Sul, considerada o

²⁹ Nesse sentido, destaca-se o crescimento da diplomacia brasileira na África, considerando que, das 35 novas representações diplomáticas abertas no período do governo de Lula da Silva, 15 foram no continente africano (Vilela & Neiva, 2011).

espaço natural de afirmação dos interesses brasileiros, que envolvem o reforço das economias da região por meio de sua regionalização, especialmente do MERCOSUL, a autonomia na dimensão política e a rejeição a intervenções externas em caso de problemas de segurança regional, que deveriam contar com a mediação brasileira; c) fim de dependências estruturais e promoção de uma inserção interdependente, a fim de combater a vulnerabilidade externa e amenizar os efeitos negativos da globalização assimétrica sobre o Brasil e os países em desenvolvimento e; d) preservação do acumulado histórico da diplomacia brasileira, assegurando o respeito aos princípios de autodeterminação, não intervenção, pacifismo e desenvolvimento.

No mesmo sentido, Vigevani & Cepaluni (2007) identificam algumas diretrizes adotadas na condução da política externa do governo de Lula da Silva, como a busca por maior equilíbrio no sistema internacional, o fortalecimento do intercâmbio econômico, financeiro, tecnológico e cultural por meio da diplomacia e a participação influente do país em negociações multilaterais e bilaterais. Essas orientações resultaram em ações concretas, como o diálogo significativo com Índia, China, Rússia e África do Sul; o aprofundamento da Comunidade Sul-Americana de Nações (CASA), que, criada em 2004 para o fortalecimento da região nos fóruns multilaterais de negociação comercial, deu origem, em 2008, à União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), cujo projeto de integração abrangia as dimensões econômica, cultural, social e política; o estreitamento das relações com a África; o desenvolvimento de relações econômicas com países mais desenvolvidos; a defesa da reforma do Conselho de Segurança da ONU e de uma cadeira de membro permanente para o país; e a elaboração de uma agenda social para o debate internacional (Vigevani & Cepaluni, 2007).

Lima (2003) afirma que o estreitamento das relações com países pobres e em desenvolvimento não representa a adoção de uma ideologia terceiro-mundista voltada para a negação incondicional do diálogo com o Norte, mas o reconhecimento de que, no contexto da globalização e da afirmação da democracia no plano doméstico, não haveria mais espaço para uma política externa com baixo grau de interdependência e incapaz de diversificar as parcerias e ações estratégicas. Nesse sentido, por meio das alianças com o Sul, o presidente Lula da Silva defendia a soberania dos interesses nacionais, fortalecia a capacidade negociadora do país e exercia o papel de liderança pretendido por seu corpo diplomático (Vigevani & Cepaluni, 2007).

As parcerias com países em desenvolvimento de fora do continente americano constituíram uma linha de ação prioritária do governo de Lula da Silva, especialmente com os países de língua portuguesa na África. O fortalecimento das relações com esse continente pode ser entendido como resultado de dois fatores em especial. Em termos políticos, o Brasil reforçaria o seu projeto de cooperação com países do Sul, assumindo o papel de liderança nas negociações da agenda global, propondo a reestruturação do Conselho de Segurança das Nações Unidas e levando para o debate internacional temas de grande interesse para o país, como desenvolvimento, autonomia, meio ambiente e comércio. Já na dimensão econômica, a política africana do Brasil favoreceria o discurso voltado para o desenvolvimento interno sustentável, em contraste com uma inserção internacional marcada pela defesa irrestrita ao neoliberalismo (Saraiva, 2002).

Acreditando ser possível o alcance de uma ordem internacional mais justa e igualitária, em agosto de 2003, às vésperas da conferência ministerial da OMC em Cancún, o Brasil liderou a formação do G-20 Comercial, uma coalizão constituída por países em desenvolvimento da África, da Ásia, da Europa e do continente americano, todos interessados no fim dos subsídios dos países desenvolvidos às exportações de produtos agrícolas e no acesso aos mercados desses Estados. O Brasil, que, por meio dessa coalizão exerceria o papel de mediador entre países ricos e pobres, defendia a ideia de que os segundos compartilhavam uma identidade e deveriam agir em parceria em benefício de seus interesses diante dos países ricos (Vigevani & Cepaluni, 2007). No sólido diálogo com países de continentes distantes, o ministro Celso Amorim, que caracterizou a diplomacia brasileira no governo do presidente Lula da Silva como “altiva e ativa”, identifica a peculiaridade da política externa desse presidente e destaca a “vocação” do Brasil para a formação de alianças com países de diferentes níveis de desenvolvimento:

[...] Privilegiados os contatos com o nosso entorno geográfico, o Governo Lula distingue-se pela vocação para o diálogo com atores de todos os quadrantes e níveis de desenvolvimento. A participação do Presidente da República nos Foros de Porto Alegre e de Davos, em seu primeiro mês de governo, refletiu, a um só tempo, as convicções democráticas do Governo e o desejo de influir nos grandes debates internacionais em defesa de uma globalização não excludente [...] (Celso Amorim, 2004).

Nesse sentido, o colapso econômico, político e social do Haiti representou, para o Brasil uma oportunidade importante e específica de fortalecer a sua atuação internacional. A Missão da ONU para Estabilização do Haiti (MINUSTAH), criada em 2004, foi liderada, militarmente, pelo Brasil, que enviou cerca de 1.200 militares, seguindo o compromisso, presente em sua agenda diplomática, de cooperação para a paz internacional. A participação brasileira em missões de paz da ONU já vinha ocorrendo desde 1956, com o envio de militares para o Sinai, seguido por outras ações de pequena escala, como em Angola e Iugoslávia. Na medida em que o país se fazia presente no Haiti, na condição de país líder, a política externa brasileira acreditava poder aumentar a probabilidade de o Brasil conseguir um assento permanente no Conselho de Segurança da ONU. Para Vigevani & Cepaluni (2007), a participação brasileira na MINUSTAH consiste em um bom exemplo da ideia de autonomia pela diversificação, uma vez que projeta os interesses de longo prazo do Brasil em direção a uma atuação sólida e influente no cenário internacional. Nas palavras dos autores:

[...] Diversificação não significa apenas a busca de alternativas nas relações com outros Estados, mas também implica capacidade de intervenção em questões que não dizem respeito a interesses imediatos. Significa intervir em questões que se referem a bens públicos internacionalmente reconhecidos. O Brasil dispôs-se a assumir esse encargo, respaldado por outros países da região, como Chile e Argentina, por ter um objetivo que, na percepção do governo, supera os custos e fortalece o papel internacional do país [...] (Vigevani & Cepaluni, 2007).

Na diplomacia internacional, o presidente Lula da Silva defendeu o liberalismo de mercado com reciprocidade de benefícios, a afirmação do poder brasileiro de influenciar o ordenamento político global e a internacionalização das empresas brasileiras no que concerne à expansão do comércio exterior. Portanto, a ideia central de seu governo, na esfera diplomática, foi a de que os interesses de uns não poderiam ser realizados em detrimento dos outros, ou seja, as relações internacionais deveriam ser regidas de forma conjunta, garantindo a reciprocidade de efeitos e beneficiando a todas as nações. Nesse sentido, o presidente criticou, especialmente nas Assembleias Gerais da ONU, a ordem internacional injusta que admitia a fome e a doença em grande parte das populações do mundo (Cervo & Bueno, 2011).

A aspiração brasileira de democratizar as relações internacionais é discutida por Parola (2007, p.30), que atribui à política externa do governo do presidente Lula da Silva a ideia de “pragmatismo democrático”, considerando-a uma “política que articula a promoção de valores inspirados pela própria cidadania com a capacidade de atuar de modo não dogmático em defesa dos interesses nacionais e da construção de uma ordem justa”. Nesse sentido, é possível dizer que a política externa brasileira desse governo era guiada por valores que consideravam o país como uma potência em construção e defendia uma perspectiva humanista sobre a ordem internacional, na qual os compromissos de justiça, igualdade e democracia deveriam ser buscados pelos países. Em seu discurso de posse no Congresso Nacional, em primeiro de janeiro de 2003, Luiz Inácio Lula da Silva declarava que “a democratização das relações internacionais, sem hegemonias de qualquer espécie, é tão importante para o futuro da humanidade quanto à consolidação e o desenvolvimento da democracia no interior de cada Estado”.

Observando as grandes diretrizes, objetivos e ações do governo de Lula da Silva, é possível identificar as três dimensões propostas por Vizontini (2005) para a diplomacia brasileira entre 2003 e 2010. Na esfera econômica, o presidente ressaltou a importância do diálogo com os países desenvolvidos, a obtenção de investimentos e tecnologias e as negociações da dívida externa. No campo político, a reafirmação dos interesses nacionais e o papel protagonista do país nas relações internacionais determinaram as estratégias. Já os programas sociais adotados pelo presidente possibilitaram uma postura propositiva³⁰, na medida em que sua agenda doméstica para o combate às desigualdades sociais estava em sintonia com debate internacional no que concerne à correção das distorções geradas pela globalização.

Faz-se importante ressaltar o fato de que a política externa brasileira no período 2003-2010 é inseparável da personalidade do presidente Lula da Silva, seguindo o conceito da diplomacia presidencial. O presidente, na construção de uma imagem positiva para o seu país, marcou a agenda diplomática brasileira com o princípio do nacionalismo, na medida em que buscava acumular prestígio e alcançar a igualdade com os países ricos. Paralelamente, declarava a aversão aos padrões de hegemonia e defendia

³⁰ Nesse sentido, Almeida (2007) destaca a repercussão internacional que obteve o programa brasileiro de combate à fome, o “Fome Zero”. Com o apoio explícito de vários países, como França, Chile e Espanha, esse grande desafio enfrentado pelos países em desenvolvimento foi transformado em tema da agenda internacional.

a elaboração de regras justas e benéficas para o mundo em desenvolvimento (Ricupero, 2010).

Segundo Vaz (2004), as diferenças principais entre as políticas externas de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva não estão nos objetivos ou prioridades, mas no rearranjo de programas e no interesse do presidente Lula da Silva de conduzir a diplomacia de forma mais assertiva e pró-ativa a favor dos interesses brasileiros e das parcerias com países pobres e em desenvolvimento. Para Fernando Henrique Cardoso, o exercício de um papel de liderança pelo Brasil seria um resultado natural da preeminência econômica do país e, em princípio, deveria ser limitado à região sul-americana. Dessa forma, o presidente não investia ativamente no desenvolvimento desse papel, considerando limitados os recursos financeiros, militares e diplomáticos do Brasil. Para o governo de Lula da Silva, no entanto, a liderança brasileira no mundo, especialmente nos temas de maior interesse para os países do Sul, consistia em uma pretensão natural do Brasil (Almeida, 2004).

Não só a conclusão da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco, mas também outras ações brasileiras, na área da saúde e iniciadas na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, tiveram continuidade no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A política externa brasileira para a Aids, por exemplo, permitiu ao presidente petista, na execução de sua diplomacia presidencial³¹, o fortalecimento das relações com os países em desenvolvimento, por meio de sólidos projetos de cooperação para o desenvolvimento que serão observados no próximo capítulo, e a reafirmação da liderança brasileira no hemisfério Sul, com a constituição de inúmeras parcerias estratégicas nos níveis bilateral e multilateral, atendendo, dessa forma, ao principal objetivo de sua diplomacia.

Nesse sentido, é importante notar que as negociações sobre os preços de antirretrovirais patenteados, presentes no período 1995-2002, foram retomadas e fortalecidas nesse governo. Em 2003, o presidente Lula da Silva promulgou o Decreto

³¹ Assim como no governo de Fernando Henrique Cardoso, a diplomacia presidencial foi característica marcante do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que assumiu o compromisso de levar, ativamente e de forma carismática, as demandas dos países em desenvolvimento até a agenda diplomática dos países ricos. Seguindo essa ideia, o presidente participou, logo no início de seu governo, dos fóruns de Porto Alegre e Davos, unindo as dimensões sociais e econômicas da agenda do desenvolvimento. Vilela & Neiva (2011, p.71) observam que os presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva despenderam 12% e 16%, respectivamente, de seus mandatos no exterior. Já os números para os presidentes Itamar Franco, José Sarney e Fernando Collor foram de: 5%, 8% e 10%, respectivamente.

nº 4.830, que permitiu a importação de medicamentos genéricos de produtos licenciados compulsoriamente sempre que a produção doméstica fosse considerada inviável, obrigando o detentor da patente a apresentar toda a informação necessária para a produção. Por meio desse Decreto, o poder de barganha brasileiro diante das grandes companhias farmacêuticas, como Merck, Roche, Abbott e Gilead, foi fortalecido, e significativas vitórias foram alcançadas no que concerne à compra de medicamentos³² (Souza, 2011).

Na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2003, o Brasil defendeu a ideia de que a Organização Mundial da Saúde deveria dispor de um mandato que lhe permitisse avaliar as implicações da proteção dos direitos de propriedade intelectual, como acordados no TRIPS, para a saúde pública. Nesse contexto, o país votou a favor da Resolução Nº 56.27 sobre “Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública”, que reivindicava que a OMS adotasse medidas para a redução dos efeitos negativos dos acordos internacionais de comércio, e que os países membros utilizassem, ao máximo, as flexibilidades contidas no TRIPS (Souza, 2011). Já na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2004, foi aprovada a Resolução Nº 57.14, que reafirmou o direito dos países membros da OMS de utilizar as flexibilidades do TRIPS e de acordos de comércio regionais e bilaterais, destacando a urgência do acesso a medicamentos. O uso dessas flexibilidades também foi defendido na Resolução WHA59.24, aprovada na 59ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2006, na qual a proposta apresentada pelo Brasil e pelo Quênia resultou na criação do Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, que, entre outras atividades, deveria mapear os vários mecanismos de flexibilidade previstos em diversos acordos internacionais (Souza, 2011). Em 2006, o Brasil, ao lado de Chile, França, Noruega e Reino Unido, na Assembleia Geral da ONU, também se tornava membro fundador da UNITAID, uma iniciativa global que arrecada recursos, especialmente por meio de taxas em passagens aéreas, com a missão de colaborar para o diagnóstico, a prevenção e

³² Segundo Souza (2011), o custo anual do tratamento anti-Aids por paciente passou de US\$ 3.810 em 1997 para US\$ 1.374 em 2004, devido às reduções de preços concedidas pelas empresas multinacionais farmacêuticas e à concorrência gerada pela produção dos laboratórios públicos brasileiros fornecedores de antirretrovirais.

a compra de medicamentos para o tratamento da Aids, da malária e da tuberculose em países em desenvolvimento.

O ano de 2007 pode ser destacado na política externa brasileira do presidente Lula da Silva para a saúde. A Resolução WHA60.30, intitulada Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, aprovada na 60ª Assembleia Mundial da Saúde, naquele ano, resultou, em grande medida, dos esforços brasileiros para que a OMS assumisse o compromisso de apoiar tecnicamente os países que desejassem utilizar as flexibilidades do Acordo TRIPS (Souza, 2011). Além disso, o país emitiu licença compulsória para o antirretroviral Efavirenz, da Merck, após uma série de reuniões, sem resultados positivos, para a redução dos preços dos antirretrovirais comprados pelo Ministério da Saúde. Esse episódio representou o primeiro caso de licenciamento compulsório de um antirretroviral no continente americano (Souza, 2011).

Seguindo na defesa do acesso a medicamentos, o Brasil, junto com os parceiros do IBAS e com o apoio de vários países em desenvolvimento, aprovou, em outubro de 2009, no Conselho de Direitos Humanos da ONU, a Resolução Nº 6/29, que reconhece o acesso a medicamentos como elemento fundamental para o alcance de altos padrões de saúde física e mental e destaca o papel dos Estados para a garantia da oferta de medicamentos (Souza, 2011). Reafirmando o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa brasileira, vale apontar também a nota do Ministério das Relações Exteriores sobre essa resolução, considerada um “avanço significativo para o tratamento do tema no âmbito das Nações Unidas e [que] deve firmar-se como novo marco nos debates sobre direitos humanos e saúde pública” (Acesso Brasil, 2009).

A parceria com o IBAS em 2009 remete ao momento em que Brasil, Índia e África do Sul atuaram em conjunto contra a regulação de propriedade intelectual e na defesa do acesso a medicamentos, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, como um dos antecedentes da criação do IBAS (também chamado de G-3), coalizão institucionalizada pela Declaração de Brasília, em junho de 2003, e que abrangia uma série de temas, visando ao melhor equilíbrio nas relações Norte-Sul e à maior influência dos países do Sul nos debates internacionais (Vigevani & Cepaluni, 2007). A consolidação da capacidade negociadora desses países nas negociações internacionais da OMC, a reforma da ONU em benefício da representação de países em desenvolvimento, o combate à pobreza e à fome e a cooperação técnica nas áreas de transporte, energia, infraestrutura, defesa, ciência e tecnologia da informação, educação

e saúde, especialmente quanto a direitos de propriedade intelectual, vacinas e pesquisas epidemiológicas, são alguns dos objetivos dessa aliança (Oliveira, 2005).

No âmbito da Organização das Nações Unidas, o lançamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em 2000, chancelados pelos 191 membros da Organização, também representou um momento importante para a discussão internacional em saúde e a política externa brasileira nessa área. Três dos oito objetivos referem-se explicitamente ao tema da saúde, na defesa da promoção da saúde das gestantes, da redução da mortalidade infantil e do combate à Aids, malária e outras doenças. Os esforços que haviam sido iniciados na série de conferências da ONU durante a década de 90 eram, nesse momento, organizados na Declaração do Milênio, promovendo o desenvolvimento de políticas de cooperação internacional em saúde, que, no caso do Brasil, foram potencializadas pela experiência nacional. A taxa de mortalidade infantil no país passou de 29,7 em 2000 para 15,6 em 2010 por mil nascidos vivos, e a razão da mortalidade materna passou de 141 por 100 mil nascidos vivos em 1990 para 68 a cada 100 mil nascidos vivos em 2010, comprovando o êxito dos esforços brasileiros em atingir os objetivos do milênio (Ministério da Saúde, 2014).

3.4 – A busca de liderança no cenário internacional

[...] Para o Brasil, onde o desenvolvimento e a mudança, sobretudo de nossa própria realidade social, são os objetivos maiores, é compreensível que desejemos ter no mundo não um papel conservador, e sim uma participação transformadora [...] (Lampreia, 1998, p.8).

[...] Em outras palavras, os interesses específicos do país estão, mais do que nunca, atrelados aos seus interesses gerais na dinâmica do funcionamento da ordem mundial. É por esta razão que a obra aberta da continuidade na mudança, que caracteriza a diplomacia brasileira, requer um aprofundamento nos foros multilaterais da linha da política externa, inaugurada, por Rui Barbosa, em Haia, em 1907. Esta se traduz em obter no eixo assimétrico das relações internacionais do Brasil um papel na elaboração e aplicação das normas e das pautas de conduta que regem os grandes problemas mundiais, que tradicionalmente as grandes potências buscam avocar e, na medida do possível, exercer com exclusividade [...] (Lafer, 2000, p.263).

[...] Às vezes nos perguntam se o Brasil quer ser líder. Nós não temos pretensão à liderança, se liderança significa hegemonia de qualquer espécie. Mas, se o nosso desenvolvimento interno, se as nossas atitudes [...] de respeito ao direito

internacional, da busca de solução pacífica para controvérsias, de combate a todas as formas de discriminação, de defesa dos direitos humanos e do meio ambiente, se essas atitudes geram liderança, não há por que recusá-la [...] (Amorim, 2003, p. 77).

As declarações acima, realizadas pelos Ministros de Relações Exteriores do Brasil entre 1995 e 2010, não só demonstram a aspiração brasileira de participação influente na elaboração das normas que regem as relações internacionais e a configuração da ordem mundial, como também, no que se refere ao governo do presidente Lula da Silva, a pretensão de uma liderança distinta daquela dos modelos tradicionais praticados pelos países desenvolvidos. A aspiração por influência e pelo consequente reconhecimento internacional é perseguida por meio de uma participação ativa nos fóruns multilaterais desde a segunda metade do século XIX, momento das primeiras tentativas de acordos multilaterais, seguidas pela formação da Liga das Nações no início do século XX, quando o Brasil buscou um assento permanente na organização. Já nesse contexto, o país se apresentava como o mediador entre os interesses de países pobres e ricos, almejando defender os primeiros e obter um status semelhante ao dos segundos (Lima, 2005a).

No início do século XX, o Brasil dispunha de um contexto geopolítico regional estável, tendo resolvido praticamente todos os conflitos territoriais com os países vizinhos, e, a partir da segunda metade desse século, ocupava uma posição econômica de destaque em relação às economias sul-americanas (Lima, 2005b). Dessa forma, é possível dizer que o princípio do nacionalismo, que orienta as relações internacionais do Brasil, não representa uma atuação isolacionista ou de hostilidade, mas de rejeição a todos os fatores internacionais que possam limitar a influência brasileira no cenário internacional, visto que uma política externa ativa e influente consiste no maior objetivo diplomático. O fim do regime militar, no plano doméstico, e o fim da Guerra Fria, no plano externo, inauguraram uma nova fase na política externa brasileira nos anos 90, na qual a busca de um papel influente na constituição da nova ordem global foi reafirmada, uma vez percebidas as possibilidades de liderança, especialmente entre os países em desenvolvimento (Lima, 2005a).

De acordo com Maior (2003), o contexto internacional na qual se desenvolve, a posição ocupada ou aspirada por determinado país e os meios de que dispõe para preservar ou alcançar tal posição são fatores que orientam a sua política externa. A

percepção dos formuladores de política externa sobre esses fatores é o elemento que mais influencia a atuação internacional do país. No presente capítulo, vimos que as percepções das equipes diplomáticas dos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, incluindo as dos presidentes, eram distintas no que concerne ao contexto internacional e aos recursos brasileiros, mas convergiam no objetivo de atuação relevante na política internacional.

Em uma pesquisa, realizada em 2001, financiada pelo Centro Brasileiro de Relações Internacionais (CEBRI) e com o propósito de identificar as prioridades da agenda diplomática do Brasil e avaliar a presença dos interesses da sociedade brasileira na formulação da política externa, 149 membros da “comunidade brasileira de política externa”, considerada o conjunto de pessoas que participam do processo decisório, incluindo autoridades governamentais, líderes de organizações não governamentais, empresários, acadêmicos e jornalistas, foram entrevistados. Uma das conclusões do trabalho foi a de que a aspiração de transformar o Brasil em um ator relevante na política internacional é definitivamente um consenso, já que 99% dos entrevistados defenderam o papel de liderança, pautada no imenso território brasileiro e na competência de sua tradição diplomática. Nesse sentido, 74% dos participantes afirmaram que o papel internacional do Brasil, naquele momento, era muito mais importante do que nos dez anos anteriores, e 88% declararam que, nos dez anos seguintes, a influência seria ainda maior (Souza, 2002).

Segundo Lima (2005b, p.8), essa aspiração é constitutiva da própria identidade nacional, “já que a percepção que as elites têm da identidade nacional constitui o substrato conceitual de sua projeção externa, pautada principalmente no desejo de exercer um papel protagônico”. Tanto a percepção de identidade como a expectativa de liderança se desenvolvem a partir da consideração de que território continental, grande população, economia diversificada, dez vizinhos contíguos e uniformidade cultural e linguística fazem do Brasil um “grande país” com um “grande papel” a desempenhar no cenário internacional. De acordo com a autora, o Brasil busca conciliar duas identidades: a de “*system-affecting state*”, entendida como aquela de países que, mesmo dispondo de recursos relativamente limitados, desenvolvem um perfil internacional assertivo, valorizando os fóruns multilaterais e exercendo certa influência nas negociações internacionais; e a de “grande mercado emergente”, característica das

grandes economias da periferia que implementaram as diretrizes do Consenso de Washington.

Sobre os processos de inserção internacional, Lima (2005a) também aponta duas estratégias desenvolvidas pelo Brasil a partir de meados do século XX. A primeira é a de “*bandwagoning*”, que previa uma aliança especial com os Estados Unidos, o que ocorreu, principalmente, nos momentos de implantação da companhia siderúrgica em 1940, da realização do golpe militar em 1964 e de abertura comercial no início dos anos 90. A relação especial com o país norte-americano apresentava, portanto, um caráter instrumental, já que possibilitava a concretização dos projetos das “elites brasileiras”. A segunda estratégia seria a de “equilíbrio”, que, por sua vez, apostava nas alianças regionais e extra-regionais, consideradas “mecanismos equilibradores de poder”. A parceria econômica com a Europa, durante o governo militar do general Geisel (1974-1979), por exemplo, era uma alternativa à aliança com os Estados Unidos, assim como o desenvolvimento da política externa independente promovida pelos presidentes Jânio Quadros e João Goulart (1961-1964) representava uma rejeição aos enquadramentos ideológicos da Guerra Fria.

A aspiração de um papel protagônico para o país é um consenso entre os formuladores de política externa, que, por outro lado, se dividem nas escolhas sobre as estratégias de inserção internacional. Na história contemporânea, dois modelos se destacam: a busca de credibilidade, que considera a globalização o parâmetro mais importante para a atuação externa, cujo objetivo deve ser levar para o plano doméstico os benefícios da globalização por meio de reformas internas que expandam a liberalização comercial, ajustando os compromissos internacionais às capacidades brasileiras e; a estratégia autonomista, que consiste na busca de projeção internacional com a preservação da liberdade e da flexibilidade da política externa, cujas ações devem almejar, primeiramente, a superação dos desequilíbrios domésticos. Esse modelo, portanto, critica a ideia de “insuficiência de poder do Brasil” e promove as parcerias com países em desenvolvimento na resistência às determinações das grandes potências (Lima, 2005b). Como visto no presente capítulo, a política externa do governo de Fernando Henrique Cardoso dialogaria mais com a estratégia de credibilidade, e a de Lula da Silva, com a de autonomia.

É possível dizer que a credibilidade internacional de um país requer uma atuação externa baseada no respeito a princípios e valores, o que, no caso do Brasil, é

historicamente desenvolvido pelo Itamaraty, atribuindo regularidade ao comportamento internacional do país. Essa regularidade favorece o papel de “representante” dos países em desenvolvimento, como observado durante o governo de Lula da Silva. Segundo Barros (1998, p.20), “este patrimônio é tanto mais precioso porque os valores que o constituem decorrem do espírito de moderação que caracteriza a diplomacia brasileira”. Dessa forma, a imagem internacional do país desperta respeito e confiança no cenário internacional a partir do recurso ao diálogo, à cooperação, à defesa do desarmamento, da paz e do Direito Internacional.

Dessa forma, em termos de aspiração e de formulação de política externa, é possível concluir que “nenhum país escapa a seu destino e, feliz ou infelizmente, o Brasil está condenado à grandeza”³³, como afirmou o embaixador do Brasil na ONU e ex-chanceler, Araújo Castro, no início dos anos 70. No presente capítulo, foi observado que os debates internacionais em saúde abriram espaço para a atuação influente do Brasil no cenário internacional e contribuíram para o engajamento da política externa nessa área entre 1995 e 2010, atendendo ao objetivo histórico de atuação influente na política internacional. No capítulo seguinte, será analisado o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa do Brasil, que, dessa forma, se fortalecia como ator internacional.

³³ ARAÚJO CASTRO, João Augusto. A visão brasileira de um mundo em mudanças. In: AMADO, Rodrigo. **Araújo Castro**: Organização e Notas. Brasília: Universidade de Brasília, 1982, p.212.

4 – A Institucionalização da Saúde na Agenda da Política Externa Brasileira

[...] É somente quando o discurso de saúde assume valor e importância por si mesmo – quando o indivíduo deixa de ser objeto intermediário e passa a ser o sujeito final de todas as ações, quando se valorizam os direitos humanos – que o tema alcança a mais alta relevância. É somente nesse instante que se imagina subordinar todas as questões aos temas sociais e, de maneira especial, ao tema da saúde [...] (Santiago Alcázar, 2005, p.7).

Em 2005, o diplomata Luis Bento Santiago Alcázar apresentou ao Instituto Rio Branco seu trabalho sobre a inserção da saúde na política externa brasileira. Em 1999, o diplomata Ernesto Rubarth já havia feito o mesmo, embora com propósitos e questionamentos distintos referentes ao tema. A consideração mais importante que une as duas obras consiste na ideia principal do presente capítulo: a saúde dispõe, indubitavelmente, de um espaço formal na agenda da diplomacia brasileira. Apesar de uma presença mais visível no governo do presidente Lula da Silva, propiciada pelo fortalecimento da cooperação técnica³⁴ brasileira, a saúde também esteve presente na agenda de política externa do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, em um movimento crescente, sem precedentes ou retrocessos, ao longo dos anos entre 1995 e 2010, como discutido no capítulo anterior. A seguir, esse movimento será apresentado por meio de uma série de iniciativas da política externa brasileira, que, de alguma forma, envolviam o tema da saúde. Tanto pela atuação de destaque do Brasil em fóruns internacionais e na formulação de políticas globais em saúde quanto pelo estreitamento do diálogo entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da

³⁴ Segundo a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), esse conceito pode ser definido da seguinte forma: “A cooperação técnica internacional constitui importante instrumento de desenvolvimento, auxiliando um país a promover mudanças estruturais nos campos social e econômico, incluindo a atuação do Estado, por meio de ações de fortalecimento institucional. Os programas implementados sob sua égide permitem transferir ou compartilhar conhecimentos, experiências e boas-práticas por intermédio do desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais, com vistas a alcançar um salto qualitativo de caráter duradouro”. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Conceito>>. Acesso em: 01 fev.2014.

Saúde ou pela proeminência do segundo nos debates de política internacional, o país investia na diplomacia em saúde.

Dessa forma, a relação entre o tema da saúde e a política externa brasileira se fortaleceu no decorrer dos dezesseis anos em estudo, apesar das diferenças entre as diretrizes das políticas externas dos dois governos. Nesse sentido, o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa brasileira é aqui apresentado a partir de dois níveis de análise: 1) o político-administrativo, que discute as estruturas organizacionais do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Saúde no que concerne à internacionalização da saúde e ao tratamento da saúde na política externa, respectivamente e; 2) o do discurso oficial, que identifica as referências à saúde nos pronunciamentos das autoridades diplomáticas e as relativas à política externa nas declarações dos responsáveis pelas políticas de saúde no Brasil.

4.1 – A diplomacia em saúde do Brasil

Apesar das significativas diferenças entre as condições de saúde ao redor do mundo, é possível identificar dificuldades comuns nos países em desenvolvimento, como deficiente acesso a serviços de saúde, falta de medicamentos e vacinas, grande carga de doenças infecto-contagiosas e contingentes de profissionais mal qualificados, mal remunerados ou em número insuficiente, entre outras. A necessidade de troca de conhecimentos, experiências e recursos técnicos e financeiros entre os países é, em parte, respaldada pelo reconhecimento dessa realidade de desafios e pela identificação de interesses compartilhados. No Brasil, tanto o MRE quanto o Ministério da Saúde se engajaram no combate a esse cenário e, nesse capítulo, seguindo uma ordem cronológica, é mostrado que, para tanto, esses atores fortaleceram o diálogo entre si ainda no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e reafirmaram sua interação no governo do presidente Lula da Silva, proporcionando à atuação internacional do país em saúde destaque, legitimidade e reconhecimento.

Como afirma Santana (2011), a atuação internacional do Brasil em saúde não é algo recente, podendo, no mundo pós Segunda Guerra Mundial, ter o seu início identificado em 1945, quando o médico brasileiro Geraldo de Paula Souza, que integrava a comissão brasileira na Conferência de São Francisco, participou ativamente das negociações que levaram a aprovação, por unanimidade, pelos países fundadores da

Organização das Nações Unidas (ONU), da convocação de uma Conferência Internacional de Saúde que resultaria na criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946. Durante 20 anos, entre as décadas de 50 e 70, o brasileiro Marcolino Candau (1953-1973) atuou como diretor-geral dessa Organização, a mais longa permanência nessa posição na história da OMS.

Entretanto, a atuação internacional em saúde de longa data não significa que o diálogo entre MRE e o Ministério da Saúde seguiu o mesmo marco temporal, uma vez que esse diálogo pressupõe o reconhecimento, por parte da política externa brasileira, da relevância política da saúde para a atuação internacional do Brasil, como discutido no capítulo anterior. Nesse sentido, Alcázar (2005) observa que esse reconhecimento ocorreu de forma tardia, atribuindo esse fato às seguintes razões: a) a especialização da saúde, cujo conhecimento técnico está sob o monopólio de médicos e sanitaristas, não sendo um tema comum aos diplomatas; b) a subordinação da diplomacia aos temas econômicos e de comércio, o que diminuiria a relevância a ser atribuída ao tema da saúde e; c) a baixa expressão institucional do Ministério da Saúde na estrutura estatal, dispondo de pequeno prestígio e reduzida relevância política.

Considerando, portanto, a presença da saúde na agenda da política externa brasileira como algo bastante contemporâneo, os dados levantados e analisados nessa pesquisa identificam, na segunda metade dos anos 90, o período de início da interação entre o Ministério da Saúde e o Itamaraty e o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa brasileira para o qual esses órgãos contribuíram. Alcázar (2005) considera essa institucionalização como resultado de vários fatores, como a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); o fortalecimento do Ministério da Saúde como ator político, que passou a participar dos encontros da Organização Mundial do Comércio (OMC) e da Assembleia-Geral da ONU e de outros fóruns não relacionados diretamente à saúde, além das reuniões da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); as melhores disponibilidades orçamentárias para esse órgão³⁵ e; a emergência dos temas sociais nas discussões internacionais. Como mostrado no capítulo anterior, para os propósitos desse trabalho, os debates

³⁵ Em 2002, por exemplo, o orçamento do Ministério da Saúde foi de R\$ 28.293.330,00. Já em 2003, passou para R\$ 30.599.476,00; em 2004, para R\$ 35.803.255.000,00; e em 2005, para R\$ 39.278.219.462,00 (Alcázar, 2005, p.106). No final do governo de Lula da Silva, em 2010, o orçamento foi de aproximadamente R\$ 66,9 bilhões (O Globo, 2010).

internacionais em saúde também contribuíram para esse processo institucionalização, uma vez que a participação ativa nessas discussões exigia do Brasil a consideração da saúde como um tema legítimo de política externa. Esse engajamento internacional, por sua vez, contribuía para o atendimento do interesse maior da diplomacia brasileira, qual seja o fortalecimento do país como ator relevante na política internacional.

A fim de identificar as ações brasileiras em saúde no cenário internacional, Rubarth (1999), já em 1999, observava os expressivos esforços do país para a cooperação com a China, a Índia e a Rússia. No caso da China, o autor reconhece a informalidade e a imprevisibilidade dos projetos “até pouco tempo”, mas afirma que, “nos últimos anos”, há um conhecimento mútuo suficiente que permite o desenvolvimento de projetos oficiais e em bases contínuas. Um dos maiores desafios para essa cooperação, segundo o autor, foi a identificação precisa dos interlocutores, considerando que o governo brasileiro lidava com inúmeras instituições provinciais, além do governo central chinês. Já no caso da Índia, Rubarth (1999) aponta o início das negociações no final de 1995, momento em que o Itamaraty organizou uma missão a Nova Delhi, integrada pelo Ministério da Saúde. Por meio das negociações, foi acordado que as pesquisas nas áreas de plantas medicinais e de produtos naturais e o desenvolvimento de novas vacinas para doenças endêmicas nos dois países eram importantes possibilidades de cooperação, além de questões sobre sistemas de registro de medicamentos, modelos de gestão, doenças infecciosas, genética molecular e biossegurança. O Brasil também reafirmou seu interesse na experiência indiana para a formação de redes de laboratórios de saúde pública. Já no caso da Rússia, Rubarth (1999) observa que o fim da União Soviética contribuiu para a ampliação das possibilidades de cooperação científica e tecnológica com o país e, assim, o Ministério da Saúde do Brasil, estimulado pelo Itamaraty, enviou um grupo de cientistas brasileiros para a Rússia no segundo semestre de 1995. O objetivo principal era analisar o interesse russo em cooperar com o Brasil, e as áreas mais discutidas inicialmente foram biossegurança, biotecnologia, produção de vacinas e equipamentos de laboratório. Em 1997, a Rússia oficializou a oferta de cooperação bilateral nas áreas de cardiologia, virologia, saúde materno-infantil e oncologia, entre outras (Rubarth, 1999).

Rubarth (1999) reconhece que as possibilidades de cooperação acima mencionadas representam formas de o Brasil seguir as linhas estratégicas da política externa e, simultaneamente, atender às demandas do setor da saúde. Esses projetos não

se efetivaram, devido à falta de meios capazes de efetivar a cooperação e de vigor diplomático, da China ou do Brasil, para concretizar as propostas discutidas. De todo modo, esses três casos exemplificam o fato de que, desde a década de 90, a saúde se faz presente nos processos de formulação da agenda da política externa brasileira, mesmo que ainda nos primeiros estágios de sua institucionalização, com o início do diálogo entre o MRE e o Ministério da Saúde. Nessa análise, Rubarth (1999) ressalta a importância da participação do Itamaraty nas negociações sobre saúde, na segunda metade dos anos 90, com a seguinte observação:

[...] justifica-se a participação resoluta do Itamaraty nas negociações que envolvem o setor da saúde nos âmbitos mundial, regional ou bilateral, quer pelas suas conotações políticas e diplomáticas, quer pelos benefícios que podem render para o país se forem conduzidas com êxito [...] (Rubarth, 1999, p.223).

Pires-Alves, Paiva & Santana (2012) consideram a participação do Brasil na Rodada Uruguai, em 1994, como um marco dos momentos iniciais da relação entre saúde e política externa brasileira. Nessa conferência, sobre as diretrizes que o comércio internacional aplicaria após 4 anos de discussão nessa reunião, foram analisados os direitos de patentes sobre os produtos farmacêuticos e suas consequências para a saúde pública, no que seria os primeiros passos da defesa da proeminência da saúde diante dos interesses econômicos. Valler Filho (2007) também identifica a presença da saúde na agenda da política externa brasileira nos anos 90. O autor, por sua vez, ressalta que o sucesso da política brasileira de combate à Aids, engajada nas discussões sobre quebra de patentes, na produção de medicamentos genéricos, na parceria com a sociedade civil e na oferta universal e gratuita de medicamentos antirretrovirais aos portadores do vírus HIV, obteve reconhecimento internacional, o que, no segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, permitiria a formulação de projetos de cooperação internacional nessa área³⁶, especialmente com países da América Latina, incluindo a capacitação de profissionais em saúde pública.

³⁶ Para maiores informações sobre o tratamento da questão da AIDS na política externa brasileira, consultar a obra "Poder Inteligente – A Questão do HIV/AIDS na Política Externa Brasileira, de Alex Giacomelli da Silva. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cint/v27n1/v27n1a04.pdf>>. Acesso em: 28 jan.2014.

O êxito das posições defendidas pelo Ministério da Saúde do Brasil pode ser observado na 54ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2001, na Suíça, momento no qual o Brasil recebeu a vitória da aprovação, por 191 países, de dois programas brasileiros de grande impacto. O primeiro propunha o aleitamento materno exclusivo para as crianças de até seis meses de idade. O segundo, bastante polêmico ao contrariar os interesses da indústria farmacêutica, defendia o tratamento universal para a Aids e a quebra de patentes de medicamentos. Dessa forma, a Resolução aprovada determinava o apoio de países desenvolvidos e da OMS a países em desenvolvimento interessados na produção de medicamentos genéricos contra a Aids, além de defender a diferenciação no preço dos medicamentos contra a doença e a criação de um fundo internacional para auxiliar os esforços dos países em desenvolvimento, especialmente da África, no combate à doença (Ministério da Saúde, 2007).

Seguindo o engajamento do Ministério da Saúde na atuação diplomática do Brasil, identifica-se a implementação, por esse órgão, de projetos internacionais na área. Nesse sentido, a portaria ministerial publicada no Diário Oficial da União de 22 de maio de 2002, que instituiu o Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção ao HIV/Aids para Países em Desenvolvimento, previa o financiamento da implantação de 10 projetos-piloto, no valor anual de R\$ 250 mil cada, por meio de assistência técnica e da doação de medicamentos antirretrovirais produzidos por laboratórios públicos brasileiros, além da capacitação de recursos humanos. Mais tarde, em 2005, esse Programa lançou a sua segunda fase, que iria reforçar os objetivos propostos na primeira fase e, dessa forma, aumentar a oferta de medicamentos antirretrovirais e de apoio técnico. Como executores desse programa, no lado brasileiro, estão a ABC e o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2002).

Já no começo do governo do presidente Lula da Silva, vários setores do Ministério da Saúde estavam engajados na atuação internacional do Brasil em saúde, fortalecendo o diálogo entre política externa e saúde. Cepik & Sousa (2011) contabilizaram um total de 29 programas e ações mais importantes em andamento até junho de 2003 entre as atividades da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids), do Instituto Nacional do Câncer (INCA), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Entre os principais destaques,

estavam a participação em fóruns internacionais, como os do Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária³⁷ e os da ONU sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; as negociações em torno do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo TRIPS); a participação no processo de ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; e o desenvolvimento de projetos para controle de doenças com a participação do MRE, da OPAS e do Banco Mundial.

Cepik & Sousa (2011) também destacam o relatório da Divisão de Análise Técnica da AISA sobre os temas indispensáveis à agenda internacional de saúde do Brasil, como a transferência de tecnologia e o fortalecimento das relações com centros de pesquisa internacionais. Já a Coordenação do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis apontou como relevante para a agenda internacional do país, na área de saúde, a promoção do acesso a medicamentos por meio da flexibilização das regras internacionais de propriedade intelectual, além do estabelecimento de parcerias internacionais para a transferência de tecnologia. Para essa mesma agenda, a ANVISA apresentou as seguintes indicações: a) cumprimento dos acordos sobre vigilância sanitária; b) melhor divulgação dos debates internacionais e das ações brasileiras no cenário internacional; c) fortalecimento do diálogo com autoridades sanitárias estrangeiras e; d) capacitação do quadro técnico para a atuação internacional, entre outras atividades (Cepik & Sousa, 2011).

Ainda no início do governo Lula da Silva e a fim de ressaltar a internacionalização das questões de saúde e dos especialistas brasileiros em saúde, Cepik & Sousa (2011) observam as atividades da FUNASA, que, em parceria com o Canadá e o Banco Mundial, desenvolvia, no começo de 2003, um projeto de prevenção e controle do alcoolismo e suicídio em populações indígenas e, com o apoio da OMS, conduzia o projeto piloto de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis em Goiás, no Brasil. Já no combate a dengue, malária, doença de chagas e febre amarela, a

³⁷ O Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária, criado em 2002, é um mecanismo financeiro internacional que tem como missão o combate a essas doenças por meio da arrecadação de recursos, distribuição de tratamentos e fortalecimento dos sistemas de saúde. O Fundo, que recebe dos países desenvolvidos as maiores contribuições, é o maior financiador de programas contra AIDS, tuberculose e malária no mundo. Em 2007, possibilitou que 1,4 milhões de pessoas tivessem acesso a antirretrovirais, o que representou um aumento de 88% em relação ao ano anterior. Para maiores informações, consultar o *website* do mecanismo. Disponível em: <http://www.theglobalfund.org/en/>. Acesso em: 23 jan.2013.

FUNASA tem o MERCOSUL, principalmente no âmbito das regiões fronteiriças, como parceiro em projetos de cooperação técnica. Nesse sentido, as parcerias internacionais da FIOCRUZ, da ANS e da ANVISA, para a promoção, no cenário internacional, da experiência brasileira em saúde também são consideradas, apresentando a diversidade dos parceiros envolvidos, que incluíam o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, por exemplo.

A internacionalização da experiência brasileira na constituição de seu sistema de saúde, promovida pelo papel crescente do Ministério da Saúde na formulação da política externa brasileira, pode ser exemplificada, ainda em 2003, pela formulação do Programa de Difusão e Intercâmbio Sobre a Reforma Sanitária (PRODIRS). A Representação da OPAS no Brasil e o Ministério da Saúde esboçaram esse Programa a fim de atender ao interesse brasileiro em divulgar sua experiência no desenvolvimento do sistema de saúde, visando à troca de conhecimento e de tecnologia nas Américas, além do reconhecimento internacional de suas políticas de saúde. O documento do Programa declara que essa parceria atende às diretrizes da política externa do país no que concerne ao fortalecimento de alianças com outros países. Nesse sentido, as ações propostas pelo Programa incluíam estágios, visitas de reconhecimento, elaboração de redes de conhecimento, comunicação e publicidade das atividades, antecipando a celebração do que ficaria conhecido, mais tarde, como Termo de Cooperação N° 41, que será discutido adiante (Ministério da Saúde, 2003).

Em julho 2005, o Protocolo de Intenções entre o Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, e o Ministro da Saúde, Humberto Costa, disponível no Anexo A desse trabalho, representou um marco fundamental na relação entre os dois Ministérios. O documento propõe a coordenação entre os dois órgãos para o aperfeiçoamento da cooperação técnica em saúde prestada pelo Brasil a países em desenvolvimento, a partir do reconhecimento do aumento das demandas dos países e dos projetos de cooperação brasileira na área da saúde. Dessa forma, o Protocolo estabelece a Comissão de Coordenação MRE-Ministério da Saúde, constituída por funcionários de ambos os Ministérios e presidida pela Agência Brasileira de Cooperação.

Ilustrando o envolvimento do Brasil no debate global sobre saúde e política externa, mais um documento de significativa relevância para o fortalecimento da relação

entre essas áreas foi assinado, em Oslo, na Noruega, em 2007, envolvendo, além do Brasil, os Ministros de Relações Exteriores da França, Indonésia, Noruega, África do Sul, Tailândia e Senegal. Pela Declaração de Oslo, presente no Anexo B desse trabalho, esses Ministros defendem explicitamente a saúde como um tema de política externa e de importância fundamental para a agenda do desenvolvimento. A declaração, clamando por uma ação global em benefício da saúde, constata que, na era da globalização e interdependência crescente entre os países, é urgente a necessidade de ampliação da agenda da política externa, o que exige novos mecanismos, parcerias e paradigmas de cooperação. Nesse sentido, os chanceleres reconhecem que a saúde está relacionada com outras questões globais, como meio ambiente, direitos humanos, segurança nacional, comércio, desenvolvimento social e crescimento econômico e, assim, assumem os compromissos de estimular a cooperação bilateral regional e multilateral para a segurança em saúde global, fortalecer a saúde como elemento fundamental das estratégias de desenvolvimento e de combate à pobreza e garantir a prioridade da saúde diante das questões de comércio, entre outros. Como grandes benefícios do estreitamento da relação entre saúde e política externa, a Declaração aponta o fortalecimento do diálogo entre os países e o aumento da confiança entre eles (Declaração de Oslo, 2007).

Seguindo a cronologia dos marcos da relação entre saúde e política externa no período de 1995 a 2010, é possível observar, no que concerne ao prestígio internacional do Brasil na elaboração de políticas em saúde, a parceria com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), pela qual, desde meados dos anos 90, o governo brasileiro começou a qualificar profissionais desses países na área da saúde pública e a apoiar a organização e o fortalecimento dos sistemas de saúde. A partir de 2005, a relação com os PALOP foi fortalecida, na medida em que os projetos de cooperação passaram a buscar a estruturação das instituições de ensino locais, que deveriam se tornar capazes de continuar as atividades por si só, atendendo às necessidades de suas populações (Pires-Alves, Paiva & Santana, 2012). Já em 2008, ocorreu a I Reunião dos Ministros de Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em Cabo Verde, e, em 2009, em Portugal, a II Reunião, ambas realizadas para formulação e aprovação das parcerias em saúde. Nessa última reunião, foi aprovado o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde, voltado para a construção e o fortalecimento de instituições “estruturantes”, a formação de recursos humanos, o desenvolvimento de

políticas de vigilância epidemiológica e o reforço dos sistemas de saúde desses países, assim como a cooperação em casos de desastres naturais e emergências, entre outras ações (Almeida et al., 2010). No final da década, a troca de experiência já apresentava a criação de escolas nacionais e institutos de formação em diversas áreas da saúde.

Por meio do Balanço da Política Externa do governo do presidente Lula da Silva, elaborado pelo MRE em 2010, também é possível observar o papel do continente africano no fortalecimento da saúde como um tema da política externa brasileira. Maior parceira dos projetos de cooperação internacional propostos durante o governo do presidente Lula da Silva, a África apresenta o maior número de iniciativas em saúde, totalizando 53 atos bilaterais com 22 países. Nesse documento, o MRE menciona que, em 2010, a ABC coordenava, na África, cerca de 300 projetos de cooperação em diferentes fases de execução com 36 países, apresentando um orçamento superior a US\$ 65 milhões, o equivalente a 55% dos recursos totais da Agência naquele ano. Os países de Língua Portuguesa eram os principais parceiros, especialmente Moçambique, maior parceiro do Brasil na cooperação internacional em diversos setores, além da saúde. Nesse sentido, é importante mencionar a instalação, em 2008, de um Escritório Regional da FIOCRUZ na África, com base em Maputo, e a abertura de uma fábrica para a produção de medicamentos antirretrovirais, inaugurada em 2012 e considerada um dos mais ambiciosos projetos empreendidos pelo governo brasileiro. Segundo o Balanço (MRE, 2010), outros países do continente, como Zâmbia, Angola, Madagascar, Benin, Senegal e Gana, atuaram como parceiros do Brasil no desenvolvimento de projetos em saúde, como os de capacitação de recursos humanos por meio da reestruturação de escolas técnicas e de cursos de pós-graduação em saúde pública e em ciências da saúde, por exemplo. Os programas de combate à Malária, em Angola, Camarões, Guiné-Bissau e Quênia, e ao HIV/Aids em São Tomé e Príncipe, Botsuana, Zâmbia, Quênia, Cabo Verde e Guiné-Bissau são outros dois grandes destaques da cooperação brasileira.

Na análise desse Balanço, o mais importante, considerando os propósitos desse trabalho, é a constatação de que, em todos os projetos internacionais do Brasil na área da saúde propostos pelo governo do presidente Lula da Silva, em vários continentes, o Ministério da Saúde atuou como parceiro³⁸ do Itamaraty, em uma relação dinâmica e de

³⁸ A título de exemplo dessa parceria estreita entre os dois Ministérios brasileiros, vale lembrar que a FIOCRUZ foi convidada pelo Itamaraty para colaborar com a elaboração da política externa para os

troca de interesses, conhecimento e experiência, fortalecendo, dessa forma, o tratamento do tema da saúde na agenda da política externa brasileira. Os resultados, positivos, insuficientes ou negativos, desses projetos não são aqui avaliados, uma vez que a discussão da pesquisa se detém no processo de institucionalização do tema da saúde na diplomacia brasileira em um período que se iniciou nos anos 90, não se atendo às consequências de suas atividades. Considerando os propósitos do trabalho, observa-se que, uma vez criados, projetos e outras medidas institucionais voltadas para a atuação internacional do Brasil em saúde contribuíram para o tratamento formal do tema na agenda da política externa.

Além do papel do continente africano no estreitamento do diálogo entre saúde e política externa e na participação ativa do Brasil no cenário global da saúde, é necessário destacar aqui os desenvolvimentos ocorridos no contexto da América do Sul. Em 2008, na Cúpula da Costa do Sauípe, Bahia, foi criado o Conselho Sul-Americano de Saúde, pelo qual a União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) expandia o programa de cooperação em saúde na região. Suas atividades previam o estabelecimento de um escudo epidemiológico nesses países, o desenvolvimento de sistemas de saúde universais, o acesso universal a medicamentos, a promoção de debates e iniciativas no que concerne aos determinantes sociais da saúde e a capacitação e gestão dos recursos humanos em saúde (Almeida et al., 2010). Nesse sentido, foi criado, em 2011, o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS) para a geração de conhecimento e de inovações na área da governança em saúde, a capacitação de profissionais e o apoio técnico às instituições de governo da região (Buss & Ferreira, 2011b).

A presença da saúde na agenda da política externa brasileira foi fortalecida por meio do programa “Mais Saúde – Direito de Todos”, criado pelo Ministro da Saúde em março de 2007 para o período de 2008 a 2011. Esse programa insere a saúde em uma ampla estratégia de desenvolvimento, voltada para o bem-estar da população brasileira. Além disso, um dos seus sete eixos de trabalho consiste na cooperação em saúde com

PALOP na área da saúde. Os esforços da FIOCRUZ são crescentes e reconhecidos pelos países parceiros, especialmente no que concerne à capacitação profissional. Na década de 90, a FIOCRUZ recebeu 25 alunos africanos; entre 2000 e 2005, já eram 141 alunos. Para tanto, entre 1995 e 2005, foram investidos US\$ 600 mil, provenientes do orçamento próprio da FIOCRUZ (ABC, 2007).

outros países, a fim de fortalecer a atuação internacional do Brasil, especialmente nos programas da ONU, e estreitar o diálogo com o MRE. O programa define como objetivos principais desse eixo o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países parceiros, especialmente na América do Sul, na América Central e na CPLP; a consolidação do projeto de saúde nas fronteiras na perspectiva de fortalecimento da integração da América do Sul; o apoio ao estabelecimento de uma rede pan-amazônica de cooperação em ciência, tecnologia e inovação e; a formação profissional de técnicos em saúde. Nesse sentido, um dos exemplos dado pelo Programa é a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, coordenada pelo Ministério da Saúde e que possibilitou a implantação de 21 bancos de leite humano em seis países, entre 2007 e 2009. Em mais 16 países, cursos de capacitação, avaliação de infraestrutura e transferência de tecnologia foram realizados para o desenvolvimento desse projeto, que recebeu o total de R\$ 72 milhões (Ministério da Saúde, 2010).

A partir do breve histórico aqui apresentado, é possível afirmar que a presença do tema da saúde na agenda da política externa brasileira não é algo secundário, como questionam as abordagens mais tradicionais da disciplina de Relações Internacionais, para as quais é absoluta a predominância dos temas de “*high politics*”, como economia, comércio e segurança nacional, na formulação de política externa. Essa presença foi reafirmada durante o governo do presidente Lula da Silva especialmente pela defesa dos princípios de universalidade e unidade em saúde em nível internacional e pela cooperação com os países em desenvolvimento. Como já apontado, a cooperação não faz parte dos propósitos dessa dissertação, embora sua menção seja necessária, uma vez que consistiu em importante forma da relação entre saúde e política externa no governo do presidente Lula da Silva. Em 2005, o país investiu o total de R\$ 2.78 milhões na cooperação técnica em saúde, que, já em 2009, apresentou um orçamento de R\$ 13.8 milhões. Entre 2005 e 2009, 9% dos projetos brasileiros em cooperação internacional estavam concentrados na área da saúde e, em 2010, cerca de 16% do orçamento total da ABC, estimado em US\$ 30 milhões, foram alocados para projetos em saúde, que visavam ao fortalecimento de instituições de saúde, a capacitação de profissionais e a geração de conhecimento para atividades focadas nas necessidades das populações (Faid, 2013).

Tanto a ABC quanto a AISA reafirmaram a necessidade de diálogo entre o MRE e o Ministério da Saúde em benefício do fortalecimento da atuação diplomática do

Brasil no mundo contemporâneo e do alcance dos interesses de ambos os Ministérios. A ABC (ABC, 2007) reconhece que a cooperação técnica em saúde durante o governo do presidente Lula da Silva foi um resultado bastante positivo da dinâmica parceria entre o MRE e o Ministério da Saúde. A AISA, por sua vez, entende que seus projetos de cooperação técnica em saúde têm propósitos duplos: servir como um instrumento importante para a promoção das relações exteriores do Brasil e prover apoio ao desenvolvimento no Sul (Faid, 2013). Dessa forma, as principais atividades da cooperação técnica em saúde promovidas pelo Brasil, no período desse governo, estão nos campos de HIV/Aids, malária, cobertura universal em saúde, nutrição, bancos de leite humano, vigilância epidemiológica, administração hospitalar, transferência tecnológica e combate à anemia falciforme (ABC, 2010).

Entre 1995 e 2010, foram muitas as iniciativas da diplomacia em saúde desenvolvida pelo Brasil, que identificava, nessas atividades, uma forma de alcançar um papel relevante na política internacional. Tanto o Ministério das Relações Exteriores quanto o Ministério da Saúde, articulando um trabalho conjunto, se empenharam nesse objetivo e contribuíram para o fortalecimento do diálogo entre o tema da saúde e a agenda da política externa brasileira.

4.2 – Saúde e política externa brasileira: o nível político-administrativo

Por nível político-administrativo, o presente capítulo entende as estruturas organizacionais do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Saúde, especialmente a Agência Brasileira de Cooperação, do MRE, e a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde, do Ministério da Saúde, assim como a interação entre esses dois Ministérios por meio da troca de profissionais e da criação de mecanismos de diálogo. A partir dessa consideração, é possível observar que a realização de rearranjos institucionais significativos, em benefício do fortalecimento da relação entre o MRE e o Ministério da Saúde, contribuiu para o processo de institucionalização da saúde na agenda da política externa brasileira, durante os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva.

Figueira (2010) aponta que, até 1930, o Brasil viveu o período patrimonialista³⁹, no qual as autoridades do país tinham renda e poder derivados do próprio Estado. Nesse contexto, o MRE era comandado por letrados e juristas que haviam estudado no exterior, sendo um dos critérios de seleção a apresentação de honrarias e títulos. A partir da reforma da administração pública, iniciada nos anos 30, e da emergência dos princípios de meritocracia, racionalização, neutralidade política e profissionalização, inicia-se o período racional-burocrático, e o Ministério tem na criação do Instituto Rio Branco, em 1945, um meio de eliminar os vícios dos processos seletivos, afirmando a necessidade de concursos públicos. Prosseguindo nos esforços de coordenação de competências e racionalização da administração pública nacional, que, em 1995, passou por uma reforma estrutural, o Ministério passou a criar canais de diálogo com atores estatais e não estatais e a incluir novos temas em sua agenda, o que levou à interlocução com as demais burocracias nacionais e com a sociedade civil (Figueira, 2010).

Como visto no capítulo 3, o fim da Guerra Fria e o início da globalização provocaram mudanças expressivas na agenda internacional, como o aumento do número de organizações internacionais, a influência de regimes internacionais⁴⁰ no nível nacional e a interação entre questões políticas, sociais e econômicas, o que, por sua vez, exigiu transformações na agenda da política externa brasileira. Nas novas agendas diplomáticas, temas como direitos humanos, meio ambiente, crime organizado, desarmamento, fome e biocombustíveis requeriam, além da reorganização político-administrativa do MRE, o diálogo dessa pasta com outros ministérios, uma vez que, para a definição de um posicionamento sólido do país no cenário internacional, era necessária a troca de *expertise* entre diversas áreas especializadas. É nesse contexto de reformulação da agenda da diplomacia e de interação do MRE com múltiplos atores que tanto o governo de Fernando Henrique Cardoso quanto o de Lula da Silva fortalecem o tema da saúde na agenda da política externa brasileira.

³⁹ Essa denominação foi lançada por Cheibub (1985), que divide a história institucional do Itamaraty em três períodos: a) período patrimonial, em que se buscava a autoafirmação do Estado recém-independente no século XIX; b) período carismático, caracterizado pela liderança personalista e de plenos poderes do Barão do Rio Branco (1902-1912) e; c) período burocrático-racional, no qual reformas administrativo-institucionais, iniciadas na década de 1910, fortaleceram o Ministério como um órgão da burocracia estatal.

⁴⁰ Segundo Mônica Herz e Andrea Hoffmann (2004), o conceito de “regimes internacionais” pode ser definido como “princípios, normas, regras e procedimentos que regulam as relações entre os atores em uma área específica”.

Sobre a influência da agenda internacional no nível nacional e a consequente reestruturação político-administrativa do Itamaraty, Puntigliano (2008, p.38) apresenta, como exemplo, as mudanças na Subsecretaria Política I do MRE. No contexto de significativo debate internacional sobre o tema de Direitos Humanos, cuja importância foi ressaltada na Conferência de Viena de 1993, o tema, em 1995, deixou de ser objeto de uma “Divisão” e passou a ser atendido por um recém instituído “Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais⁴¹” no organograma do Ministério. Nesse novo departamento, foram criadas duas divisões, sendo uma para o tratamento de questões de Direitos Humanos e Agências da Organização das Nações Unidas e outra para áreas ligadas indiretamente a Direitos Humanos, como os temas de saúde e gênero. Não eram mais os critérios geográficos que orientavam as delimitações temáticas, surgindo, assim, divisões responsáveis por temas sociais, pelo MERCOSUL ou pela OMC, por exemplo (Nogueira, 2009). A reorganização interna do Itamaraty também é observada por Hirst, Lima & Pinheiro (2010), que identificam na história institucional desse Ministério reformas político-administrativas que visam atender às demandas dos debates internacionais e, simultaneamente, preservar certo grau de autonomia para o Ministério. As autoras também destacam a nova configuração da Subsecretaria-Geral Política⁴² que, a partir de 2006, reorganizou departamentos e divisões para lidar com temas como Meio Ambiente, Direitos Humanos e Saúde.

Em relação ao intercâmbio de profissionais, Figueira (2010) aponta que, de 1998 a 2007, 750 funcionários do Itamaraty atuaram em outras pastas ministeriais, e 77 profissionais foram conduzidos de outros ministérios para o de Relações Exteriores. Apesar de a demanda do Itamaraty por profissionais de outras áreas, como educação, meio ambiente e saúde, por exemplo, ter sido bem menor, esses números demonstram o aumento do diálogo burocrático no desenvolvimento da agenda diplomática do Brasil. Faid (2013) também aponta o processo de internacionalização vivido pelos servidores

⁴¹ Segundo Nogueira (2009), em seu trabalho sobre os arranjos nacionais para a implementação das políticas do fórum IBAS durante o governo do presidente Lula da Silva, esse Departamento, em especial a sua Divisão de Temas Sociais, desenvolveu um importante papel no fortalecimento do diálogo entre o MRE e o Ministério da Saúde, incluindo a AISA, a FIOCRUZ e a ANVISA. Os principais trabalhos do IBAS em saúde incluem vigilância epidemiológica, prevenção, controle e distribuição de medicamentos e desenvolvimento de ações nas áreas de HIV/AIDS, tuberculose e malária.

⁴² A estrutura organizacional da Subsecretaria-Geral Política, que contém o Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais e, em consequência, o tratamento do tema da saúde, pode ser observada no organograma do MRE, referente ao ano de 2010, no Anexo C dessa dissertação.

públicos brasileiros envolvidos na promoção da cooperação técnica em saúde. Segundo a autora, a internacionalização das políticas públicas do Brasil, de uma forma geral, pode ser constatada pela abertura, no exterior, de subsidiárias das instituições públicas brasileiras, como a FIOCRUZ, pela criação de assessorias internacionais nos órgãos da administração pública e pelo desenvolvimento de parcerias com outros países. O resultado principal desse processo consiste na quebra do monopólio do MRE sobre a formulação de política externa, uma vez que múltiplos atores, cada um à sua maneira e com interesses próprios, promovem a inserção internacional do Brasil. Dessa forma, o papel da diplomacia brasileira contemporânea, na área da saúde, pressupõe a coordenação dos diferentes propósitos e valores dos atores nacionais que se internacionalizam, como o Ministério da Saúde.

No que concerne aos recursos financeiros que contribuem para o fortalecimento do diálogo entre o MRE e o Ministério da Saúde, é importante considerar que, entre todos os atores brasileiros que prestam assistência internacional ao desenvolvimento, o que inclui a área da saúde, o Ministério da Saúde possui o maior orçamento. Esse Ministério, dispondo de *expertise* e realizando o pagamento da maioria dos salários dos funcionários envolvidos nos projetos internacionais, trabalha em parceria com a ABC, que assume o papel de coordenação das ações internacionais do Brasil em saúde (Faid, 2013). A título de comparação, vale lembrar que o Ministério da Saúde do Brasil detém cerca de 10% do orçamento federal, enquanto o MRE dispõe de menos de 1% desse total (Faid, 2013, p.111).

Considerando a inexistência de uma lei federal que autorize o Brasil a financiar atividades de cooperação internacional por meio de um determinado orçamento, as ações internacionais do Brasil em saúde, entre 1995 e 2010, tiveram de recorrer a formas relativamente improvisadas de flexibilização administrativa com vistas a viabilizar a sua implementação. Nesse contexto, o mecanismo de transferência internacional de recursos, denominado Termo de Cooperação N° 41 (TC-41) e assinado em dezembro de 2005 pelo Ministério da Saúde e a Opas/OMS, representou um avanço importante em apoio à atuação internacional do Brasil em saúde, estimulando a parceria entre o Ministério da Saúde e o MRE na elaboração das ações internacionais. Por meio dele, o país pode adquirir certos equipamentos necessários à implementação de projetos de cooperação técnica em saúde nos países parceiros (Faid, 2013).

O TC-41 pressupõe que as instituições brasileiras são referência para a cooperação internacional na área da saúde e apresenta como objetivo central a troca de experiências, tecnologias e conhecimentos entre as instituições brasileiras e as dos países integrantes da Opas/OMS, especialmente a América Latina e os países de Língua Portuguesa. Nesse sentido, as atividades incluem pesquisa básica, ações em saúde coletiva, produção de insumos, análise de políticas públicas e história da saúde, entre outras (Pires-Alves, Paiva & Santana, 2012). Seus recursos, oriundos principalmente do orçamento regular do Ministério da Saúde, são exclusivos para a capacitação de recursos humanos e apoio técnico a instituições estruturantes dos países parceiros (Paranaguá, 2011).

Para a internacionalização das atividades do Ministério da Saúde, o papel exercido pela AISA é fundamental. Criada em 1998, presidida por diplomatas até o final do governo do presidente Lula da Silva e acolhendo como funcionários profissionais da saúde e de Relações Internacionais, a Assessoria é responsável pela promoção, articulação e orientação das ações estratégicas em saúde realizadas em outros países pelo governo brasileiro. Segundo relatório próprio, sobre a atuação do Ministério da Saúde no cenário internacional, divulgado em 2009, são atribuídas à Assessoria as seguintes funções: a) contribuição na formulação de política externa na área da saúde; b) monitoramento e avaliação dos projetos de cooperação; c) intermediação entre as unidades do Ministério da Saúde⁴³ e entre este e o MRE e; d) elaboração, em conjunto com as áreas técnicas, de atividades de cooperação (AISA, 2009). Por meio desse relatório, a AISA explicita a necessidade de reorganização político-administrativa do Ministério da Saúde, que deveria ser capaz de definir precisamente os objetivos de sua atuação internacional.

⁴³ Sobre a interação entre setores do Ministério da Saúde em benefício da atuação internacional do Brasil em saúde, é ilustrativo o exemplo de Cepik&Sousa (2011, p.121), segundo o qual a FIOCRUZ, a FUNASA, a ANVISA, a AISA e outras áreas do Ministério formaram o Grupo de Trabalho para Assuntos Internacionais em Saúde e Meio Ambiente, que, estabelecido pela Portaria Federal nº 922, de junho de 2001, tinha como objetivo central o estudo das implicações, para a saúde, da Convenção de Viena para Proteção da Camada de Ozônio, do Protocolo de Montreal, da Convenção sobre Diversidade Biológica, do Protocolo de Cartagena sobre Biossegurança, da Convenção de Roterdã, da Convenção de Estocolmo sobre Poluentes Orgânicos Persistentes, da Convenção de Basiléia sobre o Controle de Movimentos Transfronteiriços de Resíduos Perigosos e seu Depósito, da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança de Clima e do Protocolo de Kyoto.

O relatório declara que as ações internacionais do Ministério da Saúde devem seguir os propósitos maiores da política externa brasileira e não minimiza o papel da AISA no processo de institucionalização do tema da saúde na agenda dessa política, como é possível observar no trecho abaixo:

[...] a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde deve ser, por um lado, a instância maior de formulação de política externa na área da saúde e, por outro, um instrumento facilitador e estimulador de processos e projetos de cooperação técnica internacional, servindo de interface entre os distintos programas e unidades do Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores [...] (AISA, 2009, p.5).

De acordo com a AISA, a institucionalidade da atuação internacional em saúde desenvolvida pelo Brasil é bastante sólida, devido, também, ao diálogo estreito entre o Ministério da Saúde e seus órgãos vinculados, como a FIOCRUZ, a ANVISA e a Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e o que ocorre com o MRE, em parceria com a ABC e as embaixadas brasileiras no exterior (AISA, 2009). Por meio dessa articulação, a Assessoria defende uma atuação internacional em saúde de destaque para o Brasil:

[...] a diretriz no campo da Cooperação Técnica Internacional em saúde é o fortalecimento da presença do Brasil no cenário internacional, 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 Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e da África [...] (AISA, 2009, p.16).

O relatório também aponta que, pela Resolução “Saúde e Relações Internacionais: vinculações com o desenvolvimento sanitário nacional do Comitê Executivo da Opas/OMS”, assinada em junho de 2008, o país reafirmou a ideia de interação entre as “autoridades sanitárias” e as “autoridades encarregadas da política exterior”, por meio do reforço dos mecanismos institucionais de diálogo e da inclusão tanto do tema da saúde na profissionalização dos diplomatas quanto dos temas de relações internacionais na formação das autoridades em saúde (AISA, 200, p.5). Seguindo o objetivo de fortalecer a relação entre o MRE e o Ministério da Saúde, a

pasta da saúde, em agosto de 2010, pela portaria nº 2.356⁴⁴, instituiu o Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde a fim de ampliar a coordenação, estabelecendo recomendações, normas, princípios e prioridades, das ações internacionais em saúde desenvolvidas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, do MRE, especialmente no âmbito da ABC, e de organismos internacionais parceiros do Brasil.

Tanto a ABC quanto a AISA apresentam, em suas estruturas organizacionais, setores responsáveis pelas ações internacionais do Brasil em saúde. A Agência do MRE, possuindo a função principal de operacionalizar a política de cooperação técnica internacional do país, elaborando e monitorando os projetos de cooperação prestados e recebidos pelo Brasil, passou a adotar, em 2006, uma divisão temática. Já em 2007, estavam subordinadas ao Diretor, as seguintes coordenações: Coordenação Geral de Acompanhamento de Projetos e de Planejamento Administrativo; Coordenação Geral de Cooperação Recebida Bilateral; Coordenação Geral de Cooperação Recebida Multilateral; Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento; Coordenação Geral de Cooperação em Agropecuária, Energia, Biocombustíveis e Meio Ambiente; Coordenação Geral de Cooperação em Tecnologia da Informação, Governança Eletrônica, Defesa Civil, Urbanismo e Transporte; e Coordenação Geral de Cooperação em Saúde, Desenvolvimento Social, Educação e Formação Profissional (ABC, 2010).

A AISA, por sua vez, apresentava, em 2009, a seguinte estrutura: Coordenação-Geral de Cooperação Internacional, com o propósito de orientar os projetos de cooperação com organizações internacionais e regionais e países em desenvolvimento; a Coordenação-Geral de Integração Regional, cuja missão consiste em executar todas as atividades do MERCOSUL na área da saúde e acompanhar as discussões internacionais sobre integração regional de interesse do Ministério da Saúde, entre outras atividades; a Coordenação-Geral de Temas Especializados, cujo objetivo é promover, em parceria com o MRE, programas de cooperação em saúde com instituições estrangeiras e organizações internacionais, além de analisar projetos e propor instrumentos de cooperação em saúde com outros países; e a Coordenação-Geral de Temas Multilaterais, criada para acompanhar o tratamento do tema da saúde nos encontros da OMS e da

⁴⁴ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2010/prt2356_17_08_2010.html>. Acesso em: 08 fev.2014.

OPAS e participar das discussões de temas multilaterais, como regulamento sanitário, convenção sobre tabaco, e propriedade intelectual (AISA, 2009).

4.3 – Saúde e política externa brasileira: o nível do discurso oficial

Na presente seção, considera-se a identificação de referências ao tema da saúde nos pronunciamentos oficiais das autoridades brasileiras, em diversos eventos da política internacional, como uma forma bastante significativa de se ilustrar a institucionalização desse tema na agenda da política externa brasileira. Para tanto, foram observados todos os discursos e referências a eventos internacionais em saúde disponibilizados pelos *websites* do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Saúde, com ênfase na participação dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva, como os líderes do Poder Executivo, e dos responsáveis pelas pastas da saúde e das relações exteriores, nos respectivos períodos de governo, entre 1995 e 2010.

Nos trechos seguintes, listados em ordem cronológica, é possível identificar, por um lado, a predominância do governo do presidente Lula da Silva, em especial de seu Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, cujos discursos realizados em 8 anos de governo foram disponibilizados pelo MRE em uma publicação de dois volumes⁴⁵. Por outro lado, os pronunciamentos do presidente Fernando Henrique Cardoso, apesar de em menor número, são explícitos sobre a importância do tema da saúde na diplomacia brasileira. Declarações de Ministros da Saúde que ressaltam a parceria entre o MRE e o Ministério da Saúde também estão presentes. A partir dessa identificação, verifica-se que o governo brasileiro é incisivo nas menções à saúde em sua busca pelo fortalecimento do país como ator político internacional relevante.

Nos fragmentos abaixo, o presidente Fernando Henrique Cardoso, em tom conciliatório e de acordo com um estilo de política externa moderado e, simultaneamente, defensor da participação brasileira na regulação do cenário internacional, discorreu sobre a internacionalização da experiência brasileira no tratamento da Aids e a posição do país em defesa do acesso a medicamentos. A partir de

⁴⁵ Para acesso à publicação, consultar o *website* do Ministério das Relações Exteriores. Disponível em: <www.itamaraty.gov.br/divulg/documentacao.../discursos.../discursos.../file>. Acesso em: 01 fev.2014.

ambos os exemplos, constata-se que o Brasil assumia o papel de ator influente no debate internacional sobre o tema da saúde:

- Abril de 2001, Canadá, III Reunião de Cúpula das Américas para a ampliação da agenda de cooperação e do acesso à tecnologia:

[...] Pelo diálogo e pela cooperação poderemos responder a desafios contemporâneos, como o de assegurar aos que sofrem com a AIDS tratamento ao menor custo possível. Como demonstra o êxito do programa brasileiro nesse campo, já dispomos de meios para aumentar a esperança e melhorar a vida dos que têm o vírus HIV. Não podemos deixar de utilizá-los, e de utilizá-los em toda a escala, inclusive cooperando com outros países em desenvolvimento afetados por essa doença [...] (Fernando Henrique Cardoso, 2001).

- Novembro de 2001, Nova York, Abertura do Debate Geral da 56ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, após os atentados terroristas de Setembro de 2001 nos Estados Unidos:

[...] O Brasil, que vem liderando negociações para garantir maior acesso aos mercados e melhores condições humanitárias para o combate às doenças, buscará encontrar o ponto de equilíbrio entre a necessária preservação dos direitos de patente e o imperativo de atender aos mais pobres. Somos pelas leis de mercado e pela proteção à propriedade intelectual, mas não ao custo de vidas humanas. Este é um ponto a ser criteriosamente definido. A vida há de prevalecer sobre os interesses materiais. [...] (Fernando Henrique Cardoso, 2001).

No decorrer do processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa brasileira, o Brasil reconhecia o diálogo desse tema com outras dimensões da diplomacia. A consideração das epidemias como uma ameaça à segurança dos países pode ser observada na seguinte declaração do Ministro Celso Amorim:

- Outubro de 2003, Cidade do México, Debate Geral da Conferência Especial de Segurança da Organização dos Estados Americanos sobre justiça social:

[...] Diretamente ou não, todas nossas sociedades sofrem os efeitos da criminalidade, da corrupção, da lavagem de dinheiro, do fácil acesso -- legal ou ilegal -- às armas de fogo, do tráfico de menores, da delinquência pelas drogas, dos delitos ambientais, das epidemias de elevado impacto social, como a da AIDS, ela própria considerada uma ameaça à segurança internacional pelas Nações Unidas [...] (Celso Amorim, 2003).

O sentido de continuidade entre os governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva no que concerne à diplomacia em saúde é facilmente identificado nas ações de combate à Aids. Nos dois fragmentos que se seguem, o presidente petista reafirmou o empenho internacional do Brasil no tratamento dessa doença e no compartilhamento da experiência nacional nessa área. Seguindo a defesa, iniciada nos anos 90, dos direitos humanos, Lula da Silva, como seu antecessor, mas em um contexto internacional diferente e formulando de forma distinta a política externa brasileira, enfrentou o contexto das ameaças das regulações patentárias:

- Setembro de 2004, Nova York, LIX Assembleia Geral das Nações Unidas:

[...] Acredito firmemente que o processo desencadeado ontem elevará o patamar da luta contra a pobreza no mundo. Na medida em que avançarmos nessa nova aliança, teremos melhores condições de cumprir as Metas do Milênio, sobretudo a erradicação da fome [...] Foi com esse espírito que África do Sul, Índia e Brasil estabeleceram, no ano passado, o fundo de solidariedade – IBAS. Nosso primeiro projeto, em Guiné-Bissau, será lançado amanhã. Também priorizamos o tema do HIV-AIDS, que tem perversa relação com a fome e a pobreza. Nosso programa de Cooperação Internacional no combate ao HIV-AIDS já opera em seis países em desenvolvimento e brevemente chegará a mais três [...] (Luiz Inácio Lula da Silva, 2004).

- Julho de 2005, Paris, Abertura do Colóquio “Brasil: Ator Global” sobre o papel do Brasil no mundo globalizado, na presença de autoridades do governo francês, ministros brasileiros e estudantes:

[...] Um país como o Brasil não tem a opção de viver à margem dos processos globais. Dou um exemplo. Temos um programa de combate à AIDS que é mundialmente reconhecido como resposta a um dos piores dramas vividos pela humanidade em nossos dias. Realizamos, em ampla escala, a distribuição de remédios retrovirais. Mas, para que seja viável em um país com recursos escassos, esse programa depende de que os preços dos medicamentos não ultrapassem certos limites razoáveis. Torna-se essencial, portanto, estabelecer um equilíbrio entre o interesse legítimo das empresas farmacêuticas, que se beneficiam de patentes, e o interesse maior de salvar quantas vidas pudermos. As normas sobre patentes já não são definidas isoladamente em cada país, são normas globais. Participamos todos de sua elaboração, de sua interpretação e de sua execução. No caso da AIDS, essa participação é, sem exagero, uma questão de vida ou morte [...] (Luiz Inácio Lula da Silva, 2005).

O engajamento do Brasil no combate a doenças de escala global não se limitava à Aids. Malária e tuberculose representavam outros desafios citados abaixo por Celso Amorim. Independente da doença em discussão, o que predominava no discurso brasileiro era a disposição para o diálogo estreito com os países em desenvolvimento:

- Setembro de 2005, Nova York, LX Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas:

[...] Enfrentamos, além dos desafios a que já me referi, duas crises com impacto global: a explosão pandêmica do HIV/AIDS; e as trágicas ameaças derivadas das mudanças climáticas. O Brasil continuará mobilizado para promover a implementação dos instrumentos multilaterais para combater esses flagelos [...] Sobre o fortalecimento dos laços com a África: Temos contribuído para a consolidação da paz e da democracia em países como Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe. Ajudamos a combater a fome, a desenvolver a agricultura e, com grande empenho, a lutar contra o flagelo do HIV/AIDS em vários países irmãos do continente africano [...] (Celso Amorim, 2005).

- Fevereiro de 2006, Paris, Abertura da I Sessão Plenária da Conferência de Paris sobre Fontes Inovadoras de Financiamento sobre mecanismos financeiros mais eficazes para a cooperação internacional:

[...] O Brasil vem tomando medidas concretas para implementar a contribuição solidária sobre passagens aéreas. A plena entrada em vigência dessa contribuição exige mudanças legislativas. Até que essas medidas sejam efetivadas, contribuiremos com fundos orçamentários equivalentes ao que se espera arrecadar com o mecanismo, sobre a base de uma contribuição de 2 dólares por passageiro embarcado para o exterior. Estamos de pleno acordo com a ideia de destinar parte dos recursos a serem obtidos para uma central de compra de medicamentos contra a AIDS, a malária e a tuberculose – as três doenças que mais matam nos países em desenvolvimento. Tendo presente a importância que atribuímos aos investimentos na área da saúde, inclusive no que se refere à prevenção de doenças, estamos prontos a participar do projeto-piloto de vacinação do IFF, segundo modalidades ainda sob exame [...] (Celso Amorim, 2006).

O acesso a medicamentos foi uma das maiores questões defendidas pelo presidente Lula da Silva no debate internacional. Com essa defesa, o país fortalecia o tratamento do tema da saúde na agenda de política externa e, conseqüentemente, nas relações brasileiras com outros países. Dessa forma, o Brasil reconhecia o aspecto político da saúde, como mostram os fragmentos a seguir.

- Novembro de 2006, Nigéria, Abertura da Cúpula África-América do Sul:

[...] Exemplo do novo multilateralismo que buscamos é a iniciativa internacional de combate à fome e à pobreza. Já estamos colhendo os frutos de nossos esforços de implementar mecanismos financeiros inovadores. A recente instalação da Central Internacional de Medicamentos é um passo decisivo no combate à AIDS, malária e tuberculose, doenças que devastam os países mais pobres [...] Nossas regiões estarão empenhadas, a partir de agora, em esquemas de cooperação em áreas como agricultura, energia, mineração, turismo, informática, saúde, educação, cultura e esporte. E podemos fazer muito mais. Podemos, por exemplo, aumentar a oferta de serviços de transporte aéreo e marítimo entre a África e a América do Sul [...] (Luiz Inácio Lula da Silva, 2006).

- Agosto de 2006, Rio de Janeiro, Abertura do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva:

[...] Os representantes do governo brasileiro poderão, ao longo deste evento, lhes dar os detalhes sobre a forma como vimos tratando a saúde pública em nosso País. Mais do que mostrar as realizações efetuadas nos últimos anos, eles poderão compartilhar os nossos desafios, aprender com as demais experiências que estarão sendo expostas aqui e, sobretudo, colaborar na construção de uma agenda internacional para o tema [...] O compromisso que eu quero assumir com vocês, não enquanto presidente da República, mas enquanto cidadão, é de que vocês podem ter a certeza de contar comigo para ser um peregrino por este mundo afora, pedindo aos governantes que não permitam mais que os países mais pobres vejam seus filhos morrerem porque não podem ter acesso aos remédios caros produzidos pelos laboratórios. E este não é um problema econômico, é um problema eminentemente político que está, portanto, nas nossas mãos [...] (Luiz Inácio Lula da Silva, 2006).

O destaque internacional da diplomacia em saúde do Brasil é explicitamente declarado no fragmento de entrevista do Ministro Agenor Álvares. Para ele, parte significativa do sucesso das políticas internacionais do país em saúde ocorria em função da articulação entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde. As duas pastas trocavam experiências e conhecimento, colaborando para o papel do Brasil na política global de saúde:

- Março de 2007, Publicação da Agência Brasileira de Cooperação/MRE (Via ABC, p.23), Entrevista com o Ministro da Saúde:

[...] Estamos na vanguarda mundial desse processo de saúde e diplomacia, muito mais adiantados que a maioria dos países desenvolvidos. Talvez mais um exemplo a ser seguido. Somos parceiros nas discussões em foros internacionais e na formulação de projetos e propostas de cooperação internacionais, compatíveis com a política externa do país. Nós entramos com o conhecimento técnico e com os anseios das políticas públicas de saúde, o MRE com a acumulação no jogo diplomático e no direcionamento de objetivos no âmbito internacional. Logicamente, cada dia o panorama se torna mais complexo, necessitando uma

ampliação e consolidação das estruturas para nos prepararmos para o aumento da demanda, no sentido de garantir a própria sustentabilidade do SUS e vigor do Brasil para além das fronteiras nacionais [...] (Agenor Álvares, 2007).

O espaço da saúde na agenda da política externa brasileira, como observado nos discursos do presidente Lula da Silva em 2006, também está presente na declaração de Celso Amorim, em 2007, sobre a reconstrução do Líbano. Ao lado de temas tradicionais de política externa, como desenvolvimento e segurança, a saúde constitui essa agenda:

- Janeiro de 2007, Paris, Conferência Internacional de Paris de Apoio ao Líbano sobre a reconstrução do país árabe após conflito militar:

[...]Durante a Conferência de Estocolmo, anunciamos uma contribuição de 500 mil dólares para o Fundo do PNUD destinado ao financiamento de projetos de reconstrução no Líbano. Dois meses mais tarde, enviamos ao Líbano uma missão multidisciplinar de cooperação. Estamos desenvolvendo projetos bilaterais nos setores de agricultura, saúde, educação e habitação, entre outros. Nosso empresariado está igualmente comprometido com a promoção do comércio e dos investimentos no Líbano [...] (Celso Amorim, 2007).

Como Agenor Álvares, José Gomes Temporão defendia a importância do diálogo entre as pastas da saúde e das relações exteriores para a participação do Brasil nos debates internacionais. Nesse sentido, o Ministro, como observado abaixo, apoiava a internacionalização da experiência brasileira em saúde, especialmente em benefício dos países em desenvolvimento:

- Março de 2007, Brasília, Discurso de posse do Ministro da Saúde:

[...] Quero deixar aqui meu compromisso e da minha equipe com alguns princípios e propostas [...] Fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional, estreitando as relações com o Ministério das Relações Exteriores, amplificando nossa presença nos órgãos setoriais e em programas de saúde das Nações Unidas - como a OMS, a OPS, a UNITAIDS, o FIAM e tantos outros - assim como cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América

do Sul – em especial com o MERCOSUL - e com os países de língua portuguesa da África e a CPLP [...] (José Gomes Temporão, 2007).

No que foi considerado, mundialmente, um marco entre os discursos brasileiros que haviam tratado, até então, do tema da saúde, Celso Amorim, na 60ª Assembleia Mundial da Saúde, listou as iniciativas internacionais do Brasil nessa área, enfatizando sua importância para os países em desenvolvimento. Combate à pobreza, acesso a medicamentos e produção de conhecimento foram algumas das questões relacionadas à diplomacia em saúde do país:

- o Maio de 2007, Genebra, 60ª Assembleia Mundial da Saúde:

[...] Em um mundo globalizado, onde as ameaças globais provêm principalmente da pobreza, da alienação e da exclusão social, solidariedade não é somente um dever moral, é uma demonstração de interesse próprio inteligente [...] A saúde está no centro da Ação Contra a Fome e a Pobreza, lançada pelo Presidente Lula e outros líderes mundiais em Nova York, em 2004. A saúde é crucial para o desenvolvimento e para o combate à pobreza. "A fome e a doença são irmãs gêmeas", disse o Presidente Lula na Assembleia Geral das Nações Unidas no ano passado. Naquela ocasião, Brasil, França, Chile, Noruega e Reino Unido lançaram a Central Internacional de Compras de Medicamentos, UNITAID. Essa iniciativa está sendo estabelecida como um mecanismo de financiamento inovador para acelerar o acesso a medicamentos de alta qualidade e ao diagnóstico de HIV/AIDS, malária e tuberculose. A cooperação Sul-Sul pode desempenhar um papel central na luta contra doenças infecciosas. O Brasil está no momento cooperando com Guiné-Bissau e Moçambique, entre outros, para combater a epidemia de HIV/AIDS. Nós fornecemos medicamentos antirretrovirais e ajudamos na prevenção da transmissão de mãe para filho. Também estamos envolvidos no treinamento de pessoal médico e na instalação de infraestrutura para o tratamento. No Haiti, em conjunto com a Índia e a África do Sul, nossos parceiros no Fórum IBAS, temos desenvolvido um programa de manejo de resíduos sólidos. O projeto recebeu prêmio das Nações Unidas como a melhor iniciativa de cooperação Sul-Sul no ano passado. O Brasil quer explorar possibilidades de cooperação com organizações internacionais como a OMS. Também queremos expandir a cooperação trilateral com países desenvolvidos em benefício de nações mais pobres. Em parceria com o Canadá, estamos apoiando o programa do Haiti de vacinação contra a hepatite B [...] Qualquer que seja o conhecimento e a tecnologia que sejamos capazes de desenvolver, teremos a satisfação de compartilhá-los com outros países, em especial com as Nações pobres da África, Ásia e América Latina [...] (Celso Amorim, 2007).

Já em 2009, Celso Amorim reforça o aspecto cultural das relações brasileiras com a África. No contexto de laços “históricos” e “sociais” com o continente, a saúde era um tema importante do estreitamento do diálogo com esses países, o que resultou, sobretudo, em diversos projetos de cooperação. Essa ideia está ilustrada no fragmento de discurso abaixo:

- o Janeiro de 2009, Lisboa, Seminário Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal:

[...] Não são apenas nem principalmente interesses econômicos que justificam a nossa política africana. O Brasil é a segunda maior nação negra do mundo e tem profundos vínculos históricos e sociais com a África. Não poderíamos ignorar uma realidade tão próxima de nós. O Presidente Lula já visitou oito vezes o continente, totalizando cerca de 20 países visitados. Abrimos ou reativamos número expressivo de Embaixadas. Os projetos de cooperação se multiplicaram, nos domínios da agricultura, da saúde, da educação e da gestão pública. Abrimos um escritório em Gana da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária, a Embrapa, e outro, em Moçambique, da Fiocruz, fundação de pesquisas em saúde e produção de vacinas e remédios [...] (Celso Amorim, 2009).

O diálogo com o continente africano pressupõe a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, mostrando que atividades internacionais em saúde requeriam do Brasil rearranjos internos. Além disso, os trechos abaixo, de autoria de José Gomes Temporão, reafirmam a necessidade de condições igualitárias de saúde ao redor do mundo. Em defesa da equidade e da melhoria dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, o Brasil destacava a importância do profissional dessa área, sua presença e capacitação nesses países:

- o Maio de 2009, Lisboa, Reunião Constitutiva do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa:

[...] Como nada faremos sem recursos financeiros, saudamos a constituição do Fundo Setorial de Saúde da CPLP, para garantir o funcionamento dos GTs e financiar as iniciativas da comunidade de países. O Ministério da Saúde do Brasil já tem separado recursos financeiros prontos para transferir ao Fundo após sua criação. Ademais, vamos estabelecer negociações com os Ministérios das Relações

Exteriores, da Educação e da Ciência e Tecnologia para garantir recursos de bolsas de estudo, por exemplo, e outros recursos para o financiamento de projetos comunitários [...] (José Gomes Temporão, 2009).

o Maio de 2010, Genebra, 63ª Assembleia Mundial da Saúde:

[...] Agora, chegou o momento de honrarmos novamente essa promessa da saúde pública global e avançarmos na criação de consensos amplos em torno dos resultados da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, em cumprimento à Resolução 62.14. Com esse objetivo, o Brasil terá a honra de sediar a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, no Rio de Janeiro, em outubro de 2011. Devemos encontrar os entendimentos fundamentais para que a Saúde, aspiração básica do ser humano, esteja presente em todas as políticas de Estado e seja realmente para todos [...] O tratamento e prevenção de doenças têm uma figura central: o profissional da saúde. Sem ele, jamais alcançaremos nossos objetivos – inclusive as metas do milênio. A emigração desses profissionais dos países em desenvolvimento em direção aos mais avançados, sem controles ou compensações, debilita políticas sociais e condena os países pobres a permanente atraso na área de saúde. A resolução sobre o Código de Migração diante desta Assembleia deve constituir instrumento que valorize a solidariedade internacional e ofereça soluções equitativas que permitam aos mais vulneráveis lidar com esse complexo desafio. A relevância da questão levou o grupo “Política Externa e Saúde Global” a eleger o tema como prioritário, conforme refletido em sua inclusão na Resolução apresentada pelo grupo na Assembleia Geral da ONU, em 2009 [...] (José Gomes Temporão, 2010).

É possível dizer que os trechos de discursos acima, além de ilustrarem o fortalecimento das relações entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores e o desenvolvimento de políticas para a saúde em questões específicas, como o combate à HIV/Aids, malária e tuberculose, exemplificam, sobretudo, o diálogo da saúde com outros temas da política externa, como segurança, desenvolvimento econômico e direitos humanos. Esse diálogo, discutido no segundo capítulo dessa dissertação, explica a variedade de fóruns em que os discursos foram proferidos. Nesse sentido, a conclusão é a de que o tema da saúde, ao longo dos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva, assume um nível de importância sem precedentes e passa a fazer parte, explicitamente, do grande discurso em que se dá a política externa.

4.4 – Diplomacia brasileira e saúde: fortalecimento em diferentes estilos de política externa

O presente capítulo buscou discutir o processo de institucionalização do tema da saúde na formulação de política externa realizada pelo governo brasileiro, ressaltando a importância, para esse processo, do reconhecimento, tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelo Ministério das Relações Exteriores, durante o período de 1995 a 2010, de que esse tema exigia ações no cenário internacional e que essas ações projetavam a participação do Brasil no cenário da política internacional. Observou-se que a saúde foi considerada um tema complexo e de significativa importância para a agenda da política externa, capaz de requerer reorganizações no nível político-administrativo desses Ministérios e menções constantes nos discursos das autoridades brasileiras.

O referido Balanço de Política Externa do MRE observa que o nível de desenvolvimento alcançado pelo país, na última década, provocou demandas crescentes por parte dos países em desenvolvimento, interessados em compartilhar a experiência brasileira em diversas áreas como saúde, educação e agricultura, seja pela transferência de conhecimentos técnicos, pela realização de consultorias e treinamentos ou mesmo pela doação de equipamentos. Nesse contexto, o Brasil encontrou, como o fazia desde os anos 90, novas e crescentes oportunidades para fortalecer a relação entre diplomacia e saúde, o que ocorreu de acordo com os diferentes estilos de formulação de política externa dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva.

Quanto ao estilo do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, é possível dizer que ele propunha limites à atuação brasileira no cenário internacional, considerado constrangedor para um país intermediário como o Brasil, que não deveria assumir custos excessivos. Em tom moderado e conciliatório, o presidente, em busca de credibilidade, defendia as instituições internacionais já existentes como espaços legítimos e produtivos para as relações internacionais. As ações que resultaram dessa percepção modesta sobre o poder internacional do Brasil acarretaram em uma participação ativa do país na defesa do multilateralismo, dos regimes internacionais, do Direito Internacional e dos temas sociais, uma vez que havia a intenção de influenciar a formação da nova ordem internacional que se iniciava nos anos 90. Os novos temas da agenda internacional requeriam a adaptação dos processos brasileiros de formulação de

política externa, de forma que o país pudesse desenvolver uma participação propositiva na política internacional, atendendo ao objetivo maior da diplomacia brasileira.

Na área da saúde, o presidente Fernando Henrique Cardoso, seguindo sua política de autonomia pela participação, pela qual defendia a atuação do Brasil nos fóruns globais, fortaleceu uma política inovadora de acesso a medicamentos para a Aids, o que influenciou países desenvolvidos e em desenvolvimento. Associando a saúde ao tema de direitos humanos, o que já ocorria desde os anos 70 no plano doméstico, esse governo atualizava a diplomacia brasileira diante das mudanças do cenário internacional pós Guerra Fria e desenvolvia o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa do país, dirimindo divergências internacionais e influenciando o debate global em saúde.

No que concerne ao estilo de política externa do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, a ideia de autonomia pela diversificação permitiu que o país diversificasse as parcerias, estreitasse a relação com os países em desenvolvimento, fortalecesse sua capacidade negociadora, contribuísse para e liderasse a criação de fóruns internacionais, mediando as relações entre o Norte e o Sul e defendendo a agenda social no debate internacional. Para tanto, esse governo, atendendo à aspiração internacional do Brasil de influência no cenário internacional, não entendia como medianos os recursos de poder do país para a atuação nesse cenário. Os recursos do país não eram percebidos como limitados, assim como não o era o espaço do país no mundo. Para o presidente petista, o país tinha a missão e a capacidade de transformar as estruturas da governança global, democratizando as relações internacionais, combatendo as assimetrias de poder no contexto da globalização e consolidando a liderança brasileira, principalmente no Sul.

Na busca por essa transformação proposta pelo presidente Lula da Silva, a saúde era considerada um instrumento para a participação ativa e propositiva do Brasil na política internacional, uma vez que era tema de importância significativa em diversos fóruns globais, para os quais o país contribuiria por meio de sua experiência em saúde e sua disposição para desenvolver e executar projetos internacionais nessa área, especialmente os que atendessem às necessidades das populações dos países em desenvolvimento. Nesse sentido, o presidente deu continuidade e promoveu a política externa para a Aids, a defesa de acesso a medicamentos e redução de preços para o tratamento de doenças negligenciadas, como malária e tuberculose, e o discurso que aliava a saúde ao tema de direitos humanos, avançando no processo de

institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa brasileira. A saúde das populações, entendida como um direito fundamental, era, portanto, um dever global que o Brasil deveria cumprir por meio de diversas parcerias internacionais e pela participação nas instituições globais, como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Mundial do Comércio.

De acordo com o construtivismo, as estratégias políticas dos Estados são socialmente construídas, uma vez que as ideias de governantes e governados sobre os contextos nacional e internacional influenciam seus comportamentos e atuação no cenário internacional. As “ideias” dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva, e de suas equipes diplomáticas, divergiam sobre as responsabilidades e oportunidades do Brasil no sistema internacional, o que contribuiu para a formação de distintos estilos de política externa. Por outro lado, ambos os governos colaboraram para o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da diplomacia brasileira, uma vez que tinham em comum o objetivo de influência na política internacional, que, por sua vez, consiste na maior aspiração diplomática do país. Como defende essa corrente teórica, a troca de ideias no cenário internacional influencia as maneiras pelas quais os Estados consideram a si mesmos e aos outros e pelas quais elaboram seus interesses e preferências. Na busca de relevância política e participação ativa no cenário internacional, participando das discussões dos fóruns internacionais e promovendo parcerias, sobretudo com os países em desenvolvimento, foi estratégico para o Brasil formalizar o tema da saúde em sua agenda diplomática, uma vez que isso representava a oportunidade de se tornar uma referência nas áreas da diplomacia em saúde e da saúde global.

A reconfiguração geopolítica do mundo pós Guerra Fria, nos anos 90, permitiu o fortalecimento da percepção de que as questões de saúde exigiam iniciativas de escopo global, uma vez que esse era o caráter das ameaças às condições de saúde das populações. A partir desse reconhecimento, a saúde ganhou importância nos processos de formulação de políticas externas e nas políticas de organizações internacionais, dispondo do engajamento de atores estatais e não estatais. A diplomacia em saúde pressupõe, portanto, o reconhecimento de que os desafios em saúde ultrapassam as capacidades nacionais e requerem esforços conjuntos, capazes de lidar com interesses diversos. O Brasil, durante os governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, contribuiu para a propagação, em nível mundial, desse reconhecimento,

fortalecendo sua participação no debate internacional em saúde, de forma contínua e sem precedentes. Esses presidentes, representantes de diferentes formas de inserção no sistema internacional, mobilizaram o corpo diplomático e assumiram significativos compromissos internacionais em saúde, com distintos graus de comprometimento, de persuasão e de pressão, em benefício do fortalecimento da influência brasileira no cenário internacional.

5 – Conclusão

As visões dos analistas sobre a dinâmica do sistema internacional se distinguem principalmente pela sua apreciação a respeito do objetivo das múltiplas relações que os Estados e demais atores mantêm entre si, dos benefícios que derivam dessas relações e da distribuição desses benefícios entre os diversos atores (Samuel Pinheiro Guimarães, 2005, p.244).

Em *Desafios Brasileiros na Era dos Gigantes*, Samuel Pinheiro Guimarães, um dos principais responsáveis pela formulação de política externa no governo de Lula da Silva, apresenta os “magnum desafios” que o país enfrenta para o alcance de sua plenitude como Estado Nacional. A redução das desigualdades sociais, a superação das vulnerabilidades externas e a realização de seu potencial econômico, militar e político consistem nos três grandes desafios brasileiros. No que concerne à estratégia de inserção na política internacional, o autor assume sua dependência em relação à “visão que se faz da estrutura, da dinâmica e das tendências do sistema internacional” (Guimarães, 2005, p.243). A presente dissertação utilizou a teoria Construtivista de Relações Internacionais para a análise da importância das ideias no desenvolvimento da diplomacia em saúde defendida pelos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva. Notou-se que as visões desses presidentes sobre as relações entre os Estados, a estrutura na qual essas relações se propagam e o papel do Brasil diante de constrangimentos e oportunidades internacionais resultaram em distintas diretrizes de política externa e convergiram no fortalecimento do diálogo entre o tema da saúde e a política externa brasileira.

Adotando a premissa construtivista de que percepções, expectativas e ideias sobre si e os outros influenciam significativamente o comportamento dos atores em um mundo socialmente construído, o presente trabalho procurou explicar o porquê de os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva considerarem estratégico formalizar o tema da saúde na agenda da política externa brasileira. Ao longo do trabalho, buscou-se corroborar a hipótese de que o discurso global, entre 1995 e 2010, conferia legitimidade ao tema da saúde, que, nesse contexto, era visto como um instrumento para o alcance do objetivo maior da diplomacia brasileira, qual seja o de projetar o Brasil como um ator relevante na política internacional. O objetivo geral do estudo consistiu, portanto, em associar os temas de

política externa e saúde, a partir do histórico dessa relação no caso brasileiro, as formas em que ela ocorreu e os conceitos que envolve. A pesquisa identificou o discurso global que legitimava a saúde como um tema da política externa brasileira entre 1995 e 2010 e para o qual o Brasil contribuiu de forma significativa. Também analisou a relação entre saúde e influência no cenário internacional a partir da evolução da política externa brasileira, suas diretrizes e interesses e, por fim, identificou as evidências do processo de institucionalização do tema da saúde na agenda dessa política.

Considerando o contexto de fim da Guerra Fria e início da globalização contemporânea, a introdução desse trabalho apresentou as mudanças no cenário internacional dos anos 90 como fatores da reestruturação da agenda da política externa brasileira. A transformação de suas estruturas conceituais se dava na medida em que novos temas, tais como meio ambiente, direitos humanos e saúde, e novos atores, como organizações não governamentais e empresas multinacionais, assim como novos espaços de diálogo multilateral, influenciavam a condução da política internacional, exigindo do Brasil a atualização de sua atuação externa. O tratamento formal do tema da saúde passou a ser considerado de importância estratégica para o objetivo maior da diplomacia brasileira. Como um instrumento para a participação ativa e influente do Brasil no cenário internacional, a saúde passou por um processo de institucionalização ao longo dos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva.

Para essa discussão, a pesquisa considerou que, apesar de diretrizes distintas, as políticas externas desses governos compartilhavam o objetivo de fortalecimento da atuação internacional do país e ambas foram inovadoras na história das relações internacionais do Brasil. Suas diferenças ocorriam em função das percepções distintas dos presidentes e de suas respectivas equipes diplomáticas quanto aos constrangimentos e às oportunidades do cenário internacional. No que concerne à área da saúde, Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva desenvolveram a atuação internacional do Brasil de forma sem precedentes ou interrupções, garantindo ao tema um espaço formal na agenda da política externa e fazendo do país uma referência global nessa área. O diálogo entre a saúde e a diplomacia brasileira, de 1995 a 2010, foi volumoso, contínuo, consistente e em consonância com a agenda social do sistema internacional, sugerindo que não se tratava de um evento isolado, esporádico, superficial, resultado de

preferências de um determinado mandato político ou subordinado a interesses tradicionais e inflexíveis da agenda diplomática.

No segundo capítulo da pesquisa, a revisão da literatura de saúde e de Relações Internacionais permitiu a discussão dos conceitos de saúde global e diplomacia em saúde e a observância das formas de diálogo entre saúde e política externa. A abordagem construtivista, e as obras de Alexander Wendt em especial, foram utilizadas para a análise do papel das ideias na formulação da política externa brasileira entre 1995 e 2010 e no fortalecimento, promovido pelos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, do diálogo entre o tema da saúde e a política externa brasileira. Constatou-se que o construtivismo representa uma orientação teórica importante para o estudo da diplomacia em saúde, uma vez que, nessa teoria, as principais estruturas do sistema internacional são intersubjetivas, e não materiais, e o comportamento dos Estados é, em grande parte, construído por essas estruturas sociais, formadas, por sua vez, pelas percepções e ideias dos Estados sobre as possibilidades, os riscos e os benefícios da atuação internacional. No caso brasileiro, essas percepções, diferentes nos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, colaboraram para o desenvolvimento da diplomacia em saúde do Brasil.

O diálogo da saúde com a política internacional tem no construtivismo um espaço para o desenvolvimento de seus fundamentos teóricos, necessários para o crescimento da pesquisa nessa área. Esse espaço é encontrado na medida em que as condições de saúde têm de lidar com diversas demandas de diferentes populações, com recursos, interesses e sistemas de saúde variados, em situações imprevisíveis, de mudança constante e que requerem flexibilidade política, o que ressalta a importância das percepções, das ideias e das expectativas de comportamento na formulação de estratégias de política externa, uma das contribuições dessa dissertação para o estudo da diplomacia em saúde.

A presente pesquisa também observou que segurança nacional, desenvolvimento, crescimento econômico, comércio, direitos humanos e ética internacional são algumas das áreas com as quais a saúde se relaciona na formulação de política externa desde o fim da Guerra Fria. Essa relação se desenvolve a partir do reconhecimento de que os problemas de saúde afetam, de alguma forma, mesmo que em graus diferentes, as funções centrais da diplomacia, como a busca de desenvolvimento econômico e a preservação da segurança nacional, por exemplo. Entendida como

elemento importante das estratégias dos países nessas áreas, a saúde, no contexto da globalização, passa a ser considerada um instrumento significativo para a promoção de interesses e princípios nacionais na política internacional. A formulação das agendas de políticas externas, no cenário contemporâneo de ameaças globais à saúde e no qual novos atores, mecanismos e espaços de negociação oferecidos pela globalização defendem melhorias nas condições de saúde, pressupõe a relação da saúde com todas essas dimensões da política externa. Nesse sentido, a saúde consiste em uma estratégia da atuação diplomática para participação na governança internacional, como a análise das políticas externas dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva mostrou ao longo desse trabalho.

No terceiro capítulo, essa análise destacou as ações internacionais do Brasil na área da saúde. Observou-se que a saúde está fortemente associada ao objetivo maior da política externa brasileira, no sentido de possibilitar uma atuação internacional influente na condução da política internacional. Ambos os presidentes, apesar de diretrizes diplomáticas distintas, defenderam a participação brasileira nas negociações internacionais em saúde, apresentando a experiência do país nessa área e contribuindo para a regulação internacional. Na Organização das Nações Unidas, na Organização Mundial do Comércio ou em mecanismos multilaterais, como IBAS e G-20, o Brasil, entre 1995 e 2010, apresentava uma agenda inovadora, consistente e que estimulava a liderança brasileira no mundo, especialmente entre os países em desenvolvimento. As contribuições para a elaboração para a Convenção-Quadro de Controle do Tabaco e a defesa, em diversos fóruns globais, de políticas de acesso a medicamentos e, sobretudo, de combate e tratamento do HIV/Aids, além do empenho para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e o desenvolvimento de projetos de cooperação em dezenas de países são alguns exemplos que ilustraram, ao longo desse trabalho, o tratamento formal do tema da saúde na agenda da política externa brasileira.

Ao longo dos governos de Fernando Henrique Cardoso e de Luiz Inácio Lula da Silva, o tema da saúde na agenda diplomática adquiriu crescente regularidade, importância política traduzida na participação em grandes fóruns da governança global e destaque nos discursos brasileiros de abrangência global. Além disso, o tema estimulou e mobilizou o empenho conjunto do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Saúde para a elaboração de políticas inovadoras e eficazes. A partir do reconhecimento da relação entre a saúde e outras dimensões da política externa e da sua

importância, como um instrumento, para a participação ativa e influente no cenário internacional, a saúde estimulou a criação, no Brasil, de mecanismos político-administrativos que facilitariam a articulação entre esses dois Ministérios, que, juntos, trabalhariam no aspecto global da saúde e no espaço que esse tema oferecia para a consolidação da influência brasileira no mundo. Dessa forma, o Brasil de Fernando Henrique Cardoso e de Luiz Inácio Lula da Silva, assessorados por seus respectivos Ministros de Relações Exteriores e em diálogo significativo e sem precedentes com os Ministros da Saúde, desenvolveu o processo de institucionalização do tema da saúde na agenda da política externa, fortalecendo os níveis de respeito e legitimidade dos quais o país dispunha no cenário internacional.

A fim de discutir o processo de institucionalização pelo qual passou o tema da saúde no que concerne à formulação da política externa nos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva, o presente trabalho, no quarto capítulo, apresentou as mudanças político-administrativas nas estruturas organizacionais do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Saúde. Foi observada a importância da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde, criada em 1998, para o engajamento do Ministério da Saúde na diplomacia em saúde e para articulação com o Ministério das Relações Exteriores, no qual a Agência Brasileira de Cooperação era o interlocutor direto. Em conjunto, AISA, em grande parte contribuindo para a formulação dos projetos internacionais, e ABC, sendo responsável pela execução dos mesmos, elaboraram ações internacionais em saúde, informaram e fortaleceram as posições brasileiras nos fóruns internacionais e acordaram formalmente a parceria entre seus respectivos ministérios no diálogo entre saúde e política externa. Tanto AISA quanto ABC, ao longo do período aqui estudado, tiveram alterados os seus organogramas de forma a priorizar os temas ou questões sociais internacionais que mais demandavam a atuação do Brasil, criando setores responsáveis pelas ações internacionais do Brasil na área da saúde.

Nesse sentido, o reconhecimento da importância do tema da saúde provocava a criação de departamentos ou coordenadorias específicas no Ministério das Relações Exteriores e no Ministério da Saúde, além de mecanismos financeiros e políticos que possibilitavam a essas pastas a execução conjunta de projetos internacionais em saúde, aumentando o orçamento de suas agências, ampliando suas propostas de trabalho, e estimulando a troca de profissionais. Notou-se que a articulação entre o Ministério das

Relações Exteriores e Ministério da Saúde foi fundamental para que o processo de mudanças político-administrativas ocorresse, visto que essas transformações compartilhavam o objetivo de fortalecer a atuação internacional do Brasil em saúde, o que exigia a experiência e o conhecimento de cada um desses Ministérios. A interação entre essas pastas foi fortalecida, portanto, a partir do reconhecimento, por parte do corpo diplomático, do papel da saúde na busca de uma participação influente no cenário internacional e; por parte dos profissionais da saúde, de que o diálogo com o Ministério das Relações Exteriores se dava em consonância com as necessidades internacionais em saúde para as quais o Brasil poderia e deveria contribuir com *expertise* e recursos.

Notou-se também que a articulação entre esses órgãos públicos denotava o fortalecimento do Ministério da Saúde como ator político. O papel proeminente dessa pasta na formulação das políticas globais em saúde foi destacado. A participação ativa nos fóruns internacionais e na elaboração de acordos de combate a doenças, a execução de projetos em países em desenvolvimento da África e da América do Sul e o estabelecimento de parcerias internacionais para a transferência de tecnologia foram algumas de suas atividades de alcance global. Para tanto, essa pasta dispunha do reconhecimento internacional de seus programas, especialmente os de combate ao HIV/Aids.

Além do nível político-administrativo, foram identificados os discursos políticos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva, e de seus respectivos Ministros, o que possibilitou observar que o tema da saúde era formalmente reconhecido como de importância significativa para a diplomacia brasileira. A saúde não era mais um tema ocasional ou secundário da agenda diplomática e deveria ser anunciada e defendida em diversos fóruns globais para que as demandas do maior número possível de populações pudessem ser incluídas e debatidas. A variedade de ocasiões também foi atribuída ao fato de a saúde se relacionar com outras dimensões da política externa, como segurança, economia e comércio, tornando sua referência obrigatória em diversas negociações. Dessa forma, o Brasil, no contexto de diálogo intenso entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, declarava sua posição a favor da saúde como um direito fundamental, do acesso a medicamentos e do combate aos desequilíbrios e iniquidade globais das condições de saúde.

Território continental, uniformidade cultural e linguística, grande população, economia diversificada e relações estáveis com uma dezena de vizinhos contíguos são

alguns dos elementos que, tradicionalmente, corroboram a aspiração brasileira a uma participação influente no cenário internacional. Nas palavras de Samuel Pinheiro Guimarães, essa aspiração pode ser resumida da seguinte forma:

[...] O Brasil não é um micro, mini, pequeno ou médio Estado. O Brasil figura nas listas dos países de maior território, de maior população, de maior PIB do mundo, em companhia apenas de dois outros Estados, que são a China e os Estados Unidos. Além disso, o Brasil é o terceiro país do mundo quanto ao número de vizinhos e possui fronteiras terrestres e marítimas das mais longas, sendo estas acessíveis durante todo o ano. O Brasil apresenta unidade linguística e ausência de conflitos étnicos, religiosos e de fronteiras e não existem populações estrangeiras irredentas em seu território. Assim, a situação e o potencial brasileiros não podem ser comparados à situação e ao potencial de países médios e muito menos aos de países pequenos [...] (Guimarães, 2005, p.262).

A pesquisa indicou que, entre 1995 e 2010, esse objetivo teve de lidar com outras considerações, como a reconfiguração geopolítica do mundo ao final da Guerra Fria, a reestruturação dos fóruns e mecanismos de governança global, a inserção de novos temas na agenda política internacional e o fortalecimento da participação dos países em desenvolvimento nas discussões globais, entre outras. Nesse novo contexto, o Brasil encontrou desafios e oportunidades para a sua atuação internacional e para o alcance do objetivo maior de sua política externa. O presente trabalho mostrou que a capacidade de liderança e de atualização dos mecanismos diplomáticos, a formulação de abordagens inovadoras em política e em saúde, o diálogo com parceiros diversificados e a tendência a conciliar divergências internacionais se uniram às razões tradicionais que justificam a referida aspiração.

Entre 1995 e 2010, o Brasil reconheceu que o tema da saúde, em destaque e em transformação na agenda internacional do mundo contemporâneo, requeria sua participação e aumentava as possibilidades de influência na política internacional. Nesse sentido, em um movimento sem precedentes na história da diplomacia brasileira, os governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva “acreditaram” na saúde como um tema importante da agenda de política externa, uma vez que, se constituiria em um instrumento do Brasil em sua busca por uma atuação internacional relevante e influente, o que, por sua vez, era o objetivo maior da diplomacia brasileira. O grau ou a eficácia dessa “aposta” no tema da saúde, assim como o êxito ou o fracasso

dos acordos, projetos e departamentos característicos do processo de institucionalização, não foram aqui analisados, sendo uma agenda de pesquisa particular e em aberto para o desenvolvimento de estudos. Atualmente, o diálogo entre saúde e diplomacia mobiliza instituições acadêmicas de todo o mundo, em um estágio ainda inicial de trabalho, e, nesse sentido, o futuro da diplomacia em saúde do Brasil representa um tema amplo e importante de pesquisa. Em contribuição a esses estudos, a presente dissertação observou que a atuação internacional do país em saúde encontra motivação no objetivo maior de sua política externa, o que pode levar, no futuro, a novas e numerosas “apostas” como essa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACESSO BRASIL. **Brasil defende acesso a medicamentos genéricos na ONU e OMC**, 2009. Disponível em: <http://www.odisseu.com.br/acesso/Newsletter/83-_05novembro2009/index.html>. Acesso em: 20 Jan.2014.

ADORNO, Rubens. Movimento social e participação: a saúde na esfera pública. **Saúde e Sociedade**, v.1, n.2, p.11-124, 1992.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Via ABC, Ministério das Relações Exteriores**, 2007. Disponível em: <www.abc.gov.br/intranet/Sistemas_ABC/siteabc/documentos/viaABC-baixa.pdf>. Acesso em: 02 jan.2014.

ALCÁZAR, SLBF. **A inserção da saúde na política exterior brasileira**. Brasília: Instituto Rio Branco, Ministério das Relações Exteriores, Curso de Altos Estudos, p.1-205, 2005.

ALMEIDA, Celia; CAMPOS, Rodrigo; BUSS, Paulo; FERREIRA, José; FONSECA, Luiz. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.4, n.1, p.25-35, 2010.

ALMEIDA, Paulo Roberto. Uma política externa engajada: a diplomacia do governo Lula. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.47, n.1, p.162-184, 2004.

ALMEIDA, Paulo Roberto. A diplomacia do governo Lula: balanço e perspectivas. **Banco de Ideias**, Instituto Liberal, n.38, ano X, 2007.

ALVES, J.A.Lindren. **Relações Internacionais e Temas Sociais: a década das conferências**. Brasília: IBRI, 2001.

AMORIM, Celso. **Conceitos e Estratégias da diplomacia do governo Lula**. Ministério das Relações Exteriores, 2004. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/discursos-artigos-entrevistas-e-outras-comunicacoes/ministro-estado-relacoes-exteriores/artigo-conceitos-e-estrategias-da-diplomacia-do/print-nota>>. Acesso em: 02 Março 2014.

AMORIM, C.; DOUSTE-BLAZY, P.; WIRAYUDA, H.; STORE, J.; GADIO, C.; DLAMINI-ZUMA, N.; PIBULSONGGRAM, N. Oslo Ministerial Declaration – Global health: a pressing foreign policy issue of our time. **The Lancet**, v. 369, n.9570, p.1373-1378, 2007.

ARAÚJO CASTRO, João Augusto. **Discurso dos Três Ds**. Exposição na 18ª Assembleia Geral da ONU, 1963. Disponível em: <<http://diplomaciapublica.itamaraty.gov.br/11-onu/41-o-discurso-dos-tres-ds>>. Acesso em: 02 Abril 2014.

ARAÚJO CASTRO, João Augusto. A visão brasileira de um mundo em mudanças. In: AMADO, Rodrigo. **Araújo Castro: Organização e Notas**. Brasília: Universidade de Brasília, 1982.

BARROS, Sebastião. A execução da política externa brasileira: um balanço dos últimos 4 anos. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.41, n.2, 1998.

BERNAL-MEZA, Raúl. A política exterior do Brasil: 1990-2002. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.45, n.1, 2002.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Balanço da Política Externa 2003 - 2010**. Brasília, MRE, 2012.

_____. Extrato do 41º Termo de Cooperação e Assistência Técnica ao ajuste complementar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Seção 3, 10 jan. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011**. 5ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Participação do Ministério da Saúde no Cenário Internacional da Saúde: Ciclo de debates: Assessoria Internacional do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.356 de 17 de Agosto de 2010**. Institui o Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde - GT-CIS no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2356_17_08_2010.html>. Acesso em: 20 jan.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/Aids para outros Países em Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. **Durante a 54ª Assembleia Mundial de Saúde**, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/durante-54a-assembleia-mundial-de-saude-da-organizacao-mundial-da-saude-oms-191-paises-votar>>. Acesso em: 03 Março 2014.

_____. **Constituição Federal**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 Março 2014.

_____. **O Brasil e os ODM**, Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em: 05 Março 2014.

BRASIL; OPAS. **Programa de Difusão e Intercâmbio Sobre a Reforma Sanitária (PRODIRS) - O Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Representação da OPAS no Brasil, 2003.

BROWN, Theodore; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 3, 2006.

BUSS, Paulo. Brasil: estruturando a cooperação na saúde. **The Lancet**, Comentário / Publicado Online, 2011.

BUSS, Paulo; FERREIRA, José. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.4, n.1, 2010.

BUSS, Paulo; FERREIRA, José. Brasil e Saúde Global. In: Letícia Pinheiro e Carlos Milani (Org.), **Política Externa Brasileira: A política das práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: FGV, 2011a.

BUSS, Paulo; FERREIRA, José. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2699-2711, 2011b.

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

CABRAL, L; FERRINHO, P; RUSSO, G. 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.

CARDOSO, Fernando Henrique. A política externa do Brasil no início de um novo século: uma mensagem do presidente da República. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 44, n.1, 2001.

CARNEIRO, Marcelo; TRENCH, Julyana; WAIB, Luis; PEDRO, Fabio; MOTTA, Fabrizio. Influenza H1N1 2009: revisão da primeira pandemia do século XXI. **Revista da AMRIGS**, v.54, n.2, 2010.

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

CERVO, Amado. Relações Internacionais do Brasil: um balanço da era Cardoso. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.45, n.1, p.5-35, 2002.

CERVO, Amado. A política exterior: de Cardoso a Lula. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.46, n.1, 2003a.

CERVO, Amado. Política exterior e relações internacionais do Brasil: enfoque paradigmático. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.46, n.2, 2003b.

CERVO, Amado. **Inserção internacional**: formação dos conceitos brasileiros. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

CERVO, Amado; BUENO, Clodoaldo. **História da Política Exterior do Brasil**. Brasília: Editora UnB, 2011.

CHAN, Margaret; STOREB, Jonas; KOUCHNERC, Bernard. Foreign policy and global public health: working together towards common goals. **Bulletin of the World Health Organization**, v.86, n.7, 2008.

CHEIBUB, Zairo. Diplomacia e Construção Institucional: O Itamaraty em Perspectiva Histórica. **Revista de Ciências Sociais**, v.28, n.1, 1985.

CORREA, Luiz Felipe. O Brasil e o mundo no limiar do novo século: diplomacia e desenvolvimento. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.42, n.1, 1999.

DANESE, S. **Diplomacia presidencial: história e crítica**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1999.

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. **Política e Sociedade**, n.3, p.95-115, 2003.

ESTADÃO. **Epidemia de SARS paralisou cidades na Ásia em 2003**, 2009.

Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,epidemia-de-sars-paralisou-cidades-na-asia-em-2003,364903,0.htm>>. Acesso em: 19 março 2014.

FAID, Miriam. **The relationship of foreign policy and (global) health in South-South health cooperation**: an exploratory case study of Brazil's bilateral technical health cooperation in Mozambique. 2013. Tese (Doutorado em Relações Internacionais/Ciência Política) – The Graduate Institute of International and Development Studies, Genebra.

FELDBAUM, Harley; LEE, Kelley; MICHAUD, Joshua. Global Health and Foreign Policy. **Epidemiologic Reviews**, v. 32, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2898916/pdf/mxq006.pdf>>. Acesso em: 22 março 2014.

FELDBAUM, Harley; MICHAUD, Joshua. Health Diplomacy and the Enduring Relevance of Foreign Policy Interests. **PLoS Medicine** v.7, n.4, 2010.

FIDLER, David. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, v.79, n.9, 2001.

_____. Disease and Globalized Anarchy: Theoretical Perspectives on the Pursuit of Global Health. **Social Theory & Health**, v.1, 2003.

_____. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. **Chinese Journal of International Law**, v.4, n.2, 2005.

_____. Health as foreign policy: harnessing globalization for health. **Health Promotion International**, v.2, n.1, 2007.

_____. Health in foreign policy: An analytical overview. **Canadian Foreign Policy Journal**, v.15, n.3, 2009a.

_____. After the Revolution: Global Health Politics in a Time of Economic Crisis and Threatening Future Trends. **Global Health Governance**, v.2, n.2, 2009b.

FIGUEIRA, Ariane. Rupturas e continuidades no padrão organizacional e decisório do Ministério das Relações Exteriores. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.53, n.2, p.5-22, 2010.

FILHO, Wladimir V. **O Brasil e a crise haitiana: a cooperação técnica como instrumento de solidariedade e de ação diplomática.** Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2007.

FONSECA JR., Gelson. **A legitimidade e outras questões internacionais.** São Paulo: Paz e Terra, 1998.

GAGNON, Michelle. Global Health Diplomacy: Understanding how and why health is integrated into foreign policy. Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies **University of Ottawa**, 2012. .

GARRETT, Laurie. The Challenge of Global Health. **Foreign Affairs**, 2007. Disponível em: <<http://www.foreignaffairs.com/articles/62268/laurie-garrett/the-challenge-of-global-health>>. Acesso em: 02 abril 2014.

GIL, Manuel. Global health diplomacy: health promotion and smart power. **ISGlobal Think Tank**, Institute for Global Health Barcelona, 2012.

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

HERZ, Mônica; HOFFMAN, Andrea. **Organizações Internacionais: história e práticas.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

HIRST, Monica; LIMA, Maria Regina; PINHEIRO, Letícia. A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios. **Nueva Sociedad**, especial em Português, 2010.

HIRST, Mônica; PINHEIRO, Letícia. A Política Externa do Brasil em Dois Tempos. **Revista Brasileira de Política Internacional**, n. 38, 1995.

JACKSON, R; SORENSEN, G. **Introdução às Relações Internacionais:** teorias e abordagens. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2007.

KICKBUSCH, Ilona; NOVOTNY, Thomas; DRAGER, Nico; SILBERSCHMIDT, Gaudenz; ALCAZAR, Santiago. Global health diplomacy: training across disciplines. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 12, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/07-045856.pdf>> Acesso em: 10 março 2014.

KICKBUSCH, Ilona; SILBERSCHMIDT, Gaudenz; BUSS, Paulo. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 3, 2007. Disponível em:

<<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-039222.pdf>> Acesso em: 15 março 2014.

KICKBUSCH, Ilona. Moving Global Health Governance Forward. In: K. BUSE, W. Hein e N. Drager (Org.), **Making sense of global health governance: a policy perspective**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2009.

_____. The 10 Challenges of Global Health Governance. **Global Health Europe**, 2010. Disponível em:

<http://www.globalhealtheurope.org/index.php?option=com_content&view=article&id=306:the-10-challenges-of-global-health-governance&catid=85:opinion-pieces&Itemid=139>. Acesso em: 11 março 2014.

KICKBUSCH, Ilona; BERGER, Chantal. Diplomacia da Saúde Global. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.4, n.1, 2010a.

_____. Experiências e lições aprendidas no desenvolvimento de capacidades em diplomacia da saúde global. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.4, n.1, 2010b.

KOPLAN, Jeffrey et al. Towards a common definition of global health. **The Lancet** v.373, 2009.

LABONTÉ, Ronald; GAGNON, Michelle. Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy. **Globalization and Health**, v.6, n.14, 2010. Disponível em: <<http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/14>>. Acesso em: 23 março 2014.

LAFER, Celso. **Novas dimensões da política externa**, 1987. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_03/rbcs03_05.htm>. Acesso em: 20 Fev. 2014.

LAFER, Celso. Brasil: dilemas e desafios da política externa. **Estudos Avançados**, v.14, n.38, 2000.

LAMPREIA, Luiz. A política externa do governo FHC: continuidade e renovação. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.42, n.2, 1998.

LEE, Kelley; GÓMEZ, Eduardo. Brazil's Ascendance: The soft power role of global health diplomacy. **The European Business Review**, 2011.

LEE, Kelley; SMITH, Richard. What is 'Global Health Diplomacy'? A Conceptual Review. **Global Health Governance**, v.5, n.1, 2011.

- LENCUCHA, Raphael; KOTHARI, Anita; LABONTÉ, Ronald. The role of non-governmental organizations in global health diplomacy: negotiating the Framework Convention on Tobacco Control. **Health Policy and Planning**, v.26, 2011.
- LESSA, Antônio Carlos; COUTO, Leandro; FARIAS, Rogério. Política externa planejada: os planos plurianuais e a ação internacional do Brasil, de Cardoso a Lula 1995-2008. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.52, n.1, p.89-109, 2009.
- LIMA, Maria Regina. Na trilha de uma política externa afirmativa. **Observatório da Cidadania**, Rio de Janeiro: Ibase, 2003.
- LIMA, Maria Regina. A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.48, n.1, p.24-59, 2005a.
- LIMA, Maria Regina. Aspiração Internacional e Política Externa. **Revista Brasileira de Comércio Exterior**, n.82, ano XIX, 2005b.
- LIMA, Nísia. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: Jacobo Finkelman. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- LIMA, Rodrigo. **A participação da sociedade civil organizada na formulação da política externa brasileira: as conferências sociais da ONU da década de 1990**. 2009. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília.
- LISTER, Graham; LEE, Kelley. The Process and Practice of Negotiation. In: Ilona Kickbusch, Graham Lister, Michaela Told e Nick Drager (Org.), **Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases**. Nova York: Springer, 2013.
- MAIOR, Luiz. Desafios de uma política externa assertiva. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.46, n.1, 2003.
- MAPA, Dhiego. Inserção Internacional no Governo Lula: interpretações divergentes. **Revista Política Hoje**, v.34, n.1, 2010.
- MENICUCCI, Telma. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- MICHAUD, Josh; KATESA, Jennifer. Global health diplomacy: advancing foreign policy and global health interests. **Global Health: Science and Practice**, v.1, n.1, 2013.

MILANI, Carlos; PINHEIRO, Leticia. Política Externa Brasileira: Os Desafios de sua Caracterização como Política Pública. **Contexto Internacional**, v.35, n.1, p. 11-41, 2013.

NOGUEIRA, Joana. **A articulação doméstica da burocracia brasileira para a implementação das ações do fórum IBAS**. 2009. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

NOGUEIRA, João; MESSARI, Nizar. **Teoria das Relações Internacionais**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2005.

O GLOBO. **OMS estudará maneiras de garantir vacina acessíveis contra o vírus H5N1**, 2007. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,AA1460250-5602,00OMS+ESTUDARA+MANEIRAS+DE+GARANTIR+VACINAS+ACESSIVEIS+CONTRA+O+VIRUS+HN.html>>. Acesso em: 15 março 2014.

OLIVEIRA, Marcelo. Alianças e coalizões internacionais do governo Lula: o Ibas e o G-20. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 8, n.2, 2005.

ONUF, Nicholas. Constructivism: A User's Manual. In: V. Kubalková, N. Onuf e P. Kowert (Org.), **International Relations in a Constructed World**. Armonk: M.E.Sharpe, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolution adopted by the General Assembly on 26 November 2008**. A/RES/63/33. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/63/33&Lang=E>. Acesso em: 20 março 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International Health Regulations 2005**. Disponível em: <<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/>>. Acesso em: 10 março 2014.

_____. **Preamble to the Constitution of the World Health Organization**. Disponível em: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>. Acesso em: 05 abril 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. **Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights**, 1994. Disponível em: <www.wto.org>. Acesso em: 27 Fev. 2014.

PAROLA, Alexandre. **A ordem injusta**. Brasília: FUNAG, 2007.

PECEQUILO, Cristina. A política externa do Brasil no século XXI: os eixos combinados de cooperação horizontal e vertical. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 51, n.2, 2008.

PINHEIRO, Letícia. **Política Externa Brasileira (1889-2002)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2004.

PINHEIRO, Letícia. Unidades de decisão e processo de formulação de política externa durante o regime militar. In: Guilhon Albuquerque, J.A. (Org.). **Sessenta anos de política externa brasileira 1930-1990**. São Paulo: Annablume/NUPRI/USP, 2000.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos; SANTANA, José. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 32, n.6, p.444–50, 2012.

PISTONE, Sergio. Relações Internacionais. In: Bobbio, Norberto; Matteucci, Nicola; Pasquino, Gianfranco. **Dicionário de Política**. São Paulo: Imprensa Oficial, v.2, 2004.

PONTE, Carlos. **Pesquisa versus Produção em Manguinhos: constrangimentos e perspectivas de desenvolvimento tecnológico em uma instituição pública**. 2012. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PRETO, Alessandra. **O conceito de diplomacia presidencial: o papel da presidência da República na formulação de política externa**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PUNTIGLIANO, Andrés. Tornando-se Global: Um estudo organizacional da política externa brasileira. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.51, n.1, p.28-52, 2008.

RICUPERO, Rubens. À sombra de Charles de Gaulle: uma diplomacia carismática e intransferível: A política externa do governo Luiz Inácio Lula da Silva 2003-2010. **Novos Estudos**, CEBRAP, n.87, 2010.

RITTBERGER, V. Approaches to the Study of Foreign Policy Derived from International Relations Theories. In: Margaret Hermann e Bengt Sundelius (Org.), **Comparative Foreign Policy Analysis**. University of Tuebingen, 2004.

RUBARTH, Ernesto. **A Diplomacia Brasileira e os Temas Sociais: o caso da Saúde**. Brasília: Instituto Rio Branco, Fundação Alexandre Gusmão, Centro de Estudos Estratégicos, 1999.

SALES, Camila. **Relações Internacionais e Política externa do Brasil nos governos FHC e Lula**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SANDBERG, Kristin; ANDRESEN, Steinar; STEEN, Sissel et al. Health as foreign policy. **Tidsskr Nor Legeforen**, n.18, 2011. Disponível em: <http://tidsskriftet.no/article/2145031/en_GB/>. Acesso em: 27 março 2014.

SANTANA, José P. Um olhar sobre a cooperação Sul-Sul em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16 n. 6, p.2993-3002, 2011.

SARAIVA, José Flávio. Política exterior do Governo Lula: o desafio africano. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.45, n.2, 2002.

SARAIVA, Miriam. As estratégias de cooperação Sul-Sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.50, n.2, 2007.

SÁ-SILVA, Jackson; ALMEIDA, Cristóvão; GUINDANI, Joel. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, n.1, p.1-14, 2009.

SATO, Eiiti. A agenda internacional depois da Guerra Fria: novos temas e novas percepções. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v.43, n.1, 2000.

SIKKINK, K. The Power of Principled Ideas: Human Rights Policies in the United States and Western Europe. In: Judith Goldstein e Robert O. Keohane (Org.), **Ideas and Foreign Policy: Beliefs, Institutions, and Political Change**. Cornell University, 1993.

SILVA, Alex. Poder Inteligente: a questão do HIV/AIDS na Política Externa Brasileira. **Contexto Internacional**, v.27, n.1, 2005.

SOUZA, Amaury. **Agenda Internacional do Brasil: um Estudo sobre a Comunidade Brasileira de Política Externa**. Rio de Janeiro: CEBRI, 2002.

SOUZA, André. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de AIDS. In: Letícia Pinheiro e Carlos Milani (Org.), **Política Externa Brasileira: A política das práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

SOUZA, André. A Estratégia para Globalização dos Direitos de Propriedade Intelectual e suas Implicações para o Brasil: o caso do Acordo Comercial AntiContrafação

(ACTA). In: André Viana (Org.), **Boletim de Economia e Política Internacional**. Brasília: IPEA, 2010.

TOSCANO, Marcela. **A Formação do Regime Internacional de Controle do Tabaco: 1999 a 2005**. 2006. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília.

VAZ, Alcides Costa. Brazilian foreign policy under Lula: Change or continuity? **Friedrich Ebert Foundation** Briefing Paper, 2004.

VIDIGAL, Carlos. Brasil: potência cordial? A diplomacia brasileira no início do século XXI. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.4, n.1, 2010.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. A Política Externa de Lula da Silva: a Estratégia da Autonomia pela Diversificação. **Contexto Internacional**, v. 29, n. 2, 2007.

VIGEVANI, Tullo; OLIVEIRA, Marcelo. A política externa brasileira na era FHC: um exercício de autonomia pela integração. **Tempo Social**, v.15, n.2, 2003.

VILELA, Elaine; NEIVA, Pedro. Temas e regiões nas políticas externas de Lula e Fernando Henrique: comparação do discurso dos dois presidentes. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 54, n.2, 2011.

VIZENTINI, Paulo. De FHC a Lula: uma década de política externa 1995-2005. **Revista de Ciências Sociais**, v.5, n.2, 2005.

WENDT, A. **Social Theory of International Politics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

_____. The Agent-Structure Problem in International Relations Theory. **International Organization**, v.41, n.3, 1987, p.335-370.

_____. Collective Identity Formation and the International State. **American Political Science Review**, v.88, n.2, 1994, p. 384-396.

_____. Anarchy Is What States Make of It: The Social Construction of Power Politics. **International Organization**, v.46, n.2, 1992, p.391-425.

_____. Constructing International Politics. **International Security**, v.20, n.1, 1995.

XAVIER, Mateus. A Inserção Internacional do Brasil nas Últimas Décadas. **Boletim Meridiano**, v. 13, n. 134, p.3-10, 2012.

ZEHFUSS, Maja. **Constructivism in International Relations: The Politics of Reality**. Reino Unido: Cambridge University Press, 2002.

Discursos

BRASIL. Presidência da República. **Discurso do Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso: III Reunião de Cúpula das Américas para a ampliação da agenda de cooperação e do acesso à tecnologia**. Brasília: Presidência da República, 2001.

____. Presidência da República. **Discurso do Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso: Abertura do Debate Geral da 56ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas**. Brasília: Presidência da República, 2001.

____. **Discurso do Senhor Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva**, na Sessão de Posse, no Congresso Nacional. Presidência da República, 2003.

____. Discurso proferido pelo Ministro de Estado das Relações Exteriores, Embaixador Celso Amorim, por ocasião da **Cerimônia de Transmissão do Cargo de Secretário-Geral das Relações Exteriores**. MRE, 2003.

____. Ministério das Relações Exteriores. **Discurso do Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim: Debate Geral da Conferência Especial de Segurança da Organização dos Estados Americanos**. Brasília, MRE, 2003.

____. Presidência da República. **Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva: LIX Assembleia Geral das Nações Unidas**. Brasília: Presidência da República, 2004.

____. Presidência da República. **Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva: Abertura do Colóquio Brasil Ator Global**. Brasília: Presidência da República, 2005.

____. Ministério das Relações Exteriores. **Discurso do Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim: LX Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas**. Brasília, MRE, 2005.

____. Presidência da República. **Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva: Cerimônia de abertura do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública**

e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília: Presidência da República, 2006.

____. Ministério das Relações Exteriores. **Discurso do Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim: Abertura da I Sessão Plenária da Conferência de Paris sobre Fontes Inovadoras de Financiamento.** Brasília, MRE, 2006.

____. Presidência da República. **Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva: Abertura da Cúpula África-América do Sul.** Brasília: Presidência da República, 2006.

____. Ministério das Relações Exteriores. **Discurso do Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim: Conferência Internacional de Paris de Apoio ao Líbano.** Brasília, MRE, 2007.

____. Ministério da Saúde. **Discurso de Posse do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão.** Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

____. Ministério das Relações Exteriores. **Discurso do Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim: 60ª Assembleia Mundial da Saúde.** Brasília, MRE, 2007.

____. Ministério das Relações Exteriores. **Discurso do Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim: Seminário Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal.** Brasília, MRE, 2009.

____. Ministério da Saúde. **Discurso do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão: Reunião Constitutiva do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa.** Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

____. Ministério da Saúde. **Discurso do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão: 63ª Assembleia Mundial da Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

ANEXO A

Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde

PROTOCOLO DE INTENÇÕES ENTRE O MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES E O MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério das Relações Exteriores, doravante denominado MRE, representado pelo Ministro de Estado das Relações Exteriores, Embaixador Celso Amorim,

e

O Ministério da Saúde, doravante denominado MS, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, Doutor Humberto Costa,

CONSIDERANDO:

Que, de acordo com as prioridades fixadas pelo Governo Federal, a cooperação técnica prestada aos países em desenvolvimento constitui uma das principais vertentes da política externa brasileira;

Que são crescentes as demandas na área de saúde apresentadas pelos países beneficiados pela cooperação horizontal brasileira;

Que o Ministério das Relações Exteriores é o responsável pela concepção e execução da política externa do Brasil e que o Ministério da Saúde, responsável pela política brasileira de saúde, detém reconhecida expertise nos temas relacionados com as demandas de cooperação recebidas pelo Governo brasileiro;

Que uma eficiente implementação da cooperação técnica internacional prestada pelo Brasil na área da saúde requer uma estreita parceria entre o MRE e o MS.

Resolvem celebrar o presente Protocolo, com base no estipulado a seguir:

1. O presente Protocolo tem por objetivo aperfeiçoar a coordenação entre o MRE e o MS em matéria de cooperação técnica prestada a países em desenvolvimento, na área da saúde.

2. Para esse fim, estabelece a Comissão de Coordenação MRE/MS para a Cooperação Técnica Internacional na Área da Saúde, constituída por funcionários de ambos os Ministérios.
3. A Comissão será composta por representantes, por parte do MS, da Assessoria Internacional do Ministro da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Assistência à Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, da Fundação Oswaldo Cruz, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Programa Nacional de DST/AIDS; e, por parte do MRE, da Agência Brasileira de Cooperação, da Subsecretaria-Geral Política II e da Subsecretaria-Geral da América do Sul. Outros funcionários poderão participar das reuniões da Comissão, na qualidade de convidados. Caberá à Agência Brasileira de Cooperação (ABC) a presidência e a secretaria-executiva da Comissão.
4. A Comissão deverá reunir-se pelo menos uma vez por mês e dedicar-se a apreciar e viabilizar as ações de cooperação horizontal brasileira em matéria de saúde, bem como a propor novas iniciativas que aprimorem e ampliem a atuação do Brasil nessa área, conforme as diretrizes de política externa estabelecidas pelo Governo.
5. Este Protocolo vigorará por 60 (sessenta) meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser alterado, inclusive prorrogado, mediante Termo Aditivo, por mútuo entendimento entre as Partes.
6. O presente Protocolo poderá ser denunciado ou rescindido, formal e expressamente, a qualquer momento, ficando as Partes responsáveis pelas obrigações incorridas durante o tempo de sua vigência.
7. Quaisquer dúvidas relacionadas com a execução do presente Protocolo serão dirimidas através de conversações diretas entre as Partes.

Brasília, em 4 de julho de 2005.


CELSO AMORIM
Ministro de Estado das Relações
Exteriores


HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde

ANEXO B
Declaração de Oslo

Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time

Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand

Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand issued the following statement in Oslo on March 20, 2007—In today's era of globalisation and interdependence there is an urgent need to broaden the scope of foreign policy. Together, we face a number of pressing challenges that require concerted responses and collaborative efforts. We must encourage new ideas, seek and develop new partnerships and mechanisms, and create new paradigms of cooperation. We believe that health is one of the most important, yet still broadly neglected, long-term foreign policy issues of our time. Life and health are our most precious assets. There is a growing awareness that investment in health is fundamental to economic growth and development. It is generally acknowledged that threats to health may compromise a country's stability and security. We believe that health as a foreign policy issue needs a stronger strategic focus on the international agenda. We have therefore agreed to make impact on health a point of departure and a defining lens that each of our countries will use to examine key elements of foreign policy and development strategies, and to engage in a dialogue on how to deal with policy options from this perspective. As Ministers of Foreign Affairs, we will work to: increase awareness of our common vulnerability in the face of health threats by bringing health issues more strongly into the arenas of foreign policy discussions and decisions, in order to strengthen our commitment to concerted action at the global level; build bilateral, regional and multilateral cooperation for global health security by strengthening the case for collaboration and brokering broad agreement, accountability, and action; reinforce health as a key element in strategies for development and for fighting poverty, in order to reach the Millennium Development Goals; ensure that a higher priority is given to health in dealing with trade issues and in conforming to the Doha principles, affirming the right of each country to make full use of TRIPS flexibilities in order to ensure universal access to medicines; strengthen the place of health measures in conflict and crisis management and in reconstruction efforts. For this purpose, we have prepared a first set of actionable steps for raising the priority of health in foreign policy in an Agenda for Action. We pledge to pursue these issues in our respective regional settings and in relevant international bodies. We invite Ministers of Foreign Affairs from all regions to join us in further exploring ways and means to achieve our objectives.

Foreign policy taking up the challenges of global health: a background note

Why this initiative?

At the invitation of the Norwegian Foreign Minister Jonas Gahr Støre and his French colleague Foreign Minister Philippe Douste-Blazy, foreign ministers from Brazil, Indonesia, Senegal, South Africa, and Thailand formed the Global Health and Foreign Policy Initiative in September, 2006.

Globalisation is rapidly changing the perception of foreign policy and international relations. New actors are gaining influence, and the speed of communication and growing interdependence is giving rise to new relationships, networks, and alliances. These factors are creating new opportunities and new challenges.

The Initiative will build the case for why global health should hold a strategic place on the international agenda. It will do this in two ways: by exploring how foreign ministers and foreign policy could add value to health issues of international importance, and by showing how a health focus could harness the benefits of globalisation, strengthen diplomacy and respond to new thinking on human security.

In its work to date, the initiative has outlined the broad linkages between global health and foreign policy and identified a set of basic premises and shared values to guide its work. Using this linkage as a foundation, ten priority areas were chosen in which a stronger, more direct involvement of foreign policy could make a tangible contribution to protecting and promoting health, as well as offer new scope for foreign policy. In Oslo on March 20, 2007, the seven ministers agreed to an ambitious and progressive agenda for action that details its future work in each of the priority areas.

Health matters in foreign policy

During the late 19th and early 20th centuries, health and foreign policy were linked by quarantine restrictions to prevent the spread of disease from country to country. International agreements were designed to help avoid the consequences of trade disruptions. The early 21st century, however, has seen an unprecedented convergence of global health and foreign policy. Health is deeply interconnected with the environment, trade, economic growth, social development, national security, and human rights and dignity. In a globalised and interdependent world, the state of global health has a profound impact on all nations—developed and developing. Ensuring public health on a global scale is of benefit to all countries. Powerful synergies arise when national interest coincides with the need for concerted regional and global action.

While national security focuses on the defence of the state from external attack, national health security relates to defence against internal and external public-health risks and threats. These are risks and threats that by their very nature do not respect borders, as people, animals, and goods travel around the world faster than ever before. The responsibility of protecting against health threats must therefore be based on the shared commitment and the capacity of countries. Global health security is only as strong as its weakest link.

It is well recognised that health is a fundamental right of every human being and that health is a key element of any strategy aimed at promoting development and combating poverty. Poverty and hunger are major causes of ill health. Health is a main component of the Millennium Development Goals (MDGs), which point to the interconnectedness of the structural causes of poverty and under-development.

But the relevance of foreign policy to global health is not only about national health security on the one hand and development and the MDGs on the other. Foreign policy must engage in health in new ways. For example, health can be a good entry point to initiate dialogue across borders, thus contributing to building trust between parties. In armed conflict there are ten or more civilian deaths for every combat death, but the indirect or excess death toll from war-induced violence, injury, disease, and malnutrition is rarely the subject of political attention.

Armed conflict often leads to the breakdown of health services, with disastrous consequences for people's health and livelihood. Natural disasters cause high casualties, severe damage to health infrastructure, and loss of health workers. Treating the old and new health problems of people who have been internally displaced is virtually impossible. Re-establishing health services should be a primary focus during the reconstruction phase, post-conflict, and in the aftermath of a disaster. Natural disasters generate other challenges for foreign policy including managing the flow of humanitarian aid.

Drivers of change

New technology has transformed communication and access to information. Rapid acceleration of knowledge and discovery in the life sciences, in areas such as genomics, biotechnology, nanotechnology, and so on, means there are new opportunities and new risks to be managed.

The relentless spread of HIV/AIDS in many parts of the world represents a destructive threat to entire societies. Other new and re-emerging infectious diseases (avian influenza, severe acute respiratory disorder, extensively drug-resistant tuberculosis, malaria, polio-myelitis, plague, dengue fever, and so forth) do not respect geographical borders and can be tackled successfully only if nations work together.

The global health arena is unrecognisable from what it looked like even a decade ago. Civil society now represents a major force for change. New partnerships and alliances are emerging that include multiple stakeholders, networks, and movements, within countries and across borders and regions. At the same time there remains space for new structures.

The main actors involved in global health (governments, regional organisations, non-governmental organisations, foundations, private-public partnerships, the World Bank, the International Monetary Fund (IMF), and the UN and its agencies, specifically WHO, UNICEF, UNAIDS, and UNDP) are all influenced by different views, resource flows, principles, objectives and interests—and they are independent from one another. This raises two key governance questions: how will the money be spent and on what? Who will set the global health agenda?

In spite of many positive developments and results, there is evidence of an increase in the social inequalities in health both between and within countries. The Commission on Social Determinants of Health is addressing these issues and is due to report in 2008.

The MDGs have been partly responsible for revitalising interest in global health, and a whole range of activities are being implemented, but progress has been slow. The slow progress has been attributed to broken health systems, the human resources for health crisis, and persisting inequities in access to interventions that could keep people alive and well. If nothing changes, many countries will not attain the health-related MDGs by 2015.

Countries that succeed in meeting the MDGs will experience benefits far beyond the MDGs. The well-functioning health systems that are needed to reduce maternal, newborn, and child mortality and to combat HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria will also help countries to cope with other major health concerns such as sexual and reproductive health, newly emerging infectious diseases, accidents and injuries, and chronic non-communicable diseases.

Basic premises and shared values

The work of the initiative is guided by the acknowledgement that globalisation requires new forms of governance in order to ensure sustainable development, social and economic equity, justice, peace, and security. It recognises the need for cooperation and collaboration, a respect for national sovereignty, a sense of shared

responsibility, and the attributes of transparency, trust, accountability, and fairness. The initiative is based on the recognition that life is the most fundamental of human rights, and that life and health are the most precious assets. Every country needs a robust and responsive health system (this includes a health workforce, infrastructure, and supplies), a health research system, and a health information system to provide all citizens opportunities to be healthy and to participate fully in the shared responsibilities for global health security.

There are both technical and political dimensions to protecting and promoting global health and human security. This means that health issues do not only belong to ministries of health and the WHO, especially when they are cross-cutting in nature. New mechanisms in addition to the traditional development model are required. Lack of access to health knowledge and to essential medicines, vaccines, and other products is one of the key factors limiting human development. A focus on people's health and wellbeing must become part of the collective consciousness of policy makers at the highest level, at the national as well as the international level, and within all relevant international bodies. Health-impact assessments of all foreign, trade, and defence policies would do much to advance the cause of health across governments. The road ahead will require alliance building and networking and at times will require difficult political decisions to be taken. Change is needed—a long-term, forward-looking view is required.

Foreign policy taking up the challenges of global health: agenda for action

Adopted by the Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand in Oslo on March 20, 2007.

In today's era of globalisation and interdependence there is an urgent need to broaden the scope of foreign policy. In our time, the pursuit of pure self-interest of nations might undermine the solutions that respond to the challenges of growing interdependence. We must encourage new ideas, seek and develop new mechanisms for partnerships, and develop new paradigms of cooperation. This new reality creates a need to find shared values that are embodied in the relations between countries.

Protecting the most fundamental opportunity for life for the world's citizens provides both a lens through which to enhance the goals and responsibilities of diplomacy and a call to bring a more active collaboration between foreign ministries, health ministries, and other functions of government around health security issues.

No country can isolate itself from cross-border risks and threats to their national health security. Foreign policy actions in security, trade, conflict and crisis, environment, and human rights have a strong bearing on whether we can achieve national as well as global health security.

Access to basic needs for human survival—water, food, shelter, protection, and freedom from disease—concerns people of all nations. Unless these needs are met, our health and survival are threatened. Food security and health security are common concerns and should be viewed through the same lens. Often a public health threat in one country requires a concerted response that calls for many foreign policy makers to work together. In a very real sense, the development of all nations is a prerequisite to ensure global health security.

The most effective response to global health challenges depends on alliances, cooperation, and partnerships that reflect a respect for national sovereignty and a sense of shared responsibility. They must also be transparent, trustworthy, accountable, and fair. Collaboration can come in all different forms, including South-South, North-North, and South-North cooperation.

Foreign Ministers have identified areas where the kinds of policy positions they adopt can make a significant difference to prospects for global health security. This paper proposes a shared agenda for Foreign Ministers' action. The agenda is organised around three main themes: "Capacity for global health security", "Facing threats to global health security", and "Making globalisation work for all". Each theme identifies specific actions. But the challenges are all inter-linked. Some have a broad cross-cutting impact and respond to a range of challenges, while others are more specific.

Capacity for global health security

1 Preparedness and foreign policy

Preparedness is a cross-cutting theme. For most governments it starts with an emphasis on being ready to respond to health risks and threats to national health security. But increasingly it includes global mechanisms and other measures that enable countries to make an informed and coordinated response. Preparedness is based on a capacity to identify health risks and threats, including those that may be outcomes of the foreign policies practised by individual nations.

Points for collaborative action by foreign ministers:

1.1 Make "impact on health" a point of departure and a defining lens that each of our countries will use to examine key elements of foreign policy and development strategies, and to engage in a dialogue on how to deal with policy options from this perspective. Use all available evidence in the analysis, share the findings, and ensure open access to the analytical process.

1.2 Engage in developing a roadmap for what remains to be done in large-scale disasters and emergencies where foreign ministers have special responsibilities, including the movement of people and equipment across borders. Make use of global instruments such as the International Health Regulations and humanitarian law.

1.3 Support national disaster planning and development of critical national capacity for emergency pre-paredness, including the capacity to coordinate relief efforts through the development of local relief networks.

1.4 Strengthen the capacity of the UN Secretary General to assume a coordinating role in facilitating actions related to foreign policy in preparedness, planning, and action for global health security. Work in close cooperation with UN Specialized Agencies, Programmes, and Funds.

1.5 Identify critical gaps in capacity for effective implementation of the International Health Regulations with a specific focus on better national and transnational surveillance, outbreak investigation, and disease control.

2 Control of emerging infectious diseases and foreign policy

Efforts should be based on an understanding of the cross-cutting impacts of communicable disease, including pandemic influenza. These efforts must build on a commitment to fairness and mutual trust, such as in sharing information.

Points for collaborative action:

2.1 Commit to the early and full implementation of the International Health Regulations. Call for improved data and accountability mechanisms as well as the rapid scale up of national capacity. Emphasise the need to share information related to any health risk of international importance.

2.2 Exchange experiences and best practices on preventive and emergency response measures toward the outbreak of pandemics.

2.3 Identify gaps in implementation, ensuring the availability of essential medicines, vaccines, and equipment, not only domestically but also within countries that need assistance, including failing states and countries in conflict and crisis.

2.4 Support and facilitate WHO's leadership role and the work of the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN).

2.5 Support the mobilisation of adequate resources for global infectious disease control, including domestic spending, **ODA** spending, and dedicated spending for joint action to improve global health security, through trusted and transparent partnership mechanisms.

3 Human resources for health and foreign policy

The current global shortage and maldistribution of trained health workers, particularly nurses, represents a major barrier to preparedness and to national and global health security. The shortage of human resources is influenced by the global economy, incentives for migration, and global negotiation on services. Such influences go beyond the health sector and can only be modified through political action at the national, regional, and global level. At the same time, human resources for health is situated within the broader health development and systems agenda with financing and stewardship issues as key related matters.

Points for collaborative action:

3.1 Support the development of a global framework for tackling the global shortage of health workers, with monitoring and accountability mechanisms, including for tracking recruitment from countries with weak capacity. Facilitate the use of the Diaspora in country of origin and examine the possibility of establishing multilateral and/or bilateral mechanisms that would ensure that the movement of health professionals is mutually beneficial to both sending and receiving countries.

3.2 Encourage the development of national broad plans for human resources for health, including the use of alternative models for care. These should reflect the standards set by the WHO, for use as reference points and drivers of alignment and accountability globally, such as through the Global Health Workforce Alliance (GHWA) and related initiatives.

3.3 Respond to the need to train more health workers and encourage regional and international exchanges at academic institution level as well as the exchange of technical expertise within the Ministries of Health of the region, centres of excellence, and beyond through facilitating strong collaboration and partnerships, including South-South and regional collaboration.

3.4 Support health research, the ethical conduct of research and research capacity building in countries with inadequate capacity. Facilitate better access for researchers from these countries to innovation and to global knowledge networks.

Facing threats to global health security

4 Conflict (pre, during, and post conflict, and as peace is being built)

As part of efforts to promote peace and security, women, children, and men whose lives are under threat must be helped to survive and maintain good health. Lack of access to health services can in itself have a destabilising effect. The need to preserve life and health is a useful starting point for peace building "before logic breaks down" into full conflict. Access cannot be preserved unless health workers and health infrastructure are protected.

Points for collaborative action:

4.1 Recognise that health can be a good entry point to initiate dialogue across borders and to spearhead the resolution of conflict, with the sincere intention of serving the public interest and building trust and legitimacy.

4.2 Recognise the potential in the presence of “global knowledge networks”, which cut across borders and are maintained in spite of conflict. They can be building blocks in peace building efforts, but need to maintain their own integrity and independence.

4.3 Support the evolution of a more consistent approach for monitoring suffering in conflict and war. There should be a regular watch on life and health issues and in particular on the indirect consequences of war and conflict on people’s health, with a special focus on women as care givers and girls and women threatened by rape and other forms of violence.

4.4 Further develop the case for a health focus in post-conflict reconstruction. This is necessary to set out clearer principles for better health security as a means for re-establishing peace, trust, and legitimacy of government, and to advocate for a strong focus on health issues in the work of the recently established UN Peace Building Commission, in cooperation with the WHO. Such efforts must respect the basic imperatives and principles that guide a neutral “humanitarian space” reserved for non-state actors.

5 Natural disasters and other crises

Many of the same principles exist for natural disasters and other emergencies as for situations of conflict, but there is not the same early warning and time for “diplomacy”. One challenge is to make a neglected crisis visible and not let action be driven by media attention. In a globalised world, there will be a mix of nationals affected by crisis. Foreign ministers and ministries in countries tackling a crisis will be involved in dealing with expatriates that have been affected, as well as dealing with offers of emergency support. Other foreign ministers will be involved in relief efforts and the repatriation of victims.

Points for collaborative action:

5.1 Support the work of the Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) and the Central Emergency Response Fund (CERF), facilitating early and effective assistance to vulnerable groups in emergencies.

5.2 Ensure that priority is given to restoring a functioning health system (workforce, infra-structure, and supplies) in the aftermath of a crisis.

5.3 Monitor the equitable distribution of aid, specific needs of care givers and marginalised groups, and any shortfalls in the fulfilment of pledges of funding.

6 Response to HIV/AIDS

A high prevalence of HIV infection is not only a threat to personal health, but also to national and global health security, because of the way AIDS undermines human capacity in essential services. The global response to HIV/AIDS has mobilised a dynamic multi-stakeholder, multi-sector movement, with common purpose, inclusive leadership, and linked community and global action.

Points for collaborative action:

6.1 Take up the challenges that HIV/AIDS presents to trade, human rights, peace building, and humanitarian action through a health lens to drive forward a broader agenda for change.

6.2 Commit to the international agreements and political declarations linking and monitoring these commitments, and call for speeding up their implementation. Initiate voluntarily monitoring the actions taken by the countries involved in the Global Health and Foreign Policy Initiative.

6.3 Call for improved and disaggregated data collection on HIV/AIDS in all countries. Raise awareness among diplomats and ambassadors about the impact of HIV/AIDS on economies, institutional capacity, gender, and human rights in order to bring these issues into country-level policy dialogue as appropriate.

7 Health and the environment

Human health and the environment are both outcomes of complex systems that exist in dynamic balance. Given the severity of health threats related to climate change, biosecurity, and biosafety, the linkage between global health and environment should be considered.

Points for collaborative action:

7.1 Make the links between environment policies and global health visible in foreign policy engagements and exploit the synergistic potential of related policy processes.

7.2 Recognise that the potential of biotechnologies to help developing countries achieve the Millennium Development Goals (MDGs) should not be eclipsed by otherwise legitimate security concerns: establish robust governance mechanisms to prevent misuse of the biological sciences, without hindering their positive contribution to development.

7.3 Engage with WHO and the UN Environment Programme on their joint “Health and Environment Linkages Initiative” in order to strengthen the dialogue between governments and civil society in the use of health and environment impact assessments.

7.4 Give further attention to the potentially very severe consequences to health of climate change and support appropriate foreign policy action at relevant regional and global meetings.

Making globalisation work for all

8 Health and development

Health is key to development and combating poverty. Hunger is a major cause of ill health. Structural causes of poverty and hunger are interwoven, and part of a nexus of policies where foreign policies also play an important part. Global partnership for overcoming both structural and economic barriers to development and health is fundamental for reaching the MDGs and reducing vulnerabilities to neglected and emerging infectious diseases.

Points for collaborative action:

8.1 Use the shared interest in global public health as rationale for giving health top priority in the national and international cross-sectoral development agenda. Push for development cooperation models that match domestic commitment and reflect the requirements of those in need and not one that is characterised by charity and donors' national interests.

8.2 Strengthen the efficiency of global health initiatives through improved governance and better co-ordination of multiple, competitive donors and aid providers (UN agencies, international financial institutions, regional mechanisms, **G8**, donor countries, private foundations, together with the coalitions and alliances that bring them together).

8.3 Improve national and regional research capacity and the management capacity of public health systems, taking into account the special needs of the developing countries and using a variety of modalities including twinning, exchange programmes and institutional collaboration, transfer of technology, regional centres of excellence, etc, fostering regional and South-South collaboration based on shared interests.

8.4 Promote modalities and means to enhance the capacity for national and regional production of essential medicines and equipment and for building capacity for national regulation of pharmaceuticals and commodities, quality control, and supply chain management.

8.5 Honour existing financial commitments and initiate innovative financing mechanisms in order to generate additional resources for financing global health investments such as the international drug facility (UNITAID).

8.6 Work together with the IMF and the World Bank to overcome macroeconomic constraints to effective health investment at country level.

9 Trade policies and measures to implement and monitor agreements

International trade policies and agreements need to be placed within the context of protecting and promoting health and wellbeing. A universal, rule-based, open, non-discriminatory, and multilateral trade system, including trade liberalisation, can support global health security, such as enabling the implementation of the International Health Regulations. Ensuring equal and universal access to essential medicines is one example with major relevance for global public health.

Points for collaborative action:

9.1 Affirm the interconnectedness of trade, health, and development, including both trade and health policies in the formulation of all bilateral, regional, and multilateral trade agreements.

9.2 Reaffirm commitment to the Doha Declaration on **TRIPS** and Public Health and foster the full implementation of the TRIPS flexibilities.

9.3 Explore the feasibility of a voluntary monitoring mechanism outside **WTO** for the use of TRIPS flexibilities to overcome price and access barriers and examining the implication of other trade agreements, in particular bilateral trade agreements that may limit the use of these flexibilities.

9.4 Encourage WTO members to accelerate national acceptance procedures in order to ensure the entry into force of the amendment of the TRIPS Agreement. 9.5 Explore and leverage multiple and innovative approaches to reduce price and improve access to essential medicines, together with the application of TRIPS flexibilities.

10 Governance for global health security

Improved governance requires review and adaptation to new realities. It could be better achieved through effective national structures, stronger regional collaboration, broader stakeholder participation and clearer contracts and accountability at the international level. In several respects, health offers a platform for exploring the new challenges of governing interdependence. Governance for health is an aspect of deepening global democracy within regional and global institutions. New mechanisms and alliances are increasingly important but need to have their actions better coordinated. Dealing with cross-border issues, such as the vast differences in access to health care, as well as the movement of people, pharmaceuticals, and commodities, represents situation-specific governance challenges and requires attention on a case-by-case basis.

Points for collaborative action:

10.1 Support policies for global health security in the various foreign policy dialogue and action arenas, such as the UN, G8, arenas for economics and trade issues, and within regional and bilateral arenas.

10.2 Establish broader and more coherent national leadership for global health issues, reflecting the interdependency of health and foreign affairs.

10.3 Recognise and affirm the WHO Secretariat and the World Health Assembly as the main arenas for global health governance,³ with expanded engagement from foreign ministries in the WHA delegations and assistance to the WHO Director General in bringing relevant global health issues into relevant foreign policy arenas.

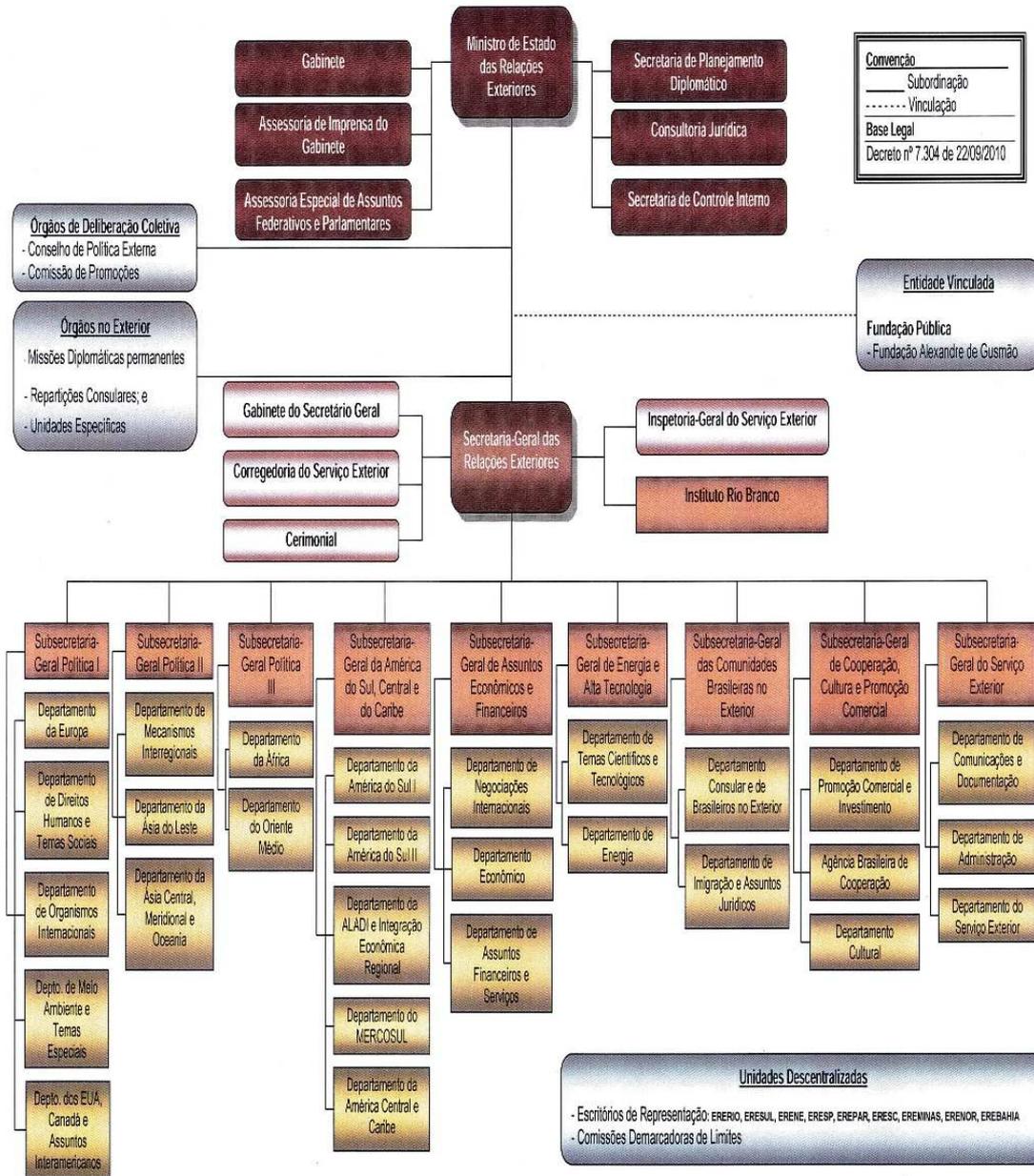
10.4 Recognise the role of the private sector, knowledge networks, and civil society organisations in the evolution of global public health policy as well as in action that will improve global health security and engage them more effectively in governance, policy dialogue, and implementation of relevant actions.

10.5 Maximise opportunities for joint working to achieve priority health outcomes within regions and across national borders, including a focus on parity of negotiating powers and the building of capacity that is available to all.

10.6 Contribute to financing global health in ways that do not undermine existing commitments to development financing. Continue efforts to conceive of and bring to fruition innovative and sustainable financing mechanisms and their effective use. Initiate a mechanism to track resource flows for international cooperation directed at specific and agreed global health security purposes, particularly the control of infectious and neglected diseases.

ANEXO C

Organograma do Ministério das Relações Exteriores



Fonte: MRE, 2014