

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

ERICA KASTRUP BITTENCOURT E CAMARA

**ASCENSÃO E QUEDA DA SAÚDE NA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA
(PEB) 1995-2015: O CASO DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA
PORTUGUESA (CPLP)**

Rio de Janeiro

2023

ERICA KASTRUP BITTENCOURT E CAMARA

**ASCENSÃO E QUEDA DA SAÚDE NA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA
(PEB) 1995-2015: O CASO DA COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA
PORTUGUESA (CPLP)**

**Tese de doutorado
apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
História das Ciências e da Saúde da Casa de
Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito
parcial para obtenção do Grau de
Doutor. Área de Concentração:
História das Ciências.**

Orientador: Prof. Dr. MARCOS CUETO

Rio de Janeiro

2023

C171a Camara, Erica Kastrup Bittencourt e.

Ascensão e queda da saúde na política externa brasileira (PEB) 1995-2015 :
o caso da comunidade dos países de língua

Portuguesa (CPLP) / Erica Kastrup Bittencourt e Camara. – Rio de Janeiro, 2023.

249 f.

Orientador: Marcos Cueto.

Tese (Doutorado Acadêmico em História das Ciências e da Saúde). Fundação
Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz.

Bibliografia: f. 215-231.

1. Cooperação Internacional. 2. Agências Internacionais.
3. História do Século XX. 4. História do Século XIX. 6. Brasil.

CDD 362.1

ERICA KASTRUP BITTENCOURT E CAMARA
ASCENSÃO E QUEDA DA SAÚDE NA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA
(PEB) 1995-2015: O CASO DA CPLP

Tese de doutorado
apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
História das Ciências e da Saúde da Casa de
Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito
parcial para obtenção do Grau de
Doutor. Área de Concentração:
História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Cueto (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientador

Prof. Dr. Gabriel Lopes (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof. Rômulo de Paula Andrade (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof. Dr. Paulo Esteves (Instituto de Relações Internacionais da PUC-RIO)

Prof. Dr. Rodrigo Cesar da Silva Magalhães (Colégio Pedro II)

Suplentes:

Prof. Carlos Henrique Paiva (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof. Dr. Deisy Ventura (Programa de Pós-Graduação Saúde e Sustentabilidade da Universidade de São Paulo - USP)

Rio de Janeiro

2023

Ao Antônio Ivo (*in memoriam*)

Meu mestre e amigo que será sempre uma inspiração sobre a importância das utopias, de sonhar alto e agir com coragem e generosidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Marcos Cueto, pela leitura e observações em todas as fases de elaboração do trabalho. Foi essencial contar com a sua colaboração para que fosse possível eu me aventurar na pesquisa e na escrita histórica.

Agradeço também aos professores Simone Kropf e André Felipe do PPGHCS, por sua dedicação e competência no bonito ofício de ensinar. Suas aulas me inspiraram por todo o percurso de construção deste trabalho.

Agradeço também a Rômulo Andrade e Rodrigo Magalhães pelas generosas observações na banca de qualificação.

Agradeço especialmente à Paulo Chagas e Patricia Mocco, da secretaria do PPGHCS, pela imensa ajuda e apoio nas questões administrativas e trâmites que pareciam impossíveis com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Agradeço, além de Antônio Ivo, pelo entusiasmado incentivo para que eu me aventurasse na história; a Carlos Gadelha, Paulo Buss, Pedro Burger, Else Gribel, Claudia Parente e outros colegas do trabalho na Fiocruz que me apoiaram de diferentes formas enquanto eu me dedicava ao doutoramento. Agradeço especialmente à Fiocruz, essa instituição onde a motivação pela construção de um mundo mais justo inspira nossa vida diária.

Obrigada ao meu marido Felipe Dumans, pelo amor e por se dedicar intensamente aos meus projetos; e às minhas filhas, Cleo e Eva, por serem meu maior incentivo ao aprimoramento, sempre. E aos meus pais, Ecila e Gilson, por terem sempre acreditado em mim e me proporcionado a orientação e a segurança sobre como caminhar na vida.

RESUMO

Este trabalho apresenta o processo de ascensão e queda da saúde na política externa brasileira entre os anos de 1995 e 2015, período que compreende dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), dois governos de Lula da Silva (2003-2010) e um governo e meio de Dilma Rousseff (2011-2015), tendo como estudo de caso a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Este processo é analisado a partir de duas vertentes: os discursos e ideias defendidas pelo Brasil na Organização Mundial do Comércio e Organização Mundial da Saúde e a oferta de cooperação técnica na CPLP. A pesquisa utilizou revisão bibliográfica em livros e artigos científicos nas áreas de história da saúde e saúde pública e relações internacionais, pesquisa em documentos em arquivo no Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz e entrevistas com atores que participaram desse processo. Os principais resultados indicam que a participação do Brasil nos primeiros 20 anos da saúde global tem relação com experiências de construção e implementação do SUS e a participação de atores do sanitário progressista nacional no Ministério da Saúde. Nesse processo, o país transitou entre defesa do acesso universal aos medicamentos e a defesa do fortalecimento de sistemas de saúde com atenção aos determinantes sociais da saúde, elaborando o conceito de cooperação Sul-Sul estruturante e buscando conformar a diplomacia da saúde sob perspectivas solidárias. No final do período, o desinteresse de Dilma Rousseff pelo *soft power*, escolhas polêmicas do governo nacional e a falta de sustentação social do projeto contribuíram para o seu declínio.

ABSTRACT

This work presents the rise and fall of health in Brazilian foreign policy between 1995 and 2015, a period that comprises two governments of Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), two governments of Lula da Silva (2003-2010) and a government and a half of Dilma Rousseff (2011-2015), using the Community of Portuguese Speaking Countries (CPLP) as a case study. This process is analyzed from two angles: the speeches and ideas defended by Brazil in the World Trade Organization and World Health Organization and the offer of technical cooperation in the CPLP. The research used a bibliographical review of books and scientific articles in the areas of history of health and public health and international relations, research in documents on file at the Center for International Relations in Health at Fiocruz and interviews with actors who participated in this process. The main results indicate that Brazil's participation in the first 20 years of global health is related to experiences in the construction and implementation of the SUS and the participation of progressive sanitarian actors in the Ministry of Health. In this process, the country moved between the defense of universal access to medicines to the defense of the strengthening of health systems with attention to the social determinants of health, elaborating the concept of structuring South-South cooperation and seeking to conform health diplomacy under solidary perspectives. At the end of the period, Dilma Rousseff's lack of interest in soft power, controversial choices made by the national government and the lack of social support for the project contributed to its decline.

SIGLAS

ABC - Agência Brasileira de Cooperação

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AISA – Assessoria Internacional do Ministério da Saúde

AMS – Assembleia Mundial da Saúde

CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças do governo norte americano

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CICT – Centro Internacional de Cooperação Técnica (em AIDS)

CMDSS – Comissão Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde

CNDSS – Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CQCT - Convenção Quadro para o Controle do Tabaco

CRIS – Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz

CSS – Cooperação Sul-Sul

CUS - Cobertura Universal em Saúde

DAC-OCDE - Comitê para Assistência ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

DIPLAN/FIOCRUZ – Diretoria de Planejamento da Fiocruz

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz

EPSJV – Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz

FAO – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

FBMG – Fundação Bill e Melinda Gates

FMI – Fundo Monetário Internacional

FR – Fundação Rockefeller

GAVI - Aliança Global para a Vacinação

IANPHI – Associação Internacional dos Institutos Nacionais de Saúde Pública

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal

IOC – Instituto Oswaldo Cruz

MRE – Ministério das Relações Exteriores

MRSB - Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira

MS - Ministério da Saúde do Brasil

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OLSN - Organização de Saúde da Liga das Nações

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde

Palpos - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PCI – Programa de Cooperação Internacional (em AIDS)

PCT – Programa Nacional para Controle do Tabagismo

PEB - Política Externa Brasileira

PECS - Plano de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa

PEM – Programa de Erradicação da Malária

PEPFAR - Plano Emergencial do Presidente (George W. Bush) para o Alívio da AIDS

PEV – Programa de Erradicação da Varíola

PIB – Produto Interno Bruto

PMM – Programa Mais Médicos

PN - Programa Nacional de DST e AIDS

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPP – Parceria Público-Privada

PT – Partido dos Trabalhadores

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SEGETES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil

SUS - Sistema Único de Saúde do Brasil

TC-41 – Termo de Cooperação No 41 entre OPAS, Fiocruz e MS do Brasil

TRIPS - acordo sobre os direitos de propriedade intelectual relacionada ao comercio

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas para a AIDS

UNASUL – União de Nações Sul Americanas

UNESCO – Escritório das Nações Unidas para Educação e Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

Introdução	13
Capítulo 1 – Saúde global: novas agendas, antigos dilemas	33
1.1 Características da Saúde internacional	34
1.2 Origens e primeiros anos da saúde global	45
1.3 A visão progressista da saúde global	62
1.4 Considerações finais	65
Capítulo 2 - Primeiros anos do Brasil na saúde global	68
2.1 – A saúde global e política externa	69
2.2 – A política externa de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)	72
2.3 – Aids, tabaco e <i>soft power</i>	78
2.4 - Cooperação lusófona em saúde e o papel da Fiocruz	88
2.5 – Considerações finais	102
Capítulo 3: Ascensão da saúde na Política Externa Brasileira	105
3.1 – A política externa de Lula da Silva (2003-2010)	106
3.2 – A saúde como estratégia nacional	113
3.3 – Cooperação técnica em saúde na CPLP no marco da PEB	143
3.4 – Considerações finais	161
Capítulo 4 - O declínio da saúde na Política Externa Brasileira	165
4.1 – Dilma Rousseff e a transição ao pragmatismo na Política Externa Brasileira (2011-2015)	166
4.2 - O Programa Mais Médicos	179
4.3 – Cooperação em saúde na CPLP durante o declínio	188
4.4 - Considerações finais	199
Conclusões – Saúde, Política Externa e a internacionalização do SUS	203
Anexo 1	233
Anexo 2	240

Introdução

Sanitaristas e diplomatas brasileiros participaram ativamente da diplomacia da saúde global desde a última década do século XX e a primeira década do século XXI e contribuíram para o seu processo de institucionalização como prática e sistematização como campo científico. Nesse processo, buscaram projetar o sistema brasileiro de saúde (SUS) e com isso ampliar o poder político do Brasil nas relações internacionais, um movimento inovador e com poucos antecedentes nacionais que se iniciou nos anos de 1990 e perpassou os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002), Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), sendo que no último a sinergia entre as áreas da saúde e política externa perdeu potência e o processo foi declinando. O objetivo geral desta tese é descrever o processo de ascensão, auge e declínio da importância da saúde na política externa brasileira que ocorreu neste período.

Gostaria de tecer inicialmente algumas breves reflexões sobre o processo de construção deste trabalho considerando o lugar de onde parti e os desafios que permearam o percurso. Com isso, tenho por objetivo oferecer uma breve contribuição, pessoal e empírica, ao debate sobre o papel da história na compreensão dos desafios para formulação de políticas públicas e para trabalho no campo da cooperação internacional em saúde, com considerações sobre o exercício da interdisciplinaridade - um conceito comumente considerado importante, mas desafiador e pouco exercido na prática profissional e acadêmica - na interface entre saúde pública e história.

Minha curiosidade acadêmica e hipóteses iniciais da pesquisa nasceram de minha própria atuação profissional no campo da saúde pública e da cooperação internacional. Meu percurso discente incluía uma graduação em relações internacionais e um mestrado em saúde global e diplomacia da saúde, um curso que teve uma única edição oferecida pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP) entre 2012 e 2014, justamente como parte do processo que é o objeto deste trabalho. Na época, eu ocupava o cargo de coordenadora da área de cooperação internacional da ENSP, e o referido programa de mestrado foi do tipo profissional, que é uma modalidade dedicada a formar pessoas para o trabalho e não necessariamente para a vida acadêmica. Meus colegas de curso eram técnicos que atuavam em diferentes instâncias que executavam a cooperação internacional em saúde brasileira naquele momento: a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), secretarias e assessorias do Ministério da Saúde (MS) e a própria Fiocruz, além

de recém-formados em relações internacionais que estavam interessados em pesquisar aquela formulação da política externa brasileira que utilizava a saúde.

Eu havia ingressado na Fiocruz em julho de 2008 no primeiro concurso que a instituição realizou que contou com um perfil dedicado à cooperação internacional, o que refletia o interesse da instituição em participar da proposta da política externa do governo do então presidente Lula da Silva. Em meu primeiro dia de trabalho, recebi de uma colega um panfleto de um evento que aconteceria na semana seguinte. Era o simpósio Brasil-Portugal sobre saúde que discutiu experiências de políticas de saúde dos dois países e a cooperação na Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Foi quando vi Paulo Buss, então presidente da Fundação, pela primeira vez na mesa no auditório térreo da ENSP em debate leve e descontraído com Ana Maria Jorge, então Ministra da Saúde de Portugal. Me lembro de sentir a atmosfera vibrante, o entusiasmo e o dinamismo daquele ambiente, foi a inauguração de minha entrada nessa empreitada brasileira. Desde então vivenciei e participei de muitos dos eventos aqui descritos. Em 2008, o mestrado em Angola oferecido pela ENSP estava em seu segundo ano e já começava a apresentar desafios; a ENSP iniciou a segunda edição do Curso Internacional de Especialização em Gestão de Políticas de Recursos Humanos para a Saúde (CIRHUS) voltado para os países do Cone Sul e o Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde, que antecedeu o mestrado e foi a primeira iniciativa de formação de profissionais para esta área específica no Brasil. O Plano de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (PECS/CPLP) começou a ser construído e em dezembro foi criada a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL). Exatamente um mês depois do meu primeiro dia na Fiocruz a instituição recebeu a visita de Lula, que, na ocasião, recebeu das mãos de Paulo Buss o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde em um evento na frente do castelo de estilo mourisco que é marca da tradição institucional. E dois meses depois disso a Fiocruz inaugurava seu escritório de representação em Maputo, Moçambique, também com a presença de Lula.

Foi uma época de intensa atividade profissional. Meu trabalho consistia em organizar a recepção de delegações de diversos países, principalmente latino-americanos e africanos, onde fazíamos apresentações sobre a ENSP e a Fiocruz, escutávamos sobre a realidade e desafios dos sistemas de saúde desses países e discutíamos possíveis áreas e projetos de cooperação. Muitas dessas conversas não evoluíam para a construção de projetos, mas o castelo da Fiocruz funcionava assim como uma espécie de autoridade

político-científica que simbolizava a tradição e a maturidade do conhecimento nacional em saúde pública, tanto para autoridades internacionais como para políticos e técnicos das agências nacionais envolvidas na cooperação. Quando as negociações evoluíam para projetos a ideia era escutar os parceiros e tentar construir acordos que incluíssem profissionais nacionais desses países. Às vezes, as conversas eram acompanhadas por técnicos da ABC, outras vezes o projeto entraria no portfólio do programa de cooperação com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Negociar projetos de cooperação internacional não é uma tarefa simples, são muitas variáveis - sociais, estruturais, culturais e conjunturais - envolvidas em ambas ou nas múltiplas partes. Todo esse processo de materialização das parcerias era liderado por José Roberto Ferreira, que havia sido diretor da divisão de recursos humanos da OPAS em Washington por vinte anos (entre 1976 e 1996) e após havia ingressado na Fiocruz; e por Paulo Buss que, além dos projetos, se dedicava também às articulações com a área internacional do Ministério da Saúde e com a diplomacia nacional, contribuindo com o desenvolvimento de estratégias de posicionamento do Brasil nas assembleias da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização das Nações Unidas (ONU) e de outros espaços internacionais relevantes. Esses dois personagens fazem parte desta história.

Durante esta experiência, profissional e acadêmica, percebi que uma perspectiva histórica era importante para a compreensão de um processo considerado novo e relevante para a imagem internacional do país. Considerei valioso alongar o olhar no tempo para buscar entender as contingências que moldavam aquele projeto e as interfaces entre demandas e constrangimentos nacionais e internacionais que me ajudassem a fazer uma análise realmente crítica sobre os discursos e as práticas dos atores brasileiros na saúde global. Daí o interesse pela história da saúde internacional. Quando me candidatei ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde em 2018, minha proposta era que a pesquisa partisse de uma combinação de questões próprias do trabalho e de uma perspectiva histórica que fosse além do campo da análise política da saúde global.

Sou ciente de que vivenciar eventos objetos da investigação não é comum no processo de trabalho do historiador e trazem desafios particulares à construção de um trabalho acadêmico neste campo. Por exemplo, há o risco de se elaborar trabalhos pouco críticos que celebram feitos de personagens ou instituições específicas, ou estudos que desconsideram articulações de bastidores e/ou contradições que constroem ou

impulsionam eventos. Por isso, foram necessárias muitas leituras de trabalhos de história e um processo de aprendizado que incluíram algumas delimitações metodológicas e reflexões. Uma primeira pergunta foi: como delimitar o recorte temporal do estudo? A opção foi então por considerar o início do governo de Fernando Henrique Cardoso no Brasil, quando o país começou a se apresentar como um ator na saúde global, que também se conformava naqueles meados dos anos de 1990. Os anos finais foram definidos a partir do declínio do governo de Dilma Rousseff no Brasil, que representou também o declínio de uma estratégia de inserção internacional do Brasil que utilizava a saúde.

Sobre minha posição como pesquisadora, uma pergunta necessária foi: quais são os limites para se escrever uma história que o autor vivenciou? Em seu livro “A Era dos Extremos, o breve século XX”, Eric Hobsbawn contou que se recordava do dia em que Hitler se tornou chanceler da Alemanha em janeiro de 1933, que se lembrava de ter visto a notícia em uma manchete de jornal enquanto caminhava da escola para sua casa em Berlin (HOBSBAWN, 1995a). Com isso, o famoso historiador britânico ressaltava que aquela história seria contada a partir do ponto de vista de alguém que não estava munido somente de fontes ou da historiografia construída, mas que havia, também, acumulado opiniões, vivências e sentidos sobre os fatos que seriam expostos. Segundo ele, o trabalho do autor teria sido, em parte, a de um “observador participante”, fazendo alusão a um método de investigação próprio das ciências sociais. Como disse, o processo deste tipo de escrita também “trata-se de comentar, ampliar (e corrigir) nossas próprias memórias” (HOBSBAWN, 1994; P.13).

A autorização e os limites para a construção de uma história vivenciada foram também temas tratados por esse historiador em uma conferência apresentada no Museu de Arte de São Paulo em 1995 quando ele, em ocasião de lançamento do mesmo livro, se propôs a refletir sobre os desafios de se escrever a história do seu próprio tempo. Não busco agora inscrever este trabalho em um esquema teórico metodológico específico, e já adianto que não me guiei pela proposta teórico-metodológica da “história do tempo presente”, dado que considero o processo analisado como iniciado e acabado, pois, ainda que seus reflexos no tempo histórico subsequente possam ser observados, houve uma ruptura ao final do período. Me interessa delimitar os desafios apontados por Hobsbawn ao se escrever uma história que ele próprio acompanhou e que, portanto, em alguma medida se entrelaça com sua vida. São três: o primeiro ele denomina o *problema das gerações*, e diz respeito a como a vivência pessoal do historiador inevitavelmente molda

o modo como ele compreende os fenômenos estudados; o segundo, é sobre como a percepção da história está relacionada ao tempo, e pode mudar à luz da história subsequente; e o terceiro trata de como os pressupostos e ideais compartilhados no momento da escrita afetam o olhar do historiador. Isso significa que elementos como o modo como vivenciou os acontecimentos, o quão distante está o objeto no momento da escrita e como outros atores compreendem o fenômeno no momento da escrita são elementos que influenciam a construção do historiador que se aventura em objetos recentes. Ainda que eu tenha esses alertas em conta, uso a licença deste autor para justificar possíveis desacertos decorrentes do lugar de onde iniciei a jornada. Aliás, me lembro também de estar em uma aula de história no mestrado do programa da ENSP em outubro de 2012, dia em que foi noticiado o falecimento de Hobsbawm. Fizemos um minuto de silêncio.

As fontes consultadas incluem dissertações dos colegas do mestrado, artigos publicados nos periódicos da coleção Scielo, livros, documentos, comunicações internas, textos e relatórios não publicados construídos por colegas de trabalho que estavam em arquivo no Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (CRIS-Fiocruz). Dentre esses documentos do CRIS-Fiocruz, foi-me disponibilizado uma cópia do HD do computador de José Roberto Ferreira, que havia sido responsável pela assessoria da presidência da Fiocruz para a cooperação Internacional desde fins dos anos de 1990 e diretor adjunto do CRIS desde a sua criação. Ferreira havia falecido no final de 2019. Recebi também os arquivos de Luís Eduardo Fonseca, que havia sido responsável pela cooperação com países africanos no CRIS, também desde os anos de 1990 e havia se aposentado. Foram usados também jornais e entrevistas com atores importantes do objeto do estudo. Gostaria de ressaltar que tive acesso aos documentos por minha posição profissional descrita anteriormente, já que não existe um fundo de arquivo sobre este tema. Outra fonte importante para a pesquisa foi a Agência Fiocruz de Notícias, site que agrega os registros jornalísticos de todas as atividades da Fundação, incluindo as internacionais, e a *newsletter* Crisinforma, elaborada pela equipe de comunicação do Cris/Fiocruz a partir de 2012, e que, portanto, foram utilizados para elaborar o capítulo 4.

Esta tese não tem o objetivo de apontar os erros e acertos da investida brasileira na saúde global. Não se pretende avaliar um projeto nacional. Meu objetivo é compreender o processo da atuação brasileira nas primeiras duas décadas da saúde global como um momento e uma dimensão específica na história da saúde pública brasileira,

delineando os principais atores e agendas articulados para esta ação e buscando compreender os fatores que possibilitaram esta empreitada e porque não foi continuada. Pela perspectiva histórica, é um processo pouco estudado e espero poder despertar a curiosidade outros pesquisadores.

Mas volto à relação desta pesquisa com minha trajetória profissional e acadêmica e sua relação com o interesse na pesquisa histórica. Neste ponto, me recordo de Randall Packard quando conta que seu interesse pela Saúde Internacional nasceu quando era médico no programa de erradicação do tracoma em Uganda em fins dos anos de 1960 (PACKARD, 2018). Segundo ele, o programa era coordenado por uma ONG e tinha pouca relação com as autoridades locais, e nenhuma meta dedicada a treinar pessoal local para quando o mandato do corpo de profissionais internacionais acabasse, fato que despertou seu interesse sobre como acontecia a ajuda internacional. Esse historiador mostra como a curiosidade histórica pode nascer no trabalho no campo, ao mesmo tempo em que aponta uma questão que é também tratada neste trabalho.

Neste ponto, e ainda considerando minha posição profissional, uma outra pergunta é relevante: por que a história? Em um editorial do *American Journal of Public Health*, uma importante publicação da área da saúde pública, que abre um número dedicado à história de novembro de 1997 em comemoração aos 125 anos da Associação Americana de Saúde Pública, Elisabeth Fee e Theodore Brown fazem essa pergunta e convidam o leitor a refletir sobre a importância da história para a política da saúde pública (FEE e BROWN, 1997). Apontam que a história ajuda a ampliar perspectivas, encontrar tendências e processos relevantes em meio à confusão do presente, e oferecer insights sobre as forças, atores e elementos culturais que contribuem para explicar mudanças e continuidades. Segundo eles, a história pode mostrar que, apesar das dificuldades, a mudança é possível. Mas como promover esse entrelaçamento de campos para que a história se faça relevante para os formuladores de política? É certo que é muito importante não esquecer que os fatos históricos se dão em contextos específicos e que não é possível recriar passados. Esse é o ponto de partida. Mas existe uma colaboração possível e desejável entre a história e a saúde pública? Fee e Brown continuam: os sanitaristas se dedicam à mudança. Dedicam energia a formular e implementar ações que refletem suas crenças e visões de mundo e fazem da saúde pública um campo político. Historiadores se dedicam a compreender as diferentes forças em disputa nos diferentes contextos, as contingências que influenciam as escolhas e o que dificulta ou facilita mudanças. Não é

simples transpor as perspectivas que estruturam cada campo disciplinar, mas os autores estão convencidos de que a análise histórica, ao possibilitar um olhar alongado, pode iluminar problemas da saúde pública e que as diferenças entre as culturas profissionais dos dois campos, apesar de grandes, podem ser criativas.

A relação entre o campo da saúde pública e o da história da saúde pública foi também tratado por Virginia Berridge no artigo “*History in Public Health: a New Development for History?*” publicado em 1999 no *Hygiea Internationalis*, um jornal sueco dedicado à história da saúde pública (BERRIDGE, 1999). A pesquisadora falava como parte do grupo de historiadores que atuavam na London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), uma tradicional escola de saúde pública britânica, e no âmbito de um projeto que buscava aproximar a ciência (incluindo a história) da política da saúde pública. Berridge destaca inicialmente o uso que os sanitaristas fazem da história, na pesquisa, no ensino e na política. Usa exemplos de sua própria experiência britânica como quando, em 1998, por ocasião dos 150 anos do Ato de Saúde Pública britânico que instituiu sistema de saúde pública inglês sob a responsabilidade do governo em 1848, houve discussões sobre se a Inglaterra necessitava de uma nova legislação que recuperasse esses princípios. Avalia como sanitaristas usavam, por exemplo, o tema do nascimento da epidemiologia no século XIX para introduzir debates sobre a relação entre saúde e economia, mas tendiam a enxergar esse processo como um momento de iluminação e aí corriam o risco de cair na armadilha que historiadores rejeitam de se pensar o passado como fornecedor de lições para o presente. Ou ainda de usar o passado para justificar implicitamente posições políticas específicas. O conceito de anacronismo não é necessariamente uma preocupação dos sanitaristas, que tendem a pensar em fatos históricos e não se preocupam muito em complexificar suas interpretações, o que é tarefa de historiadores.

Não posso discordar de Berridge quanto à visão um tanto utilitária que a saúde pública faz da história. Nos artigos do campo da saúde pública é frequente a referência à história, geralmente para introduzir ou contextualizar um assunto e é possível identificar referências a eventos iniciais ou finais sem o necessário critério de pesquisa, um equívoco que certamente seria evitado pelo historiador profissional. É comum também se ver a referência a um possível “julgamento da história”, esta prática rechaçada por historiadores. No caso das aulas na ENSP, por exemplo, a história era muitas vezes usada com essa mesma função introdutória ou como um meio de se destacar anedotas curiosas.

Por exemplo, antes de me interessar pela história eu conhecia Edwin Chadwick e o ato de saúde pública de 1848; John Snow, a história das epidemias de cólera em Londres em meados do século XIX e a teoria miasmática discutida nessa época; o papel do político e diplomata Otto Von Bismarck na criação do seguro de saúde alemão no século XIX que se tornou modelo paradigmático; o relatório de William Beveridge de 1942 e a inspiração para a construção do estado de bem estar social inglês e seu sistema de saúde universal no pós guerra; o relatório do então ministro da saúde canadense Marc Lalonde, de 1974, que lançou o conceito de promoção da saúde, entre outros marcos da história da saúde pública, mas não estava atenta às vertentes interpretativas possíveis desses fatos, como se relacionaram com contextos internacionais e nacionais de onde foram formuladas, como a trajetória desses personagens e contingências de sua atuação profissional possivelmente informaram suas visões, porque foi possível romper com estruturas consolidadas e promover mudanças. Não havia a preocupação em pensar que fatores possivelmente influenciaram essas pessoas e ideias.

Berridge (1999) defende que, por outro lado, há espaço para que os historiadores também ampliem seus horizontes inspirados por problemas que nascem da pesquisa em saúde pública. A preocupação da historiadora é com os possíveis ganhos advindos de um aprofundamento do entrelaçamento entre os campos, nos níveis da pesquisa e da política. Ela também acredita que pode dar bons frutos.

Um bom exemplo da relevância da história para a saúde pública é o criterioso mergulho de Cueto e Palmer (2016) na história da medicina e da saúde pública na América Latina. O trabalho revela os meandros de uma cultura regional permeada pela baixa institucionalidade, tendência à descontinuidade, opção por resultados rápidos e facilmente mensuráveis, volatilidade de agendas e dissonância entre ideais, sustentabilidade e efetividade. Os autores apontam que as respostas às epidemias foram em geral construídas sob uma “cultura de sobrevivência”, que se pautava nas tecnologias validadas e disponíveis no Norte global que eram implementadas de forma fragmentada, com planejamento débil e negligenciando as particularidades locais – pobreza e falta de estrutura, por exemplo - como determinantes de sua expressão local. Desvelam o reflexo de crenças, valores e da estrutura social regional nos sistemas de saúde pública e como estes influenciaram a percepção popular sobre as políticas de saúde. Como não considerar esses alertas relevantes para trabalhadores, gestores e formuladores de políticas atuais? Principalmente, esses autores apontam processos de resistência a ideias dominantes,

movimentos dissonantes e heterodoxos que ganharam proeminência regional e internacional em diferentes momentos, e que também caracterizam essa história.

A heterodoxia sanitária latino-americana está presente na origem dos fenômenos que serão analisados neste trabalho. Foi dessa tendência que nasceu o atual Sistema Único de Saúde do Brasil, que foi a grande inspiração para as propostas que o Brasil buscou emplacar na saúde global no período estudado nesta tese. Nos anos de 1970, ganhou força no Brasil um movimento pela reforma do então sistema de saúde implementado no país e baseado no modelo seguro-saúde (aquele inventado por Bismarck no século XIX), que financiava a assistência à saúde para os trabalhadores que destinavam parte de seu salário para sua seguridade social. Tal modelo, num país pobre e com altos índices de desemprego, deixava milhares de pessoas desassistidas, e o movimento reformista reivindicava um sistema de saúde público, pautado pela equidade e pelo bem-estar social e que provesse assistência médica universal. Inspirado na medicina social e em ideais marxistas, sua base ideológica negava a hegemonia da prática médica e do modelo biomédico e pensava o processo saúde-doença como produto de condições sociais, culturais e históricas (PEGO e ALMEIDA, 2002; AROUCA, 2003) e, nesse sentido, uma de suas principais inspirações foi a Declaração de Alma Ata da OMS, que, em 1978, propôs a meta de “saúde para todos no ano 2000”. O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) se desenvolveu como uma expressão setorial da resistência à ditadura militar que governava o país e enquadrava a saúde como uma expressão da democracia. Foi encabeçado por sanitaristas e intelectuais progressistas e ancorado nacionalmente a partir de uma série de projetos que envolviam preceitos da medicina comunitária, da ampliação do saneamento, da formação de recursos humanos em larga escala e de estudos que buscavam compreender as relações entre estrutura social e saúde (ESCOREL, 1998; TEIXEIRA e PAIVA, 2018).

Como parte do processo político, os sanitaristas engajados no movimento de mudança fundaram, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que reunia estudantes e representantes de partidos políticos ligados ao movimento; e, em 1979, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva¹ (ABRASCO), que passou a reunir

¹ Saúde coletiva foi um conceito cunhado no Brasil no bojo do movimento reformista. Segundo Pego e Almeida (2002), tinha o propósito de institucionalizar um campo de conhecimento específico e uma nova vertente de análise para a saúde pública brasileira e buscava se contrapor às tendências de biomedicalização, visto como um modelo indesejável de atenção à saúde (PEGO e ALMEIDA, 2002). A saúde coletiva foi uma expressão da medicina social latino-americana e teve como uma de suas principais

acadêmicos identificados com a ideia. Essas duas instituições, junto com outros departamentos universitários e escolas de saúde pública, se tornaram lócus de produção de conhecimento e militância política em torno das reivindicações do MRSB, reunindo pesquisadores, sanitaristas e quadros que se alternavam entre funções na academia, no governo e a prática política. Em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi presidida pelo então presidente da Fiocruz Sergio Arouca, sociedade civil e governos nacional e locais acordaram pelo conjunto de diretrizes que viriam a embasar a aprovação do Sistema Único de Saúde durante a constituinte que marcou a redemocratização do Brasil em 1988. Tais diretrizes indicavam a conformação de um sistema de saúde separado do sistema de previdência social e financiado com a arrecadação geral do governo, que proovesse assistência a todos os brasileiros com equidade e integralidade, sendo dirigido e monitorado por instancias de controle social em níveis federal, estadual e municipal. Ao aprovar o acesso universal à saúde, o Brasil prometia alcançar a meta proposta em Alma Ata. Foi uma vitória para os sanitaristas progressistas brasileiros.

Muitos daqueles que haviam participado desse movimento foram os mesmos que formularam e possibilitaram a proposta de atuação brasileira na saúde global, que é o objeto desta tese. No que tange à dimensão internacional do MRSB, é interessante observar que ele esteve alheio ao avanço do neoliberalismo que ocorria na América Latina ao mesmo tempo em que se desenvolvia no Brasil. Nesse sentido, foi um movimento estritamente nacional, possibilitado por conjunturas próprias do processo político de queda da legitimidade do então governo ditatorial e seus esforços por financiar projetos sociais que ajudassem a ampliar sua popularidade, ao mesmo tempo em que se ampliavam as reivindicações de reestabelecimento da democracia no país (TEIXEIRA e PAIVA, 2018). Contudo, é importante não deixar de levar em conta a profunda conexão do movimento reformista nacional com o movimento da medicina social latino-americana que se desenvolvia a partir do campo dos recursos humanos em saúde, com críticas à prática e à formação dos médicos essencialmente focada nas tecnologias e no modelo biomédico (TAJER, 2003; NUNES, 1994) que a indústria norte americana buscava propagar.

Ainda que a conexão do MRSB com a saúde internacional na América Latina tenha que ser melhor investigada, está claro que perspectivas críticas à saúde internacional

expressões a tese do médico sanitaristas Sergio Arouca, defendida na ENSP em 1975, e que reivindicava a ampliação do papel do médico e da saúde na construção de uma sociedade mais justa (AROUCA, 2003).

estavam presentes nas ideias do “grupo da Fiocruz” que desenvolveu e formulou conceitualmente a proposta brasileira de atuação na cooperação internacional em saúde na primeira década dos 2000. Por exemplo, Almeida et al (2010) justificaram a necessidade de uma nova abordagem na cooperação em saúde na saúde global pois os modelos tradicionais de cooperação Norte-Sul historicamente não teriam contribuído muito para a melhora da saúde das populações beneficiadas pelas ações, pois teriam sido baseadas em intervenções tecnológicas, em programas verticais e estiveram sujeitas a pressão das forças neoliberais. Para eles e outros sanitaristas deste grupo (Buss, 2008; Buss e Leal, 2009; Buss e Ferreira, 2010) a cooperação internacional em saúde “tradicional” – dominante na saúde internacional - não teria dado conta de promover as mudanças necessárias pois partia de orientações globais únicas e, em geral, negligenciava o investimento na infraestrutura dos sistemas de saúde, o que era necessário para ampliar a eficiência das ações e para que os países beneficiários deste tipo de ação ampliassem também a autonomia. Essa é também a visão de importantes historiadores da saúde como Randall Packard que parte dessa constatação para estruturar seu livro sobre a história da saúde global como a história das intervenções na vida de outras pessoas (PACKARD, 2016).

Essas críticas estavam na base de meu interesse em vincular história e saúde pública e estimulavam perguntas: Como os encontros entre governantes e técnicos de diferentes países e culturas, as mesas de negociação e os projetos tinham produzido ações e resultados no passado? Como acontecia, na prática, essa “imposição” de objetivos e métodos de doador para o beneficiário? Por que os programas com orientações verticais globais não haviam contribuído para a estruturação dos sistemas de saúde? Eu considerei que a análise histórica era importante.

Conhecer, por exemplo, além do trabalho de Cueto e Palmer, a perspectiva de Palmer sobre o início do trabalho da Fundação Rockefeller na América Latina, de Magalhães (2016) sobre os empreendimentos erradicacionistas nas Américas promovidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) entre 1947 e 1968 que, em certa medida, relativizavam as visões dos sanitaristas engajados que formulavam e implementavam a cooperação brasileira foi inspirador, pois me permitiu pensar que a cooperação internacional em saúde é certamente um empreendimento motivado e condicionado por projetos de poder geopolítico, mas seus legados locais são fruto de adaptações e reconfigurações específicas determinadas por contingências e atores.

Foi importante compreender que estes trabalhos de história, que buscavam compreender os conflitos, tradições locais, o papel dos atores e continuidades e inflexões na cooperação em saúde estavam inspirados por uma metodologia historiográfica que estimula o historiador a buscar a interconexão entre seu objeto de estudos e pessoas, ideias ou movimentos que se localizam em outros espaços; a se perguntar como o conhecimento se transforma na circulação, ou sobre como encontros e situações reconfiguram saberes e relações de poder em situações específicas. A história global busca conexões entre acontecimentos ou processos locais e dinâmicas regionais ou globais, rejeitando a ideia de que o saber é formulado em um lugar e exportado para outro. No que tange à saúde internacional, portanto, essa historiografia vem sendo capaz de revelar meandros da cooperação que relativizam a ideia de difusionismo, e assim contribuem para relativizar as perspectivas críticas defendidas por sanitaristas engajados. Tais alertas metodológicos foram importantes para a conformação do meu olhar, na busca por compreender o nexo nacional-internacional do Brasil na saúde global. Contudo, um limite importante desta pesquisa é que não foi possível considerar a perspectiva dos parceiros da cooperação em saúde na África portuguesa, que foram receptores das ideias brasileiras no campo da cooperação técnica na CPLP, o que acredito que poderia ser tratado em pesquisas futuras.

É interessante notar que o interesse pela história ocorreu também com outros sanitaristas e cientistas políticos que, estimulados pela aproximação contemporânea entre saúde e relações internacionais que havia revigorado a cooperação em saúde, no Brasil e no exterior, também buscaram a história da saúde internacional. Por exemplo, trabalhos como Cueto (2008a; 2008b) ampliaram sua relevância num contexto onde era necessário compreender melhor as relações entre saúde e interesses comerciais e políticos; David Fidler, um importante estudioso da geopolítica da saúde global, em um dos primeiros trabalhos sobre saúde e relações internacionais (2001), recorreu à história para buscar compreender as origens dessa relação e analisou os primeiros cem anos de acordos internacionais sobre questões de saúde na busca de “lições²” que pudessem inspirar os esforços contemporâneos para lidar com a globalização da saúde pública. A menção às primeiras conferências internacionais virou referência mandatória na literatura nacional e internacional sobre saúde e relações internacionais no século XXI, um fenômeno quase cansativo. No Brasil, num esforço mais aprofundado de compreender essa relação, Celia

² O artigo utiliza essa palavra

Almeida, pesquisadora da Fiocruz e uma das principais sanitaristas estudiosas do tema, vem dedicando amplo espaço aos estudos históricos em seus trabalhos. Ela recorreu aos estudos de Lima, Hochman, Cueto, Paiva e Pires Alves sobre a história da OPAS, da saúde internacional no período entre guerras (1919-1939), da formação de recursos humanos na saúde internacional, (para citar apenas alguns exemplos), em busca de elementos que ajudassem a compreender fenômenos contemporâneos. Nesse exercício, Almeida promoveu uma fertilização cruzada de interesses dentro da própria Fiocruz, que ainda guarda espaço para explorações futuras.

Valendo-se desses elementos, o tema da tese é analisado com base em três vertentes pouco exploradas pela historiografia: a história da saúde global, a dimensão internacional de processos e escolhas políticas locais e os vínculos entre história, saúde pública e política externa. Para isso, busquei inicialmente compreender o panorama da saúde global, incluindo os temas e abordagens que estavam em conflito e como sanitaristas brasileiros assumiram e ressignificaram tais ideias criando perspectivas próprias; como essas ideias foram facilitadas ou constrangidas por políticas nacionais e como moldaram a ação de sanitaristas e políticos em espaços da governança da saúde global e de cooperação entre países, no caso a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Nesse processo, definitivamente, o Brasil não foi um receptor passivo de ideias sobre o campo que renascia com novo nome na última década do século XX – ao contrário foi um protagonista na própria conformação do campo, ainda que sua atuação e reflexão sobre os fenômenos em curso tivesse contradições.

As conclusões apontam que os fatores de ascensão, auge e declínio da relação entre saúde e política externa no Brasil derivam do entrelaçamento de contextos internacionais e nacionais. Nos anos de 1990, a saúde global nasceu como produto do avanço da globalização e da tensão entre sua conformação como questão de segurança nacional frente ao possível avanço de epidemias e o enquadramento da saúde como dimensão dos direitos humanos. No Brasil, apesar da política externa não estar necessariamente interessada nesses debates, iniciou-se um processo de ascensão da saúde como parte da política externa, pois o país precisava resolver um problema nacional da implementação do acesso universal a medicamentos. Já na primeira década dos 2000, as aspirações da ONU de construção de uma agenda para o desenvolvimento internacional e de grandes atores filantrópicos em livrar o mundo de doenças ampliaram a importância da saúde, politizando ainda mais o tema, e o Brasil optou por se inserir nos debates como

parte de uma política de governo que buscava maior protagonismo nas relações internacionais e, para isso, formou aliança com sanitaristas progressistas, especialmente o grupo da Fiocruz. Já no início da segunda década, a importância da saúde na agenda internacional entrou em declínio, por fatores geopolíticos e sanitários, e uma crise na política nacional contribuiu para o declínio da importância da saúde na PEB. O desenvolvimento de projetos de cooperação técnica junto aos países africanos lusófonos acompanhou esse processo de ascensão, auge e declínio, em um movimento que foi caracterizado pela construção de discursos, alianças, dificuldades e dissonâncias envolvendo o governo nacional e instituições vinculadas no campo da saúde e das relações exteriores, como a Fiocruz e a Agência Brasileira de Cooperação, que caracterizaram a ação do Brasil como doador de cooperação técnica internacional em saúde no período analisado.

O trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro traça um panorama da saúde internacional e da saúde global delineando as principais agendas e debates nos dois momentos e, com isso, tem dois objetivos principais. O primeiro é contribuir para um debate inconcluso, na história e na saúde pública, sobre o que seria a saúde global. Durante a pesquisa, percebi que era frequente a referência à ideia de que a saúde global necessitava de maior precisão conceitual. Realmente, entre fins do século XX e início do XXI, ocorreu uma transição no uso dos termos sem que houvesse uma perspectiva teórica consolidada e, ao contrário, a atribuição de significados ao termo saúde global fez parte de um processo de disputa de sentidos sobre que ideias e valores propulsionavam aquele novo momento, e “saúde global” passou a ser utilizado para referência a situações diversas. Virou quase um modismo. Na história, tampouco os trabalhos contribuam para essa delimitação, já que reconhecidos historiadores utilizavam o termo saúde global para se referir a épocas diferentes. Minha intenção foi fazer uma contribuição a esta questão delimitando a saúde global como um tempo histórico que se inicia com a globalização contemporânea e é caracterizado por questões específicas provocadas pela intensificação das interações globais, movimentos internacionais e saúde pública, ainda que se possa observar importantes continuidades do período anterior.

O capítulo traz um panorama das principais agendas dos principais atores da saúde internacional e da saúde global, e apresenta o campo como palco de disputas políticas e geopolíticas. Nesse cenário, estavam em conflito abordagens pautadas no uso de tecnologias e baseadas na ideia de que a ciência, “superior” a outras formas de

conhecimento, era capaz de promover populações saudáveis; e outras que compreendiam a saúde como um campo ampliado onde diversos condicionantes, sociais, econômicos, culturais e políticos interagiam para determinar estados de saúde e doença. A crença em uma ou outra abordagem era condicionada por uma maior ou menor aproximação com forças e interesses do mercado ou com posições mais à esquerda ou à direita do espectro político e, de maneira mais ou menos clara a depender do contexto, a saúde foi ao longo do tempo instrumentalizada para ou reflexo da geopolítica. Esse panorama tem um segundo objetivo, que é ajudar a compreender o ambiente internacional em que o Brasil atuou e as origens das ideias que utilizou ao tomar a saúde como um instrumento de sua política externa, que serão objetos dos capítulos posteriores da tese.

Os capítulos seguintes apresentam o comportamento do Brasil na saúde global de forma cronológica, destacando o processo de ascensão e queda da importância da saúde nas relações internacionais brasileiras em três momentos que vão do início da saúde global em meados dos anos de 1990 a meados da segunda década do século XXI, compreendendo um período de 20 anos. Para contar esta história, escolhi como fio condutor as relações do Brasil com a comunidade internacional de países lusófonos (CPLP) e o papel da Fundação Oswaldo Cruz, compreendida como uma instituição do Estado brasileiro que ao mesmo tempo apoiou, executou e formulou ideias com as quais o Brasil se movimentou na saúde global no período. Para esta análise, foi necessário também compreender a dinâmica da política externa brasileira e os contextos internacionais sob os quais ela foi, ao longo do tempo, formulada e desenvolvida, e em que medida influenciaram a cooperação internacional em saúde nos diferentes momentos. A narrativa busca articular os movimentos internacional-nacional-local do Brasil nos primeiros 20 anos da saúde global, sendo que o “local” significa o território onde o país tentou imprimir as ideias que defendia por meio do desenvolvimento de projetos de cooperação técnica e do exercício da diplomacia da saúde.

No que diz respeito à política externa, é importante ressaltar que em alguns momentos utilizei “África” como um lócus único, monolítico, principalmente por grande parte da literatura da política externa fazer o mesmo. Contudo, destaco que abordagens mais recentes, principalmente afirmadas no Brasil após o governo de Lula vem desconstruindo essa ideia de unidade e buscando valorizar a diversidade cultural e política dentro do continente levando em conta as desigualdades sociais e particularidades políticas internas. Neste trabalho, isso foi feito, em alguma medida, quando se buscar

abordar o agrupamento específico da CPLP, cujas origens culturais e linguísticas comuns justificaram a emergência da comunidade, conforme será explicado no capítulo 2.

Uma outra delimitação metodológica necessária diz respeito ao termo cooperação internacional que passou a ser utilizado no período pós Segunda Guerra Mundial como referência ao processo de ajuda norte americana à Europa que, ao mesmo tempo em que financiava a reconstrução da infraestrutura nos países, servia como um meio de disseminação do modelo capitalista de desenvolvimento (PUENTE, 2010; CERVO, 1994). Desde então, dentro ou fora do setor saúde, esse termo é utilizado na literatura para se referir a situações diversas como a ação de um país em outro, o trabalho de organizações intergovernamentais multilaterais, a atuação de organizações filantrópicas nacionais de um país em outro, parcerias entre um país e organizações internacionais, entre outros. Neste caso, optei pela análise em duas linhas: a atuação do Brasil em fóruns internacionais de governança da saúde global onde o país defendeu ideias e construiu discursos, especialmente a OMS e a CPLP, e a negociação e desenvolvimento da cooperação técnica por meio de projetos bilaterais em solo estrangeiro que não dependiam da OMS ou de outra agência multilateral das nações unidas. Para isso, conto o caso da cooperação em saúde entre os países lusófonos, onde, desde o início da saúde global, o Brasil vinha testando modelos de relação. Entretanto, estas duas modalidades se complementam e, principalmente durante do governo de Lula, se conformaram como um projeto único e coerente que foi expandido para a América do Sul e posteriormente para a América Central e o Caribe, especificamente no Haiti.

O segundo capítulo conta os primeiros movimentos do Brasil na saúde global a partir do início do governo de Fernando Henrique Cardoso em 1995. Naquele momento, a saúde global nascia junto com a ampliação da ameaça de disseminação de doenças infecciosas, principalmente a AIDS, uma enfermidade nova e incurável que se espalhou inicialmente entre as classes sociais mais altas e, após, devastou o mundo pobre e mais vulnerável. Era um momento de ápice da hegemonia da globalização contemporânea e de debates sobre os limites éticos desse fenômeno, que envolviam a valorização dos direitos humanos em múltiplas dimensões. O Brasil vivia o desafio de implementação do SUS e essa conjuntura motivou o início de um protagonismo nacional na saúde global. Ao mesmo tempo, nascia a CPLP como um movimento marginal às orientações da Política Externa Brasileira (PEB) no período e o Brasil, por meio da Fiocruz, passou a oferecer cooperação em saúde aos países africanos da comunidade.

O terceiro capítulo aborda o governo de Lula da Silva (2003-2010), quando o Brasil adotou uma postura enfática na política externa para possibilitar que o país ampliasse sua influência no Sul Global, conseguisse um assento permanente no Conselho de Segurança das Nações Unidas e aumentasse sua presença geopolítica mundial. A saúde foi então tomada como um objeto que ajudaria nesses objetivos, e o país assumiu a diplomacia da saúde de maneira que procurou ser coerente com o discurso que instrumentalizou sua política externa e com o sistema de saúde implementado no país. A articulação entre saúde e política externa baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), que já vinha se desenvolvendo com sucesso desde a década anterior, foi tomada como um ativo para a ação geopolítica nacional. Essa conformação motivou o desenvolvimento de ideias, a atuação nos fóruns multilaterais e um conjunto de ações e projetos que pode ser compreendido como um momento singular da cooperação internacional em saúde no Brasil. Neste momento, ocorreu a conformação da UNASUL, um arranjo regional de caráter progressista que foi palco de intensa atuação brasileira na diplomacia da saúde entre os anos de 2008 e 2015. Esta conformação é mencionada neste trabalho, mas os projetos brasileiros neste âmbito não são analisados. A opção por utilizar o espaço da CPLP para compreender como as ideias brasileiras se materializavam no campo se deu pela temporalidade. A CPLP começou a se conformar nos anos de 1990, ao mesmo tempo em que a saúde global, e neste início já se podia notar o papel do Brasil, com participação da Fiocruz, na realização de projetos cujas ideias se tornariam ativos dos discursos brasileiros na década seguinte.

O quarto capítulo aborda os governos de Dilma Rousseff (2011-2015) quando, ao passo que a proposta da política externa não se sustentou, declinou também a busca por protagonismo internacional por meio da saúde e a estratégia de se desenvolver cooperação técnica em solo estrangeiro, um declínio motivado ao mesmo tempo pelo menor interesse internacional em questões de saúde e pelo desmantelamento das políticas e alianças nacionais que sustentavam as posturas brasileiras nas relações internacionais em saúde. A escolha do governo por políticas públicas que usavam a cooperação internacional para resolver um problema do sistema de saúde nacional foi controversa e revelou a fragilidade das políticas desenvolvidas no governo junto à opinião pública e ao congresso nacional. Ao mesmo tempo, houve uma acomodação do sistema de cooperação internacional na CPLP, quando os recursos da Fiocruz e do governo brasileiro começaram a se escassear.

Em todos dos capítulos, a descrição do desenvolvimento de alguns projetos teve o objetivo de explicitar como o modelo de cooperação estruturante se desenvolveu na prática, considerando os atores, as negociações, constrangimentos e dificuldades.

As conclusões apontam para as perspectivas de Birn et al (2011; 2019) e Birn e Muntaner (2019) de que existe, na América Latina, um movimento progressista na medicina e na saúde pública que tenciona perspectivas neoliberais nestes campos e de que a cooperação Sul-Sul em saúde pode ser compreendida como uma forma intencional de oposição a agendas hegemônicas da saúde global e nesse sentido é uma expressão da medicina social latino-americana. Corrobora também com a visão de Assunção (2016) de que o projeto internacionalista em saúde durante a primeira década dos 2000 foi formulado e conduzido por uma comunidade brasileira de especialistas em saúde, e de Esteves et al (2016) de que essa rede de especialistas de saúde tem origem no movimento sanitário brasileiro dos anos de 1970 e 1980. Contudo, ao adotar a perspectiva histórica que aborda o papel dos atores, das instituições e a cronologia, analiso como isso foi possível e o caminho percorrido entre a origem das ideias, o encontro de seu espaço político na PEB e sua materialização em projetos no território. Com isso, argumento que a investida brasileira na cooperação Sul-Sul em saúde com orientação “desenvolvimentista”, conforme perspectiva de Assunção (2016), tem origem em perspectivas críticas próprias do movimento sanitário brasileiro articuladas a concepções de cooperação Sul-Sul que pretendiam a superação da dependência do Norte pelos países do Sul global³.

Sobre as características gerais dessa tese, é importante ressaltar que este é um primeiro trabalho sobre a história da atuação do Brasil nos primeiros 20 anos da saúde global e, por isso, foi preciso, por um lado, buscar explicar os movimentos nacionais e internacionais que impulsionaram a atuação brasileira e, por outro, tentar compreender como esses impulsos e constrangimentos influenciaram o desenvolvimento de projetos e relações no nível local. Contudo, as conclusões apontam duas linhas possíveis de investigação que poderiam ser desenvolvidas no campo da história das ciências e da saúde: uma que visaria compreender a atuação brasileira na saúde global que buscava influir na governança da saúde global por meio da construção alianças e discursos nos

³ É interessante notar que um dos projetos analisados por essa autora é a fábrica de medicamentos em Moçambique e, nesse sentido, a cooperação Sul-Sul brasileira se alinha sim ao pensamento desenvolvimentista em política industrial conduzida pelo Estado, ideia que foi articulada no Brasil e na saúde nos anos 2000 sob a ideia de Complexo Econômico e Industrial da Saúde por Gadelha (2006).

organismos multilaterais; e outra que estaria interessada no desenvolvimento de relações e projetos brasileiros em outros países.

O quadro cronológico de eventos apresentado como anexo deste trabalho foi construído com base na pesquisa documental e teve o objetivo de apresentar uma linha do tempo em que se articularam eventos internacionais, nacionais desenvolvidos governo brasileiro e pela Fiocruz ou que ocorreram na instituição. Foi importante para apresentar um panorama onde se pode visualizar o processo de ascensão e queda da movimentação do país na saúde global, contudo possivelmente está incompleto e outras pesquisas poderão vir a complementá-lo. Outro anexo incluído é o quadro de documentos consultados. Eles dizem respeito à CPLP, foram encontrados nos arquivos pesquisados do CRIS e foram organizados de forma cronológica. Outros documentos encontrados não foram incluídos, por conta das opções de recorte necessárias à conformação da tese.

É importante ressaltar que as missões e iniciativas relatadas neste trabalho não representam o total de atividades que ocorreram no período, mas foram selecionadas de acordo com a documentação disponível e com os objetivos da pesquisa. Os projetos mencionados na cooperação com a CPLP não refletem o universo de ações desenvolvidas pela Fiocruz neste espaço, já que o estudo não tinha como objetivo fazer um inventário das ações, e sim selecionar algumas atividades que exemplificassem a aplicação do conceito de cooperação Sul-Sul estruturante. Por outro lado, a Fiocruz também não foi responsável pela totalidade de projetos brasileiros em saúde desenvolvidos na CPLP, mas foi certamente o ator mais relevante.

Outras atividades e projetos poderiam ter sido utilizados para ilustrar o trabalho, notadamente os desenvolvidos pela Escola Politécnica em Saúde da Fiocruz (EPSJV) e outros, que não estão aqui descritos. Outra ressalva importante sobre a cooperação internacional do Brasil desenvolvida pela Fiocruz é sobre o trabalho da Rede de Bancos de Leite Humano coordenada pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Este programa, cujo objetivo é apoiar a amamentação e coletar, processar e distribuir leite humano a bebês prematuros e de baixo peso, é possivelmente o mais internacionalizado e de maior sucesso da Fiocruz e do Ministério da Saúde na cooperação internacional em saúde, além de ser, principalmente, um bonito exemplo de como o SUS pode contribuir para o triste problema da mortalidade infantil em países pobres.

Para finalizar essa introdução, acrescento que em uma publicação na sessão de comentário do The Lancet, Hommes e colegas destacaram que “*o objetivo de descolonizar a saúde global é refletir criticamente sobre sua história, identificar hierarquias e concepções culturalmente eurocêntricas e superar as desigualdades globais que tais estruturas perpetuam*” (Hommes et al, 2021. P.897). Os autores estão preocupados com a terminologia comumente utilizada no ensino e na pesquisa em saúde global, em inglês e carregada de estigmas perpetuados desde o advento da medicina tropical em fins do século XIX. Em outra parte do texto, afirmam: “*A saúde global carrega o peso da história e usa uma gama de termos enraizados em contextos de dominação, dependência e subordinação históricas*”. A preocupação dos pesquisadores da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres é tardia, mas muito pertinente e reafirma a importância do exame da história para que se possa construir uma saúde global mais justa e democrática, objetivos com os quais espero que este trabalho possa de alguma forma contribuir.

Capítulo 1: **Saúde global: novas agendas, antigos dilemas**

O objetivo deste capítulo é apresentar um panorama histórico da saúde internacional e da saúde global, com o intuito de buscar continuidades e rupturas que caracterizem a emergência da saúde global.

A saúde internacional, em termos institucionais, surgiu com os primeiros acordos e instituições na virada do século XIX para o XX, com o objetivo de estabelecer padrões de vigilância epidemiológica que não atrapalhassem o comércio internacional. A proposta teve impulso depois da segunda guerra mundial quando se criou a OMS como uma agência multilateral especializada das nações unidas. Nos anos noventa, muitas escolas de saúde pública, agências internacionais e governos substituíram o termo “saúde internacional” pelo conceito de “saúde global”, e uma hegemonia do termo saúde global se impulsionou na virada do século XXI. Segundo seus defensores, a saúde global transcenderia os acordos intergovernamentais e bilaterais e ofereceria uma resposta aos aspectos negativos da globalização, como a circulação transnacional de doenças e a poluição ambiental global. A crescente popularidade da “saúde global” foi acompanhada pelo surgimento de novos atores privados, como a Fundação Bill & Melinda Gates e ONGS internacionais. Essas organizações passaram a competir pela liderança da governança da saúde global com órgãos intergovernamentais tradicionais como a OMS.

A hipótese que permeou o capítulo foi a continuidade na saúde internacional e na saúde global de duas abordagens principais sobre a saúde, uma mais tecnocrática e outra mais social e progressista. Essas duas perspectivas orientaram a atuação de governos, organismos multilaterais, agências bilaterais e privadas dedicadas ao desenvolvimento internacional, fundações filantrópicas e outros atores e evidenciaram a saúde como um campo eivado pela disputa política (PACKARD, 2016; CUETO, 2018). Isso significou que a transição entre a saúde internacional e a saúde global, que foi impulsionada nos anos oitenta com as respostas à emergência da AIDS e se consolidou nos anos de 1990, tem também conotação política.

Na primeira seção do capítulo, apresento um breve panorama da saúde internacional com foco no papel das instituições e em projetos desenvolvidos, o que contribui para a análise sobre a transição entre saúde internacional e global e a definição das características e agendas de cada momento. Após, apresento as origens da saúde global considerando os principais atores e debates que emergiram, o que caracteriza o contexto

no qual ocorreram as elaborações e ações brasileiras que serão estudados nos próximos capítulos da tese. Na terceira seção apresento a visão social e progressista da saúde global, perspectiva que o Brasil utilizou para participar da saúde global, e uma proposta teórica que será utilizada para compreender esta atuação brasileira.

1.1 Características da Saúde internacional

A história da saúde internacional pode ser compreendida por tensões entre duas visões sobre como lidar com os problemas da saúde pública que foram adotadas em contextos históricos específicos pelos diversos atores (CUETO, 2018). A perspectiva biomédica enfocava a importância dos aspectos físicos e individuais na determinação do processo saúde/doença e a preponderância das tecnologias médicas no combate às mesmas, e historicamente foi um veículo da relação da saúde pública com o crescimento econômico. A perspectiva social enfatizava que a ocorrência de doenças estaria diretamente relacionada a situações de moradia, trabalho, renda, escolaridade, alimentação e outros aspectos sociais e, portanto, o enfrentamento de problemas sanitários passaria necessariamente pelo enfrentamento dessas questões, assumindo um olhar mais holístico e politizado sobre essa relação. As duas perspectivas foram importantes desde que a saúde internacional se institucionalizou nas últimas décadas do século XIX, quando se assinaram os primeiros acordos sanitários internacionais para uniformizar políticas de quarentenas e medidas de controle, como fruto de uma série de conferências sanitárias internacionais que os países europeus vinham realizando desde 1851.

Nos primórdios do século XX, a Europa experimentava um processo de desenvolvimento científico, comercial e industrial que afetou o resto do mundo. A investida imperialista dos principais países europeus em busca de matéria prima e mão de obra e, em menor medida, de mercados, estava reconfigurando as relações internacionais e originando um mundo dividido entre “adiantados e atrasados” (HOBSBAWN, 1998), o que impulsionou um processo internacionalização da medicina, das ciências e da saúde pública que reconfigurou sociedades de muitos países do sul global. Embarcações modernas movidas à vapor, proliferação de ferrovias, popularização do telégrafo elétrico, urbanização e grandes migrações de trabalhadores europeus para diversas partes do mundo impulsionaram a emergência de uma economia internacionalizada. Junto com pessoas e mercadorias transitavam patógenos que ocasionavam pandemias e as políticas de quarentena e outras regras sanitárias, muitas vezes difusas ou ditadas por interesses comerciais ou políticos diversos, se tornaram um empecilho a este desenvolvimento

mercantilista (HARRISON, 2006; 2015). As rotas dessa nova economia internacional disseminavam também a medicina ocidental de base biomédica que, em diferentes localidades, se misturava com saberes locais. Essa mixagem de práticas contribuiu para legitimar o saber ocidental que era estruturado em torno da higiene e abundante em prescrições para a vida das pessoas. Ao longo das primeiras décadas do século XX, a medicina ocidental foi se legitimando como uma ciência do progresso e da civilização e se desenvolveram novas disciplinas como a medicina tropical, a bacteriologia e a higiene (THOLMES, 1990; HARRISON, 2015).

Os esforços por compreender as determinações do processo saúde-doença e por unificar parâmetros para controlar as epidemias de cólera, peste, febre amarela e outras doenças que, na virada do século XX, causavam grandes prejuízos ao comércio internacional estimularam a organização de várias conferências e assinatura de acordos, um processo que deu origem à saúde internacional (ROEMER, 1993; BIRN, 2009; HARRISON, 2006; 2015). Nessas conferências, buscava-se encontrar medidas de quarentenas e controle que fossem de consenso não somente entre os governos dos países, mas também entre as elites médicas, políticas e diplomáticas, que deveriam impor sua hegemonia mundial em diferentes localidades (HARRISON, 2015), e se esperava que os países em desenvolvimento implementassem a medicina e saúde pública ocidental para a proteção da exportação de matérias primas cruciais para o comércio mundial produzidas nos países do Norte.

As conferências internacionais deram origem a instituições permanentes que agregavam dados epidemiológicos, disseminavam informação de surtos epidêmicos, buscavam consensos e desenvolviam orientações e regulamentos sobre as diferentes epidemias. A primeira instituição com essa função foi criada em 1902 nos EUA, batizada Repartição Sanitária Internacional (atualmente a Organização Panamericana da Saúde - OPAS). O embrião do que viria a ser a Organização Panamericana da Saúde OPAS (que teve esse nome a partir de 1959) nasceu como um comitê formado por sete sanitaristas de cinco diferentes países das Américas que monitoravam as condições dos portos da região e publicavam recomendações, e até os anos de 1920 funcionou com a estrutura administrativa do Serviço de Saúde Pública do governo dos EUA. A estruturação e o desenvolvimento da primeira organização intergovernamental de saúde se deram também em torno de uma série de conferências sanitárias que reuniam as repúblicas americanas e onde se discutiam os achados científicos e os meios e acordos para evitar a disseminação

de doenças. Desde os primeiros anos, a Repartição Sanitária representou a expressão do panamericanismo que vinha se consolidando desde meados do século XIX com o impulso da Doutrina Monroe⁴ (HOWARD-JONES, 1981).

O Escritório Internacional de Higiene Pública (tradução para Office International d'Hygiene Publique - OIHP) foi criado em Paris em 1907 e funcionava como agência de vigilância epidemiológica, sem um claro mandato para apoiar ou reformar as estruturas administrativas dos países (CUETO, BROWN e FEE, 2019). A Organização de Saúde da Liga das Nações (OSLN) nasceu após a I guerra mundial, em 1923, como parte da Liga e da esperança de que seria garantida a paz mundial com a instituição de um árbitro para os conflitos sociais. Embora o presidente dos Estados Unidos, Woodrow Wilson, fosse um ardoroso defensor do projeto da Liga, o congresso daquele país desistiu de fazer parte dela por causa de sua política externa isolacionista. No entanto, a fraqueza da Liga não ocorreu apenas por causa dos Estados Unidos. Nas décadas de 1920 e 1930, muitos países da Europa ocidental e oriental eram governados por regimes autoritários, para os quais a paz e os acordos de cooperação intergovernamentais não tinham valor. Alemanha, Japão, Itália e URSS participaram apenas esporadicamente da liga, acabando por desistir. Apesar disso, a OSLN foi importante para o desenvolvimento das ideias que combinavam a reforma social e saúde pública.

Sob a direção do médico polonês Ludwick Rajchman, a OSLN foi uma defensora da visão social e holística da saúde mencionada no parágrafo inicial desta seção e que muitas vezes foi chamada medicina social⁵. Em sua trajetória, essa organização afirmou a

⁴ O Pan-americanismo do final do século XIX e início do século XX se organizou em torno da ideia “unidade americana” sob a hegemonia dos EUA e pregava a cooperação regional nas Américas como um meio de promover um desenvolvimento conjunto aproveitando os benefícios do comércio e do desenvolvimento tecnológico. Afirmava o caráter livre e soberano das nações região, mas servia como outro meio de afirmação da influência norte americana. Essa ideia adquiriu contornos específicos em diferentes momentos do século XX (Cueto, 2008).

⁵ A medicina social nasceu em meados do século XIX a partir do esforço por se compreender como e porque se disseminavam doenças entre os aglomerados humanos que viviam em condições miseráveis nas cidades europeias. Sanitaristas europeus como Luis René Villermé, John Snow e Rudolf Virchow estudaram as relações entre a estrutura social, questões ambientais, situação do saneamento e a incidência de doenças e de mortalidade e seus achados estimularam avanços das sociedades modernas, como o saneamento, a pavimentação de estradas e calçadas, a coleta de lixo, o encanamento do esgoto e da água, a filtragem da água distribuída, a construção de parques e a disciplinarização da vida das pessoas em torno da ideia da higiene (Porter, 1999; Nash, 2014). A medicina social se conformou como movimento político na Europa nos anos de 1920, como uma reação de grupos de médicos à multiplicidade de pesquisas biomédicas e ao exagero na confiança nesta abordagem (Cueto, 2015; Packard, 2016) e se desenvolveu ao longo do século XX com diferentes agendas. O nascimento da medicina biomédica está relacionado a revolução bacteriológica que ocorreu nas duas últimas décadas do século XIX com as descobertas de Pasteur e de Koch de que microrganismos eram responsáveis pela ocorrência de doenças. A partir de então foi possível pensar que as doenças podiam ser curadas com o diagnóstico e a administração terapêutica corretos e a

importância da atenção aos aspectos sociais da saúde, realizando estudos que incluíam temas como nutrição, educação física e estruturação de serviços em áreas rurais. Em diferentes momentos, criou comitês mistos com outras organizações internacionais e agências da Liga das Nações, exercendo a interdisciplinaridade para compreender a saúde e promover reformas sanitárias em alguns países. Ativa no mesmo momento que a Fundação Rockefeller (FR), norte americana, mas com orçamento infinitamente inferior, muitas vezes suas visões contrastavam com a poderosa instituição, que chegou a proporcionar ajuda financeira à OSLN (BORROWY, 2011). A Rockefeller foi uma instituição privada que se consolidou, a partir dos anos de 1920, como a agência de saúde internacional mais influente e de mais ampla atuação geográfica da primeira metade do século XX (BIRN, 2014; PALMER, 2016).

Diferente dessas instituições que reuniam governos e especialistas, a FR nasceu do empreendimento filantrópico do magnata do setor de petróleo John D. Rockefeller e de seu otimismo com relação à possibilidade de erradicação de doenças com técnicas médicas modernas. Com a criação de sua Comissão Internacional em 1918, a Fundação passou a realizar programas diretamente em outros países com o objetivo de combater doenças em regiões tropicais das américas, ideia que surgiu após uma investida bem-sucedida contra a ancilostomíase no Sul do Estados Unidos. A crença da Fundação em tecnologias médicas é amplamente discutida na literatura. Alguns autores entendem que as ações da Rockefeller, baseadas principalmente na distribuição de medicamentos e pesticidas para o combate a ancilostomíase, malária e febre amarela e no fomento à educação em saúde, seriam uma expressão da dominação norte americana na região, com uma atuação autoritária que ignorava especificidades das necessidades locais (BROWN, 1976; LABRA, 1985). Esses estudos apontam que suas ações eram baseadas em intervenções verticais, orientadas pragmaticamente para a obtenção de resultados mensuráveis que pudessem ser propagados como casos de sucesso e priorizavam doenças que impactavam a produtividade dos trabalhadores, com pouca participação comunitária e servindo a interesses capitalistas.

ciência objetiva, feita no laboratório, passou a direcionar o saber médico. A ampla disseminação dessa abordagem foi impulsionada pelo relatório elaborado por Abraham Flexner a convite da Fundação Carnegie dos EUA. Publicado em 1910, o estudo é fruto de visitas realizadas a 155 escolas médicas dos EUA e Canadá que objetivaram avaliar seus programas de ensino. A conclusão foi que era precário e que deveria ser reformulado de modo a se tornar centrado na universidade e no hospital, com critérios rígidos de ingresso e estruturado sob sólida base científica. Com a reforma, a biomedicina se legitimou, o ensino da medicina se elitizou, e a indústria farmacêutica encontrou solo fértil para seu desenvolvimento (Pagliosa e Da Roz 2008).

Apesar da FR ter sido o grande propagador da visão da etiologia biológica da doença como orientadora dos programas de saúde internacional e da crença em “pílulas mágicas” no século XX, alguns historiadores (PALMER, 2006; 2016; BIRN 2014) destacam que sua atuação foi flexível. Revelam que em diferentes momentos a Fundação financiou estudos e projetos formulados por atores alinhados à esquerda do espectro político preocupados com questões sociais e até críticos da hegemonia do paradigma biomédico tecnológico. Em programas de higiene rural na China, por exemplo, a atuação da FR teve características claramente progressistas que incluíam esforços por promover a reforma agrária. No México, a Fundação construiu unidades de saúde que reuniam atividades diversas em parceria com autoridades locais (BIRN, 2006). Estas e outras iniciativas baseadas em perspectivas sociais na Indonésia e nas colônias britânicas descritas por Packard (2016) são exemplos de como a abordagem social da medicina foi utilizada em ações de saúde internacional antes da Segunda Guerra Mundial. Sob a perspectiva da construção das relações com os atores locais, Palmer (2006) conta que na Guiana Britânica os técnicos da Rockefeller se aproximaram de um agente religioso local que se dedicava à educação e, por seu intermédio, conheceram uma coletânea de contos muito popular entre os imigrantes hindus, então desenvolveram uma estória com linguagem similar que discorria sobre o modo de contágio e consequências da ancilostomíase. Seus esforços na educação em saúde para o combate à doença encontraram, então, diálogo com a cultura local. Em outro trabalho, Palmer (2016) revelou as concessões e adaptações dos projetos da saúde internacional às dinâmicas políticas, culturais e sociais locais, no Brasil e em outros países. Fazendo uma interessante alusão à doença tropical a partir da qual estrutura seu estudo, este autor pensa a Fundação Rockefeller como um parasito e os países nos quais ela atuou como hospedeiros, cujas comunidades científicas e estruturas nacionais, ainda que incipientes, produziram as condições essenciais para que a Fundação pudesse se desenvolver.

Apesar da trajetória cheia de particularidades, a FR deixou como legado o apoio popular e político à presença de intervenções sanitárias que priorizassem a tecnologia (BIRN e RITCHER, 2018) e, no campo cooperação internacional, a prática da definição de prioridades pelo agente doador e a crença em consensos de redes de especialistas internacionais para a definição de prioridades nos países em desenvolvimento, com pouca atenção ao saber local (BIRN, 2014).

Uma instituição intergovernamental com verdadeira abrangência e legitimidade internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS), foi criada em 1948 como parte do sistema de agências especializadas de Nações Unidas. Formulada no clima amigável que sucedeu a vitória dos aliados em 1945, sua Constituição apontou para uma visão ampla da saúde que remetia às ideias da medicina social, entendida como condição de bem-estar físico e mental e não somente a ausência de doenças. Apesar disso, a partir da década de 1950 a OMS adotou a ideia da erradicação de doenças com o uso de tecnologias médicas como orientadora de suas ações (CUETO, BROWN e FEE 2019). Essa orientação estava alinhada com o pensamento da Rockefeller, que extinguiria sua divisão de saúde internacional em 1951 (FARLEY, 2004; BIRN, 2014).

De qualquer modo os debates sobre a relação entre saúde internacional e progresso pairavam então em torno do que Farley (2004) definiu com a metáfora de um pêndulo, onde de um lado estava a crença de que era necessário erradicar doenças para que se criasse uma população saudável apta a promover o desenvolvimento e, de outro, a de que era necessário, antes, investir no desenvolvimento social e econômico para que se construíssem populações livres de doenças. Esses discursos eram assumidos em locais diferentes e de maneiras distintas por sanitaristas, governantes e dirigentes de organizações internacionais identificados com ideias mais capitalistas ou mais socialistas.

A adoção pela OMS da agenda da erradicação está associada à crença na tecnologia como um instrumento capaz de transformar o mundo e promover desenvolvimento (PACKARD, 1997). As campanhas verticais, geralmente feitas com a influência dos Estados Unidos no período de rivalidade com a União Soviética conhecido como a Guerra Fria, funcionaram então como um meio para se combater doenças e ao mesmo tempo o comunismo e pretendiam disseminar a noção de que era possível um mundo saudável sem que fossem feitos investimentos importantes nas condições econômicas, políticas e sociais das populações, ou sem a criação de sistemas de saúde baseados no bem-estar social, conforme os criados na Europa depois da segunda guerra (CUETO, 2008). Cueto aponta três razões da influente política exterior dos Estados Unidos para que a erradicação fosse assumida pela OMS como sua principal diretriz. Primeiro, a necessidade de proteger as fronteiras norte americanas contra epidemias e de garantir a saúde de cidadãos estadunidenses que moravam fora do país; em segundo, a busca por mercados para produtos, remédios e insumos médicos norte-americanos; e terceiro, a busca

pela hegemonia política e cultural norte americanas no contexto da Guerra Fria. Entre as principais campanhas de erradicação esteve da malária (CUETO, 2007).

O combate à malária usando o DDT foi a principal agenda da OMS nos anos de 1950. O otimismo com relação ao papel da tecnologia foi o consenso de que a malária era uma doença que atrapalhava o desenvolvimento (já que o plasmódio causava prostração e incapacitava para o trabalho no campo). O Programa de Erradicação da Malária (PEM) foi aprovado pela OMS em 1955. O DDT, que combatia o mosquito adulto *Anopheles*, vetor da malária, foi tomado como a principal arma do programa. O então Diretor Geral da OMS era o médico brasileiro Marcolino Candau, carismático defensor dessas ideias e um entusiasta da erradicação (PACKARD, 2016; CUETO, BROWN E FEE, 2019).

O PEM se pautava basicamente na aplicação do DDT nos domicílios e na distribuição de pirimetamina e cloroquina para tratamento dos doentes. Era desenvolvido a partir de um modelo que previa convênios com governos nacionais para a criação de serviços nacionais de malária, geralmente como uma estrutura paralela aos serviços sanitários do país e com financiamento próprio. Contava com uma série de protocolos – desenvolvidos em Genebra – sobre as diferentes fases de execução, que incluíam como aplicar o DDT, periodicidades, papel da vigilância, entre outras prescrições que os agentes de campo deveriam seguir com rigor. Mas, apesar das criteriosas diretrizes, a realidade que os agentes encontraram no território foi diferente do que estava previsto nesses protocolos. Especificidades culturais, religiosas, habitacionais, ambientais, entre outras, tornavam difícil o cumprimento das normas, que não previam, por exemplo, a incorporação dos saberes dos malariologistas locais acumulados por anos. Ao mesmo tempo, os agentes de campo eram desencorajados a inovar e tendiam a enxergar a resistência das populações locais como ignorância e como um empecilho ao sucesso da empreitada. Os aplicadores do spray eram treinados para realizar o trabalho com disciplina militar, mas não para interagir com pessoas e culturas. A última fase da Campanha exigia um sistema de vigilância implementado e funcionando, o que não era uma realidade em localidades sem estrutura de serviços de atenção primária. Além disso, a resistência de espécies do *Anopheles* - vetores da doença - ao DDT se confirmava, ao mesmo tempo em que o uso deste e de outros pesticidas causavam um desequilíbrio ambiental que afetava populações rurais altamente suscetíveis aos sistemas naturais. À medida que o programa se desenvolvia, aparecia uma série de problemas que evidenciavam a necessidade da existência de infraestrutura

econômica e social e de sistemas de saúde locais como componente chave para o sucesso, o que não fazia parte dos protocolos (PACKARD, 1997; 2016).

Os esforços por erradicar a malária do mundo duraram quatorze anos e lograram livrar da doença de 26 dos 50 países que haviam ingressado no programa, mas a meta da erradicação não foi cumprida. Os países que tiveram sucesso foram, em geral, aqueles que flexibilizaram as rígidas diretrizes da OMS, adaptaram os protocolos às suas realidades locais e conseguiram integrar o Programa Global com sistemas de vigilância implementados no território e integrados aos serviços de saúde. Apesar de o PEM não ter alcançado seu principal objetivo, é importante ressaltar que um dos seus legados foi a contribuição para ampliação da conscientização sobre a importância da saúde pública em diversas regiões do mundo, assim como o treinamento de muitos profissionais de saúde (PACKARD, 1997; 2016; CUETO, BROWN e FEE, 2019).

Outra estratégia adotada pela OMS em fins dos anos de 1950 foi a erradicação da varíola, uma proposta apresentada à organização pela URSS. A segunda ambiciosa meta de erradicação foi adotada na AMS de 1959 com o aval de Candau, que guardava também receios quanto a factibilidade do projeto, pois era necessária uma enorme estrutura de recursos humanos para vacinar a população inteira, incluindo grupos que viviam em áreas remotas, e havia o desafio logístico de distribuição da vacina. Iniciada em 1959, a campanha só foi impulsionada em 1967 quando os Estados Unidos forneceram recursos humanos e financeiros para o programa. Apesar do entendimento mais geral da importância do apoio dos EUA na campanha, Battacharya e Campani (2020) revelam aspectos importantes das negociações entre a OMS, seus escritórios regionais e governos locais e o desenvolvimento de uma estrutura operacional e cultura organizacional de produção e análise de dados epidemiológicos dentro do Programa de Erradicação da Varíola (PEV) no período anterior à investida do Centro de Controle de Doenças e Prevenção do governo norte americano (CDC) na África ocidental que foram importantes para o sucesso dos anos seguintes.

Um esforço decisivo veio em meados da década de 1960, quando a OMS decidiu embarcar em um programa "intensificado" contra a varíola, que foi liderado pelo americano Donald Henderson, funcionário dos centros de controle e prevenção de doenças, ou CDC de Atlanta, que na prática se tornou parceiro da OMS neste programa. O Programa de Combate à Varíola promovido pelo CDC e pela OMS levou à formação de um serviço especial na agência multilateral chefiado pelo próprio Henderson. Entre as técnicas

inovadoras desenvolvidas na campanha esteve a utilização de uma pistola elétrica para aplicar a vacinação, a agulha bifurcada (que continha a quantidade exata que deveria ser inoculada) e sistemas de refrigeração de vacinas para que ela mantivesse sua potência estável sob todas as condições climáticas. Além disso a avaliação ou vigilância epidemiológica tornou-se uma das principais tarefas. Durante a campanha, os agentes de saúde perceberam que não era eficaz nem fazia sentido tentar vacinar todos os habitantes de um país, mas apenas aqueles que viviam em regiões endêmicas dessa doença e todos os seus parentes, amigos e contatos de pessoas que foram infectadas com o vírus

O programa contra a varíola é considerado o mais importante caso de sucesso da saúde internacional (BIRN, 2009) e seu objetivo foi alcançado em 1980. Esse resultado é especialmente creditado ao seu modelo de desenvolvimento que privilegiou a flexibilidade e apropriação dos governos nacionais e culturas locais. Obviamente, um programa global apresentou características diferentes nos muitos espaços onde foi desenvolvido e deve ser compreendido não como uma história uniforme, mas como um conjunto delas. Apesar disso, em linhas gerais, no caso do PEV, além da mobilização de recursos e de pessoal internacional, os dirigentes da OMS tiveram um papel ativo na mobilização para a campanha e foram sensíveis ao compatibilizar as realidades políticas e infraestruturas de saúde locais com os recursos da Organização, em estreita articulação governos nacionais e com seus escritórios regionais. Na maioria dos casos, a implementação da vacinação foi realizada em diálogo com líderes comunitários e religiosos, abertura para modificações em prazos e modelos de execução e evitando o uso de imposição ou força, ao contrário, optando por estratégias inovadoras de comunicação e negociação (BATTACHARYA, 2010; PACKARD, 2016). A experiência de campo evidenciou a importância do estudo de hábitos e costumes das populações alvo e do investimento em processos cuidadosos de negociação e adaptação que acabaram por resultar num ambiente onde o fluxo de ideias era multidirecional. Desta forma, o sucesso do PEV pode ser entendido não como uma conquista exclusiva da OMS, mas de uma série de atores e processos que fizeram diferença nos níveis internacional, nacional e local (BATTACHAYA, 2010; 2020).

Sob a ótica geopolítica, o PEV é considerado um símbolo da Detente, que representava o processo de amenização das tensões entre as duas superpotências em plena Guerra Fria que ocorreu a partir de meados dos anos de 1960. Mostrou que era possível a cooperação entre os dois polos da disputa em matéria de saúde internacional (CUETO, BROWN e FEE, 2019). Durante os anos de 1960, OMS dirigiu também outras campanhas

de erradicação e doenças, como a boubã e o sarampo, sendo que a única que logrou sucesso efetivo foi a da varíola. De uma maneira geral, essas iniciativas eram suportadas pela crença na primazia da ciência biomédica ao mesmo tempo em que serviam de lócus para a disseminação dessa noção.

Os resultados das campanhas de erradicação ampliaram o espaço para o debate sobre o papel dos serviços de saúde na OMS. Por outra iniciativa da URSS, em 1970, a OMS aprovou uma resolução sobre “Princípios Básicos para o Desenvolvimento de Serviços de Saúde”. O país defendia um sistema de saúde público e de base comunitária e adotou uma postura assertiva em busca de destaque nos debates sobre o tema no interior da OMS. Nos anos seguintes, alguns estudos sobre a organização dos serviços de saúde foram realizados pela UNICEF (sigla em inglês para Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância), e surgiu o interesse na Atenção Primária em Saúde (APS). A China havia retornado à OMS em 1973 e sua experiência com os “médicos de pés descalços”, que pareciam estar mudando a realidade de populações rurais do país, gerava interesse principalmente de países em desenvolvimento (LITISIOS, 2002; BROWN ET AL, 2006). Em 1976, a OMS aprovou a realização de uma conferência sobre os Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata, Cazaquistão, uma das repúblicas que compunham a URSS. A decisão representava uma vitória dos soviéticos em parceria com alguns países em desenvolvimento e o UNICEF. Na ocasião, o Diretor Geral da OMS era Halfdan Mahler, dinamarquês, que liderou a Organização entre 1973 e 1998. Mahler é tido como um visionário, que, ao contrário de Candau, seu antecessor, defendia uma visão intersectorial e multidimensional da saúde e guardava restrições quanto ao entendimento soviético da APS por considerá-lo excessivamente autoritário, medicalizado e centralizador (LITISIOS, 2002).

A conferência aconteceu em 1978 organizada pela OMS em conjunto com o Unicef. Seu documento final afirmou os preceitos que haviam constituído a OMS e a ideia de que a saúde era um produto do desenvolvimento econômico e social, ressaltou as perspectivas de intersectorialidade defendidas por Mahler, rechaçou a elitização da medicina, recomendou a adoção de “tecnologias apropriadas” e propôs uma reforma dos sistemas de saúde que partisse das realidades locais com ativa participação comunitária. Enfatizou o acesso equitativo aos serviços de saúde, o papel da educação em saúde, a atenção integral ao paciente e o papel dos sanitaristas como agentes de mudança social (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978). A incorporação dessa agenda na principal

organização internacional de saúde representava uma vitória para os sanitaristas progressistas.

Entretanto, a reunião em Alma Ata foi sucedida por um contra movimento iniciado em 1979 em uma reunião promovida pela Fundação Rockefeller em Bellagio, Itália, com a participação de atores influentes da saúde internacional, incluindo o então presidente do Banco Mundial Robert MacNamara. Nesse encontro foi apresentada uma proposta alternativa à APS, a Atenção Primária Seletiva de Saúde que reduzia a perspectiva integral da APS a um conjunto de intervenções custo-efetivas destinadas a combater doenças específicas (CUETO, 2004). Nos anos de 1980, a perspectiva tecnocrática da saúde voltaria a prevalecer.

Ao longo dos anos de 1970, o Banco Mundial vinha se conformando como uma agência de promoção do desenvolvimento no “terceiro mundo”⁶ e construiu um modelo político e ideológico para o combate à pobreza. A ideia propunha adotar uma visão pragmática e focar na diminuição da pobreza extrema redistribuindo parte dos dividendos do crescimento e assim aumentar a “produtividade dos pobres” com políticas segmentadas sem modificar desigualdades estruturais. A formulação do enfoque orientado à pobreza foi respaldada então por uma série de publicações e um esquema de produção de conhecimento que lhe davam sustentação teórica. Essa estrutura logrou imprimir a questão da pobreza como agenda da economia internacional, mas críticas acadêmicas às formulações do Banco associadas a um contexto de crise interna dos EUA fruto da derrota no Vietnã não permitiram que inicialmente as ideias ganhassem um espaço hegemônico nas ações concretas do Banco (PEREIRA, 2010; 2016).

Na década seguinte, o Banco Mundial criou uma modalidade de empréstimos orientado para políticas e não para projetos. Tinha como objetivo financiar o déficit no balanço de pagamentos de países altamente endividados pela crise do petróleo que havia ocorrido na década de 1970 e, por tabela, garantir a capacidade de pagamento dos serviços dessas dívidas externas. A concessão dos empréstimos exigia como contrapartida uma reforma macroeconômica neoliberal com cortes na estrutura do Estado, especialmente em políticas sociais, cujos custos foram considerados incompatíveis com o progresso

⁶ Terceiro mundo foi um termo cunhado pelo economista francês Alfred Sauvy em 1952 para se referir a nações subdesenvolvidas na África, Ásia e América Latina. Apesar de não ser essa ideia original do autor, o termo se popularizou no contexto da Guerra Fria quando se disseminou a ideia de que o “primeiro mundo” eram os países capitalistas industrializados e o “segundo mundo” os países socialistas. O movimento dos países não alinhados adotou o termo “terceiro mundo” e ajudou a disseminar a ideia. Essa denominação caiu em desuso após o fim da Guerra Fria.

econômico. Essas prescrições conformavam um pensamento que era impulsionado pela conjuntura política que emergia junto com a ascensão de influentes líderes conversadores nos EUA e Inglaterra. Com essa orientação, o Banco deixava de priorizar o combate à pobreza, uma bandeira desgastada politicamente naquele momento, mas encontrava meios para promover a desvinculação de políticas sociais da responsabilidade do Estado (PEREIRA, 2010; 2016). Para o Banco, os serviços públicos de saúde eram caros e ineficientes, e sua provisão deveria ficar somente a cargo ou em parceria com o setor privado, de ONGs ou associações locais. A relação custo-benefício e a perspectiva assistencialista conformaram uma concepção da organização da saúde que foi propagada pelo Banco e adotada em diversos países colocando-o numa posição de disputa de hegemonia no setor com a OMS (BROWN, CUETO e FEE, 2006). Os ajustes estruturais, como ficaram conhecidas essas políticas, desmantelaram estruturas públicas e impulsionaram a crise de uma economia política voltada ao bem-estar social (PEREIRA, 2010; 2016).

1.2 – Origens e primeiros anos da saúde global

A partir das duas últimas décadas do século XX o termo saúde global começou a aparecer na literatura acadêmica e em documentos de organismos internacionais em substituição a saúde internacional (BROWN, CUETO e FEE, 2006). Apesar da ampla aceitação da ideia e da adoção do termo ‘saúde global’, sua fundamentação conceitual não é precisa, suscitando questionamentos entre historiadores e sanitaristas que buscam compreender continuidades e rupturas com o que antes se chamava saúde internacional. Alguns grupos inclusive associavam sua emergência a um processo independente das políticas neoliberais do Banco Mundial nos anos oitenta (BIRN, 2009; CUETO, 2015; BIRN, 2011; ALMEIDA, HAINES e CAMPOS, 2008; FORTES e RIBEIRO, 2014; FRANCO-GIRALDO e ÁLVAREZ-DARDET, 2009; KOPLAN ET AL 2009; LABONTÉ, 2018).

Essa falta de precisão ocasiona que historiadores localizaram a emergência da saúde global em momentos históricos distintos. Palmer (2016) considera que a “gênese” da saúde global teria se dado em 1918, quando a Fundação Rockefeller inaugurou a Divisão de Saúde Internacional que se dedicou a combater doenças e a promover a educação em saúde pública com um modelo similar em diversos países da América Central. Packard (2016) entende que a saúde global, em essência, representa os esforços para melhorar a saúde de populações carentes, uma atividade que remonta ao século XIX

com a emergência da medicina tropical, mas reconhece, em outra parte de seu livro, que a saúde global nasceu nos anos de 1980 quando a epidemia de AIDS se tornou um problema mundial. Brown, Cueto e Fee (2006), focalizando a trajetória da Organização Mundial da Saúde (OMS) e sua relação com contextos históricos mais amplos, localizam a emergência da saúde global nos anos de 1990 quando o termo passou a aparecer em relatórios da OMS e de outras instituições, relacionado aos novos atores na saúde como o Banco Mundial, a ideias como a questão ambiental (que também se afirmava como preocupação supranacional nos anos de 1990), a interdependência entre os países e a defesa contra a ameaça de doenças transmissíveis que se disseminavam com maior velocidade. Apesar desses diferentes pontos de vista, a definição mais aceita é a proposta por Brown, Cueto e Fee em 2006 que considera que a saúde global surgiu motivada por questões específicas do processo de globalização que emergiu no início dos anos de 1990, quando o pensamento neoliberal se tornou hegemônico, as ameaças sanitárias tomaram novas proporções e novos e múltiplos atores surgiram no cenário internacional (CUETO, 2015; ALMEIDA ET AL 2008). Nesse contexto, foi necessária uma nova chave analítica para se pensar as interfaces entre saúde e relações internacionais que levasse em conta a globalização (FRANCO-GIRALDO e ÁLVAREZ-DARDET, 2009).

Nesse momento, ocorria um novo ciclo de expansão do capitalismo, de integração dos mercados internacionais, dos meios de transporte e das comunicações. Na última década do século XX, as relações sociais, políticas, econômicas e culturais no mundo cresceram em extensão, velocidade e intensidade. Empresas nacionais dos países centrais começaram a deslocar seus processos produtivos para países em que a mão de obra era mais barata, de onde eram enviados bens de consumo para diversas partes do mundo. As exportações e importações de produtos e serviços aumentaram vertiginosamente, assim como a competição por mercados. Empresas transacionais e instituições financeiras passaram a controlar o sistema econômico mundial. Ocorreram migrações massivas de trabalhadores e pessoas pobres que buscavam fugir do desemprego gerado pelo desenvolvimento tecnológico na produção e da perseguição política. Para os governos, passou a ser mandatório que se adequassem à economia global, diminuindo barreiras aos fluxos transfronteiriços de bens, serviços e pessoas. Esse movimento foi impulsionado pela hegemonia do pensamento neoliberal que vinha sendo construído desde fins dos anos 70 e que ganhou intensidade com os governos conservadores na Inglaterra e nos Estados Unidos ao longo dos anos de 1980. Em 1989, ao mesmo tempo em que caía o muro de

Berlin, uma reunião de funcionários do governo norte-americano, do FMI, Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento realizada na capital dos EUA ratificava o neoliberalismo como receita para o desenvolvimento.

O Consenso de Washington reafirmava que o crescimento econômico deveria ser impulsionado pelo mercado privado, que a participação do Estado na economia e na provisão de serviços públicos deveria ser mínima e que esses serviços deveriam ser financiados por tarifas cobradas diretamente dos consumidores. A ideia era que o mercado privado era mais eficiente e que os problemas sociais mais urgentes seriam resolvidos com parcerias público-privadas. Além disso, tinham a esperança de que a competição entre as empresas geraria mais postos de trabalho, mais mercados e consumidores, o que resolveria muitos problemas vinculados à pobreza e doença, promovendo um círculo virtuoso. Esse pensamento favoreceu a privatização da maioria das empresas e serviços públicos e consolidou a hegemonia neoliberal. Ao mesmo tempo, surgiram críticos que questionavam essa perspectiva e ressaltavam os custos sociais da globalização (SANTOS, 2002).

A disseminação do modelo de comércio internacional capitalista e transnacionalizado foi possível graças a flexibilização dos investimentos estrangeiros nos países em desenvolvimento, a um *boom* nas viagens internacionais e nas comunicações possibilitado pela massificação da internet e das transmissões por satélite, que reconfiguraram as noções de tempo e espaço. Esse redimensionamento do espaço-tempo é uma das características desse momento, em que cresceu a sensação de que eventos, decisões e atividades numa região do mundo podiam impactar indivíduos e comunidades em regiões distantes em curtos espaços de tempo, o que aprofundava as relações entre o local e o global (HELD ET AL, 2003). Para Scholte (2003), a diferença entre internacional e global estaria nesse novo lugar supranacional não referido a espaço físico. Internacional teria relação com território, enquanto o global transcenderia essa noção.

Buscando superar a dimensão espacial para compreender a globalização contemporânea, Held et al (2003) propõe categorias que permitem analisar o fenômeno à luz de outras “formas históricas” de intensificação da interconectividade global. Sugere questionar, por exemplo, como as forças globais influenciam as agendas e as escolhas políticas de governos; como as instituições refletem essas escolhas e movidas por elas interagem com as forças globais; quais as consequências dos fluxos de interação na distribuição do poder nas sociedades e nas relações internacionais; e como os estados e

sociedades acomodam as forças globais e os consequentes impactos na estrutura das relações internacionais⁷. Com isso, os autores propõem pensar como a globalização influenciou a dinâmica interativa entre o local, o nacional e o global, considerando como é permeada pelo exercício do poder. É com o olhar sobre a relação entre as principais ideias – novas e antigas - que permearam as primeiras duas décadas da saúde global que pretendemos analisar a construção da proposta brasileira de atuação no campo.

Muitos autores apontam a AIDS e as doenças emergentes e reemergentes que surgiram como uma preocupação depois e a rápida disseminação no contexto da globalização como determinantes da origem da saúde global (PACKARD, 2016; ALMEIDA et al, 2008; CUETO, 2015). A AIDS havia sido identificada nos inícios dos anos de 1980 e no fim da década já deixara de ser uma doença de classes privilegiadas no mundo desenvolvido e estava disseminada para o resto do mundo. Ao mesmo tempo, doenças infecciosas começaram a aparecer em locais inusitados, o que desafiava o consenso de que o mundo vivia uma transição epidemiológica. Surtos de cólera no Peru, de peste bubônica na Índia, de ebola no Zaire, de dengue no Brasil, de tuberculose em diversas partes do mundo, acompanhados de cobertura midiática sensacionalista, “soaram o alarme” de que as doenças transmissíveis apresentavam novas características e eram uma ameaça a todos os países do mundo. Em 1992 o Instituto de Medicina (IOM na sigla em inglês) dos EUA cunhou o termo doenças emergentes e reemergentes para designar aquelas que não eram conhecidas ou que eram conhecidas, mas cuja incidência estava avançando para áreas maiores e inesperadas. A preocupação com os patógenos que invadem fronteiras se ampliou de maneira sem precedentes impulsionada pela ameaça real e pela velocidade com que a informação se propagava no mundo interconectado. Ao mesmo tempo, aumentava a preocupação de que as altas cargas de doença poderiam afetar a estabilidade dos países por gerarem custos muito altos aos sistemas de saúde. Ao longo da década, inicialmente as instituições norte americanas (de Estado, científicas e think tanks independentes) seguidas de organismos internacionais como ONU e a OMS, enquadraram essas doenças, junto com a AIDS, como ameaças à segurança – sanitária e econômica - global (INGRAM, 2005; SNOWDEN, 2008), o que ampliou a presença da

⁷ Essas categorias permitem diferenciar os principais instrumentos para o exercício do poder na globalização que ocorreu nos últimos anos do século XIX – principalmente imperialista e militar – dos que estiveram presentes no novo ciclo que ocorreu na última década do século XX – economia, competição e cooperação.

saúde como objeto da política externa dos países (FELDBAUM e LEE, 2004; ALMEIDA, 2011).

O Banco Mundial seguia buscando internalizar o combate à pobreza na agenda neoliberal (PEREIRA, 2016; 2018). O documento que resume essa perspectiva na saúde no início da década de 1990 foi o *Investir em Saúde* publicado pelo Banco em 1993, o primeiro da organização especificamente sobre o tema da saúde. Para os autores do trabalho, o gasto em saúde deveria ser dirigido por uma lógica de custo-efetividade, para que não atrapalhasse o processo de crescimento das economias nacionais. O documento quantificou as perdas econômicas produzidas pelas principais doenças, calculou os gastos das famílias dos países pobres (que na época eram considerados inevitáveis e necessários) e previu os benefícios de mais doações a programas específicos de serviços de saúde, bem como a intervenção de entidades privadas nos serviços privados de saúde. As duas últimas questões implicavam priorizar intervenções limitadas, o que indiretamente levava ao abandono de programas e sistemas integrais de saúde.

O Banco passou então a intervir na saúde internacional. Entre 1994 e 1998, sua unidade de população, saúde e nutrição, mobilizou recursos financeiros significativos para reformas de saúde projetadas por economistas que priorizavam intervenções custo-efetivas, a sustentabilidade financeira do setor de saúde e a gestão gerencial dos serviços de saúde. A ênfase na racionalidade financeira das medidas sanitárias tendia a descartar os argumentos em favor da saúde como direito intrínseco do cidadão defendido em Alma Ata, e as reformas nos sistemas de saúde promovidas pelo Banco passaram a generalizar novos termos com clara conotação empresarial como “clientes”, ao passo que preconizavam que os serviços tinham de "satisfazer" estes clientes com um tratamento cordial, eficiente e de qualidade.

Reformas nos sistemas de saúde baseadas na perspectiva do Banco vinham sendo adotadas em países em desenvolvimento desde a década dos 1980, na segunda metade dos anos de 1990, as consequências no aumento das iniquidades em saúde eram evidentes (ALMEIDA ET AL 2008; ALMEIDA, 2013). Sob esta ótica neoliberal os investimentos estruturais eram novamente considerados caros demais.

Ao longo dos anos de 1990, as organizações não governamentais (ONGs), redes de ativistas e novas organizações da filantropia internacional cresceram em número e em importância e ingressaram no debate político. Esses novos atores participaram do debate

sobre as funções sanitárias do Estado proposta pelo consenso neoliberal e algumas delas defendiam a ideia da sociedade civil como ator político eficaz para promover mudanças sociais. Segundo Nye (2005) o número de ONGs no mundo saltou de cerca de 6000 no final dos anos de 1980 para 26000 no final da década seguinte. A interação entre governos nacionais, instituições multilaterais, ONGs locais e internacionais complexificou o ambiente de negociações e as relações de poder, fazendo emergir um sistema internacional mais plural e novos dilemas na saúde.

O avanço da ciência nas descobertas de novos medicamentos e os consequentes conflitos de interesse entre a indústria farmacêutica e movimentos sociais que reivindicavam acesso ao tratamento evidenciaram as iniquidades entre países pobres e ricos, assim como as tensões e as convergências entre a presença do neoliberalismo e as visões humanistas na saúde. A generalização dos acordos de proteção de propriedade intelectual dos medicamentos produzidos por empresas transnacionais privadas, passaram, após 1995, a serem supervisionados pela Organização Mundial do Comercio (OMC), que foi criada neste ano com sede em Genebra e como um Organismo não pertencente às Nações Unidas, assim como o Banco Mundial. As farmacêuticas que produziram os primeiros antirretrovirais colocaram os preços desses medicamentos altíssimos, inacessíveis para a maioria das populações pobres do mundo. As ONGs, muitas delas representando pessoas que viviam com o vírus HIV, passaram a realizar ativismo político local e internacionalmente afirmando que a saúde era um direito humano e reivindicando acesso ao tratamento. O tema da propriedade das patentes dos antirretrovirais e dos limites para a produção pública desses medicamentos ganhou destaque tanto na OMS quanto na OMC e os governos nacionais iniciaram um intenso processo de debates permeado por interesses. Os governos dos países mais desenvolvidos defendiam seus monopólios da propriedade intelectual que permitiam os lucros de suas indústrias nacionais e transnacionais ao mesmo tempo em que governos de países de renda média como o Brasil aproveitavam para defender os medicamentos como bens públicos e não mercadorias, fazer parcerias com o ativismo e ganhar prestígio no cenário internacional. E a Índia organizava suas indústrias nacionais, que aproveitavam uma regulamentação flexível para entrar na competição pelo mercado de antirretrovirais com a produção de medicamentos genéricos. Ao mesmo tempo surgiram diversas organizações dedicadas à AIDS com diferentes visões e vinculações à estrutura da OMS e da ONU, gerando uma enorme sobreposição de esforços no combate à epidemia. As

disputas políticas sobre o acesso aos antirretrovirais evidenciaram a aproximação entre saúde e política externa, uma das principais características da saúde global que será discutida no capítulo seguinte.

A criação do Programa Conjunto das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS) em 1996 foi um esforço por reunir essas múltiplas iniciativas em uma só agência estruturada fora da OMS. A instituição foi criada reunindo OMS e outras agências do sistema ONU, como o Programa para o desenvolvimento (PNUD), a agência para educação e cultura (UNESCO), o UNICEF, Banco Mundial e algumas ONGs, que passaram a participar inclusive de seu corpo executivo, um modelo que não era comum no sistema ONU. Após alguns anos, a UNAIDS se tornou um centro de produção e difusão de conhecimentos e políticas sociais sobre a AIDS, produzindo estudos e relatórios e promovendo intervenções que revelavam aspectos sociais do enquadramento da doença, os quais foram importantes para confrontar visões preconceituosas e promover respostas mais éticas à epidemia (CUETO, BROWN e FEE, 2019). Ainda assim, a medicalização e os interesses do mercado, sobretudo no assunto dos medicamentos, acabaram por prevalecer sobre as políticas de prevenção e as parcerias com os ativistas da saúde, e os evidentes ganhos no campo dos direitos humanos sofreram revezes (CUETO e LOPES, 2019).

Os críticos do avanço da globalização neoliberal enfatizaram a importância de se promover o desenvolvimento social e os direitos humanos e, ao longo dos anos de 1990, a ONU e suas agências realizaram uma série de Conferências internacionais sobre direitos da mulher, da criança, meio ambiente, educação, habitação, alimentação, subdesenvolvimento, entre outros temas sociais e humanitários que lançaram agendas diversas unindo ideias de “boa governança” aos diferentes aspectos dos direitos sociais⁸. Foi especialmente importante a Conferência sobre Populações e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito, em setembro de 1994 que articulou uma visão integrada entre desenvolvimento, bem-estar e direitos humanos, e reconheceu que os direitos sexuais e reprodutivos, o empoderamento feminino e a equidade de gênero eram essenciais para a saúde dos indivíduos e das populações. No encontro, o desenvolvimento foi compreendido em suas diversas dimensões e as políticas sociais foram consideradas de

⁸ São elas: Cúpula Mundial sobre a Criança (Nova York, 1990), a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (Rio de Janeiro, 1992), a Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos (Viena, 1993), a Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), a Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995), a Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995) e a Conferência das Nações Unidas Sobre Assentamentos Humanos (Istambul, 1996).

forma articulada. Um ano depois, em setembro de 1995, outra Conferência importante aconteceu em Pequim, China e tratou da equidade de gênero e dos direitos das mulheres, inclusive sexuais e reprodutivos, como dimensões do desenvolvimento.

Essas conferências culminaram com a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no ano 2000 (ODM), um conjunto de objetivos e metas que deveriam ser alcançadas até 2015 para melhorar as condições sociais do mundo e promover o desenvolvimento. O documento aprovado no âmbito da Organização das Nações Unidas no ano 2000 procurava estabelecer, na entrada do novo milênio, um consenso e uma aliança entre os governos dos 160 países signatários sobre a importância de se priorizar a dimensão social do desenvolvimento. Dos oito objetivos, três se referiam claramente à saúde e os outros representavam questões transversais à área, como acabar com a pobreza e com a fome, promover educação básica e de qualidade para todos, a equidade de gênero e a preservação do meio ambiente. As três metas de saúde se referiam a: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde das gestantes e combater a AIDS, a malária, a tuberculose e outras doenças transmissíveis. A cooperação internacional foi tomada como um instrumento central para o alcance das metas (ODM, 2001), o que suscitou também debates sobre como se deveria praticá-la. Esse pacto teve o importante papel de explicitar que a saúde e as políticas sociais eram intrínsecas ao desenvolvimento e de estimular diversas pesquisas e debates sobre essas relações, mas apesar dos enunciados democratas, é importante destacar que o processo de elaboração da proposta foi dirigido pelos interesses das principais instituições representativas do neoliberalismo internacional nos anos de 1990 como o Comitê para Assistência ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento (DAC-OCDE na sigla em inglês), FMI e o Banco Mundial (HULME, 2009). Críticos do processo acusavam os ODM de focar nas consequências do subdesenvolvimento e não em suas causas, por isso Hulme (2009) classificou o documento como “um produto do mundo rico para audiências ricas do mundo”. Seus defensores louvaram o fato de a ONU ter reunido os diferentes aspectos do desenvolvimento social em uma plataforma única com metas claras e monitoráveis. O peso da presença da saúde na agenda dos ODM contribuiu para evidenciar a relação entre saúde e desenvolvimento, para elevar seu status político do tema e ampliar sua presença como objeto da política externa dos países.

O lançamento dos ODM e a importância que o documento dava ao combate às doenças, especialmente AIDS, tuberculose e malária, tiveram um papel central em um

dos fenômenos que podem ajudar a compreender a saúde global: o vertiginoso aumento do volume de recursos financeiros destinados à saúde que, como na saúde internacional, foi capitaneado pela filantropia. Bill Gates, bilionário norte americano fundador da maior empresa de software do mundo, lançou no ano 2000, junto com sua esposa, a Fundação Bill e Melinda Gates (FBMG ou simplesmente Fundação Gates) que se tornou um dos maiores protagonistas da saúde global na primeira década do século XXI (BIRN, 2014). Além de atuar diretamente em projetos de fomento à pesquisa e no combate a doenças, a FBMG foi a principal articuladora e financiadora das Parcerias Público Privadas (PPPs) da saúde, um arranjo de financiamento que entrelaçava interesses comerciais e filantrópicos e havia surgido nos anos de 1990 como uma alternativa que visava responder ao entendimento de que a ajuda internacional havia sido historicamente ineficiente e que os governos não possuíam capacidade de lidar com os complexos problemas de saúde que emergiam com a globalização. A Aliança Global para a Vacinação (GAVI), criada em 2000, e o Fundo Global para a Luta contra a AIDS, Malária e Tuberculose, lançado dois anos depois com o objetivo de apoiar a consecução dos ODM, se constituíram como as maiores iniciativas no campo da saúde articulando governos, organizações multilaterais do sistema ONU e instituições privadas e, junto com outras organizações de mesma natureza, configuraram o que ficou conhecido como as Iniciativas em Saúde Global (GHI na sigla em inglês). Esses novos atores passaram a definir as agendas da saúde global, que refletiram os interesses dos negócios e do mercado, e tomaram como prioridade ações verticais de combate às enfermidades (OLLILA, 2005).

É por isso que Birn (2011) entende que a saúde global se distingue por incorporar um ambiente de negócios muito maior e mais dinâmico, com oportunidades para o investimento e o crescimento do capital privado na assistência à saúde, na produção de medicamentos, na pesquisa científica entre outros aspectos muito maiores do que na saúde internacional. Essa autora chamou atenção para a premente necessidade de se discutir criticamente aspectos como a mercantilização da saúde e questões sobre como as desigualdades – que todos dizem combater – se originam.

As PPPs e a lógica neoliberal ganharam força dentro da OMS durante a gestão da norueguesa Gro Harlem Brundtland (1998-2003) como diretora geral da Organização. Brundtland era médica, sanitarista e política em seu país, mas não era dos quadros da OMS. Havia participado ativamente do movimento ambientalista nos anos anteriores, explorando as relações entre meio ambiente e desenvolvimento e havia sido primeira-

ministra de seu país. A escolha de seu nome para a direção geral da OMS buscava responder às críticas de que a instituição estava ultrapassada, centrada excessivamente numa visão médico-biológica da saúde num momento em que se ampliava o consenso de que a saúde era uma questão intersectorial. Brundtland tinha como missão retomar a posição de liderança que a organização vinha perdendo para o Banco Mundial (CUETO, 2015; CUETO, BROWN E FEE, 2019).

Justificando que a saúde era um direito humano fundamental, a diretora geral pensava que as ações precisavam ser mais eficazes. Propôs que a Organização atuasse mais perto dos países membros, principalmente os menos desenvolvidos, e para isso optou por ampliar a participação de atores privados na Organização e adotar mecanismos gerenciais que assegurassem resultados mensuráveis. Foi durante a sua gestão que foram promovidas as PPPs da saúde, que se consolidaram em diferentes regiões e sob diferentes formatos (ALMEIDA, 2017). A OMS ofereceu apoio político a essas “Iniciativas” e indiretamente endossou suas ideias de erradicação com combate vertical à malária, tuberculose e AIDS, já que também se tornava cada vez mais dependente de seus enormes volumes de recursos que a instituição recebia via dotações extraorçamentárias (VIEGAS, 2014; CUETO, BROWN e FEE, 2019).

Segundo Brundtland, combater a pobreza e promover a saúde eram pré-requisitos para o desenvolvimento, e era importante que os sistemas de saúde funcionassem bem. Desde o início de sua gestão afirmava a preocupação com a performance dos sistemas de saúde, mas forma como promoveu o debate foi controversa. O relatório Mundial da Saúde discutido na AMS do ano 2000 apresentava um ranking do desempenho de 191 sistemas de saúde do mundo, classificados em ordem decrescente. Pelo documento, França e Itália tinham os melhores índices, e o Brasil ficava na 125 posição. A forma como o estudo foi elaborado, sem discussão prévia com os países e com uma metodologia considerada inadequada para incorporar especificidades de sistemas de saúde diferentes gerou críticas principalmente pelos representantes dos países em desenvolvimento, em especial do Brasil (TRAVASSOS e BUSS, 2000; JORNAL DO BRASIL, 22/06/2000). Mesmo controverso, o documento foi um catalisador para os debates sobre o fortalecimento dos sistemas de saúde (HAFNER e SHIFFMAN, 2013).

Outra polêmica na gestão de Brundtland foi o relatório final da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde de 2001, que endossava a perspectiva do relatório “*Investing in Health*” do Banco Mundial de 1993 e argumentava que os países deveriam investir em

saúde porque isso seria rentável e traria estabilidade econômica no longo prazo (WORLD BANK, 1993). Por essa ótica, a saúde deveria ser defendida porque o dinheiro investido no setor geraria retornos financeiros diretos na capacidade individual para o trabalho e aumentaria a produtividade. Propunha investimentos que garantissem o conjunto de intervenções básicas nos sistemas de saúde de países pobres, uma ideia também polêmica sob a perspectiva da equidade. O enquadramento conceitual da saúde adotado no documento gerou críticas dos grupos progressistas que argumentavam que a saúde não deveria ser dirigida por uma lógica econômica.

O surgimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003 ampliou ainda mais a conscientização sobre a interdependência global, a sensação de vulnerabilidade nas sociedades e a necessidade de reformar o Regulamento Sanitário Internacional supervisionado pela OMS. A epidemia se desdobrou com uma enorme cobertura midiática. Na recente era da internet e das mensagens de texto enviadas por celular, a informação de que existia na China uma nova gripe grave e possivelmente fatal se espalhou rapidamente apesar das tentativas de ocultação do governo chinês. Um mês após a identificação dos primeiros casos da doença na China e no Vietnã em fevereiro de 2003, a OMS emitiu um alerta global sobre a ocorrência de uma gripe desconhecida. Três dias depois já tinha recebido cerca de 150 relatos de casos suspeitos em seis países. No dia seguinte, a OMS disponibilizou diretrizes preliminares para o gerenciamento da epidemia e um painel eletrônico com o monitoramento de casos. No dia seguinte a este, a OMS lançava uma rede internacional de colaboração científica envolvendo laboratórios de dez países para a identificação do patógeno causador da doença e desenvolvimento de tecnologia para o diagnóstico de casos e, imediatamente depois, uma rede internacional de vigilância epidemiológica e uma rede de pesquisa clínica onde médicos trocavam informações sobre o tratamento de doentes. Ficou clara a dimensão e a importância da cooperação internacional. Em 10 dias os microbiologistas já tinham identificado que SARS era causada por um vírus da família dos coronavírus (FIDLER, 2004)

A preocupação da OMS com a disseminação do coronavírus por meio de viagens aéreas internacionais e com a postura chinesa de não compartilhar informações de maneira clara ampliaram a insegurança no mundo todo e evidenciavam a dimensão da interdependência global na vida das pessoas. À medida que a epidemia de SARS avançava ao longo do mês de abril atingindo mais de 15 países, a OMS recomendou que viagens fossem evitadas para as localidades onde a epidemia estava mais intensa,

notadamente a região da China onde começou a doença e a província de Toronto no Canadá onde foi identificado o primeiro foco. Essa recomendação causou insatisfação dos governos dos dois países, que temiam perdas econômicas. O governo canadense reagiu e a OMS retirou sua recomendação de restrição rapidamente. Com a China, a OMS foi assertiva em criticar publicamente a falta de disposição do país para revelar a real situação da epidemia do coronavírus. A pressão internacional ao longo do mês de abril funcionou e o país tomou medidas internas para a contenção da disseminação da doença, e gradativamente foi ampliando sua cooperação com a OMS e com as redes coordenadas por ela para a investigação e vigilância sobre a SARS. Em maio a pandemia já contabilizava 750 mortes em 28 países, mas a OMS parecia já reunir as condições para o controle da disseminação. Em junho, Gro Harlem Brundtland falou na primeira conferência global sobre a SARS, que aconteceu na Malásia, que o mundo estava perto de controlar a pandemia e que a colaboração internacional na luta contra o vírus tinha sido sem precedentes (FIDLER, 2004). As respostas a SARS procuraram inaugurar uma nova governança global para a saúde que incluía a participação de organismos não estatais, o que Fidler (2004) chamou de governança “pós-Westphalia”, em alusão ao sistema internacional de Estados soberanos inaugurado no século XVII. No que diz respeito aos esforços intergovernamentais, o trabalho de revisão do Regulamento Sanitário Internacional iniciado na década anterior após detectado o problema das doenças emergentes e reemergentes foi retomado e concluído em 2005. Os investimentos em ciência e tecnologia promovidos desde a década anterior foram postos a prova com bons resultados (SNOWDEN, 2008).

No bojo da epidemia, houve novo impulso para as ideias de combate vertical a doenças e, ao mesmo tempo, para o debate sobre o direito à saúde. Argumentava-se que nenhum Estado ou povo poderia ser excluído dos benefícios do conhecimento desenvolvido sobre a doença, um debate já vinha acontecendo em torno da AIDS, quando países em desenvolvimento questionaram a impossibilidade de acesso ao tratamento. Outro debate que ganhou relevância em torno da epidemia de SARS foi o do papel dos sistemas de saúde. A Assembleia Mundial da Saúde de 2003 reconheceu o perigo de que a doença se espalhasse para localidades onde os sistemas de saúde eram frágeis, o que evidenciaria iniquidades estruturais da saúde global.

Dois anos depois da emergência da SARS, em 2005, Bill Gates declarou na abertura da 58ª Assembleia mundial da Saúde, principal reunião anual da OMS, que não

era necessário combater a pobreza para combater a doença. A mensagem do magnata fundador da principal fundação filantrópica em atividade naquele momento propunha priorizar intervenções biomédicas o que significava desconsiderar as lutas sociais e políticas que relacionavam a melhora da saúde das populações à melhora das condições de vida. Significava que Gates e sua Fundação buscavam orientar a agenda da saúde global para a priorização de ações baseadas em tecnociência consideradas insuficientes por grupos progressistas alinhados com uma visão social da saúde. Para esses grupos, era necessário investir na estruturação dos sistemas de saúde de países pobres, que naquele momento se encontravam imersos num universo onde múltiplos atores ofereciam diferentes tipos de ajuda, cada um com exigências e modelos de prestação de contas diferentes, o que prejudicava a governança das ações de saúde. Eles argumentavam que, para resolver esse problema, eram necessárias instituições fortes e pessoas capacitadas no nível local.

Apenas dois meses antes da declaração de Bill Gates, em março de 2005, a OMS havia lançado a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) que objetivava tratar temas estruturais que impactavam a saúde, recuperando ideias sobre equidade e justiça social que haviam orientado a Conferência em Alma Ata em 1978 (CUETO, 2018). O diretor geral da OMS era, então, o coreano Jong-wook Lee que liderou a Organização entre 2003 e 2006, quando morreu subitamente em Genebra. Ainda que sem o entusiasmo de sua antecessora, Lee continuou apoiando a associação da OMS com as grandes PPPs da saúde e perseguiu a ampliação da eficiência da organização, mas sob perspectivas mais críticas. Defendeu que um dos problemas com as campanhas verticais era que os países mais pobres enfrentavam um déficit crônico de trabalhadores de saúde e outros problemas como a fuga de cérebros, baixos salários e precárias condições de trabalho, um tema que tinha relação direta com a estruturação dos sistemas de saúde⁹. Ao

⁹ Em 2004, um relatório da Iniciativa Conjunta para o Aprendizado (*Joint Learning Initiative*, na sigla em inglês), um consórcio formado por líderes mundiais em saúde, teve grande repercussão ao indicar que existia uma crise de recursos humanos para a saúde no mundo. Chen et al (2004) apontaram falta de trabalhadores, más condições de trabalho, distribuição inadequada da força de trabalho no interior dos países, base de conhecimento insuficiente, fuga de cérebros de regiões necessitadas e outras condições críticas, principalmente em países pobres onde os sistemas de saúde já estavam sobrecarregados por conta das doenças emergentes e re-emergentes. Denunciaram que duas décadas de desinvestimento na força de trabalho em saúde, quando as reformas estruturais cortaram gastos, congelaram salários e esgotaram os sistemas de serviços com falta de insumos de diversos tipos. Demonstraram a relação direta entre a disponibilidade de uma força de trabalho estruturada e os resultados em saúde. O documento, que teve ampla repercussão, chamava a atenção para uma questão estrutural e para a necessidade de ação conjunta e cooperação internacional para o endereçamento do problema.

enfrentar esta questão e lançar a CMDSS, Lee parecia preocupado em retomar um debate sobre transversalidade que andava meio esquecido na OMS. Na sua gestão, a Organização lançou também a Iniciativa 3 em 5, em associação com a UNAIDS, que pretendia alcançar 3 milhões de pessoas em tratamento com antirretrovirais em 2005. Apesar do insucesso da iniciativa, durante a gestão de Lee, a OMS foi consolidando a retomada de seu posto como protagonista da saúde global iniciado na gestão anterior (CUETO, BROWN e FEE, 2019). Ao mesmo tempo, consolidava também sua dependência das dotações extraorçamentárias.

O lançamento da CMDSS veio como uma resposta ao modelo de combate a doenças específicas que ganhava cada vez mais espaço na saúde global. Respondia, também, a um processo mais geral de críticas à globalização que emergia da sociedade civil organizada. Esses críticos consideravam que a globalização havia imposto o neoliberalismo, estava dirigida pelos interesses dos bancos e grandes corporações e tinha ampliado as iniquidades no mundo. A expressão destas críticas na saúde estava alinhada à perspectiva social do campo e advogava que o ambiente da saúde global estava dominado pela crença de que tecnologias médicas e gerenciais eram capazes de produzir saúde. A proposta dos Determinantes Sociais de Saúde buscava chamar atenção aos fatores externos ao setor na determinação do processo saúde-doença, como por exemplo o desemprego e a discriminação étnica e de gênero, e a proposta de se pensar a saúde como um valor social. As diferenças nesses determinantes, que podiam ser entre países ou no interior deles, produziam distintas vulnerabilidades para pessoas e comunidades frente às doenças e determinavam os resultados de indicadores fundamentais como a mortalidade infantil e a expectativa de vida. Para os sanitaristas progressistas e entusiastas do tema, significava que se assumia o esgotamento do modelo de saúde neoliberal que havia gerado profundas iniquidades na saúde, e que finalmente a justiça social estaria no centro do debate (VILLAR, 2007). A CMDSS foi liderada pelo sanitarista inglês Michael Marmot que vinha, desde os anos de 1990, pesquisando sobre as relações entre as condições sociais e as condições de saúde e àquela altura gozava de grande reputação dentro e fora do país¹⁰. Como membros, a CMDSS tinha intelectuais de prestígio, como o italiano Giovani Berlinger e o economista indiano Amartya Sen. Seu relatório “*Closing*

¹⁰ Um dos estudos de grande repercussão liderados por Marmot pesquisou os índices de morbi-mortalidade entre funcionários públicos britânicos e suas posições na hierarquia administrativa e concluiu que quanto mais elevados os postos, melhores eram suas condições de saúde.

the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health” foi apresentado na Assembleia Geral da OMS de 2008 e apontou para o entendimento da saúde como produto das condições sociais do indivíduo (CSDH, 2008). O documento trazia uma análise criteriosa sobre o papel das iniquidades na determinação de muitos problemas de saúde e, em linhas gerais, recomendava: 1) Que as condições de vida do dia a dia fossem melhoradas; 2) Que os países procurassem combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; 3) Que desenvolvessem mecanismos para medir a magnitude do problema e avaliar o impacto das ações. Enfocava e evidenciava a relação entre saúde e justiça social e mobilizou uma série de sanitaristas progressistas em torno da análise de seu conteúdo fortalecendo o tema da equidade na saúde global. O documento foi subscrito pelos países, mas a perspectiva dos DSS já estava disputando espaço com outra que havia surgido na Organização também em 2005: a Cobertura Universal em Saúde (CUS).

A CUS surgiu como uma agenda que poderia endereçar a questão da equidade, já que propunha que todas as pessoas tivessem acesso aos sistemas de saúde, mas guardava mais pragmatismo do que a agenda dos DSS pois limitava o debate ao setor saúde. Foi construída sob uma perspectiva econômica e buscava ampliar o acesso aos serviços de saúde e ao mesmo tempo proteger os usuários de gastos catastróficos e poderia ser implementada oferecendo pacotes básicos de serviços que não atendessem casos de maior complexidade ou por meio da organização de grupos de seguro onde os riscos financeiros seriam compartilhados. Alguns sanitaristas progressistas apoiaram a ideia, mas outros argumentaram que a CUS contrastava com o entendimento da saúde como direito, o que estaria mais explícito na ideia da construção de sistemas universais de saúde financiados pelo Estado com recursos da receita fiscal, modelo que garantiria a cobertura universal com equidade. Esses críticos exigiam mais clareza sobre como a CUS se organizaria, afirmavam que a proposta da OMS era ambígua e abria espaço para que os grupos fossem organizados em torno da capacidade financeira dos contratantes com serviços oferecidos de acordo com as possibilidades de pagamento, o que suscitava questões éticas desde a perspectiva dos direitos humanos (GIOVANELLA ET AL, 2018). Além disso, a proposta estava restrita a oferta de serviços e não tratava da prevenção e da promoção da saúde, reduzindo a concepção de saúde à atenção médica. Para críticos como Noronha (2013) a CUS era uma *transformação semiótica* do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde. Dentre os formuladores e apoiadores da

CUS estavam a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial (GIOVANELLA ET AL, 2018).

A CUS dialogava também com outra agenda que ganhava espaço na OMS desde a gestão de Brundtland, os modelos de organização e o fortalecimento dos sistemas de saúde. A Fundação Gates e outras PPPs começavam a enfrentar um impasse em seu trabalho de campo para o combate às doenças escolhidas. Seus projetos precisavam demonstrar eficácia e os resultados precisavam ser mensurados, o que por sua vez necessitava do funcionamento dos serviços de saúde onde as ações eram implementadas, e a falta de estrutura dos sistemas de saúde locais começaram a representar um gargalo para a consecução de seus objetivos (HAFNER e SHIFFMAN, 2013).

Sem sistemas de saúde estruturados era difícil que os ODM e as metas de combate a doenças propostas pelas PPPs fossem atingidas. Ao mesmo tempo, críticos das agendas verticais já apontavam o efeito adverso da multiplicidade de atores da saúde global nos sistemas de saúde de países pobres. Essas muitas ofertas de diversos “parceiros do desenvolvimento”, especialmente dedicados a combater doenças específicas, fragmentavam os sistemas de sistemas de saúde, pulverizavam a atenção às prioridades e diminuía o empoderamento das autoridades locais com relação às ações desenvolvidas em seu território, minando a governança local. Essas críticas não eram novas, já compunham o discurso que reivindicava a atenção horizontal aos sistemas de saúde que vinha desde o movimento que reduziu a agenda de Alma Ata a algumas intervenções específicas, aparecendo também como críticas aos programas de ajustamento estrutural nos anos de 1980 e 1990. Na primeira década dos anos de 2000, quando já existia uma comunidade de pesquisadores dedicada ao tema dos sistemas de saúde, essas críticas foram sintetizadas na agenda do fortalecimento dos sistemas de saúde que ganhou espaço em contraposição à agenda da erradicação assumida pelas iniciativas da saúde global.

Outro aspecto que preocupava políticos e instituições internacionais era que o mundo não fosse alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em 2015, o que também impulsionava o debate sobre o papel dos sistemas de saúde (HAFNER e SHIFFMAN, 2013). O reconhecimento da necessidade de atenção aos sistemas de saúde fez com que instituições como o Banco Mundial, o G8, a Fundação Rockefeller, o GAVI e o Fundo Global criassem linhas de investimento para a estruturação dos sistemas de saúde, apesar de resistências de gestores de algumas dessas instituições que consideravam que esse investimento era difícil de ser mensurado em termos de resultados, ou que

consideravam que isso era responsabilidade dos governos nacionais (HAFNER e SHIFFMAN, 2013; PACKARD, 2016). Da mesma maneira, a Fundação Gates também destinou fundos para a criação de redes de instituições de modo a adotar uma perspectiva mais “estruturante”, como para o estabelecimento da Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (IANPHI) em 2006, mas esses fundos permaneceram muito pequenos se comparados às outras atividades da organização (BIRN, 2014).

A chinesa Margareth Chan liderou a OMS entre os anos de 2007 e 2017 em uma gestão que enfrentou a crise dos mercados financeiros de 2008 e o surgimento de emergências sanitárias como o H1N1 e o ebola na África. Considerada uma figura de pouca habilidade política, Chan endossou a CUS e promoveu muitos debates sobre como financiá-la, mas com a diminuição das destinações orçamentárias dos países desenvolvidos para a ajuda internacional por conta da crise de 2008, a CUS foi ganhando cada vez mais contornos pragmáticos e os defensores da perspectiva social da saúde ampliaram as críticas ao modelo. Sob a gestão de Chan, a OMS teve sua legitimidade questionada e sofreu diversas críticas pela demora na resposta e pelo mal gerenciamento da crise do ebola em 2014 na Nigéria, Serra Leoa e Guiné. A Diretora Geral fez declarações polêmicas, afirmando inicialmente que a OMS não era responsável por ações no território africano ou indiretamente culpando os países africanos pelas debilidades de seus sistemas de vigilância epidemiológica, ignorando a pobreza e a violência política que atravessavam esses países. Infelizmente a OMS destinou poucos recursos para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional aprovado em 2005, o que era um sintoma de sua vulnerabilidade orçamentária, mas ainda assim esperava que os países construíssem modernos sistemas de vigilância de surtos epidêmicos (algo difícil em para nações pobres). Ao longo dos 10 anos em que Chan teve à frente da OMS, o orçamento da instituição aumentou exponencialmente, mas a Organização perdeu capacidade de geri-lo. Ao final da primeira década dos anos dois mil, 80% da destinação orçamentária da Organização vinha de dotações previamente definidas pelos doadores e destinadas prioritariamente para controle de doenças, e sobravam poucos recursos para o investimento em vigilância epidemiológica, formação de recursos humanos e outros investimentos no fortalecimento dos sistemas de saúde (CUETO, 2018). Na segunda década do século XXI, a governança da saúde já era uma preocupação consolidada para

os principais líderes mundiais e a saúde era parte importante da política externa dos países.

Em 2015, quando se finaliza o recorte temporal proposto para o estudo nesta tese, a saúde foi assumida como um dos 17 objetivos da Agenda do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, que ficou conhecida como Agenda 2030. O documento substituiu a Agenda do Milênio ao fim do prazo acordado em 2000 e atualizou as concepções sobre desenvolvimento e sobre o papel da saúde nele. O novo pacto apregou a intersectorialidade e o entrelaçamento das várias dimensões do desenvolvimento para a sustentabilidade ambiental. Daí emergiu uma nova agenda de pesquisas sobre a saúde global que procuraram dimensionar sua interface com outros temas que vão além da pobreza, do saneamento e da educação e incluem a urbanização, mudanças climáticas e modos de produção e consumo. Essa agenda de pesquisas sobre novas dimensões da saúde global foi impulsionada também pelo Relatório sobre Saúde Planetária, elaborado por uma comissão de especialistas reunidos pela revista inglesa *The Lancet* e pela Fundação Rockefeller e lançado em julho de 2015 (WHITMEE ET AL, 2015). O trabalho instigou a comunidade acadêmica internacional a incorporar as interdependências entre os sistemas humanos e naturais nos estudos sobre saúde, considerando o modelo de desenvolvimento que caracterizava o antropoceno, que seria uma nova era geológica em que a intervenção dos homens sobre a natureza estaria modificando tais sistemas naturais e trazendo novas implicações sobre a saúde global.

1.3 A visão progressista da saúde global

Nesta seção me concentro no surgimento de uma visão alternativa à proposta tecnocrática influenciada pelo neoliberalismo na saúde global na virada do século XXI. No contexto descrito na seção anterior, de ameaça de doenças e debates sobre as relações entre saúde e desenvolvimento, outros atores – países, instituições, ativistas e pesquisadores - criticaram a hegemonia neoliberal e advogaram por um enquadramento conceitual da saúde global baseado no entendimento de que a saúde é um bem público e um direito humano que deve ser defendido acima dos interesses econômicos. Berlinguer¹¹,(1999) afirmou que globalização foi uma consequência natural e positiva do

¹¹ Giovanni Berlinguer (1924-2015) foi um sanitarista, humanista e político italiano que defendia ideais progressistas na saúde. Esteve várias vezes no Brasil em eventos organizados pelo Cebes e pela Escola

processo de desenvolvimento da humanidade, mas que a influência do fundamentalismo monetário sobre um tema que deveria simbolizar o predomínio de valores humanos sobre outros interesses era uma inversão de valores e um grande retrocesso. Franco-Girardo e Alvaro-Dardet (2009) entenderam que Saúde global seria um novo paradigma derivado do entendimento da saúde como um bem público. Daí a ideia de que as nações não deveriam atuar segundo seus próprios interesses, mas movidas por uma responsabilidade supranacional e por valores baseados em uma perspectiva integral da saúde. Assim, segundo eles, a saúde global envolveria a luta por direitos sociais e econômicos e por novas formas de governança do campo que integrassem interesses públicos, filantrópicos, privados e da sociedade civil. Alcazar (2008) destacou que a saúde global significava uma “mudança copérnica”, uma reorientação radical de paradigmas que colocava os temas sociais no centro da preocupação e fazia da saúde um campo capaz de enfrentar forças neoliberais. Para ele, a saúde global viria ganhando espaço e conseguindo se sobrepor aos interesses da economia e do comércio¹². Koplan et al 2009 compreenderam a saúde global como derivada tanto da saúde internacional como da saúde pública com a prioridade de aprimorar a saúde e alcançar a equidade para todas as pessoas em todo o mundo. Considerando essas visões, Fortes e Ribeiro (2014) entenderam que a saúde global envolvia duas vertentes: uma que compreendia a saúde como “um valor em si” e evidenciava suas dimensões humanistas de justiça social e outra que abordava a saúde de maneira instrumental, como uma ferramenta para a defesa de interesses dos Estados nacionais. Embora essa definição seja pertinente e ajude a compreender as duas apropriações da ideia de saúde global, ela pode suscitar o entendimento de que a primeira vertente estaria isenta de interesses, o que não é verdade.

Ao mesmo tempo em que se ampliaram os atores, se ampliaram os temas que são objeto da saúde global. Koplan et al (2009) defenderam que o ‘global’ dizia respeito não somente a doenças que cruzavam fronteiras, mas a questões de saúde que eram objeto de preocupação de um ou mais países ou tinham determinantes ou soluções que eram transnacionais (como a pobreza, a urbanização, a questão climática ou a vacinação contra

Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Seu pensamento influenciou uma geração de sanitaristas brasileiros no final dos anos de 1970 e 1980 quando tomava forma o conceito de Saúde Coletiva e ganhava força o movimento pela reforma sanitária brasileira. Foi um expoente do sanitarismo internacionalista progressista. Entre 2005 e 2008 foi membro da comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde.

¹² É importante notar que este autor, brasileiro, constrói seu argumento em torno do exemplo brasileiro e o situa em perspectivas que o país buscou imprimir à saúde global.

a pólio), e entenderam que a saúde global se referia ao escopo dos problemas, não a sua localização. Num trabalho mais informado sobre movimento que se conformou em torno da elaboração da Agenda 2030 da ONU, Franco-Girardo (2015) apontou que a saúde global envolvia temas mais transversais e complexos como aquecimento global, diluição da camada de ozônio, deterioração da qualidade da água, uso de agrotóxicos e a ocorrência de pandemias. Nesse sentido é possível observar que, na metade da segunda década do século XXI, a saúde global buscava atualizar a noção de intersectorialidade na saúde com a inclusão de novos temas.

Esforços por conceituar a saúde global envolveram pensar como ela se diferenciava da saúde internacional. Franco-Girardo (2015) considerou a saúde internacional como caracterizada essencialmente pela adoção dos enfoques colonialista e médico-biológico, e refletiu que a saúde global trazia consigo o maior consenso sobre o papel das iniquidades na determinação do processo saúde-doença e a consciência de que a saúde era um tema político-social. Labonté (2018) destacou algumas continuidades entre a saúde internacional e a saúde global como a preocupação com a disseminação de doenças, a discussão sobre os modelos de ajuda ao desenvolvimento e o protagonismo da filantropia, mas acrescentou que a saúde global incluiu mais explicitamente a relação com questões econômicas e de comércio e o debate sobre as consequências da adoção de modelos neoliberais para a equidade. Outra característica da saúde global, para Labonté, era o seu papel na política externa que passava pelo debate sobre a estrutura da governança global da saúde.

Sob a perspectiva da cooperação internacional Koplan et al argumentaram que saúde global envolvia relações mais complexas ao reconhecer que o mundo desenvolvido não tinha o monopólio das boas soluções para a saúde e por isso o campo estaria aberto a buscar experiências nos diferentes temas. Nesse sentido é importante destacar como esse argumento foi apresentado:

“a preferência pelo uso do termo saúde global onde antes se usaria saúde internacional acontece paralelamente a uma mudança na filosofia e na atitude que enfatiza a reciprocidade de parcerias reais, uma reunião de experiências e conhecimentos, em fluxos de duas vias entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. A saúde global usa assim recursos, conhecimentos e experiências de diversas sociedades para endereçar desafios de saúde em todo o mundo” (KOPLAN et al, 2009. P. 1994)

Tal definição parece considerar que na saúde global as disputas sobre as melhores maneiras de promover as intervenções em saúde foram superadas, tornando o campo permeável e flexível, e por isso nos parece ingênua e pouco produtiva. O mesmo aconteceu quando os autores afirmaram que a saúde global “apesar de priorizar a prevenção, também incorpora aspectos curativos e de reabilitação da medicina e o estudo das ciências básicas” (P. 1995). É certo que é importante considerar que os autores, desde então e até agora, estão em busca de uma definição comum e neste sentido advogaram por suas pertinentes perspectivas, mas para essa construção entenderam a saúde global como uma derivação positivista, ao afirmarem que “uma evolução estável da filosofia, da atitude e da prática levou ao crescente uso do termo saúde global” (P. 1995).

Penso que é relevante, para a pesquisa histórica que pretende compreender o surgimento da saúde global, pensar a partir da conclusão de Fortes e Ribeiro que entenderam a saúde global como um campo onde interagem interesses comerciais, de segurança, de política externa, de valores e motivações dos diversos atores que são desiguais em poder. Essa ideia ajuda a compreender o desenvolvimento histórico das ações de sanitaristas e diplomatas brasileiros que atuaram na saúde global buscando oportunidades geopolíticas. Sob a mesma ótica, Birn (2011) faz a seguinte provocação: “a saúde global é simplesmente uma expressão do “capitalismo sem fronteiras” ou ela incorpora a dialética do poder envolvendo imposição de cima, resistência de baixo e jogadas oportunistas em ambas as direções por atores de nível médio?” (P. 2011. Tradução minha, grifo do autor). Esta mirada, como Held et al (2003) a respeito da globalização, propôs uma perspectiva relacional que ajuda a compreender a saúde global como um campo multifacetado de permanentes disputas onde o Brasil atuou para ampliar seu poder nas relações internacionais. Essas ideias e discussões são fundamentais para compreender a política externa brasileira na saúde global que será discutida nos próximos capítulos.

1.4 - Considerações finais

Tanto a saúde internacional como a saúde global nasceram de momentos específicos de expansão do capitalismo transnacional que reconfiguraram as preocupações de líderes e das sociedades com a disseminação de doenças. A primeira surgiu com o crescimento da economia internacional e o imperialismo do século XIX

quando se assinaram os primeiros acordos para uniformizar quarentenas, se desenvolveu institucionalmente na primeira parte do século XX, quando foram criadas as agências permanentes, e se consolidou na segunda metade do século XX com o surgimento das Nações Unidas e de sua agência especializada, a OMS. A segunda tem relação com o fim da Guerra Fria e com a consolidação da hegemonia do neoliberalismo dos países industrializados, com o aparecimento de novas doenças, como a AIDS, de novos atores não governamentais que passaram a realizar ativismo na saúde, com os debates sobre o desenvolvimento que culminaram com a adoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com a filantropia da Fundação Gates e as parcerias público-privadas que passaram a financiar projetos em saúde. Pensar sobre o que diferencia uma da outra implica considerar a relação da saúde com os processos econômicos, políticos, sociais e culturais de cada momento, e analisar os discursos e ações dos diferentes atores. Neste exercício, é possível verificar como principal elemento de continuidade entre os dois momentos as tensões entre a adoção de perspectivas sociais e holísticas de se pensar a saúde e as abordagens biomédicas, tecnológicas e pragmáticas. Foi precisamente isso que influenciou os sanitaristas e diplomatas brasileiros no começo do século XXI.

Embora a saúde global tenha sido considerada por importantes e poderosos atores como uma ferramenta para promover o neoliberalismo nas reformas sanitárias, a noção de custo-efetividade nos programas de saúde, e para desenvolver um sistema de contenção de surtos epidêmicos que pudessem ocasionar pandemias nos países mais pobres, existiram outros significados para esta proposta. Para ativistas, sanitaristas e governos progressistas, a saúde global significou o entendimento de que a saúde era um direito humano que deveria estar acessível para todas as pessoas do mundo.

Na saúde global surgiram muitos novos atores, a saúde ganhou mais destaque na agenda política e econômica dos países e a tensão entre a proposta neoliberal de saúde e a visão progressista da saúde se expressou no dilema intervenções focadas em doenças específicas versus o fortalecimento de capacidades humanas e estruturação de sistema de saúde com atenção aos seus determinantes sociais, sendo que os atores mais poderosos e com muito dinheiro adotaram a agenda dos programas verticais. Esse ambiente complexo ampliou a presença da saúde como objeto da política externa dos países e abriu espaço para que discursos, ações e visões sobre a saúde global fossem utilizados como instrumentos de disputa geopolítica. Verificar como essa relação se expressou no Brasil

e como o país participou ativamente da saúde global desde meados da década de 1990 até meados da segunda década do século XXI são objetivos dos próximos capítulos.

Capítulo 2 – Primeiros anos do Brasil na saúde global

Uma das principais características da saúde global foi que o tema da saúde se tornou uma questão importante para a política externa dos países. Como explicado, a Guerra Fria acabara na virada da década de 1990, os temas militares perderam espaço na geopolítica internacional e as agendas dos direitos humanos e do desenvolvimento se difundiram junto com a globalização e suas consequências em diversas áreas. Nesse ambiente, a saúde ganhou importância já que era um tema tangente às questões de segurança – por conta do perigo da disseminação rápida de doenças -, do comércio internacional – por causa dos interesses das multinacionais farmacêuticas em continuar ditando o valor da saúde com a precificação de medicamentos – e dos direitos humanos. O objetivo deste capítulo é descrever como o Brasil atuou nos primeiros anos da saúde global por meio de dois modos de operação: a defesa de ideias e agendas na Organização Mundial do Comércio e na Organização Mundial da Saúde e o desenvolvimento de projetos de cooperação técnica em solo estrangeiro. Essas duas vertentes da cooperação internacional brasileira serão utilizadas para a análise da atuação do Brasil na saúde global também nos capítulos seguintes.

O primeiro caso importante da história do Brasil nas relações internacionais em saúde se iniciou na segunda metade dos anos de 1990, quando uma combinação de ação governamental (diplomática e sanitária) e ativismo não governamental pressionaram forças neoliberais para ampliar o acesso a medicamentos antirretrovirais, uma situação que fez do país um *player* importante na saúde global (CUETO e LOPES, 2019). Este caso despertou a diplomacia nacional para o fato de que a saúde poderia ser um instrumento de ampliação do prestígio do país no mundo. Paralelamente, o Brasil, por meio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), começou a desenvolver projetos de cooperação em saúde junto à Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) que se conformou também na segunda metade dos anos de 1990, como um movimento que não estava coerente com a estratégia mais ampla da Política Externa Brasileira.

Entre meados dos anos de 1990 e início dos 2000, essas duas vertentes da atuação do Brasil não se configuravam como uma estratégia coerente da PEB, mas serviram para construir a ideia de era vantajoso para o Brasil atuar na saúde global com base nos princípios do SUS e em perspectivas críticas sobre a cooperação na saúde internacional.

2.1 – A saúde global e política externa

A saúde já era tema da política externa desde as primeiras conferências sanitárias que aconteceram na segunda metade do século XIX e assim permaneceu ao longo do século XX¹³, mas na maior parte do tempo figurou como uma questão marginal na diplomacia internacional já que a instrumentalização da saúde para ampliação da influência internacional era uma atividade complementar aos objetivos econômicos e militares. Com a emergência da saúde global nos anos noventa essa relação se modificou e a saúde ganhou um espaço sem precedentes como objeto da política externa (INGRAM, 2005; ALMEIDA, 2017; FIDLER, 2005, 2007, 2009; FELDBAUN ET AL 2010). Esse fenômeno, que Fidler (2009) descreveu como uma “revolução” e o nascimento de um “novo contrato social global” na saúde, ocorreu porque os temas da saúde deixaram de ocupar somente os debates sobre o desenvolvimento internacional e passaram a compor as agendas da segurança, da economia e de posicionamento estratégico dos países nas relações internacionais, tradicionalmente reconhecidas como as mais importantes da política externa. Para Fidler (2011), a proeminência da saúde na agenda da política externa na última década do século XX pode ser explicada pelo imbricamento de sua interpretação como questão de segurança e pelo seu uso instrumental para o soft power.

O enquadramento das doenças como ameaças à segurança nacional veio principalmente dos EUA. Em 1997, o Institute of Medicine dos EUA (IOM) lançou o relatório *“America's Vital Interest in Global Health Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests”* que adotava uma visão pragmática do interesse nacional com relação à saúde pública. Mas, segundo Ingram (2005) e Snowden (2008) o “ponto de inflexão” para o enquadramento da saúde como questão de segurança foi o documento da Agência Central Inteligência (CIA na sigla em inglês) dos EUA intitulado *“The global infectious disease threat and its implications for the United States”* lançado no ano 2000, que tratava explicitamente das doenças infecciosas como ameaças para a segurança do país. A partir daí outros documentos de

¹³ Cueto (2008) demonstra como a instrumentalização geopolítica da saúde foi uma das estratégias dos EUA para conter o avanço do comunismo na América Latina e, ao mesmo tempo, ampliar mercados consumidores de produtos norte-americanos. Para os EUA, a cooperação com países da região, voltados para melhorar as condições de populações rurais, diminuir a pobreza e melhorar a saúde eram vistas como um meio de demonstrar que o progresso social era possível sem uma revolução comunista. Apesar disso, Godue (1992), Gomes (2013) e outros autores destacam que entre o século XIX e a maior parte do século XX, a saúde foi uma preocupação setorial que envolveu debates e dilemas específicos, com pouca interface com as questões mais gerais da política externa.

órgãos oficiais e think tanks norte americanos reforçaram a ameaça da proliferação de doenças e as consequências econômicas e geopolíticas para os EUA (INGRAM, 2005; SNOWDEN, 2008). A preocupação com o desenvolvimento de armas biológicas e o bioterrorismo e com as doenças emergentes e reemergentes, suas implicações para a segurança e soberania nacional, para a política externa e para o apoio ao desenvolvimento internacional pautavam essa produção científica que fez emergir a noção de securitização da saúde (BROWN, CUETO E FEE, 2006; FIDLER, 2016).

Para compreender a posição do Brasil na saúde global a segunda dimensão apontada por Fidler é mais adequada. O conceito de “*soft power*” foi elaborado pelo cientista político norte-americano Joseph Nye, da Universidade de Harvard em trabalho publicado na revista *Foreign Policy* em 1990, ano que marca o declínio da União Soviética como bloco geopolítico. Para Nye (1990) o fato de a contraposição ao socialismo não mais pautar a formulação da política externa norte americana mudaria a natureza do jogo de poder nas relações internacionais fazendo com que o multilateralismo ganhasse mais expressão e incentivasse uma nova forma de exercer influência. Esta nova forma passaria mais pelo convencimento do que pela coerção baseada em fortalezas econômicas e militares e a manutenção de aliados a partir de trocas culturais, cooperação e assistência, resultariam em opiniões públicas mais favoráveis e maior credibilidade no cenário internacional. Nesse novo contexto, o poder seria mais difuso e outras esferas (setoriais) emergiriam como locus onde o mesmo pode ser exercido, e lançar agenda e criar situações políticas que possibilitem o exercício da disputa de poder passariam a ter mais relevância. Assim, os recursos de um país para ampliar seu poder não estariam centrados em seu acúmulo econômico, bélico ou tecnológico, mas em sua cultura, suas ideologias e valores políticos, associados à sua capacidade diplomática de moldar as regras e agendas políticas internacionais. E um país se tornaria capaz de ampliar seu poder a medida em que fosse capaz de convencer outros de que suas crenças e políticas eram legítimas, e assim angariaria admiradores e aliados¹⁴. Sob esta perspectiva, temas da saúde poderiam ser usados para promover poder político nas relações internacionais.

¹⁴ A prática do soft power não nasceu com o fim da Guerra Fria e, no que tange à afirmação de crenças e valores, se confunde, em certa medida, com a prática da diplomacia pública. Nesse sentido, suas origens remontam ao início do século XX, quando os EUA já usavam a diplomacia para propagar ideias. Por exemplo, em 1917 o presidente dos EUA Woodrow Wilson estabeleceu um “Comitê para Informação Pública” e convidou um jornalista para coordená-lo. Sem que o objetivo da propaganda dos valores norte-americanos fosse declarado, esse comitê promoveu tours, distribuiu panfletos com a “doutrina do americanismo”, garantiu que produtores de imagem recebessem informações que eram escassas em tempos

É importante ressaltar que alguns autores (Ingram, 2005, Davies, 2015 e Fidler, 2009) defendem que a entrada da saúde na agenda da política externa se deu primordialmente pela ameaça de disseminação de doenças e pelos esforços por garantir a segurança nacional e internacional. Essa perspectiva é contraposta por outros autores (Kickbusch et al 2007; Alcazar, 2008; Kickbusch, 2011) que, alinhados à perspectiva progressista da saúde global, defendem que a saúde passou a integrar a política externa não só por questões econômicas e de segurança, mas porque teria havido um maior entendimento do valor intrínseco da saúde como direito humano e era preciso que a política externa valorizasse a defesa desse bem público. Ainda que essas duas perspectivas possam ser utilizadas como parâmetros para analisar enquadramentos específicos e os discursos e motivações para a ação de diferentes atores, não se configuram como categorias rígidas ou opostas e estratégias de *soft power* se apoiaram e se articularam, principalmente nos EUA, com ambos os entendimentos.

Por exemplo, o Plano Emergencial do Presidente (George W. Bush) para o Alívio da AIDS (PEPFAR, na sigla em inglês) foi uma expressão da política externa norte americana que enquadrou o combate à AIDS na África entre os objetivos estratégicos para a segurança na política externa norte americana (ALMEIDA, 2011). Lançado em 2004 e dirigido pelo Departamento de Estado norte americano e pelas embaixadas do país, o PEPFAR era ideologicamente orientado e se pautava em ideias cristãs de piedade e caridade para promover o tratamento de pacientes acometidos pela enfermidade em quinze países da África, Ásia e Caribe. Como estratégia de prevenção, defendia os valores da família tradicional, a abstinência sexual antes do casamento e a monogamia, e discriminava trabalhadores do sexo e homossexuais. Garantia a propagação desses valores com a canalização de seus vultosos recursos (inicialmente 15 bilhões de dólares) por meio de organizações alinhadas com essas ideias. Ao focar no tratamento (55% dos recursos deveriam ser destinados ao tratamento), protegia os interesses da indústria farmacêutica norte americana já que, inicialmente, recusou-se a utilizar medicamentos

de guerra e certificou-se de que o cinema produzisse uma imagem positiva do país. Nos anos de 1930, com a criação do Instituto para Assuntos Inter-americanos, sob a coordenação de Nelson Rockefeller, o país promovia ativamente a propaganda sobre o americanismo na América Latina. Após a entrada dos EUA na Segunda Guerra e durante a Guerra Fria as ações de propaganda sobre a cultura e os valores dos EUA foram disseminadas a diversas partes do mundo, com a ajuda da mídia e das produções de Hollywood. Mas ao longo do século XX, essas ações, conhecidas como diplomacia cultural ou diplomacia pública, funcionaram como uma estratégia marginal que complementava a disputa de “hard power” que ocorria nos planos militar e econômico (NYE, 2008). Para Nye (1990), na última década do século XX a ideia da construção da imagem para a ampliação do poder ganharia um valor sem precedentes.

genéricos (CUETO E LOPES, 2021). Neste sentido, utilizava estratégias de soft power de modo a defender a segurança nacional.

O uso da saúde como instrumento do soft power começou a ocorrer no governo de Fernando Henrique Cardoso, que se iniciou ao mesmo tempo em que a saúde global se conformava internacionalmente. Desde as origens, a associação entre saúde e política externa no Brasil se baseou na ideia de universalidade do acesso à saúde e de que a saúde era um direito humano, que são valores basilares do Sistema Único de Saúde do país (SUS).

2.2 – A política externa de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)

O sociólogo Fernando Henrique Cardoso assumiu a presidência do Brasil em janeiro de 1995. Vindo de uma família de políticos, Cardoso nasceu no Rio de Janeiro, mas havia feito carreira política em São Paulo, onde se graduara em ciências sociais pela Universidade de São Paulo (USP). Nos anos de 1960, havia sido perseguido pela ditadura e se exilado no Chile, onde trabalhou na Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), uma organização ligada à estrutura das Nações Unidas e que tinha tradição no pensamento econômico desenvolvimentista. Voltou ao Brasil ainda em fins dos anos de 1960, quando seu mandado de prisão foi revogado, mas após o acirramento da repressão em 1969, foi aposentado compulsoriamente de suas atividades acadêmicas na USP e fundou o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), dedicado a estudos e pesquisas em sociologia, política, filosofia, economia e antropologia, que se conformou como um núcleo de pensamento de resistência à ditadura. Exerceu cargos de deputado e senador pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e, em 1988, ajudou a fundar o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), pelo qual foi eleito presidente (CPDOC/FGV). No governo anterior, Cardoso havia sido Ministro das Relações Exteriores, quando participou das negociações iniciais para a criação do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), se aproximou da África do Sul que começava então a superar o regime racista e reconheceu o primeiro governo eleito em Angola, país que havia conquistado a independência em 1975 e passado por uma guerra civil de quase 20 anos.

Cardoso havia sido também ministro da economia no governo anterior e resolvido um problema crônico de inflação no país (em 1993 o índice ultrapassara 30%), o que

alavancou sua popularidade e possibilitou a vitória em primeiro turno nas eleições realizadas em 1994 com 55,22% dos votos válidos. Naquele momento, a globalização estava em pleno desenvolvimento e o consenso de Washington ditava os rumos da política e da economia. Cardoso buscou seguir suas recomendações e inserir o Brasil na ordem neoliberal global, adotando uma orientação de centro-direita. Quebrou o monopólio estatal do petróleo, das telecomunicações e da energia elétrica, promoveu privatizações e enxugou a máquina do Estado buscando reduzir custos. No plano internacional, a estratégia foi buscar autonomia por meio da participação nas instituições do sistema internacional, em alinhamento com as grandes potências, pretendendo inserir o Brasil como um ator global depois de décadas de dificuldades econômicas e políticas. Em seu pronunciamento de posse, Cardoso afirmou que o país precisava atualizar o discurso e a ação externa levando em conta as novas configurações do sistema internacional de modo a incluir o Brasil entre os “países bem-sucedidos do próximo século” (CARDOSO, 1995).

Seu primeiro chanceler foi Luís Felipe Lampreia (1995-2000), diplomata de carreira desde 1962, que, nos anos de 1980, havia participado como governador altermo temporário pelo Brasil nas assembleias anuais do FMI e do Banco Mundial e, nos anos de 1990, como embaixador do Brasil junto a organismos internacionais em Genebra, onde chefiou a delegação brasileira na rodada conclusiva do Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT) — a Rodada Uruguai do GATT se estendeu de 1986 a 1994 (FGV/Cpdoc). A proposta de Lampreia foi reorientar a PEB para a busca da autonomia pela participação nas instituições do regime internacional que se conformava à medida que a globalização dos mercados se consolidava. A ideia de interdependência pautava a ação internacional do país, que buscava ter participação ativa no desenho desta nova ordem internacional neoliberal. Os formuladores da política externa acreditavam que alinhamento às regras internacionais não significava colocar-se em posição subordinada, ao contrário, era o caminho para o país se tornar relevante. Assim, nos fóruns multilaterais, o Brasil buscou uma atuação moderada, conciliatória e coerente com sua posição de país intermediário, defendendo os valores ocidentais e os regimes vigentes, e procurando, nesses espaços, o reconhecimento do Brasil como um país importante.

O país também necessitava eliminar a percepção negativa na área macroeconômica e usou a figura do próprio presidente para tentar reconstruir sua imagem. Conseguiu atrair investimentos diretos, mas essas estratégias tiveram êxito limitado, já que as taxas de crescimento do Brasil nos cinco primeiros anos do governo de Cardoso

foram modestas (VIGENAVI e CEPALUNI, 2016). Lampreia valorizou a cooperação regional na América do Sul e, neste âmbito, adotou estratégias de *soft power* evocando a estabilidade macroeconômica e democrática. Procurou aproximar-se da União Europeia sob alegações de compartilhamento de valores como democracia, direitos humanos e bem-estar social, mas o país não foi capaz de encontrar meios concretos de consolidar uma aliança. As tentativas de aproximação da União Europeia com o Mercosul também não prosperaram, já que a oferta de liberalização ampla feita pela última não foi bem recebida pelos países da região (SARAIVA, 2014; VIGENAVI e CEPALUNI, 2016).

Um dos principais focos da política externa de Cardoso foi a participação na Organização Mundial do Comercio (OMC), que foi criada no primeiro ano de sua gestão no bojo do avanço da globalização neoliberal nos anos de 1990 e da intensificação das negociações e dos acordos sobre o comercio internacional. Um tema importante dessas discussões era o acordo sobre os direitos de propriedade intelectual relacionada ao comercio (TRIPS, que na sigla em inglês se refere a Trade Related Intellectual Property Rights)¹⁵, que regulou os direitos de patentes e propriedade intelectual sobre os diversos bens e serviços e veio a compor a base legal da OMC. A sujeição dos medicamentos às regras do TRIPS provocou debates sobre os limites éticos da lucratividade sobre esses produtos que eram considerados por alguns atores como bens públicos que não deveriam ser tratados como outros produtos industriais sujeitos às guerras comerciais. O TRIPS previa uma flexibilização pela qual os países poderiam emitir licenças compulsórias, mas o acesso dos países em desenvolvimento a estas flexibilidades era limitado, principalmente por receio de retaliações, já que o TRIPS era vinculante e os países eram obrigados a cumprir suas regras. Segundo as normas da OMC, os países em desenvolvimento tinham até o ano de 2000 para se adequarem ao TRIPS, mas o governo de Cardoso decidiu regulamentar o acordo em 1996 como uma maneira de responder às pressões do governo dos Estados Unidos e como uma demonstração que o Brasil estava de acordo com as regras neoliberais.

¹⁵ Os direitos de propriedade intelectual foram amplamente discutidos na origem da OMC, resultando no TRIPS, sigla em inglês para Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio. No que se refere à saúde, esse acordo garantia as patentes das grandes corporações farmacêuticas e autorizava retaliações em outras áreas comerciais caso os países o violassem, mas mencionava também uma “licença compulsória” que significava que os governos poderiam produzir localmente remédios, vacinas e outros insumos de saúde caso os preços praticados no mercado internacional tornassem inviáveis sua aquisição por indivíduos ou sistemas de saúde. Isso ficou conhecido como flexibilidade dos TRIPS, entretanto, a redação desta medida era ambígua e imprecisa, o que tornava difícil sua efetivação, e os países que precisavam dela tinham receio de usá-la.

O foco na participação ativa nos fóruns internacionais significava que o país não estava muito interessado na cooperação com outros países em desenvolvimento nem em utilizar os discursos do movimento de cooperação entre países de menor desenvolvimento. Contudo, foi durante o governo de FHC que foi criada a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), fruto de um processo que havia se iniciado na década anterior. Naquele momento, o país tampouco estava interessado em aproximação com o continente africano, o que havia sido uma estratégia da PEB em outros momentos.

Os primeiros movimentos de aproximação do Brasil com a África haviam ocorrido nos anos de 1960, durante os governos de Jânio Quadros e de seu sucessor, João Goulart. Naquele momento, o movimento de associação entre os países do (então chamado) terceiro mundo ganhava força, a medida em que a descolonização afro-asiática se intensificava. Buscando ampliar aliados e oportunidades comerciais e políticas deste movimento, o então presidente Jânio Quadros formulou a “política externa independente”, que foi responsável por aproximar o Brasil da África. Desde então, o país se aproximou do continente (e do movimento terceiro mundista que começava ali a tomar forma) de diferentes formas e de maneira mais ou menos intensa, num processo que variava de acordo com as orientações e interesses mais gerais da PEB e de constrangimentos internos e externos que favoreciam ou dificultavam essa relação. Por exemplo, após o golpe militar de 1964, o país interrompeu a aproximação com os países africanos ao adotar uma orientação de alinhamento automático com os EUA; já durante os anos de 1970, mais especificamente após a Revolução do Cravos em Portugal e a independência das colônias portuguesas¹⁶, o Brasil intensificou sua aproximação com países africanos em busca de novos mercados e fornecedores de commodities como um meio de superar a dependência econômica do Norte e acelerar a industrialização nacional (SOMBRA SARAIVA, 2012). Segundo Puente (2010) foi naquele momento, mais precisamente a partir de 1975 com a adoção da estratégia de pragmatismo responsável de Ernesto Geisel, que nasceu a cooperação Sul-Sul brasileira, ao passo que a PEB passou a acreditar que poderia compartilhar experiências com outros países em desenvolvimento como uma forma de ampliar espaço nas relações com estes países. Entretanto, naquele momento, esta ideia não foi em frente pois o país não foi capaz de formular uma política nacional que

¹⁶ Desde 1953, o Brasil mantinha um “Tratado de Amizade e Consulta” com Portugal, o que impedia que o Brasil questionasse a manutenção do colonialismo e adotasse posturas diplomáticas que evitassem o posicionamento nacional contra a prática do governo de Salazar.

atendesse às demandas geradas pela aproximação, e a estratégia não se concretizou por meio de projetos (CERVO, 1994).

Nos anos de 1980, José Sarney buscava dar continuidade à política de aproximação com a África de seu antecessor, o último presidente militar do Brasil, João Batista Figueiredo, que havia sido o primeiro chefe de estado brasileiro a visitar o continente (SOMBRA SARAIVA, 2012). O governo de Sarney foi conturbado, com altos índices de inflação e uma crise do modelo nacional-desenvolvimentista que fazia com que a aproximação com a África parecesse ineficaz. Mas foi em 1989, em seu último ano de governo, que ocorreu o primeiro encontro entre os chefes de Estado de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Brasil e Portugal, em São Luís do Maranhão, a convite do próprio Sarney. Essa reunião era fruto de um processo de aproximação entre os países lusófonos que vinha acontecendo principalmente ao longo dos anos de 1980, quando Portugal estava interessado em valorizar o papel da lusofonia como um meio de se conformar como um elo entre a Europa e os países de língua portuguesa pretendendo com isso ampliar sua importância dentro do espaço europeu (FREIXO, 2006). Freixo destaca que o imaginário de um espaço lusófono, unido por uma identidade linguístico-cultural, esteve presente no pensamento de intelectuais portugueses e brasileiros ao longo do século XX, notadamente Agostinho da Silva (1906-1994) e Gilberto Freyre (1900-1987). Essas ideias postulavam que existia uma cultura e identidade comum unidas em torno das heranças portuguesas e do idioma, mas, durante a ditadura de Salazar, o país pouco valorizou essa perspectiva e essas ideias ficaram no âmbito do debate intelectual e acadêmico. Com a queda da ditadura em Portugal em 1974, a ideia de conformação de uma comunidade lusófona ganhou espaço no bojo do interesse pragmático do país em ampliar sua relevância na Europa (SANTOS, 2001; FREIXO, 2006).

No Brasil, no final da década de 1980, já não era claro o interesse da política externa em se aproximar dos países africanos em geral nem dos países africanos lusófonos em particular, mas havia a crença pessoal de José Aparecido de Oliveira, então ministro da cultura de José Sarney, que foi o principal articulador do encontro em 1989 e da criação da CPLP. Oliveira havia sido secretário particular de Jânio Quadros em 1961 e esteve muito próximo da formulação da “política externa independente” que iniciou as aproximações com o continente africano. Ele acreditava na cooperação Sul-Sul por um lado e, por outro, era próximo de intelectuais brasileiros e portugueses que apoiavam a

ideia da identidade cultural luso fônica. Nesse primeiro encontro foi definido que se criaria um Instituto Internacional da Língua Portuguesa (FREIXO, 2006; DIAS, 2018; SANTOS, 2001).

As negociações para criação de uma Comunidade de países lusófonos se desenvolveriam na década seguinte, durante o governo de Itamar Franco no Brasil (1992-1994) e quando Celso Amorim atuava pela primeira vez como chanceler. Novamente, naquele momento, na PEB não estava voltada para a África, pretendia iniciar a inserção nacional na ordem neoliberal (SOMBRA SARAIVA, 2012; VIGENAVI e CEPALUNI, 2016), e essas negociações são em grande medida creditadas ao trabalho de José Aparecido de Oliveira, que era então embaixador do Brasil em Lisboa¹⁷ e visitou todos os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palops) em busca de adesões ao projeto (SANTOS, 2001; FREIXO, 2006; DIAS, 2018;). O primeiro encontro dos ministros das relações exteriores e negócios estrangeiros ocorreu em fevereiro de 1994, em Brasília quando se iniciaram as negociações para a conformação da CPLP (FREIXO, 2006) e a discussão sobre a cooperação entre os países.

Finalmente, a CPLP seria criada fundada em 17 de julho de 1996, em reunião dos chefes de Estado de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe em Lisboa, quando no Brasil governava já Fernando Henrique Cardoso e a política externa já não estava interessada em África. Nesses meados dos anos de 1990 os temas econômicos e sociais ganhavam espaço na agenda internacional, mas estavam submetidos aos princípios neoliberais. A onda neoliberal e o desmantelamento de estruturas de apoio soviético em muitos países africanos acirravam a instabilidade política social no continente que enfrentava uma década turbulenta (FILHO, 2012) e ao mesmo tempo a proliferação de doenças emergentes e reemergentes. Nesse contexto, uma aproximação com a África no bojo de uma comunidade de países formulada em torno de princípios culturais e de identidade linguística não chamava atenção da PEB. Ademais, já estava claro que ideia desta identidade cultural imaginada pelos intelectuais brasileiros e portugueses nos anos de 1930 e 1940 não era uma realidade, já que a maioria das populações dos Palops falava línguas nativas e, quando tanto, tinham o português como segunda língua. Além disso, após as independências, algumas antigas colônias

¹⁷ É interessante destacar, a título de curiosidade, que Oliveira foi indicado por Itamar Franco para o cargo de chanceler, mas ele não pode assumir por problemas de saúde, e Amorim acabou por ficar com o posto, de onde apoiou Oliveira (CPDOC-FGV).

portuguesas haviam inclusive adotado outras línguas ocidentais como segundo idioma oficial, como o inglês e o francês. Entretanto, Santos (2001) destaca que a permanência do português como uma das línguas oficiais destes países foi condição crucial para que o imaginário do espaço lusófono se concretizasse, o que foi essencial também para que a cooperação acontecesse.

Cardoso visitou Angola e a África do Sul em 1996, e o então presidente sul africano, Nelson Mandela, retribuiu a visita em 1998, mas isso não significou que o país pretendia se aproximar do continente, mas que tinha interesse comerciais com esses países e queria mostrar pro mundo que valorizava o fim do regime do apartheid. É interessante notar que no livro de memórias sobre seu governo, FHC, apesar de dedicar um capítulo à política externa, onde conta histórias, narra viagens, acontecimentos, formulações e desenvolvimento das estratégias descritas acima, não menciona a conformação da CPLP. Menciona, porém, viagens à Angola, quando visitou as tropas brasileiras que apoiavam o processo de paz no país que naquele momento ainda estava em guerra civil, e Moçambique onde incentivou que Cia Vale consolidasse operações, em uma narrativa dedica bem pouco espaço à África. A região esteve mesmo fora de seu raio de interesse. Cardoso não acreditava que o Brasil pudesse tirar maiores proveitos da relação com o continente. Em seu governo, foram fechadas as embaixadas brasileiras na Zâmbia, República Democrática do Congo e Tunísia, postos que haviam sido abertos em outros momentos em o país valorizava a aproximação com a África dentro da PEB. Apesar disso, é importante notar que a cultura africana dentro do Itamaraty estava conformada, e persistiu ainda que sem representar grande interesse para aquele governo.

No segundo mandato de Cardoso (1998-2002), o país experimentou dificuldades macroeconômicas, e o então presidente procurou relativizar a valorização das políticas econômicas neoliberais que haviam orientado sua primeira fase como presidente. Nas relações internacionais, buscou uma inserção mais autônoma e passou a afirmar que a globalização produzia assimetrias entre ricos e pobres, elaborando o conceito de “globalização assimétrica” (SILVA, 2009). Essa noção foi importante para o caso da saúde na política externa nesse período.

2.3 – Aids, tabaco e *soft power*

Nos anos de 1990, a AIDS avançou exponencialmente. Os medicamentos antirretrovirais surgiram neste momento desenvolvidos e produzidos por grandes

corporações nacionais norte americanas e europeias e eram vendidos a preços altíssimos. Os governos de países em desenvolvimento e um grande número de ONGs passaram a discutir formas de acesso a medicamentos, e conformaram redes nacionais e internacionais de ativismo político que pleiteavam o direito ao tratamento e questionavam as regras do TRIPS e o poder das corporações multinacionais. Foi nesse debate que a saúde começou a se configurar como um instrumento da política externa que faria do Brasil um ator relevante nas relações internacionais ampliando seu *soft power* e iniciando uma estratégia que se manteve nos dois governos seguintes, com contornos específicos que variaram de acordo com as opções e orientações mais gerais da política externa brasileira (PEB), como será demonstrado nos capítulos seguintes. Segundo Barbosa, Pinheiro e Pires Alves (2017), durante o governo de FHC, iniciou-se um processo de institucionalização da saúde na agenda da PEB que, com características distintas, foi confirmada e ampliada no governo seguinte, de Lula da Silva. O importante elemento de continuidade foi a ancoragem nos valores basilares do sistema de saúde implantado no país desde a constituição de 1988 que reconhece a saúde como direito fundamental de todo cidadão com a oferta de serviços de maneira universal, integral e equânime.

O primeiro ministro da saúde do governo de FHC foi Adib Jatene, especialista em cirurgia cardíaca de que já havia sido secretário de saúde de São Paulo e ministro da saúde por um curto período durante o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992). Nascido no Acre, Jatene havia feito uma carreira de sucesso no campo da cardiologia, sendo responsável pelo desenvolvimento de técnicas e patentes. Jatene era um médico formado na tradição das especialidades médicas e não havia participado do movimento sanitário que deu origem ao SUS, mas era reconhecido por sanitaristas por suas visões humanistas. Foi responsável pela criação da CPMF (Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira), um tributo destinado a ampliar o financiamento do sistema de saúde.

Em 1995, o Brasil já possuía um Programa Nacional de DST e AIDS (PN)¹⁸ que havia se consolidado nos anos anteriores graças a um empréstimo concedido pelo Banco Mundial. A partir de 1992, este PN havia se associado aos movimentos sociais e ONGs que advogavam pelo direito ao acesso a medicamentos e lutavam pelo fim dos estigmas

¹⁸ Ainda que como curiosidade, é importante notar que o PN foi concebido e coordenado nos primeiros anos por Laír Guerra de Macedo, que era irmã de Carlyle Guerra de Macedo, brasileiro natural do Piauí que foi diretor geral da OPAS entre 1982 e 1995. Anteriormente, Carlyle havia sido diretor da representação da OPAS no Brasil e, em Washington, manteve José Roberto Ferreira como diretor de Recursos Humanos.

e preconceitos com relação aos portadores da doença (LOYOLA, 2008), e essa sinergia conformou um movimento que não esteve livre de tensões, mas que viria a impulsionar a implementação de uma política pública abrangente e a liderança internacional no tema do controle da Aids nos anos seguintes.

Uma lei aprovada no fim de 1996 estabelecia que o fornecimento dos antirretrovirais deveria ser gratuito pelo SUS e os altos custos dos medicamentos passaram a pressionar as contas do governo, ao mesmo tempo em que o país buscava se adequar aos compromissos firmados com a OMC sob o TRIPS e aprovava a lei nacional de proteção de patentes (CUETO e LOPES, 2019). Isso criou um problema para o país que, ao mesmo tempo em que buscava se adequar às regras internacionais, possuía um sistema de saúde que previa o fornecimento universal dos antirretrovirais.

Também em 1995, a Assembleia Mundial da Saúde decidiu por aprovar o lançamento de um processo de revisão do Regulamento Sanitário Internacional. A última atualização do conjunto de regras sanitárias internacionais aprovadas pela OMS em 1951 havia acontecido em 1981, e em meados da década de 1990 havia consenso de que era necessária uma revisão que contemplasse novas doenças como a AIDS, a tuberculose resistente e outras emergentes e reemergentes. Essa deliberação mostrava que a comunidade de países reconhecia que era preciso novos entendimentos sobre o que significava uma emergência em saúde, como reconhecê-la e sobre como os países deveriam se comportar caso ocorresse (Feldbaum e Lee, 2004; Davies et al 2015). A construção da nova estrutura de regras durou 10 anos, sendo aprovada somente em 2005, e foi um processo de debates com diferentes etapas em que diversos atores atuaram de acordo com interesses políticos para afirmar a agenda da segurança na saúde (Davies et al 2005). Os principais interessados nesta agenda eram os países mais desenvolvidos que queriam evitar que doenças, muitas vezes originadas ou disseminadas em localidades pobres, adentrassem suas fronteiras. Essa menção é importante para que se possa compreender as perspectivas sobre a saúde em disputa naquele momento, e dimensionar um ambiente mais amplo onde o Brasil defendeu suas perspectivas próprias.

No seu segundo mandato (1999-2002), Fernando Henrique teve como ministro da saúde José Serra, que havia sido seu companheiro de exílio no Chile e de trabalho na CEPAL, na fundação do PSDB e seu primeiro ministro do planejamento entre 1995 e 1996. Serra era engenheiro, mas havia feito seus estudos de pós-graduação na área de economia, sendo um dos poucos ministros da saúde do Brasil que não era médico nem do

campo da saúde. Desde os anos de 1980, havia estado envolvido com temas orçamentários e tributários em seus mandatos como deputado federal. Sua gestão no Ministério da Saúde foi coerente com a orientação mais geral do governo e primou pelo equilíbrio fiscal no setor. Contudo, segundo Loyola (2008), suas convicções desenvolvimentistas sedimentadas nos anos da CEPAL foram responsáveis por muitas políticas implementadas no campo da saúde e, inclusive, por sua saída do Ministério do Planejamento que haveria se dado por divergências como então ministro da economia, Pedro Malan, que imprimia políticas estritamente neoliberais.

Uma das principais políticas da gestão de Serra foi o incentivo à produção de medicamentos genéricos, o que iniciou um intenso debate interno sobre precificação e acesso a medicamentos. A lei de 1996 sobre propriedade intelectual, também incentivava a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico nacional e, graças aos investimentos feitos neste sentido, no final dos anos de 1990 o país era capaz de produzir 7 dos 12 antirretrovirais (ARVs) que compunham o coquetel para o tratamento da AIDS em instituições públicas e privadas nacionais. Um dos principais atores deste processo foi Farmanguinhos, a unidade da Fiocruz dedicada a produção de medicamentos, que havia feito investimentos em engenharia reversa e, no fim da década, já era capaz de produzir alguns medicamentos para a AIDS. Entretanto, a introdução do coquetel de drogas antirretrovirais também já havia tornado a tecnologia de Farmanguinhos obsoleta, e esta tecnologia estava protegida por patentes que o Brasil continuava respeitando (LOYOLA, 2008). Além de farmacêuticas públicas, como Farmanguinhos, farmacêuticas privadas nacionais foram beneficiadas por incentivos governamentais e produziam ARVs, mas sem acompanhar o desenvolvimento tecnológico internacional.

O papel de destaque de Serra com a Aids foi resultante de um processo de aprendizagem com a prática. Em princípio, a Aids não era sua prioridade, uma vez que havia surtos de dengue e malária na ocasião. Seu interesse pela Aids provavelmente teve início com a preocupação com a eficiência e transparência, pois, para além da orientação gerencial do governo de Cardoso, no passado recente um dos Ministros da Saúde de Collor havia estado envolvido em um escândalo de corrupção. Serra criou um endereço eletrônico para que os hospitais públicos divulgassem os preços dos medicamentos comprados, permitindo que os gestores comparassem os preços dos produtos, promovendo a concorrência. Logo após algumas semanas como ministro, Serra passou a se concentrar na Aids, e participou da negociação do acordo com o Banco Mundial para

o aporte no Programa Nacional para o período entre 1998 e 2002, que passou a prever um papel mais significativo para as ONGs em conselhos municipais e estaduais, a fim de assegurar o “controle social”. O então ministro tinha consciência de que sua política tinha uma dimensão internacional e questionava as controversas táticas agressivas das farmacêuticas transnacionais, como marcar presença em conferências de Aids, realizar doações seletivas e cortejar ONGs.

As políticas nacionais de genéricos e de AIDS e a ameaça que representavam às farmacêuticas transnacionais chamaram a atenção das empresas, de outros governos e da cúpula da OMS, e impulsionou o debate sobre a licença compulsória do acordo TRIPS. Em meio ao debate, Gro Harlem Brundtland veio ao Brasil para debater o tema com parlamentares e reconheceu a importância da política nacional de distribuição gratuita de medicamentos para AIDS mencionando que era necessário se estabelecer, em nível global, um equilíbrio entre os interesses da indústria farmacêutica e o direito ao acesso a medicamentos. No ano 2000, os EUA haviam acionado o Brasil na OMC por suposto desrespeito da legislação nacional às regras do TRIPS que, segundo os norte-americanos, não protegia as farmacêuticas transnacionais. Os EUA representavam o interesse de sua indústria nacional e as empresas privadas transnacionais e argumentavam que os altos lucros eram necessários para que fossem feitos investimentos contínuos em pesquisa e desenvolvimento. O Brasil defendeu que o acesso ao tratamento da AIDS não podia estar condicionado à capacidade de pagamento dos portadores da doença e utilizou o debate para fazer propaganda de sua política nacional bem-sucedida. Embora o governo brasileiro de Cardoso respeitasse as patentes dessa indústria norte-americana (o efetivo uso da licença compulsória só aconteceu em 2007, conforme será explicado depois), praticava uma política que combinava a produção de genéricos sem proteção de patentes e a negociação para a redução de medicamentos de marca, o que fazia com que as farmacêuticas se vissem ameaçadas. Na Rodada de Doha da OMC em 2001, os países reconheceram que o direito de propriedade intelectual não deveria impedir que os países adotassem medidas necessárias para a proteção da saúde pública, e acordaram pela inclusão no acordo TRIPS da possibilidade de licenciarem compulsoriamente medicamentos patenteados em casos de emergências sanitárias. O resultado foi considerado uma importante vitória da diplomacia brasileira que propiciou ganhos a outros países em desenvolvimento. Essa vitória deveu-se, em nível nacional, à solidez da política interna para a AIDS que se consolidou em estreita associação com os ativistas e,

no plano internacional, com o apoio de ONGs internacionais (LOYOLA, 2008; AMORIM, 2017; NEPOMUCENO, 2019; CUETO e LOPES, 2019).

Naquele momento, o embaixador do Brasil em Genebra era Celso Amorim, um diplomata de carreira que havia estado à frente do Itamaraty no governo de Itamar Franco (1993-1994) depois de ser, entre 1990 e 1991, chefe do Departamento Econômico do órgão. Havia sido também embaixador junto ao GATT entre 1991 e 1993 e, como chanceler, havia sido o negociador chefe do Brasil na Rodada Uruguai, em 1994, que deu origem à OMC. Quando esteve à frente da chancelaria nos anos de 1990, o Brasil havia integrado as forças de paz da ONU encarregadas de acompanhar as negociações para o fim da guerra civil em Moçambique e apoiado as negociações para a constituição da Comunidade dos Povos de Língua Portuguesa liderada por José Aparecido de Oliveira, que havia sido indicado por Itamar Franco antes de Amorim para o cargo de chanceler¹⁹. No início do governo de Fernando Henrique Cardoso, Amorim havia chefiado a Missão Permanente do Brasil na ONU em Nova Iorque, quando também chefiou o Conselho de Segurança da instituição quando o Brasil ocupava um assento como membro não permanente. Foi naquele momento que o Brasil se posicionou pela primeira vez pela necessidade de uma reforma na composição dos membros permanentes do Conselho de Segurança das Nações Unidas. Em 2001, como embaixador em Genebra, o diplomata representava o país junto a organismos internacionais e foi assim que foi um dos principais articuladores das posições do Brasil sobre o TRIPS e Saúde Pública (AMORIM, 2013; 2017). Amorim permaneceu em Genebra até 2003, quando retornou ao Brasil para ocupar novamente o cargo de chanceler.

As posições brasileiras na OMC sobre o acesso aos antirretrovirais repercutiram em jornais em diversas partes do mundo. Por exemplo, o inglês *The Guardian* anunciou a vitória brasileira contra os EUA, quando os últimos decidiram retirar a reclamação contra a lei de patentes brasileiras na OMC (GUARDIAN, 2001 e o também inglês *The Economist* anunciou a vitória brasileira como “uma cura para os preços altos” (ECONOMIST, 17/06/2001 2001). Antes, e, janeiro do mesmo ano, a Oxfam havia publicado um relatório com um título contundente: *Drug Companies vs. Brazil: The Threat to Public Health* (Fabricantes de Medicamentos versus Brasil: A Ameaça à Saúde Pública), que criticava as táticas questionáveis das farmacêuticas em países pobres, como

¹⁹ Oliveira não chegou a assumir por problemas de saúde (CPDOC/FGV).

atrasos nas negociações, limitações nas doações e apoio ao medicamento comercial contra o genérico e apoiava a posição do Brasil (OXFAM, 2001). E, em fevereiro, o *New York Times Magazine*, em um artigo assinado pela periodista Tina Rosenberg, havia tomado a mesma posição, questionando os limites éticos do acesso aos medicamentos, enaltecendo o Brasil e culpando as empresas multinacionais por manterem o preço dos ARVs fora do alcance da maioria da população mundial (ROSEMBERG, 2001).

A boa repercussão dos valores que sustentavam o SUS e a postura militante dos burocratas do estado brasileiro nos fóruns internacionais, em consonância com os movimentos internacionais que apoiavam o tratamento precoce para o HIV, chamou a atenção da diplomacia brasileira para os possíveis ganhos da saúde como tema do *soft power* nacional.

É importante notar que, naquele momento, como parte das readequações em seu segundo mandato, quando a adoção das políticas neoliberais havia começado a apresentar as consequências negativas, no plano nacional, Cardoso também passou a valorizar mais as políticas para diminuição das desigualdades sociais e buscou reforçar a rede de proteção social do país. Ele adotou programas de distribuição de renda para famílias vulneráveis, reforçou o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de ampliação do acesso e de organização da rede de serviços de saúde, fixou a aplicação de percentuais mínimos da arrecadação tributária nas áreas de saúde e educação e combateu o trabalho infantil, entre outras políticas sociais.

Em meio à ascensão do tema da AIDS no plano internacional, a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA) passou a ser dirigida por diplomatas. Este posto de assessoramento internacional ao ministro da saúde havia sido criado em 1970 sob a presidência do general Emilio Médici com o nome de Coordenação de Assuntos Internacionais de Saúde (CAI), que era vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Sua denominação mudou diversas vezes ao longo tempo, assim como suas atribuições específicas, sendo que em 1995, quando passou a ser dirigida por diplomatas, se chamava AESA – Assessoria Especial da Saúde. O nome AISA passou a vigorar a partir de 1998, quando foi realizada uma nova reestruturação institucional (GAUDÊNCIO, 2014; LIMA 2017).

O primeiro diplomata a chefiar a AISA foi Ernesto Otto Rubarth, que escreveu a tese intitulada “Diplomacia Brasileira e os Temas Sociais: o caso da saúde” que foi apresentada no Instituto Rio Branco, o braço acadêmico do Ministério das Relações

Exteriores, em 1999. O trabalho foi inspirado pelas conferências sociais promovidas pelo sistema das Nações Unidas (ONU) nos anos de 1990 – como por exemplo a Conferência Internacional sobre Populações e Desenvolvimento que ocorreu no Cairo em 1995; e a Saúde da Mulher em Beijing no mesmo ano, entre outras - e que impulsionaram a crescente importância dos temas sociais e da ideia de direitos humanos e sociais na agenda internacional, e procurou demonstrar o valor da saúde para a diplomacia brasileira. Apontando os principais acordos da comunidade internacional sobre saúde, os atores responsáveis, o status do tema em iniciativas de cooperação bi e multilateral, o trabalho mapeou as interfaces da saúde com a política externa, apontou oportunidades para a diplomacia nacional e sistematizou argumentos úteis a diplomatas em atividade naquele momento. Ainda que sem mencionar o termo cunhado por Nye (1990), Rubarth situou a saúde como tema para o *soft power* ao defender sua vocação para ampliar a capacidade de interlocução externa do país, conferindo-lhe legitimidade. Na visão do diplomata, o país ganharia ao incorporar a saúde de forma sistemática como tema da diplomacia (o que não acontecia naquele momento) não só em prestígio, mas também como um meio de encontrar soluções para questões sociais internas. O trabalho foi precursor da discussão do conceito de “diplomacia da saúde” no Brasil, termo que viria a ser cunhado na década seguinte conforme será explicado posteriormente.

Esta diplomacia setorial foi construída, como prática, no Brasil inicialmente em torno do caso da AIDS. A opção de José Serra pela ampliação da aliança com os movimentos sociais e por enfrentar o tema no plano internacional, o grande volume do financiamento do PN de AIDS propiciado pelo Banco Mundial, a mencionada (no capítulo anterior) criação da UNAIDS em 1996 e o endosso ao tema do acesso universal aos medicamentos pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2001 foram importantes fatores para a consolidação do prestígio nacional em torno do tema da AIDS e para que a diplomacia nacional compreendesse a saúde como um tema que poderia ampliar o prestígio nacional nas relações internacionais.

Outro caso em que uma política brasileira foi exemplo para a saúde global foi na Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). A CQCT foi uma iniciativa lançada pela OMS em 1999 que visava diminuir os índices de tabagismo no mundo a partir de regulamentações sobre aspectos diversos relacionados ao tabaco como propaganda, publicidade, comércio, tratamento, prevenção, entre outros. O consenso científico sobre a relação do uso tabaco com a incidência de câncer e de outras doenças

crônicas vinha se ampliando e políticas antitabagistas ganharam força ao longo dos anos de 1990, em diferentes países e por acordos internacionais, e Brundtland encampou a iniciativa. As negociações duraram até 2003, quando a Assembleia Geral da OMS aprovou o documento final que teve medidas claras em assuntos como elevação de impostos para as indústrias do tabaco, exigência de advertências sanitárias nas etiquetas dos produtos e severas restrições na publicidade. Sem impor uma proibição completa na propaganda imediatamente, a OMS solicitava que os países buscassem banir a propaganda de cigarros num período de cinco anos após a entrada em vigor da Convenção.

O grupo de trabalho instituído pela então diretora da OMS em 1999, que tinha o objetivo de produzir uma primeira proposta para o acordo intergovernamental, teve como um de seus coordenadores a brasileira Vera Luiza da Costa e Silva, funcionária do Instituto Nacional do Câncer do Brasil (INCA), que dirigia o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). A política nacional para o tabaco, de maneira semelhante à de AIDS, era considerada um avanço importante. Desde os anos de 1980, o Brasil vinha adotando políticas antitabagistas como a instituição do Dia Nacional de Combate ao Fumo e, a partir de 1996, o PNCT ganhou capilaridade nacional ao se associar com as secretarias de saúde dos estados e municípios e com a sociedade civil organizada. Nos anos seguintes, as proibições de publicidade de cigarros, a inclusão de advertências em embalagens e restrições ao fumo em lugares públicos ganharam apoio popular e a política nacional antitabagista alçou bons resultados²⁰, que repercutiram internacionalmente. A partir de 2001, Vera Luiza passou a dirigir Departamento de Controle do Tabagismo da Organização Mundial de Saúde, cargo que ocupou até 2005 (TEIXEIRA e JAQUES, 2011).

No ano seguinte à criação da comissão que estudaria a proposta da CQCT (2000), os trabalhos da Comissão passaram a ser dirigidos por Celso Amorim. Segundo Alcazar (2005), Amorim foi eleito para coordenar a CQCT com a contribuição da repercussão que o caso da AIDS ganhara dentro da OMS, já que àquela altura o Brasil era visto como um país que havia conseguido impor um discurso de saúde pública que questionava a supremacia do capital sobre o direito à saúde, um discurso que era respaldado por bons resultados nacionais. Essa visão é verdadeira, mas é preciso ressaltar que o processo

²⁰ A prevalência de tabagismo na população acima de 18 anos caiu de 34% em 1989 para 18,5% em 2008 (Cavalcante et al 2017)

nacional não foi livre de tensões e que nem sempre houve coerência entre os discursos internacionais do país e sua realidade nacional. O Brasil era um dos maiores produtores e exportadores de tabaco do mundo e assim figurava como um celeiro das maiores companhias transnacionais que operavam as estratégias de expansão do tabagismo no mundo, e a questão não era só agrícola, mas principalmente econômica e política. Grande parte do cultivo nacional da folha de tabaco era realizado por pequenos produtores, que tinham na indústria tabagista sua principal fonte de renda e sobrevivência. Esses grupos e empresas contavam com apoio de políticos e parlamentares, principalmente dos estados do Sul do Brasil. Esse quadro nacional gerou impasses políticos na aprovação da CQCT no Brasil já que as empresas espalhavam boatos de que os produtores ficariam sem trabalho se a Convenção fosse ratificada no Brasil, o que resultou em um atraso de dois anos entre a aprovação do documento na OMS e sua ratificação nacional, que aconteceu somente em 2005. Esse processo incluiu várias audiências públicas e debates entre setores ligados à saúde e associações de fumicultores que, influenciados pelas grandes companhias tabagistas, temiam a diminuição no cultivo. Os dilemas para a ratificação da CQCT no Brasil revelaram as tensões de um país que era ao mesmo tempo referência internacional para o controle do tabagismo e o maior produtor de tabaco do mundo (TEIXEIRA e JAQUES, 2011; CAVALCANTE ET AL 2017).

As duas situações (AIDS e CQCT) são exemplos de políticas públicas nacionais bem-sucedidas que, com características particulares, contaram, interna e externamente, com a articulação com a sociedade civil organizada e com o apoio popular para o seu sucesso. O debate sobre a AIDS surgiu no ativismo que reivindicava o acesso aos medicamentos e mobilizou a opinião pública e, após se desenvolveu na OMC, um fórum econômico e objeto de atenção tradicional da diplomacia nacional. O caso repercutiu bem para o país, dado que, conforme explicado no capítulo anterior, a agenda social estava em alta nos fóruns internacionais, as ONGs de saúde eram influentes e se consolidava, na saúde global, a ideia de que a saúde era um direito humano. As posturas defendidas pelo Brasil proporcionaram ganhos para outros países em desenvolvimento de forma indireta e, para o país, na forma de *soft power*, mas o Brasil também logrou grande economia recursos, já que o seu PN era financiado com impostos arrecadados e o governo conseguiu economizar ao pagar menos pelos medicamentos importados. A política externa de Cardoso não tinha como orientação mais geral o enfrentamento do neoliberalismo, pelo contrário, pretendeu adequar o Brasil a participar de suas regras, mas permitiu que alguns

setores, como a saúde, tivessem certa autonomia e liderança global. O Brasil também não tinha como objetivo o alinhamento com agendas dos países em desenvolvimento, e o caso da AIDS despertou a percepção de diplomatas para os possíveis ganhos com a adoção do discurso universalista da saúde no plano internacional. A diferença entre as duas situações foi que, na CQCT, a chancelaria nacional identificou cedo essa oportunidade e, ainda no primeiro ano de discussão do acordo, buscou papel de destaque e passou a conduzir as negociações em estreita relação com o Ministério da Saúde (ALCAZAR, 2005).

Em meio às controvérsias em torno da AIDS e CQCT nos organismos internacionais, o governo de Cardoso também valorizou a cooperação Sul-Sul como um meio de angariar aliados e como estratégia de *soft power*, ainda que de maneira marginal. Na III Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), ocorrida dia 17 de julho de 2000, em Maputo, o governo brasileiro ofereceu ajuda à Comunidade em duas frentes: a articulação internacional para a diminuição dos preços dos antirretrovirais e a disponibilização de expertise brasileiro em produção desses medicamentos (RODRIGUES, 2014). Em 2002 o Ministério da Saúde do Brasil lançou um Programa de Cooperação Internacional (PCI) voltado para a doação de antirretrovirais produzidos por laboratórios públicos nacionais que incluía capacitação de recursos humanos no manejo clínico e na logística de distribuição de medicamentos. O PCI foi a primeira investida brasileira na oferta de cooperação técnica internacional em saúde no âmbito Sul-Sul na saúde global e contemplou, em sua primeira fase, cinco países latino-americanos e dois africanos (QUEIROZ e ALVES; LIMA, 2017). Mas a ideia da oferta de cooperação técnica em medicamentos na África foi reformulada no governo seguinte quando as negociações entre Brasil e Moçambique optaram pela construção de uma fábrica de antirretrovirais e medicamentos no país, negociada no bojo de um pacote de investimentos privados no país africano. Esse projeto foi um exemplo da reorientação da política externa brasileira para a saúde que ocorreu na passagem do governo de Fernando Henrique para o de Luís Inácio Lula da Silva, da mudança do perfil da atuação do país junto aos países lusófonos e das contradições que essa política enfrentou, e será explicado no capítulo seguinte.

2.4 - Cooperação lusófona em saúde e o papel da Fiocruz

Foi nos primórdios da aproximação entre os países lusófonos que se iniciou a cooperação em saúde no que viria a ser a CPLP. Em maio de 1994, em Genebra, à margem

da reunião da Assembleia Mundial da Saúde, ocorreu o primeiro encontro dos ministros da saúde dos países de língua oficial portuguesa, quando as autoridades definiram algumas áreas que deveriam ser prioritárias para a cooperação: endemias, zoonoses, AIDS, saúde mental, vigilância sanitária, laboratórios de saúde pública e desenvolvimento de recursos humanos (RUBARTH, 1999; ROA, 2015). Naquele momento, os ministros resolveram também por fazer um segundo encontro em agosto do mesmo ano no Rio de Janeiro. A delegação brasileira, numerosa, tinha uma proposta concreta sobre como deveria acontecer a cooperação no espaço que, dois anos depois, viria a ser a CPLP: defendeu que os países adotassem um modelo de cooperação flexível, que permitisse ajustes de acordo com as estruturas existentes nos respectivos países (RUBARTH, 1999). Essa ideia soou bem aos participantes, que não estavam acostumados à flexibilidade nos processos de cooperação internacional.

Na reunião de agosto de 1994 no Hotel Meridien em Copacabana, Rio de Janeiro, os ministros foram convidados a visitar a Fiocruz, que começou ali a se conformar como uma instituição que tinha interesse e capacidade de ofertar cooperação aos Palops. Dentre os técnicos da delegação do Ministério da Saúde do Brasil estava Paulo Buss, um sanitarista da Fiocruz que havia participado ativamente do movimento pela reforma sanitária brasileira nos anos de 1970 e 1980. Buss era médico, pediatra, mestre em medicina social e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP). Havia sido membro fundador e primeiro secretário executivo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) entre 1979 e 1983 e delegado da VIII Conferência Nacional de Saúde, que deu origem ao SUS. Nos anos de 1990, era um sanitarista engajado em defender a relação do processo saúde-doença com as condições econômicas e sociais das populações e começava a se interessar pelos movimentos regionais e internacionais da saúde. Na década seguinte, Paulo Buss viria a se constituir como um dos principais articuladores da atuação brasileira na saúde global.

Em 1994, Paulo Buss havia deixado a direção da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e estava familiarizado com os debates sobre a cooperação na saúde internacional. Em 1991, havia participado de um encontro em Quebec, Canadá, promovido pela direção de Recursos Humanos da sede da OPAS, que era então liderada pelo médico brasileiro José Roberto Ferreira, quando foram discutidos o conceito de saúde internacional e os problemas dos modelos de cooperação promovidos neste espaço. O tom do debate, permeado por uma perspectiva do Sul e especialmente latino-americana,

foi crítico. Sustentou-se que os países do Norte ignoravam as especificidades e subjetividades que ocorriam no interior dos países que recebiam cooperação, que as práticas implementadas eram “respostas homogêneas a realidades heterôneas”, e não contribuíam para promover a capacidade própria desses países (OPAS, 1992). Afirmava-se ali um pensamento crítico regional em torno da ideia de que os modelos de cooperação Norte-Sul na saúde internacional, em sua maioria centrados em doenças específicas, perpetuavam a dependência e, para romper com esse ciclo, era necessário que as ações fossem focadas nas realidades locais²¹. Essas premissas estiveram presentes nos discursos que orientaram a proposta brasileira para a cooperação em saúde junto aos Palops desde este início dos anos de 1990.

As ideias de uma cooperação que rompesse com a dependência dos países desenvolvidos estavam inspiradas num movimento cuja origem remontava ao processo de associação entre países do Sul global (africanos e asiáticos) que, nas décadas de 1950 e 1960, haviam conquistado a independência e, naquele momento, inauguraram um processo cooperativo que pretendia reivindicar maior espaço para o então chamado terceiro mundo. Essa articulação entre países menos desenvolvidos cresceu nos anos de 1970 quando o movimento conseguiu que a ONU declarasse a emergência de uma “Nova Ordem Econômica Internacional”, o que deu origem a uma agenda terceiro mundista que se propunha como uma terceira força no cenário da Guerra Fria (PINO, 2014; PEREIRA e MEDEIROS, 2015; ALMEIDA, 2017). O discurso articulado pelo movimento contestava a dominação do Norte sobre o Sul e propagava que a cooperação entre os países menos desenvolvidos tinha capacidade para promover maior autonomia para eles e seria supostamente mais eficaz, já que esses países possuíam origens históricas e desafios similares. Contudo, a heterogeneidade era grande dentro do conjunto de países e a Guerra Fria, assim como o protagonismo neoliberal que emergiu nos anos de 1980, acabaram por enfraquecer a articulação. Ainda assim, as ideias de uma cooperação mais justa, eficaz e horizontal permaneceram e foram cultivadas no âmbito da OPAS, ainda que não fossem hegemônicas dentro da Organização.

As críticas sobre a saúde internacional discutidas em Quebec já haviam sido formuladas inicialmente por José Roberto Ferreira em 1976 num momento de ápice do

²¹ Nesta reunião o modelo de cooperação contra hegemônico foi discutido por atores latino-americanos em grande medida identificados com o movimento da medicina social latino-americana. Contudo, essas ideias já haviam sido aventadas por José Roberto Ferreira em um artigo de 1976.

movimento da cooperação entre países em desenvolvimento, inspirado pelos movimentos de libertação da dependência. Naqueles meados dos anos de 1970, o otimismo do movimento terceiro mundista estimulava uma transição de enfoques nos modelos de cooperação que passariam de um caráter assistencial para um cooperativo e isso se refletiu no setor saúde (PAIVA e PIRES ALVES, 2011). Em artigo publicado na revista *Educacion Médica e Salud*, neste ano, Ferreira havia construído a proposta de uma cooperação em saúde com foco na autossuficiência dos países receptores, cujas principais soluções partiriam dos próprios países, onde o agente internacional teria escuta ativa e papel de facilitador (FERREIRA, 1976). A proposta se pretendia uma alternativa à rigidez dos modelos adotados por agentes internacionais do Norte que, na opinião do autor, buscavam impor suas visões de mundo aos menos favorecidos por meio da cooperação em saúde. Assim, tinha como objetivo promover o desenvolvimento de pessoas e instituições autóctones que fossem capazes de mudar essa realidade. Ele defendia que o tema da formação de recursos humanos e do desenvolvimento institucional deveriam ser centrais nos projetos de cooperação em saúde.

Depois da reunião no Rio de Janeiro, os ministros da saúde dos países lusófonos voltaram a se encontrar no ano seguinte, novamente em paralelo à Assembleia Mundial da Saúde (AMS) em Genebra e, ainda em 1995, a Fiocruz submeteu, com intermediação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), agência subordinada ao Ministério das Relações Exteriores do Brasil, um projeto para a cooperação em saúde nos Palops ao Fundo Fiduciário Perez Guerrero (PGTF), pertencente ao escritório da ONU para cooperação Sul-Sul. Foi o primeiro projeto institucional – proposto pela presidência da instituição por meio da agência governamental responsável pela cooperação internacional brasileira - da Fundação para a oferta de cooperação internacional²². A proposta inicial era treinar recursos humanos e desenvolver tecnologias em educação em saúde nos países como um meio de fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS).

A APS havia sido um dos eixos organizadores do modelo de sistema de saúde planejado durante o movimento pela reforma sanitária brasileira. Apesar de já contar com uma história pregressa ao movimento de reforma, a ideia da universalização dos serviços básicos proposta na Conferência de Alma Ata em 1978 havia sido uma bandeira dos sanitaristas progressistas brasileiros, que assumiram seus pressupostos como parte das

²² Segundo os documentos do projeto.

reinvidicações do movimento, ignorando a ideia de Atenção Primária Seletiva que foi assimilada por muitos organismos internacionais (PAIVA e PIRES ALVES, 2021). Naquele momento, ao propor o primeiro projeto de cooperação técnica internacional nos Palops, a Fiocruz incluía o tema como objetivo central.

A ABC havia sido criada em 1987 como parte de uma tentativa do governo de organizar a cooperação técnica recebida e prestada pelo Brasil que anteriormente estava difundida entre o MRE e o Ministério do Planejamento e significou um esforço por centralizar a organização política da cooperação técnica no âmbito do MRE em um momento em que o Brasil também priorizava a cooperação técnica com países em desenvolvimento (PUENTE, 2010). Desde o início, a ABC ficou encarregada de gerir a cooperação internacional do governo. Em assuntos de saúde, os casos eram discutidos com a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA).

Em 1996, aconteceu a III reunião dos ministros da saúde, em Lisboa, e o tema central foi a formação de recursos humanos. Os ministros apresentaram seus planos nacionais para a área e reafirmaram o interesse na formação de profissionais de nível técnico e superior como um meio de reforçar a autonomia de seus sistemas de saúde. Eles enfatizaram que, prioritariamente, esses técnicos deveriam ser formados nos próprios países para evitar a fuga de cérebros, que era um problema crônico naquelas localidades (RUBARTH, 1999). Neste encontro, estavam presentes Paulo Buss, que era então vice-presidente da Fiocruz, e José Roberto Ferreira²³, que estava naquele momento saindo da chefia da direção de recursos humanos da OPAS em Washington para integrar a área de cooperação internacional da Fiocruz. Ambos faziam parte da delegação brasileira liderada por Adib Jatene.

Após a reunião de ministros em 1996, um mês antes da criação da CPLP, o Brasil, por meio da AISA e da ABC, iniciou também a cooperação em AIDS com foco na formação de recursos humanos em manejo clínico e outros aspectos da assistência a pessoas com HIV. Posteriormente, avaliou-se que o impacto desta atividade era limitado em localidades que onde não havia disponibilidade de insumos como medicamentos e testes diagnóstico, e a cooperação passou a incluir doação de medicamentos e culminou

²³ É importante notar que Ferreira trazia consigo uma rede de relações do sanitarismo latino-americano, já que, enquanto chefe da divisão de Recursos Humanos da OPAS, era responsável por um programa de bolsa de estudos e pela formação em saúde internacional pelos quais passaram muitos quadros que viriam a se tornar lideranças na região.

com a conformação do PCI, explicado anteriormente (FIGUEIREDO, 2018). Contudo, apesar dessa referência ao início da cooperação em AIDS pelo governo brasileiro junto aos Palops feita por um técnico da AISA, a atividade não é referida nas reuniões de pontos focais da Comunidade a partir de 1999, talvez por ter sido organizada bilateralmente. Na CPLP, apenas em 2001 começa a aparecer a referência a cooperação no tema do HIV, quando se inicia o desenho de um projeto comunitário. Em 2003, o projeto foi apresentado ao Fundo Global para financiamento, mas foi recusado (CPLP, 2005).

O financiamento para o projeto da Fiocruz/ABC/PGTF/ Palops saiu em 1997, dois anos depois da submissão, e se realizou então a primeira missão da Fiocruz aos Palops²⁴. Foi composta por dois pesquisadores da ENSP, Carlos Tobar e Paulo Sabroza, e um da Escola Politécnica em Saúde da Fiocruz, Júlio Cesar França Lima, ocorreu entre outubro e novembro de 1997 e percorreu todos os países, a fim de compreender as demandas de formação de recursos humanos para então propor um programa integrado que abrangesse os 5 Palops. O relatório final da missão foi bastante detalhado, o que demonstra o interesse do grupo em se aprofundar nas realidades e particularidades de cada localidade visitada. Para cada país havia uma contextualização histórico-geográfica e político-cultural e o detalhamento da situação epidemiológica encontrada. Contudo, apesar do objetivo inicial de se identificar instituições que pudessem vir a integrar uma rede de instituições formadoras de recursos humanos para saúde entre os países, numa primeira versão do relatório os técnicos não foram capazes de indicar isso, ou de formular uma proposta de cooperação. Eles eram especialistas em epidemiologia, saneamento e gestão de sistemas de saúde e não eram formados para o trabalho internacional. Destaca-se aí a importância de naquele momento já haver na Fiocruz profissionais dedicados à cooperação internacional. José Roberto Ferreira e Luís Eduardo Fonseca, criticaram esta primeira versão do relatório e apoiaram a formulação de outra mais objetiva, que acabou sendo enviada à instituição financiadora e às agências brasileiras coordenadoras, a ABC e AISA. Esta segunda versão, relatava a importância dos encontros com os embaixadores

²⁴ Essa foi a primeira missão organizada institucionalmente pela presidência da Fundação. Entretanto, técnicos da ENSP/Fiocruz já vinham desempenhando atividades em países lusófonos desde os anos de 1980. A saber: Entre 1980 e 1982 Dr. Fernando Verani atuou no Programa de Vacinação em Angola; em 1983, Celia Almeida, atuou como médica da Cruz Vermelha em Moçambique; 1984, Luís Eduardo Fonseca trabalhou na Unesco, na área da saúde infantil em Cabo Verde; entre 1985 e 1986 Fernando Laender atuou no Programa de Vacinação em Moçambique; entre 1987 e 1988, Joyce Andrade Schramm trabalhou em Angola; e entre 1989 e 2002, Luis Eduardo Fonseca atuou em diferentes postos na Guiné Bissau, Cabo Verde e Timor Leste. (FIOCRUZ,1998a).

brasileiros em Angola e Cabo Verde e com coordenadores de cooperação internacional de diversos Ministérios da Saúde que ajudaram a organizar e acompanharam as visitas.

Apesar de situações políticas particulares, os Palops estavam naquele momento liberalizando suas economias e fazendo transição ao modelo pluripartidário. Angola havia conquistado a independência em 1975 e, logo após, havia se iniciado um conflito armado que começaria a se distensionar após 20 anos, mas só finalizaria em 2002. Moçambique havia vivido a mesma situação, mas o conflito havia terminado em 1992. Ambas as guerras civis estavam inscritas na dinâmica da Guerra Fria e eram expressão do conflito Leste-Oeste, sendo que ambos os países tiveram governos pro-URSS nos períodos pós independência. Naquele início do novo século, já sob a hegemonia neoliberal, ambos os países buscavam se reorganizar, sendo que a influência do modelo soviético estava declinando e as redes de serviços públicos estavam amplamente deterioradas. No início dos anos 2000, já havia um mercado de saúde privado mais consolidado e a preocupação das autoridades públicas desses países era evitar fuga de cérebros também para esses serviços (BRASIL/MRE, 2001). Havia ainda (mais em Moçambique do que em Angola), uma grande presença de organizações internacionais trabalhando em diversas frentes e, pelo menos no campo da saúde e especificamente na área da formação de recursos humanos, havia a preocupação dos governos nacionais de que essa reestruturação fosse feita com pessoal local conhecedor das realidades nacionais (MISA/ANGOLA, 2001; Brasil/MRE, 2001). Contudo, era claro que não havia docentes em saúde nesses países para fazer esse trabalho e por isso, o discurso da cooperação brasileira, baseada nas ideias do chamado movimento dos países não alinhados, foi bem recebida

Ressalvadas as devidas particularidades de cada país, sempre destacadas pelos técnicos da Fioruz em seus relatórios, eles observaram que as situações sanitárias nos Palops possuíam em comum origens na relação saúde-ambiente-desenvolvimento, que determinavam problemas crônicos de saúde como desnutrição, e várias doenças transmissíveis como malária, cólera, meningite, hepatite, tuberculose, HIV, arboviroses e outras, além de níveis críticos de violência decorrente da urbanização não planejada, dos altos níveis de desemprego e da ausência total de seguridade social. Nos serviços de saúde, foi constatada a falta de recursos humanos qualificados, já que a maior parte dos atendimentos eram desenvolvidos por pessoal de nível elementar e técnico, com baixa qualificação para o cuidado e sem capacidade de gerar dados sobre a situação sanitária.

Havia um enorme déficit de docentes e uma grande dependência da ajuda externa para o funcionamento dos sistemas de saúde (FIOCRUZ, 1998).

Os pesquisadores da Fiocruz foram críticos quanto à presença das agências de cooperação internacional naqueles países. Observaram que os agentes externos financiavam somente atividades-meio, suprindo necessidades imediatas e deixando de oferecer soluções sustentáveis. Consideraram que os modelos assistenciais propostos por essas organizações eram burocráticos e deixavam de considerar os elementos político-sociais que determinavam aquela situação sanitária. Quanto aos recursos humanos, relataram que os profissionais de saúde eram, em sua maioria, contratados a partir de bolsas temporárias, o que não contribuía para a consolidação de instituições, e o pessoal mais capacitado trabalhava para os agentes internacionais, deixando de promover e multiplicar conhecimentos nos serviços de saúde públicos locais. Em sua visão, estes agentes internacionais, ao fim e ao cabo, enfraqueciam a presença e a influência dos serviços locais. Consideraram particularmente preocupante a influência da cooperação portuguesa, centrada na expansão de serviços médicos e priorizando a atenção hospitalar e a formação de especialistas, quando as maiores necessidades estavam na atenção primária (Fiocruz, 1998c).

A partir dessas críticas, enfatizaram que:

“qualquer proposta de cooperação técnica terá necessariamente que ser, não apenas cuidadosa diante de realidades tão complexas, mas sobretudo respeitosa, partindo do reconhecimento da competência local adquirida em anos de dificuldades extremas, procurando identificar conjuntamente pontos que potencializem sua eficácia, evitando apresentar modelos forâneos, carregados de ideologias e tecnicismos estranhos àquelas situações” (Fiocruz, 1998c).

A citação acima foi reproduzida em diversos documentos posteriores ao primeiro relatório e denota a preocupação explícita de se implementar um modelo de cooperação centrado nas realidades locais, o que pode ser explicado pela presença na Fiocruz de José Roberto Ferreira e pela herança do pensamento político presente na Fiocruz - e em seus especialistas - pelo menos desde os anos de 1970. Neste ponto, é interessante notar a observação dos profissionais da Fiocruz sobre se evitar “modelos forâneos carregados de

ideologias”, como se suas observações estivessem isentas das mesmas, o que não era verdade.

A cooperação brasileira na CPLP se iniciava então com ênfase no campo dos recursos humanos em saúde, com a participação da Fiocruz como representante do governo brasileiro em coordenação da AISA e ABC e com acompanhamento da estrutura de gestão da cooperação na CPLP orientada por premissas críticas da saúde internacional e com ênfase na estruturação dos sistemas de saúde. É importante notar que nesses primeiros anos da CPLP outras ações propostas pelo governo brasileiro estiveram também centradas no desenvolvimento institucional. Por exemplo, na reunião de pontos focais da cooperação da CPLP em maio de 1999, realizada em Cascais, Portugal, o representante do Brasil apresentou (além do projeto na área da saúde) outros dois projetos que estavam em fase de planejamento: a criação de um Centro Regional de Administração Pública e de um Centro Regional de Promoção Empresarial e de Formação Profissional, para os quais a ABC estava alocando recursos. A ideia era que fossem construídas instalações físicas para essas instituições em Maputo e Luanda, respectivamente, e que até que as instalações ficassem prontas se desenvolvessem cursos diversos para a formação de pessoal, no Brasil ou nos próprios países. Esses dois projetos continuaram em discussão nos anos seguintes e foram desenvolvidos os marcos regulatórios das duas instituições, mas até 2004 não haviam sido concretizados (CPLP, 2005).

Como desdobramento desta primeira missão, em 1998, foi realizada na sede da Fiocruz uma reunião técnica com delegados de todos os Palops que discutiram as recomendações dos técnicos da Fiocruz na missão anterior e definiram que a cooperação se desenvolveria nas seguintes áreas: realização de cursos de especialização em níveis técnico e superior; formação em gestão e vigilância epidemiológica; formação docente nos Palops e a estruturação de uma rede de instituições de ensino da saúde.

A partir destas duas atividades, a missão de diagnóstico e a oficina na Fiocruz, começou-se a se conformar um programa de cooperação em saúde do Brasil nos Palops centrado na formação de recursos humanos que se desenvolveu posteriormente em dois projetos que foram acontecendo paralelamente com financiamento da agência japonesa

de cooperação (JICA)²⁵ e do fundo para a cooperação da CPLP²⁶. Tal programa tinha como orientação geral, além da formação de quadros dos Palops em algumas áreas, a “formação de formadores” e a ideia de se estimular a conformação de escolas de saúde pública nos Palops que formariam redes onde os conhecimentos desenvolvidos em cada local seriam compartilhados e retroalimentados. Essas ideias foram desenvolvidas a partir de uma série de missões brasileiras aos Palops e desses países ao Brasil, integradas, pelo lado do Brasil, por técnicos da Fiocruz e da ABC²⁷.

É preciso destacar que a ideia de se promover a formação docente com o objetivo de se desenvolver núcleos de formação em saúde que posteriormente conformariam uma rede de instituições formadoras em saúde pública estava inspirada por uma experiência brasileira que havia se iniciado nos anos de 1970 e sido um dos pilares da reforma sanitária brasileira (ESCOREL, 1998; PIRES ALVES e PAIVA, 2006). O Programa de Preparação de Pessoal Estratégico de Saúde (Ppreps) foi fruto de uma cooperação do governo brasileiro com OPAS, formulada com a participação de José Roberto Ferreira em 1975²⁸ e tinha como objetivo central adequar a formação de recursos humanos para saúde às necessidades de cobertura de serviços, de maneira regionalizada, ajustada aos diferentes níveis de complexidade do sistema e às necessidades socioeconômicas do país. Pretendia também promover a formação de pessoal de nível técnico em larga escala – em termos de volume e de variedade de categorias -, e ao mesmo tempo, ampliar o sistema de formação de docentes e de pesquisa com apoio financeiro a universidades e centros

²⁵ O projeto em parceria com a JICA teve origem quando, no ano 2000, o presidente de Angola visitou o Japão no âmbito de um programa de cooperação bilateral entre os dois países e solicitou que o Brasil fosse envolvido, dado que os laços linguísticos com o país favoreceriam os trabalhos (BRASIL/MRE, 2001). No ano seguinte, Brasil e Japão firmaram um programa de cooperação que ficou centrado em temas sociais, entre eles saúde, nos Palops. A parceria com o Japão se centrou em Angola e Moçambique e o ponto de partida foi uma missão com representantes da ABC e Fiocruz e da agência japonesa. No marco da reestruturação política que se propunha, ambos países haviam formulado planos nacionais para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, que foram utilizados como base para o planejamento de atividades.

²⁶ O projeto foi apresentado à CPLP em Curia em abril de 2000, quando teve o mérito aprovado. Na III Reunião Ordinária de Pontos Focais de Cooperação da CPLP realizada em São Tomé entre 26 e 27 de julho de 2001, o Brasil anunciou a alocação de 100 mil dólares ao fundo para a realização de parte do projeto e o secretariado executivo alocou mais 35 mil dólares (CPLP, 2005).

²⁷ Ao final do projeto patrocinado pelo Brasil e pela CPLP, em 2008, o país, por meio da Fiocruz, havia realizado 6 oficinas em Angola e Moçambique que capacitaram um total de 46 profissionais, sendo 24 angolanos, 12 moçambicanos, 4 santomenses, 3 guineenses e 3 caboverdianos. Além das capacitações, o projeto financiou ainda a compra de computadores, impressoras, data show, e outros com o objetivo de apoiar a consolidação de um núcleo de apoio à formação em saúde pública em Moçambique.

²⁸ Segundo Ferreira, a ideia nasceu em 1973, mas o programa foi formalmente assinado em 1975. Na época, Ferreira já trabalhava na área de Recursos Humanos na sede da OPAS em Washington, onde se tornaria chefe em 1976. Um estudo detalhado sobre o Ppreps pode ser encontrado em Pires Alves e Paiva (2006).

formadores. O grande volume de recursos destinado ao Programa foi possível graças à disponibilidade de recursos financeiros no então governo ditatorial brasileiro (fruto de endividamento externo) e da intenção dos militares de ampliar sua popularidade, já que o autoritarismo começava a entrar em crise (PIRES ALVES e PAIVA, 2006; ESCOREL, 2008).

Com essa ancoragem institucional e grande capilaridade nacional, o Ppreps se desenvolveu paralelamente e em articulação com o movimento que reivindicava a reforma do setor saúde no Brasil, dado que, ao mesmo tempo em que fomentava a expansão dos quadros em saúde, o Programa fortalecia a base conceitual que viria a sustentar a construção do SUS em nível nacional junto com outros programas que promoviam a interiorização dos serviços de saúde e pesquisas sobre a relação da saúde com aspectos sociais (ESCOREL, 1999; PIRES ALVES e PAIVA, 2006). Ao promover formação de pessoal em parceria com secretarias estaduais de saúde, o Ppreps impulsionou a conformação de núcleos destinados aos recursos humanos em saúde nos Estados que vieram a conformar um sistema nacional de formação de pessoal de saúde, que posteriormente foi articulado em uma rede de escolas e centros formadores em saúde pública no Brasil. Para a OPAS, foi uma oportunidade de promover um modelo de cooperação formulado e dirigido por quadros nacionais, o que significava um modelo alternativo ao utilizado pela Organização que fornecia consultores internacionais para apoiar políticas nos países. O modelo de “execução nacional” de projetos financiados pelo sistema ONU só passaria a ser norma na Organização em 1992, com a Resolução nº 47/199, da Assembleia Geral. Foi a partir da experiência do Ppreps que José Roberto Ferreira formulou suas considerações sobre modelos de cooperação na saúde internacional publicadas no artigo de 1976.

No ano 2000, Paulo Buss foi eleito presidente da Fiocruz e José Roberto Ferreira passou a coordenar a Assessoria de Cooperação Internacional da Fundação. Buss já vinha participando das discussões sobre cooperação com os Palops, tinha interesse na área internacional e considerava vantajoso projetar a instituição como um ator importante. Quando assumiu a presidência da Fiocruz, Buss já tinha desenvolvido uma boa relação com José Serra, já que ambos compartilharam a crítica ao Relatório Mundial da OMS que apresentava o ranking dos sistemas de saúde dos países em que o Brasil aparecia na 125ª posição, conforme mencionado no capítulo 1. A publicação desse documento motivou

uma matéria publicada no Jornal do Brasil em 22 de junho deste ano²⁹ com opiniões convergentes de Serra e Buss sobre o assunto, o que motivou uma aproximação que se desenvolveria nos primeiros anos da gestão de Buss na Fiocruz. A relação mais próxima do então ministro com a Fiocruz se deu não em torno da construção de ideias sobre como o Brasil se posicionaria internacionalmente, mas sim em torno da fabricação dos antirretrovirais por Farmanguinhos, já que o então ministro incentivou, inclusive financeiramente, que a instituição desenvolvesse essa tecnologia.

Nos primeiros anos na gestão de Buss na presidência da Fiocruz, os projetos de cooperação técnica se desenvolveram orientados pela formação de recursos de humanos e o desenvolvimento institucional e com base na experiência brasileira. Por exemplo, um dos projetos com a JICA, a agência de cooperação bilateral do Japão, para o fortalecimento de dois institutos de saúde em Moçambique (o Instituto de Ciências da Saúde e o Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário de Moçambique) justificava-se, segundo os técnicos da Fiocruz autores do projeto, pois a “situação africana, em linhas gerais, se assemelha (va) a vivida no Brasil nos anos de 1970” (JPBPP, 2002). Assim, eles propuseram uma combinação de ações que englobavam oficinas de planejamento estratégico e de formação docente, com o objetivo de reforçar as estruturas de formação de modo que pudessem apoiar uma reorientação do modelo de atenção à saúde no país. Esta ideia não se desenvolveu naquele momento no âmbito da cooperação com a JICA, mas permaneceria nas ideias dos dirigentes da Fiocruz. A cooperação com a JICA, acabou por consistir numa série de oficinas realizadas na ENSP/Fiocruz que conformaram o Curso Internacional de Formação de Formadores na Área de Gestão em Saúde, englobando as áreas de gestão em saúde e saúde do trabalhador.

Em 2002, a CPLP aprovou o projeto de Apoio à Capacitação de Recursos Humanos em Saúde nos Palops e Timor Leste apresentado pelo Brasil que propunha ações em Angola e Moçambique que pretendiam, além qualificar docentes, construir propostas curriculares para as escolas e formar trabalhadores com capacidade de pensar soluções para os problemas dos sistemas de saúde dos países (FIOCRUZ, 2004). As atividades foram realizadas entre 2004 e 2005, por meio de missões da Fiocruz aos países onde os

²⁹ Disponível em:

https://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=030015_12&pasta=ano%202000&pesq=Paulo%20Buss&pagfis=14207 consultado em 17 de maio de 2023.

técnicos da fundação³⁰ negociavam as dinâmicas e a estrutura das atividades com os representantes dos ministérios da saúde dos países. A cooperação consistia na realização de oficinas cujos alunos eram profissionais desses ministérios, de hospitais, faculdades de medicina e outras instancias da assistência e da educação em saúde dos países. A metodologia, construtivista, partia de uma contextualização dos sistemas de saúde dos países (organização, diretrizes conceituais e ideológicas, modelos de implementação) e na identificação de problemas. Em cada país havia um coordenador nacional do programa. Com isso, os técnicos e dirigentes da Fiocruz acreditavam estar promovendo a autonomia dos países e conformando laços de solidariedade por meio da definição e execução de programas de formação em saúde. Para eles, a ideia era não só transferir tecnologia, mas também produzir, em conjunto, novas tecnologias para a formação e requalificação do trabalho em saúde (FIOCRUZ, 2004; 2005).

Nessa continuação, se manteve a ideia do desenvolvimento institucional e da posterior conformação de redes como um objetivo da cooperação Sul-Sul em saúde. Essa formulação estava inspirada nas ideias de emancipação do Sul como demonstra essa passagem de um relatório dos técnicos da Fiocruz que desenvolveram uma das oficinas do projeto Brasil-CPLP em novembro de 2004 em Luanda:

“A constituição de redes solidárias no campo da formação em saúde, pressupõem que cada componente da rede tem capacidade de autonomia na definição de necessidade e problemas a formação bem como na definição de seu projeto político pedagógico. Essa autonomia, que sempre implica em responsabilização sobre processos, tanto será maior quando maior for a capacidade de cada ator de refletir e formular estratégias inovadoras no campo da formação em saúde, especialmente no campo da saúde pública.

A cooperação da Fiocruz junto aos países africanos de língua portuguesa e o Timor Leste, se insere não só na perspectiva da transferência de tecnologias, mas também na produção coletiva de novas tecnologias no campo da formação e requalificação para o trabalho em saúde” (Fiocruz/proj. Cplp, 2004).

Contudo, é interessante notar que, apesar da clareza conceitual sobre os objetivos finais da cooperação, ou sobre em que bases ela se daria, os relatórios referentes às oficinas realizadas em Maputo e Luanda trazem pouca informação sobre as perspectivas dos parceiros africanos e, apesar de ressaltarem o envolvimento das autoridades locais em momentos pontuais, não fazem considerações sobre os desafios encontrados na

³⁰ Os técnicos da Fiocruz envolvidos nesse projeto foram: José Paulo Vicente da Silva e Albertina Mattos da EPSJV; José Inácio Jardim Motta e Maria Cristina Botelho de Figueiredo da ENSP e Luís Eduardo Fonseca da área de cooperação internacional da presidência da Fiocruz.

recepção dos conteúdos pelos parceiros locais, o que pode denotar pouca atenção a este fato. Por exemplo, as fontes relatam que havia a intenção de se produzir artigos em conjunto, pelo menos com os angolanos por volta de 2004, o que não ocorreu de fato. O único artigo que detalha a experiência dos projetos desenvolvidos pelo Brasil / Fiocruz no Palops entre meados dos anos de 1990 e a primeira década dos 2000 foi produzido por Luis Eduardo Fonseca e Maria Cristina Figueiredo, respectivamente da área de cooperação internacional da Fiocruz, da equipe de Ferreira, e pesquisadora da Ensp/Fiocruz que participou do projeto. No trabalho, os técnicos relataram as etapas que permitiram a realização do projeto em parceria com a CPLP, o papel da Fiocruz como prestadora de cooperação internacional em saúde em nome do governo brasileiro e as premissas orientadoras, mas, apesar de destacarem que *“a experiência [deste projeto] levou os profissionais da Fiocruz a compreensão do ponto de vista dos parceiros da África”* (P.13) não mencionam quais seriam esses pontos de vista ou outras peculiaridades dos processos de troca / interação no território (FIGUEIREDO e FONSECA, 2004). Nesse sentido, destaca-se a importância de que estes processos sejam analisados por quadros de fora, no âmbito de projetos de pesquisa que voltem o olhar para a recepção dos conhecimentos promovidos pelo Brasil na cooperação internacional em saúde.

Alguns problemas relativos ao modelo de cooperação proposto relatados pelos técnicos e dirigentes dos projetos eram que as atividades e orientações deveriam ser constantemente planejadas e negociadas junto aos ministérios da saúde dos países parceiros, mas muitas vezes os governos mudavam ou as pessoas saíam dos postos de trabalho e as negociações se perdiam e novos laços deveriam ser criados. Os projetos iniciais previam também o desenvolvimento de cursos por meio da educação a distância e a previsão de que essa metodologia fosse também objeto da cooperação, sendo posteriormente utilizada nos países para multiplicação dos programas de educação em saúde. Contudo, esse objetivo não foi cumprido devido a diversos problemas como a falta de estrutura das contrapartes africanas para a recepção desta proposta e a falta de consenso dentro da Fiocruz de que esta metodologia poderia ser utilizada para a formação de nível médio. Ainda no âmbito desses primeiros projetos, estava prevista a criação de um núcleo de estudos africanos na Fiocruz, o que nunca se concretizou.

É importante notar que as ideias propostas na cooperação na CPLP nestes primeiros anos estavam inspiradas em projetos desenvolvidos no Brasil desde os anos de

1970 e no próprio modelo organizacional da Fiocruz. A fundação é um grande instituto público e nacional de saúde, que compreende em sua estrutura uma série de laboratórios de referência para diferentes enfermidades e controle e qualidade de fármacos, produção de vacinas e medicamentos entre outras atividades que estão orientadas pela lógica da pesquisa e do ensino. A retroalimentação constante entre produção de conhecimentos e desenvolvimento tecnológico estão na base do funcionamento da instituição. Portanto, a reunião de diferentes atividades orientadas pela formação de pessoal para o sistema de saúde, conforme ocorre na Fiocruz, norteava as atividades da instituição no exterior. Ideologicamente, a cultura organizacional da fundação estava pautada pela visão da saúde como dimensão da democracia, e seus processos organizacionais orientados por gestão participativa em diversos níveis. A participação e a tomada de decisão em conjunto são orientadoras da ação institucional da Fiocruz e isso se refletiu em sua ação internacional.

Nesses primeiros anos (1994-2003), além da cooperação levada à cabo pela Fiocruz na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, outros temas relativos à saúde foram objeto de cooperação na CPLP como HIV, malária, doenças tropicais, mas esses temas eram somente reportados às reuniões de pontos focais da cooperação na CPLP e aconteciam por redes temáticas, de maneira relativamente independente da estrutura formal da organização, composta pelas chancelarias dos países. Os discursos utilizados para a ação brasileira na CPLP tiveram influência, desde os primeiros anos de funcionamento da Comunidade, de ideias próprias da vertente internacional do sanitarismo militante nacional dos anos de 1970.

2.5 – Considerações finais

O conceito de *soft power* (Nye, 1990) pode explicar a valorização da saúde como um elemento importante para a política externa do Brasil entre fins dos anos de 1990 e início dos 2000. Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, a política externa brasileira valorizava a participação nacional nos fóruns internacionais, principalmente a Organização Mundial do Comercio, que foi criada em 1995 durante sua gestão e foi o fórum onde a discussão sobre o acesso aos medicamentos ocorreu. No que tange à orientação da política externa, o Brasil não estava preocupado em se alinhar aos países em desenvolvimento, mas precisava defender os interesses nacionais, pois os custos com antirretrovirais pressionavam as contas do SUS.

Ao mesmo tempo, o combate à AIDS e a luta contra o tabaco era temas importantes da agenda internacional com grande penetração na sociedade por todas as discussões morais que envolvia. No Brasil, havia um programa de combate à AIDS que estava associado aos movimentos sociais e ativistas que defendiam que os antiretrovirais eram um bem público e que a saúde era um direito humano, valores que estavam na base da fundação do sistema de saúde do Brasil desde a reforma sanitária que havia ocorrido em 1988. Estas ideias chamaram a atenção de atores internacionais que defendiam a visão progressista da saúde global, o que alçou o país a uma posição relevante nesta esfera e despertou o interesse de alguns diplomatas para a oportunidade de o país utilizar a saúde e os valores do SUS, como um instrumento do *soft power* nacional. Com isso, o país buscou influir na arquitetura de governança da saúde global desde os seus primeiros anos defendendo a ideia de saúde como direito humano.

Paralelamente, o Brasil iniciava a cooperação em saúde na CPLP e este foi um espaço onde o país começou a desenvolver suas aspirações a uma hegemonia entre os países em desenvolvimento por meio da saúde a partir de projetos baseados em perspectivas críticas da saúde internacional alinhadas aos discursos da cooperação Sul-Sul e às experiências de construção do SUS. Desde o início da conformação da CPLP, a Fiocruz esteve envolvida nas negociações em articulação com o Ministério das Relações Exteriores e havia, na instituição, sanitaristas progressistas que haviam participado do movimento pela reforma sanitária brasileira e dos debates sobre a cooperação na saúde internacional. Na CPLP, o Brasil defendeu que era preciso desenvolver recursos humanos nos próprios países de modo que eles pudessem encontrar soluções próprias para o seu desenvolvimento e promover a estruturação de seus sistemas de saúde de maneira independente do sistema de cooperação internacional tradicional que, segundo esses sanitaristas, era povoado por organizações do Norte, cujas ações perpetuavam esta dependência. Este modelo advogava que agentes filantrópicos e países desenvolvidos ditavam as regras da saúde internacional, adotavam modelos com interesses colonialistas baseados em perspectivas biomédicas e oprimiam populações locais por meio da cooperação internacional em saúde. Esta transposição de perspectivas entre a saúde internacional e a saúde global foi possível por meio de intermediários como José Roberto Ferreira e Paulo Buss.

A cooperação que se desenvolveu na CPLP sob essas bases não ultrapassou o âmbito setorial, já que a política externa brasileira do governo de FHC não estava

interessada nestas ideias, nem na aproximação com países em desenvolvimento como estratégia nacional. No início da saúde global, no Brasil, os dois modos de operação nesse ambiente não estavam totalmente articulados numa proposta de atuação internacional do país, mas o Brasil defendia agendas progressistas por meio dos dois.

Capítulo 3: Ascensão da saúde na Política Externa Brasileira

O objetivo deste capítulo é discutir como a saúde se tornou um objeto importante da política externa brasileira durante os governos de Lula da Silva (2003-2010), e as ideias e agendas da saúde global que foram articuladas nesta formulação. Defende a tese de que isso foi possível, por um lado, porque o governo de Lula abriu espaço para que as ideias progressistas sobre a saúde no Brasil entrassem para a agenda política e, por outro, porque a política externa optou pela cooperação Sul-Sul num momento em que, no ambiente internacional, houve um interregno sem conflitos militares e a saúde foi valorizada.

A ascensão de Lula à presidência significou também a ascensão de quadros que haviam participado do movimento pela reforma sanitária brasileira que originou o SUS a postos chave do Ministério da Saúde, o que abriu espaço para que o grupo que vinha trabalhando com cooperação internacional na Fiocruz ampliasse o escopo de seu trabalho e produzisse reflexões acadêmicas sobre a saúde global, a diplomacia da saúde e os modelos de cooperação. Nesse processo, durante a primeira década dos anos 2000, o Brasil contribuiu para a construção da perspectiva progressista da saúde global ao associar a defesa da estruturação de sistemas de saúde com a prática da cooperação Sul-Sul.

Isso ocorreu no bojo de uma estratégia da política externa nacional que buscava recuperar as ideias dos movimentos de aproximação entre países do Sul global para ampliar sua influência no cenário internacional, proporcionando ganhos geopolíticos. Ao apostar na saúde como um instrumento do *soft power*, o país pretendia ampliar seu reconhecimento nos organismos multilaterais e espaços regionais de cooperação em um momento em que o ambiente internacional estava favorável, já que a saúde ganhava proeminência nas agendas de política externa, por conta das condições que impulsionaram a conformação da saúde global, conforme explicado anteriormente.

Ainda que tenha sido um processo com dificuldades operacionais e contradições internas, a incorporação da saúde como instrumento da política externa brasileira (PEB) possibilitou a expansão da cooperação técnica em saúde e a participação brasileira em debates que foram importantes para o avanço da saúde global e para a ampliação do espaço político e sanitário do país nas relações internacionais. Esse processo pode ser observado na cooperação que se desenvolveu na CPLP, onde o Brasil buscou ser um protagonista ofertando projetos em parceria com instituições dos países africanos lusófonos, num processo que revelou fragilidades do Brasil na posição de país doador.

3.1 – A política externa de Lula da Silva (2003-2010)

“A democratização das relações internacionais sem hegemonias de qualquer espécie é tão importante para o futuro da humanidade quanto a consolidação e o desenvolvimento da democracia no interior de cada Estado.”

(SILVA, 2003)

Lula chegou ao Palácio do Planalto em janeiro de 2003. Vinha do movimento sindical do ABC paulista e havia fundado o Partido dos Trabalhadores (PT) em 1980 junto com intelectuais progressistas. Antes de se tornar presidente havia sido deputado federal e concorrido à presidência da república outras 3 vezes (em 1989, 1994 e 1998). Na campanha eleitoral de 2002, precisou adotar um tom unificador diferente de seus posicionamentos anteriores condizentes com sua origem sindical e se apresentou como um candidato reformista, mas capaz de promover alianças entre trabalhadores, classe média e setores empresariais. O país estava em crise, com altas taxas de endividamento externo e desemprego, crescimento econômico baixo e o governo de Fernando Henrique Cardoso havia sofrido escândalos de corrupção. As políticas econômicas neoliberais haviam ampliado as desigualdades no país, a popularidade de FHC estava baixa e Lula se colocou como um nome capaz de suprimir divergências em prol do crescimento econômico pelo qual ansiava a sociedade (MENDES, 2004). Disputou a eleição com José Serra, o ex-ministro da saúde que havia alçado protagonismo dentro do governo e certa popularidade por conta de políticas bem-sucedidas como a de produção medicamentos genéricos que diminuiu os preços no mercado interno, a ampliação do Programa de Saúde da Família, a realização de mutirões de cirurgias para correção de catarata e a proibição de propagandas de cigarro. Lula derrotou Serra no segundo turno com 61,27% dos votos válidos, contra 38,73% do candidato governista (CPDOC/FGV, 2021).

Em seu discurso de posse em 2003, dedicou um espaço importante à política externa. Declarou que se orientaria por uma perspectiva humanista e disse que defenderia a “democratização das relações internacionais sem hegemonias de qualquer espécie” (SILVA, 2003). No contexto da época, o comentário significava uma abertura a governos de diferentes ideologias, inclusive os comunistas, socialistas e teocráticos, o que era evitado no governo anterior. A proposta que procurou implementar buscava ampliar o prestígio nacional nas relações internacionais, alçar a posição de potência global, ampliar mercados consumidores para suas commodities e conseguir um assento permanente no Conselho de Segurança das Nações Unidas (SARAIVA, 2007, 2013; VIGEVANI E

CEPALLUNI, 2007; GOMEZ, 2009). Como estratégia, passou a propor uma revisão do sistema internacional de poder para que comportasse mais espaço para o Brasil, buscando se consolidar como liderança entre os países de renda média (SARAIVA, 2013). Adotou uma estratégia de diversificação de parcerias e buscou se aproximar do Sul global, de países árabes e de outros de economia emergente, enfocando a cooperação Sul-Sul. A meta era que o Brasil participasse da construção das regras da governança global em organismos multilaterais e ocupasse espaços de poder neles. Isso diferia da estratégia de política externa adotada no governo anterior, sem, contudo, representar uma ruptura. As continuidades entre os governos de Cardoso e de Lula da Silva podem ser compreendidas na visão da PEB como assessoria ao desenvolvimento nacional, na utilização da diplomacia presidencial, na valorização do SUS em sua atuação internacional e na política internacional de AIDS que considerava os medicamentos um bem público e não uma mercadoria (VIGEVANI E CEPALUNI, 2007; SARAIVA, 2007; 2013).

Lula convidou para liderar sua política externa o diplomata Celso Amorim, que até então estava em Genebra como chefe da delegação brasileira junto aos organismos multilaterais, e assumiu as funções trazendo a proposta de promover uma diplomacia que, em sua retórica, devia ser “ativa e altiva”³¹. Isso significava, segundo Amorim, defender interesses nacionais nas agências multilaterais e promover relações bilaterais ao mesmo tempo em que se valia de ideias de solidariedade e “não indiferença” com relação aos problemas sociais (como a pobreza e a saúde) que os países em desenvolvimento enfrentavam. Esse discurso procurava relativizar o princípio clássico da diplomacia de não intervenção em assuntos internos de outros países e servia como um instrumento para anunciar um projeto de mudança que pretendia posicionar o país como uma potência emergente capaz de questionar as regras do sistema internacional, ampliar seu poder e seus benefícios econômicos.

Quando Lula assumiu o governo do Brasil, a ordem internacional já se apresentava mais fragmentada do que na segunda metade dos anos de 1990. Nos primeiros anos do novo milênio a hegemonia norte americana apresentava tendência de crise e novos atores apareceram para disputar espaço no tabuleiro geopolítico (FIORI, 2007). Países de renda média como China e Índia despontavam como potências econômicas regionais, assim

³¹ Celso Amorim usou estas palavras em seu primeiro pronunciamento à imprensa como Chanceler do Brasil para qualificar a Política Externa Brasileira que se iniciava e segundo ele, diferenciá-la da do governo que findava (AMORIM, 2013). Esta expressão foi amplamente utilizada posteriormente em documentos oficiais e ficou reconhecida como marco de sua gestão.

como a África do Sul e a Rússia. O continente africano, que havia ficado à margem do comércio e dos investimentos ao longo dos anos de 1990, encontrava espaço para seu desenvolvimento com o fim das guerras civis e vinha apresentando vigor, com um crescimento econômico médio que passou de 2,4% na década de 1990 para 4,5, % entre 2000 e 2005, o que fez do continente um polo de disputas por commodities, mercados e influência entre os países de renda média (FIORI, 2007). Segundo Milani (2018), havia um “rearranjo das relações entre as potências estabelecidas e as emergentes” (p.265). Nesse contexto, o Brasil buscou se posicionar como país emergente e se aproximar de outros países nesta posição, como o objetivo influir na arquitetura da governança global. O Fórum IBAS, criado em 2003 reunindo os governos de Brasil, Índia e África do Sul, foi uma expressão dessa estratégia. Em sua retórica, os países diziam que pretendiam tornar a globalização um processo mais inclusivo, integrativo e equitativo. Na Declaração de Brasília (2003), documento que formalizou a criação do IBAS, os chanceleres dos três países afirmaram valores sociais e ambientais, como a equidade de gênero, combate à pobreza e à discriminação racial, a valorização da biodiversidade, demonstraram preocupação com a vulnerabilidade dos países em desenvolvimento frente à volatilidade dos fluxos financeiros, condenaram o protecionismo comercial das grandes economias e buscaram justificar a necessidade de maior espaço para os países em desenvolvimento no sistema de governança global.

Outro exemplo teve início também em 2003 quando o Brasil participou da construção do grupo de 20 países em desenvolvimento que buscava se articular para impedir que os países desenvolvidos mantivessem os subsídios agrícolas que travavam as negociações na OMC. Diferente do G20 financeiro criado em 1999 para discutir questões econômicas da crise que enfrentavam os países asiáticos, o G20 de países em desenvolvimento, fundado em Cancún, México, reuniu países emergentes que lutavam contra a hegemonia dos desenvolvidos na OMC. O fórum IBAS e o G20 dos países em desenvolvimento, assim como outros espaços criados na primeira década dos 2000 como a União Africana, de 2002; a União Sul Americana de Nações (UNASUL) fundada em 2008; e o agrupamento de países emergentes BRICS, que surgiu em 2009 (inicialmente BRIC porque a África do Sul ingressou somente no ano seguinte), são exemplos do que Fletes e Saraiva (2014) chamaram de “ordem internacional de redes” para designar diferentes agrupamentos de países em torno de diferentes propósitos, questões e temas que surgiram ao longo da primeira década do século XXI e conformaram um contexto

múltiplo regido por associações de geometrias variáveis. Foi nesse sistema internacional de arquitetura mais complexa que os países de economia emergente, entre eles o Brasil, buscaram moldar a globalização a seu favor, reconfigurando o multilateralismo, criando novos polos de poder e utilizando o *soft power* para aumentar sua influência geopolítica. Nesse complexo jogo de poder, o Brasil recuperou o discurso da cooperação entre países desenvolvimento, e a PEB se apropriou das ideias de horizontalidade e solidariedade entre países de desenvolvimento médio para ampliar sua voz junto aos países do Sul global e ampliar poder nas relações internacionais.

Outra estratégia brasileira foi a continuidade da diplomacia presidencial iniciada no governo anterior. O plano de inserção internacional de Amorim focava na figura do presidente Lula para informar sobre as mudanças no projeto de desenvolvimento nacional. Durante os dois mandatos (2003-2010), Lula fez 259 visitas a 83 países, e o número de embaixadas e representações diplomáticas no mundo passou de 150 para 230 (Amorim, 2010; 2013). Essa estratégia estava respaldada por um próspero ciclo de crescimento econômico possibilitado pelo bom preço das commodities no mercado internacional associado a uma orientação econômica que valorizava o mercado interno e a adotava políticas anticíclicas. Durante os governos de Lula o produto interno bruto (PIB) nacional cresceu a uma média de 4 % ao ano (IBGE, 2021).

O foco brasileiro no Sul global se desenvolveu principalmente em dois âmbitos geográficos, na América do Sul e na África, e sob duas modalidades, a expansão de empresas privadas com subsídio público nacional e a oferta de cooperação técnica. Essas estratégias foram utilizadas para reforçar o enquadramento do Brasil como potência emergente e para ampliar a base de apoio nacional nos organismos internacionais. Para a oferta de cooperação técnica, o Brasil se pautava em experiências nacionais bem-sucedidas.

Um exemplo foi o projeto Prosavana de 2009 desenvolvido em Moçambique em parceria com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) e a agência de cooperação japonesa. O projeto visava transferir tecnologia para produção de alimentos em uma área no norte do país que tinha de vocação para o plantio. A ideia era que a Embrapa transferisse tecnologia nos mesmos moldes de um programa de desenvolvimento agrícola que havia ocorrido no cerrado brasileiro na década de 1970. O Prosavana sofreu uma série de críticas dos pequenos produtores locais que acusavam o Brasil de exportar seu modelo agrícola-exportador baseado em grandes empresas, com

prejuízo para os pequenos produtores locais. Esse projeto foi bastante discutido por estudiosos da cooperação internacional brasileira e é um exemplo de um portfólio bem maior de projetos de cooperação técnica desenvolvidos por instituições e outros órgãos da administração pública federal em diversos países africanos e sul-americanos de forma bilateral, no âmbito de associações de países ou em parceria com organizações do sistema das nações unidas. Em 2010 havia mais de cem entidades do governo federal envolvidas em ações de cooperação internacional. Por meio delas, entre 2005 e 2009, o Brasil investiu 2,9 bilhões de reais no desenvolvimento internacional (BRASIL, 2010)³² na forma de cooperação técnica, científica e tecnológica, bolsas de estudos para estrangeiros, ajuda humanitária, ajuda a refugiados no Brasil, operações de paz e contribuições do orçamento brasileiro para organizações internacionais.

Concomitantemente aos investimentos em cooperação internacional, o Ministério do Desenvolvimento estimulava missões e empreendimentos do setor privado³³ brasileiro no mundo. A ideia do presidente Lula era que os empresários brasileiros expandissem seus negócios para outros países do Sul, principalmente nas áreas de mineração e infraestrutura, construindo estradas, portos, aeroportos, extraindo produtos primários, entre outros. Com isso, acreditava que estimularia o desenvolvimento desses países e, ao mesmo tempo, ampliaria o prestígio do Brasil e os mercados consumidores de seus produtos manufaturados. As ideias do presidente Lula sobre a inserção internacional do Brasil e seu interesse em aproveitar os mercados dos países em desenvolvimento estão sintetizadas em uma entrevista concedida à Amanda Rossi, jornalista, autora do livro “Moçambique: O Brasil é aqui. Uma investigação sobre os negócios brasileiros na África” em 2014. Segundo Lula:

“[...] se o Brasil ficasse tentando conquistar um espaço internacional pedindo licença aos donos do espaço internacional, jamais teria. [...] Então o Brasil tinha que cavar o próprio espaço. Qual era o espaço do Brasil? Estabelecer relações com os iguais. Tentar criar condições de, a partir de uma articulação política Sul-Sul, ter uma

³² O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ligado à presidência da República, realizou o mesmo levantamento nos seguintes com os seguintes resultados: em 2010, o investimento foi de 1,6 bilhão; entre 2011 e 2013, de 2,8 bilhão e entre 2014 e 2016 de 4 bilhões (BRASIL, 2010, 2013, 2016). Entretanto, as metodologias de coleta e análise dos dados foram sendo aprimoradas de um ano para o outro, o que não permite, sem uma análise quantitativa das publicações mais apurada (que não é objetivo deste estudo) que os valores sejam diretamente somados.

³³ As principais empresas e grupos que participavam ativamente desta estratégia do governo eram: Petrobras, Odebrecht, Banco do Brasil, Vale do Rio Doce, Votorantim, Companhia Siderúrgica Nacional, Camargo Corrêa, Gerdau, JBS (Hirst, Lima e Pinheiro, 2010).

contrapartida de negociação com o Norte. Nós tínhamos para negociar, de um lado, a América Latina; de outro, a África.”

“Difícilmente o Brasil poderá exportar produto manufaturado para a Alemanha. Difícilmente o Brasil poderá exportar produto manufaturado para os Estados Unidos. Esses países têm tecnologia mais avançada que o Brasil. Obviamente, eles compram aviões da Embraer, mas a aviônica é americana não é nossa. Então onde é que o Brasil tem facilidade de colocar seu produto manufaturado? Não é teoria. Se você pegar a balança comercial no Ministério do Desenvolvimento, se você pegar para onde o Brasil exporta produto manufaturado, você vai perceber que é para a América Latina e para a África” (LULA, 2014).

Essas palavras deixam claro que Lula pretendia que a aproximação com os países em desenvolvimento da África e da América Latina ampliasse o poder de barganha junto aos países desenvolvidos ao mesmo tempo em que abria novos mercados para produtos nacionais. Como parte dessa estratégia, adotou uma política de internacionalização de grandes empresas nacionais com subsídios públicos, por meio de um programa de crédito à exportação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) que havia se iniciado entre 1996 e 1998, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, mas que foi intensificado no governo de Lula como estratégia da PEB. Com isso, o Brasil buscava se posicionar como financiador para o desenvolvimento de outros países e consolidar sua posição de potência emergente.

A expansão de empresas brasileiras era feita via empréstimos subsidiados do BNDES que funcionava da seguinte maneira: o BNDES desembolsava recursos no Brasil, em Reais, em favor das empresas brasileiras exportadoras dos bens e serviços por etapas, mediante a comprovação da execução dos mesmos. O pagamento era feito ao banco, com juros, pelo país ou empresa que importou os bens e serviços do Brasil³⁴. Desse jeito, países em desenvolvimento da África e América Latina compraram aviões da Embraer, maquinário agrícola, expandiram malha rodoviária e ferroviária, entre outros, com financiamento brasileiro. Por exemplo, as empreiteiras brasileiras negociaram, construíram ou estão construindo um aeroporto no Norte de Moçambique, uma hidrelétrica em Angola, um porto em Cuba, linhas de metrô na Venezuela, entre outros (site do BNDES). Esses empréstimos não são considerados como cooperação

³⁴ De acordo com o site do Banco, entre 1998 e 2019 foram liberados US\$ 10,5 bilhões em desembolsos para empreendimentos em 15 países. Do total de pagamentos, 89% foram liberados para empreendimentos em seis países. São eles, em ordem decrescente de valores: Angola (US\$ 3,273 bilhões), Argentina (US\$ 2,006 bilhões), Venezuela (US\$ 1,507 bilhão), República Dominicana (US\$ 1,215 bilhão), Equador (US\$ 685 milhões) e Cuba (US\$ 656 milhões).

internacional já que, para o Brasil, na cooperação o valor investido não é reembolsável, mas considerado à fundo perdido (BRASIL 2010). Embora essas vertentes da atuação brasileira em solo exterior sejam diferentes e na prática acontecessem de maneira independente, podem ser compreendidas, conforme salientaram Hirst, Lima e Pinheiro (2010), como uma “convergência de interesses”, pois, articuladas, compunham a proposta da política externa brasileira de ampliar sua importância internacional com foco no Sul global.

Nesse processo, o governo do Brasil reforçou o papel do Estado como negociador internacional e das agências governamentais como executoras da PEB. As agendas da política externa foram ampliadas, assim como a participação de atores de fora do Itamaraty, vinculados aos ministérios setoriais (fundamentais para uma política pautada no *soft power*) e agências de governo, na formulação e implementação de ações em diferentes áreas. Essa configuração alargou a base societal da PEB, que até então era essencialmente matéria discutida e executada dentro do Itamaraty e ao mesmo tempo significou uma maior politização desta política, o que ampliou seu escrutínio público. Entretanto, de maneira geral, o governo não foi capaz de comunicar à sociedade o que pretendia a política externa com as estratégias de CSS (MILANI, 2018) e as ações sofriam críticas dentro do congresso e pela opinião pública. Esses críticos ressaltavam que o Brasil estava fazendo investimentos contraproducentes com generosidades excessivas a países sem relevância para os interesses nacionais, ou que o país deveria focar em resolver seus próprios problemas sociais. Ressaltava-se também a necessidade de maior coordenação entre as diversas ações executadas por diferentes instâncias do governo que participavam da cooperação internacional e criticava-se a “partidarização” da PEB, que teria ocorrido em grande medida por Lula ter escolhido Marco Aurélio Garcia, historiador aposentado da Unicamp e filiado ao Partido dos Trabalhadores, como assessor especial para assuntos internacionais, o que teria aproximado a política externa das visões do partido e permitido que o país se afastasse de algumas posturas tradicionais do Itamaraty. Essa nova dinâmica motivou também reconfigurações administrativas dentro do Itamaraty, que tentava se adequar às novas estratégias e se manter ativo nos novos e múltiplos temas em que o Brasil buscava atuar e se posicionar (HIRST, LIMA E PINHEIRO, 2010; SARAIVA, 2013).

Esse movimento da política externa brasileira repercutiu internacionalmente, gerando visibilidade e questionamentos. Em maio de 2008 o jornal Britânico *The*

Guardian publicou uma reportagem intitulada “O país do futuro finalmente chega” em alusão à expressão cunhada por Stefan Sweig que diz ser o Brasil um país do futuro. Nela, os autores apontaram que “o gigante adormecido da América do Sul” estaria acordando e destacaram que o país vivia um próspero momento econômico. Em outubro de 2009, Celso Amorim foi considerado pela revista *Foreign Policy* como “o melhor chanceler do mundo” (ROTHKOPF, 2009). Em julho de 2010, a revista *The Economist* publicou um artigo com o título: “Política externa brasileira. Fale baixinho e carregue um cheque em branco” e com o subtítulo: “Em busca do *soft power*, o Brasil está se transformando em um dos maiores doadores de ajuda do mundo. Mas está indo longe demais, muito rápido?” (THE ECONOMIST, 2010; tradução minha). O texto aponta iniciativas da cooperação brasileira e de atividades das empresas brasileiras no exterior, os prováveis ganhos dessa relação para o país, mas aponta limites e constrangimentos legais e institucionais – falta de uma política para a cooperação brasileira, falta de funcionários especializados na ajuda internacional, impossibilidade legal de enviar recursos ao exterior, por exemplo - para que a aspiração brasileira se sustentasse.

No que tange à saúde, à diferença do governo anterior, que havia mobilizado a cooperação com países em desenvolvimento no campo da AIDS aproveitando os ganhos de *soft power* neste tema, a cooperação Sul-Sul desenvolvida nos governos de Lula extrapolou o campo setorial e passou a fazer parte da estratégia desta política externa que se dizia humanitária, solidária e preocupada com outros países em desenvolvimento, mas que era também um instrumento da promoção de interesses econômicos e políticos do país. A saúde passou, então, a fazer parte de um projeto nacional de *soft power*. Esse é tema da sessão seguinte.

3.2 – A saúde como estratégia nacional

Brazil was one of the few countries not present at Alma Ata; however, when that event took place, a good number of potential young leaders were conscious of the WHO effort and were working on the shadow during the military regime, developing the basis of our health reform which was exposed, some time after, at the VIII National Health Conference (1986) and formalized after our new Constitution (1988) with the establishment of new Single Health System (SUS); previously to the World Bank Report on Health of 1993.

Those leaders are now in power and the ideal of Alma-Ata is fully in place. It is not to say that we succeeded in reaching health for all, a long journey is still ahead of us. However, our country, perhaps

more than any other, adopted most of the guidelines of the Primary Health Care Strategy.

*(parte da carta de Paulo Buss a Halfdan Mahler, 2 de junho de 2003;)
(Fiocruz, 2003)*

No governo de Lula, que se iniciou em 2003, o entrelaçamento entre saúde e política externa no Brasil se consolidou, ao passo que a saúde foi gradativamente ampliando seu espaço como um tema que poderia otimizar o protagonismo nacional por meio do *soft power*. O novo governo colheu frutos de estratégias adotadas no governo anterior, mas ampliou o espaço da saúde na PEB incorporando-a como parte da estratégia de cooperação Sul-Sul mobilizando novos temas e atores, num movimento que foi possível, por um lado, graças à opção da PEB de priorizar a cooperação com outros países em desenvolvimento e por outro, pela ascensão ao Ministério da Saúde de um grupo de sanitaristas progressistas que haviam participado do movimento pela reforma sanitária brasileira, conforme explica a epígrafe acima.

Nesse momento, as duas frentes de atuação explicadas no capítulo anterior – a defesa de perspectivas progressistas da saúde nos fóruns internacionais e a oferta de cooperação técnica a países em desenvolvimento – procuraram se otimizar mutuamente, e os projetos de cooperação internacional foram ampliados, extrapolaram o âmbito setorial e passaram a fazer parte dos objetivos da PEB de ampliação do poder nacional nas relações internacionais. Essa nova proposta teve como uma de suas principais executoras a Fundação Oswaldo Cruz que já vinha desenvolvendo projetos de cooperação com o governo na CPLP desde os anos de 1990, e, ao longo da primeira década dos 2000, formulou um modelo conceitual para a atuação do país na saúde global que foi assumido como uma das estratégias de *soft power* do Brasil.

O primeiro-ministro da saúde do governo de Lula foi Humberto Costa, médico, jornalista e deputado federal que havia feito carreira política em Pernambuco pelo Partido dos Trabalhadores e ficou no cargo de janeiro de 2003 a julho de 2005. No início de sua gestão, no mês de abril de 2003, o novo ministro participou de reuniões na sede da OPAS em Washington com Mirta Roses, então diretora da Organização, diretores do Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial. Segundo Lima (2017), em um destes encontros, o então Diretor de Investimentos e Projetos da Secretaria Executiva do Ministério, Edmundo Gallo, declarou a intenção de cooperar de forma mais estruturada com países da América Latina e africanos de língua portuguesa, e ouviu de técnicos da OPAS que, além do tema da AIDS, outras ações e políticas do SUS poderiam ser

oferecidas como inovação para a cooperação técnica, como por exemplo as residências multiprofissionais em saúde da família e os polos de capacitação em saúde pública. Apesar dessa referência da OPAS a temas de formação como objetos da cooperação internacional, entre 2003 e 2004, as ações internacionais do Ministério da Saúde mantiveram a ênfase no tema da AIDS, uma área que já possuía prestígio e financiamento. Além do financiamento do Banco Mundial, em maio de 2003, o Programa Nacional de AIDS recebeu 1 milhão de dólares como prêmio oferecido pela Fundação Bill e Melinda Gates para a saúde global.

No primeiro ano de governo, Costa herdou do governo anterior a execução do Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS (PCI) mencionado anteriormente cujo edital havia sido lançado em junho de 2002 para início em 2003. A chamada pública do governo brasileiro era para a apresentação de projetos que combinassem cooperação técnica para a prevenção e organização de serviços de HIV/AIDS e doação de antirretrovirais produzidos no Brasil para até dez países em desenvolvimento. Cada país receberia R\$ 250 mil (duzentos e cinquenta mil reais), o que na época equivalia a US\$ 100 mil (cem mil dólares), sendo o valor total do Programa um milhão de dólares. Por esse edital, os projetos deveriam ser apresentados na forma de “projetos-piloto” e seriam reavaliados após um ano para possíveis renovações (BRASIL, 2002). O foco do PCI, articulado sob o discurso do acesso universal a medicamentos, era a assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS em países em desenvolvimento, mas o programa tinha como objetivo secundário estimular a demanda por medicamentos genéricos nesses países, o que aumentaria o poder de negociação na compra desses medicamentos e possivelmente reduziria preços, o que também beneficiaria o SUS (LIMA, 2017). Em seu primeiro ano, dos dez países contemplados, sete efetivamente realizaram o projeto. O envio dos medicamentos a outros países foi um entrave desde o início, já que o Brasil não possuía arcabouço legal para a doação internacional, e a solução foi firmar parcerias com Organismos Internacionais. Esse fato é um indicador das contradições da implementação de uma política de *soft power*, pois embora o governo procurasse acordos bilaterais tinha que se respaldar em agências multilaterais.

O PCI foi reformulado e ampliado nos anos seguintes e foi se consolidando como uma aliança de cooperação Sul-Sul em assistência e formação em HIV/AIDS. Essa rede foi denominada posteriormente Laços Sul-Sul e incluiu, além do Brasil, alguns Organismos Internacionais e agências de países desenvolvidos, principalmente Inglaterra

e Alemanha, que aportaram recursos e passaram a triangular a cooperação com alguns países que eram de seu interesse (LIMA, 2017). Isso significava que a política brasileira de AIDS despertava interesse desses organismos internacionais e países desenvolvidos como um modelo interessante para ser replicado ou discutido em outros países. Em 2004, o Brasil firmou parceria com o Programa das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS) e criou o Centro Internacional para a Cooperação Técnica (CICT) dentro do PN-DST/AIDS dedicado a treinar profissionais de saúde em ciência, direitos humanos e gestão clínica. O CICT começou a funcionar em 2005 e passou a oferecer consultoria em políticas de AIDS a outros países em desenvolvimento, conforme modelo de funcionamento das organizações do sistema ONU (LIMA, 2017). Essas duas atividades conformaram um programa de cooperação que foi desenvolvido pelo Programa Nacional de DST/AIDS e que, por conta da multiplicidade de atores envolvidos cujos interesses e modos de operação eram diversos, se conformou como uma estrutura complexa, de funcionamento pouco claro que acabou por tomar um rumo relativamente autônomo frente às instituições coordenadoras da cooperação internacional brasileira, a Assessoria Internacional da Saúde (AISA) e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Com isso, o desenvolvimento da cooperação técnica em AIDS não esteve sempre alinhado aos princípios declarados pela PEB (LIMA, 2017).

Como informado na introdução deste trabalho, nos anos de 1980 o Brasil havia realizado uma reforma no seu sistema de saúde que transformou um modelo financiado por descontos individuais em folha de pagamento por um sistema de base universal, financiado com impostos arrecadados pelo governo federal e cujos serviços eram oferecidos de maneira gratuita à toda a população brasileira. O movimento que havia construído essa reforma sanitária e dado origem ao Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) havia sido capitaneado por intelectuais progressistas, dirigido em grande medida pela academia e ancorado em alguns projetos nacionais de larga escala, entre eles uma parceria com a OPAS no campo dos recursos humanos referida anteriormente (ESCOREL, 1999). Durante os governos de Lula, muitos dos atores que haviam participado desse movimento sanitário assumiram posições de gestão dentro do Ministério da Saúde. Foi o caso de Sergio Arouca, que havia sido presidente da Fiocruz e presidido a histórica oitava Conferência Nacional de Saúde que aprovou as bases para a construção do SUS.

Quando Humberto Costa assumiu o Ministério da Saúde, Arouca foi convidado a liderar a Secretaria de Gestão Participativa do ministério e, durante os primeiros meses, elaborou um Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária. A ideia, concebida em parceria com o escritório da OPAS no Brasil, era que os ideais da reforma sanitária fossem renovados e revitalizados por meio da promoção do valor público do direito a saúde em nível internacional. Para o Brasil, seria uma oportunidade de fazer propaganda de seu sistema de saúde e influenciar reformas sanitárias nos mesmos moldes da sua, o que estaria em consonância com a proposta da política externa daquele governo de usar agendas sociais para ampliar o espaço internacional do país (PIRES ALVES ET AL, 2012). Não há evidências de que esse programa tenha influenciado as ações de cooperação internacional em saúde brasileiras nos anos que se seguiram, dado que não encontramos menção a este documento em outros documentos norteadores das ações elaborados nos anos seguintes. Talvez por Arouca ter falecido em agosto de 2003, essa ideia não tenha sido devidamente discutida e disseminada. Contudo, está claro que a experiência do SUS, incluindo-se as estruturas e movimentos que possibilitaram sua construção, inspiraram a atuação internacional do Brasil neste período.

A mudança de perfil na oferta de cooperação técnica teve início em novembro de 2003 quando o presidente Lula realizou sua primeira visita à África. Foi nessa viagem que o então presidente anunciou o apoio brasileiro para a construção da fábrica de antirretrovirais em Moçambique e assinou o protocolo de intenções para a cooperação científica e tecnológica entre os dois governos na área de saúde (BRASIL, 2003). Com isso, o presidente buscava anunciar que o Brasil iria promover a sustentabilidade moçambicana na produção dos antirretrovirais, diminuindo a dependência do país das grandes farmacêuticas internacionais. De maneira análoga ao Prosavana, essa oferta também se pautava pela experiência nacional na política de combate à AIDS, já que o projeto seria desenvolvido em parceria com Farmanguinhos, a fábrica de medicamentos ligada à Fiocruz que havia desempenhado papel fundamental na construção da estratégia brasileira na década anterior.

É importante salientar que a estratégia da política externa do governo de Lula apresentada anteriormente foi ancorada por uma série de mudanças institucionais no Ministério das Relações Exteriores que buscavam adequar a instituição às propostas do novo governo. Amorim queria ampliar o diálogo com a sociedade, se aproximando do Congresso Nacional, escrevendo artigos para jornais e revistas nacionais e internacionais

e concedendo entrevistas para redes de televisão com o objetivo de explicar ou esclarecer as ações diplomáticas e as escolhas da política externa. Ao mesmo tempo, promoveu readequações na estrutura organizacional do MRE que refletiam tais escolhas e evidenciavam a prioridade dedicada à África. Por exemplo, em junho de 2003, foi criada a Coordenação-Geral de Ações Internacionais de Combate à Fome (CGFOME) que significou o ajuste do Itamaraty à política social do Governo de Lula nos planos doméstico e internacional. Outra mudança foi na Secretaria Geral das Relações Exteriores onde criou-se uma Divisão de Promoção da Língua Portuguesa (DPL), que refletia ser a CPLP uma das prioridades da gestão Celso Amorim. Além disso, na primeira gestão de Amorim no MRE no governo de Lula foram criadas quatorze embaixadas em países africanos: São Tomé e Príncipe, Etiópia, Camarões, Tanzânia, Guiné, Guiné Equatorial, Sudão, Benin, Zâmbia, Botsuana, Congo, Maurítânia, Mali e Serra Leoa. Essa expansão da presença brasileira no exterior foi acompanhada de uma ampliação dos quadros diplomáticos do Brasil em cerca de 40%, passando de mil a mil e quatrocentos diplomatas (CASTRO, 2009). Essa expansão do corpo diplomático brasileiro foi feita principalmente a partir de 2005, quando o Instituto Rio Branco³⁵, passou a receber turmas de 100 alunos³⁶, quando antes anualmente ingressavam no máximo 40 alunos. (PEREIRA, 2014). Segundo Amorim (2011), essas mudanças pretendiam fazer com que o MRE ficasse mais democrático e mais parecido com a sociedade brasileira.

O projeto da fábrica de medicamentos foi muito anunciado pelo então chanceler em missões a países africanos, gerou grandes expectativas entre políticos e movimentos sociais dedicados à AIDS na região e prometia gerar ganhos de visibilidade para o Brasil nos fóruns internacionais (FEDATTO, 2013), mas enfrentou vários problemas. Quando foi prometido em 2003 não havia nenhum estudo de viabilidade, o que só foi feito entre 2005 e 2007; depois de aprovada a instalação, a fábrica necessitava se equipar e o Brasil não podia doar equipamentos para outro país por conta de constrangimentos legais, uma questão que só foi resolvida em 2009. Posteriormente, o governo moçambicano declarou que não tinha recursos para arcar com sua parte do compromisso, que era prover o local físico para a instalação da planta, o que só foi resolvido após uma intervenção do próprio presidente Lula, que solicitou à empresa brasileira Vale (que naquele momento realizada

³⁵ O Instituto Rio Branco é a escola de formação de diplomatas do MRE. Quando aprovados no concurso para a carreira, os futuros diplomatas, antes de exercerem a profissão, passam por um processo formativo de cerca de 2 anos.

³⁶ As turmas com 100 alunos existiram entre 2005 e 2010 (PEREIRA, 2014).

vários empreendimentos em Moçambique) que arcasse com os custos da obra que era responsabilidade da contraparte africana. As obras só foram iniciadas em 2011 e Lula terminou o segundo mandato sem que o projeto estivesse concluído (LOPES, 2013; RODRIGUES, 2014).

Ainda que a oferta da fábrica em Moçambique tenha sido um exemplo da mudança do perfil da atuação nacional na cooperação internacional, no Plano Nacional de Saúde (2004-2007), elaborado durante o primeiro ano da gestão de Humberto Costa para direcionar a política nacional de saúde nos três anos seguintes, as intenções de internacionalização estão presentes, mas não se pode observar ainda um projeto articulado que explicitasse um papel para a saúde dentro da política externa. No documento, essas intenções aparecem como um objetivo relacionado ao campo da gestão em saúde com o seguinte enunciado: “Fortalecer a atuação internacional do Ministério da Saúde, contribuindo com a estratégia de inserção, autonomia, solidariedade e soberania do Brasil e estimulando a integração regional em saúde” (BRASIL, 2005; P. 20).

Contudo, foi durante a gestão de Costa que foi se institucionalizando uma articulação mais evidente entre as áreas de saúde e relações internacionais. O papel fundamental foi do diplomata Santiago Alcazar, que ocupou o cargo de chefe da Assessoria Internacional do MS (AISA) de 2003 até 2007. Em fevereiro de 2005, Alcazar defendeu, no Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco, a tese intitulada “A Inserção da Saúde na Política Exterior Brasileira” (ALCAZAR, 2005). Seu trabalho se baseava na história da organização político-administrativa da saúde no Brasil ao longo do século XX para defender que a conformação do SUS, sustentado por uma visão ampliada da saúde (à diferença dos modelos anteriores baseados na visão biomédica da saúde que seriam mais suscetíveis ao encapsulamento setorial), havia permitido a ampliação da base societal do setor saúde e seu maior enquadramento como tema político, e por isso a saúde teria despertado mais interesse para os diplomatas. O trabalho buscava conformar o campo da diplomacia em saúde no Brasil, ainda que sem mencionar o termo “diplomacia da saúde” que viria a se consolidar depois com sua contribuição.

Pela visão de Alcazar, a conformação estrutural do sistema de saúde brasileiro após 1988, seus valores orientações, posicionavam a saúde como um objeto importante para a política externa brasileira, o que teria sido confirmado pelos casos da AIDS e do Tabaco. Apesar de mencionar que uma conjuntura internacional – de ampliação da agenda social e surgimento dos ODM, conforme descrita por Rubart em 1999 - teria facilitado

essa associação, e de citar que a saúde estava “na moda”, o diplomata pouco explora a conformação da saúde global (descrita no capítulo anterior) na sua formulação.

Nas conclusões, ele defendeu a valorização da saúde na PEB e sugeriu que seria necessária uma coordenação mais estreita entre os objetivos do Itamaraty e os do Ministério da Saúde para promover a formulação intencional de uma política de saúde internacional no Brasil. Em suma, Alcazar sugeria que o país precisava aproveitar, por um lado, os ganhos políticos nos casos da AIDS e do tabaco e, por outro, a orientação política da PEB naquele momento para obter ganhos políticos com a saúde global, e esse trabalho impulsionou que, em junho de 2005, fosse assinado um Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores (MRE) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) (BRASIL, 2005).

O documento foi publicado no Diário Oficial do dia 13 de junho de 2005 e considerava a “crescente demanda” por “cooperação técnica horizontal” em saúde recebida nas representações diplomáticas brasileiras e a prioridade que a política externa brasileira atribuía à cooperação técnica com países em desenvolvimento para propor que a parceria entre os ministérios deveria ser aperfeiçoada de modo que esta demanda fosse mais bem atendida (BRASIL, 2005). Para isso, determinou a criação de uma comissão que seria composta por: pelo MS, Assessoria Internacional do Ministro da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Programa Nacional de DST/AIDS; e, pelo MRE, Agência Brasileira de Cooperação (ABC), Subsecretaria-Geral Política II e Subsecretaria-Geral da América do Sul (BRASIL, 2005). A comissão seria coordenada pelo representante da ABC, o que denota que havia um esforço para consolidar a cooperação em saúde no âmbito desta agência e integrá-la no projeto nacional de cooperação Sul-Sul. As condições que levaram à formalização da parceria entre o MRE e MS do Brasil em 2005 foram motivadas pela combinação dos seguintes fatores: a visibilidade que o Brasil havia adquirido com o tema da AIDS e do tabaco nos fóruns internacionais e o desenvolvimento de um programa de cooperação em AIDS, formulado no governo anterior, mas que foi assumido e ampliado no governo de Lula e a estratégia de cooperação Sul-Sul que o governo buscava promover. Mas é importante mencionar o papel de Alcazar, que era um diplomata de carreira que estava à frente da área internacional do MS e formulou e defendeu articulação de interesses mútuos. O Protocolo de Intenções entre as agências

governamentais tinha duração de cinco anos e, após esse prazo, não foi renovado (LIMA, 2017), mas deu impulso a uma série de atividades de cooperação técnica internacional em saúde que foram canalizadas principalmente por duas instancias do governo: a Agencia Brasileira de Cooperação ligada ao MRE (ABC) e o próprio Ministério da Saúde, por meio de sua Assessoria Internacional em coordenação com instituições vinculadas, principalmente a Fiocruz, e com o escritório da OPAS no país.

Em 2005, a ABC vinha passando por reestruturações administrativas que buscavam superar suas limitações institucionais, principalmente a falta de uma estrutura estável de recursos humanos e os constrangimentos legais para a realização de despesas no exterior, um problema que reforçava a dependência da Agência do escritório brasileiro do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que vinha oferecendo suporte às ações da ABC desde a sua criação (PUENTE, 2010; MILANI, 2017). Experiências recentes haviam mostrado que a transição da ABC para uma atuação mais ampla em assuntos de saúde não havia sido fácil. Um exemplo destas limitações era a impossibilidade de doação dos antirretrovirais conforme previsto no PCI.

Operacionalmente, a ABC funcionava da seguinte maneira: os países passavam as demandas por cooperação técnica brasileira às representações diplomáticas do Brasil em seus países ou às representações do país em organismos internacionais e estas as repassavam à ABC, que avaliava o interesse e as possibilidades ou não em cooperar e, em caso positivo e sendo o tema de saúde, repassava a demanda à AISA, que então selecionava e contatava as instituições nacionais que executariam a cooperação. A ABC e a AISA acompanhavam a formulação dos projetos junto com a instituição executora nacional e a contraparte estrangeira e a ABC realizava os tramites administrativos e diplomáticos para o início do projeto. Os projetos eram desenvolvidos então por funcionários públicos das instituições executoras nacionais, especialistas nas políticas nacionais que eram objeto do projeto, e a ABC ficava encarregada dos custos operacionais como passagens e diárias e outros de caráter logístico. Se houvesse necessidade de compra de equipamentos em outros países os recursos eram repassados ao PNUD, que realizava a operação. Como a ABC possuía estrutura de recursos humanos limitada, as embaixadas brasileiras no exterior (que aumentaram significativamente com o governo de Lula) também realizavam apoio aos projetos, fazendo contatos com as instituições parcerias nos países que demandavam a cooperação brasileira e acompanhando os

projetos, ainda que não possuíssem pessoal especializado para tal tarefa (PUENTE, 2010; VERNE, 2014; WEBBER, 2014).

Para viabilizar a expansão da cooperação, o orçamento da Agência teve um aumento significativo, passando de cerca de 8 milhões em 2004 para quase 38 milhões de reais 2005, o que equivale a um aumento de 371% (MILANI, 2017). Esse aumento foi exponencial até o ano de 2007³⁷, quando começou a apresentar queda e, em 2011, apresentava patamares equivalentes a 2003. Deste montante, cerca de 16% foram direcionados para projetos na área de saúde. O estudo realizado por Webber (2014) demonstra que de 2005 a 2013 a parcela da cooperação em saúde com o continente africano, por exemplo, se distribuía da seguinte forma: HIV/Aids (19,03%), Doença Falciforme (18,47%) e Tuberculose (14,30%), produção de medicamentos antirretrovirais (8,6%), malária (6,81%), procedimentos cirúrgicos cardíacos pediátricos (5,53%), saúde bucal (5,38%), sistemas de saúde (4,98%), fortalecimento institucional de laboratórios nacionais (4,23%), bancos de leite humano (3,89%), atenção primária (2,24%), câncer (1,99%), transplante de fígado (1,24%), tele saúde (1,12%), atendimento de queimaduras (1,11%), regulação dos setores farmacêutico e alimentar (0,82%) e profissionais de saúde (0,26%) (WEBBER, 2014). Essa distribuição demonstra que a mais de 60% do investimento brasileiro em saúde por meio da ABC se dava em torno de doenças específicas, o que não condizia com o discurso que o país passou a adotar nos fóruns internacionais nos anos seguintes, como será visto a seguir. Ademais, o modelo de atendimento a demandas adotado no governo de Lula e o aumento no número de projetos evidenciaram ainda mais a fragilidade da estrutura da ABC, como a falta de um marco regulatório para a atividade de cooperação técnica internacional, um orçamento adequado e recursos humanos suficientes, especialmente para as áreas sociais, como a saúde, que o governo queria promover. (PUENTE, 2010; VERNE, 2014; WEBBER, 2014; MILANI, 2017). Isso demonstra que havia um conflito entre as aspirações políticas governamentais e a estrutura do Estado brasileiro para realizá-las.

³⁷ Trabalhos que analisaram o portfólio de projetos e a estrutura orçamentária da Agência destacaram a dificuldade de compilação dos dados produzidos pela cooperação brasileira executada por ali (VERNE, 2014; WEBBER, 2014). Por exemplo, em 2014, ABC mantinha no sistema de acompanhamento de projetos também os que estão “parados” ou foram inviabilizados por qualquer motivo já que, por conta de princípios diplomáticos, o Brasil não rompia com um projeto acordado, o que dificultava o entendimento sobre o que foi feito e o que não foi feito (VERNE, 2014). O trabalho de Milani (2017) reflete essa dificuldade, apresentando dados de difícil comparabilidade.

Em julho de 2005, Humberto Costa deixou o Ministério da Saúde no bojo de uma reforma ministerial que sucedeu ao escândalo do mensalão, onde quadro dos PT foram flagrados pagando uma mesada a deputados para que votassem a favor de projetos do governo. A turbulência política foi grande, Lula teve que ceder mais espaço no governo ao PMDB e Costa foi substituído por José Saraiva Felipe, um médico, mineiro, e um influente quadro do partido pelo qual vinha sendo eleito deputado federal desde 1995. Ele liderou a pasta da saúde até março de 2006.

Costa havia mantido a política do governo anterior de ameaçar as indústrias farmacêuticas produtoras dos antirretrovirais com o uso do licenciamento compulsório, conseguiu reduções nos preços desses remédios em 2004 e 2005 e esteve perto de romper a patente de um medicamento de marca pouco antes de ser substituído, mas fez um acordo com a farmacêutica Abbott que, além de frustrar expectativas de ativistas, de especialistas progressistas e, em certa medida, da própria OMS (já que o então diretor Jong-Wook Lee já havia demonstrado publicamente seu apoio para que o Brasil o fizesse) a negociação foi considerada desvantajosa para o Brasil (NEPOMUCENO, 2019).

Saraiva Felipe era ligado ao sanitarismo progressista nacional. Havia sido secretário de saúde do município de Montes Claros em Minas Gerais nos anos de 1980 onde havia se desenvolvido um dos importantes projetos de interiorização da saúde que também havia dado sustentação ao movimento pela reforma sanitária brasileira. Havia também participado do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e sido orientado por Sergio Arouca em seu curso de mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Durante o seu mandato, foi iniciada uma maior aproximação do Ministério da Saúde com a Fiocruz no campo da cooperação internacional em saúde, quando foi assinado um acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde, o escritório de representação da OPAS no Brasil e a Fiocruz, o TC-41, que viria a ser um dos pilares da cooperação técnica internacional em saúde executada pelo Brasil durante os governos de Lula e Dilma Rousseff. Como explicado, a Fiocruz já vinha desenvolvendo projetos de cooperação internacional em saúde em nome do Brasil junto com a ABC e AISA desde a década de 1990, havia apoiado José Serra enquanto ministro da saúde de Fernando Henrique Cardoso na elaboração da política de genéricos e nas questões dos medicamentos para a AIDS. Também havia firmado diversos tipos de colaboração com a OPAS ao longo do século XX, mas a parceria que se consolidou por meio do TC41 propunha que a instituição assumisse um papel na execução da política externa para a

saúde que o governo buscava implementar, e assim, muitas ideias do grupo que dirigia a instituição e sua área de cooperação internacional passaram gradativamente a serem assumidas como instrumento para a disputa pelo *soft power* na saúde.

Os documentos de referência do TC-41 mencionam que as negociações sobre a cooperação haviam começado durante uma visita de Mirta Roses, então diretora geral da OPAS, à Fiocruz em setembro de 2004 por ocasião do aniversário de 50 anos da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação. Contudo, a parceria entre a OPAS, o governo brasileiro e a Fiocruz ganhou impulso no ano seguinte quando Francisco Eduardo Campos, sanitarista mineiro e também ligado ao sanitarismo progressista nacional, assumiu o cargo de Secretário da Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SGETES) no primeiro mês de Saraiva Felipe no Ministério da Saúde do Brasil. Campos havia sido assistente de José Roberto Ferreira na OPAS em Washington e, ao assumir o novo posto, convidou Ferreira para integrar uma equipe que ficaria encarregada de promover uma reorientação na formação em medicina com ênfase no campo da atenção básica de saúde. Ferreira passou então a conciliar esta atividade no Ministério da Saúde com o posto de assessor da presidência da Fiocruz para a cooperação internacional. Naquele momento, José Paranaguá de Santana, médico piauiense especialista em medicina comunitária que também tinha conexões com o movimento sanitário brasileiro, era responsável pela área de recursos humanos da representação da OPAS no Brasil. Foi por meio da articulação entre Campos na SGETES, Paranaguá na representação da OPAS no Brasil e Ferreira na Fiocruz que nasceu o TC-41, assinado em 31 de dezembro de 2005. É importante notar que o programa inseria o Brasil no diálogo favorável com a OMS sob a gestão de Lee, que estava interessado no tema dos recursos humanos e na estruturação dos sistemas de saúde e na atenção aos determinantes sociais.

O Termo de Cooperação estabelecia um Programa de Saúde Internacional com o objetivo de “*contribuir para o fortalecimento da capacidade do Brasil para cooperar com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países das Américas e com países de língua portuguesa da África, no marco da Cooperação Sul-Sul*” (OPAS, 2011; p. 153) que foi desenvolvido em torno de três eixos orientadores: 1) Fortalecimento da Capacidade Nacional para Cooperação Sul-Sul; 2) Mobilização de Redes Colaborativas Nacionais para a Cooperação Sul-Sul; 3) Apoio a Projetos de Cooperação Sul-Sul na Área de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Os recursos destinados ao programa foram de R\$43.995.000,00 (quarenta e três milhões novecentos e noventa e

cinco mil reais) oriundos do Ministério da Saúde do Brasil, e foram executados ao longo de 10 anos (OPAS, 2014; 2015). Sob esse guarda-chuva, foram realizados 51 projetos agrupados em torno dos três eixos orientadores do Programa.

Ainda que os documentos iniciais do TC-41 não mencionassem o projeto escrito por Sergio Arouca em 2003 que objetivava difundir a experiência brasileira da reforma sanitária em parceria com a OPAS, é inegável que compartilhar a experiência do SUS e influenciar outros países era um dos objetivos do Programa, como demonstra esse trecho de um relatório escrito por um coordenador da OPAS (Santana 2012 citado por OPAS, 2015) ao se referir ao significado do TC-41:

“Caberia à Representação brasileira da OPAS/OMS, com apoio de seu escritório central e demais representações, mobilizar lideranças do setor saúde e de outras áreas políticas de modo a promover reformas universalistas no setor saúde centradas na dimensão pública do direito à saúde, bem como de estimular laços de solidariedade e mecanismos para o intercâmbio de conhecimentos e experiências. Para o Ministério da Saúde seriam propiciadas condições e oportunidades para divulgar a concepção doutrinária e organizacional do SUS, tendo em vista o reconhecimento internacional da experiência brasileira como uma política social modelar, reforçando internamente o processo da reforma setorial em curso.”

Conforme citação acima, é possível compreender que, por meio do TC-41, a Fiocruz buscou desenvolver um modelo de atuação na saúde global que tinha como pano de fundo a difusão do Sistema Único de Saúde do Brasil como exemplo de política de saúde para os países em desenvolvimento. Isso ocorreria por meio do ensino, da pesquisa e da prática sobre saúde global, diplomacia da saúde e cooperação técnica. Os lócus de experimentações criados por essas três linhas de prática possibilitou que os técnicos da Fiocruz desenvolvessem e difundissem o conceito de cooperação estruturante, ainda que, na prática, os projetos de cooperação enfrentassem problemas.

Esse programa se foi responsável por grande parte da cooperação desenvolvida com países da América Latina, ainda que, em seu objetivo comportasse o desenvolvimento de projetos com a África portuguesa e algumas ações pontuais tenham sido feitas juntos aos Palops. A primeira atividade do TC-41 foi o Curso Internacional de Especialização para Gestores de Recursos Humanos em Saúde (CIRHUS), desenvolvido pela Escola de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP) para países da América Latina, com início em 2006. O curso foi uma adaptação do Projeto de Capacitação e Desenvolvimento

de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU), que havia sido executado no Brasil entre os anos de 1987 e 2000, por uma parceria da ENSP com a OPAS que tinha como objetivo a qualificação dos dirigentes dos setores de recursos humanos das secretarias estaduais e municipais de saúde (CASTRO, 2008). Segundo Castro (2008), desde os anos de 1990 a ENSP vinha trabalhando em parceria com a Oficina Central da OPAS em Washington e o Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/Brasil em um programa de formação no campo dos recursos humanos.

Como nos projetos desenvolvidos pela ABC, também por meio do TC-41, as atividades eram desenvolvidas por funcionários públicos sem a participação da sociedade civil. A associação com os ativistas havia sido uma das marcas do sucesso da política nacional de AIDS e contribuiu para sua repercussão internacional. O modelo de execução por meio de instituições públicas e seus funcionários barateava o custo da cooperação já que eles não recebiam altos salários e contribuía com a atuação internacional por meio de sua função pública, mas isso fez com que essa política ficasse encapsulada nos órgãos do governo, com pouca articulação com a sociedade civil, que ficou de fora dos projetos.

Saraiva Felipe também articulou a criação da Comissão Nacional para os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que foi inaugurada em março de 2006 e foi uma tentativa do Brasil de construir uma agenda alinhada à OMS, fazer propaganda dos princípios de equidade, integralidade e universalidade do seu sistema de saúde e conseguir um protagonismo nas agências multilaterais. A Comissão brasileira declarava o alinhamento nacional com a proposta da Comissão Global deste tema que havia sido lançada pelo então diretor geral da OMS Jong-Wook Lee no ano anterior, mas que, naquela altura, já vinha perdendo espaço para a perspectiva da cobertura universal no âmbito da Organização. A agenda dos DSS não ganhou adesão em nível global, e o Brasil foi o único país que cumpriu a recomendação da OMS e criou uma Comissão Nacional para discutir o tema.

A CNDSS foi composta por dezessete especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do Brasil, nomeados pelo Ministro da Saúde e seu lançamento aconteceu em 15 de março de 2006 na sede da OPAS com a presença do então diretor da Comissão da OMS Michel Marmot (VALIATE, 2015). A liderança dos trabalhos no Brasil ficou a cargo de Paulo Buss, que era então presidente da Fiocruz e desde 2005 vinha integrando a delegação que representava o Brasil nas Assembleias Mundiais da Saúde e participando do Comitê Executivo da OMS, além de em diversas

reuniões da OPAS e do seu Conselho Diretor, o que seguiu fazendo até 2015. Como presidente da Fiocruz, ele também havia sido um dos formuladores e articuladores do TC41 e criava, na Fiocruz, uma estrutura para o seu desenvolvimento.

No mesmo mês de lançamento da CNDSS, Saraiva Felipe deixou Ministério da Saúde do Brasil para concorrer a um novo mandato como deputado federal, e, em seu lugar, assumiu José Agenor Álvares da Silva. Também mineiro e ligado ao PMDB, Álvarez era funcionário de carreira do MS e, antes de ser nomeado ministro, ocupava o cargo de secretário executivo do ministério. Sua gestão na pasta coincidiu com o ano eleitoral em que Lula concorreu ao segundo mandato e as relações entre saúde e diplomacia começavam a se consolidar como uma política de governo. Durante a gestão de Álvarez ocorreu, na sede do Itamaraty em Brasília, o seminário Saúde e Relações Internacionais, que foi realizado pela Fiocruz em parceria com o Ministério das Relações Exteriores³⁸.

No âmbito internacional, em 2006, nascia uma iniciativa que era fruto de um processo de ampliação da saúde como um objeto da política externa que havia sido semeada junto com a emergência da saúde global na década anterior. A Iniciativa de Saúde Global e Política Externa foi lançada pelos ministros das relações exteriores de França, Noruega, Indonésia, Senegal, África do Sul, Tailândia e Brasil. Por aqui, foi liderada por Celso Amorim, e tinha como base a crença de que a diplomacia poderia potencializar a preocupação com os impactos das negociações internacionais na saúde, que se tornariam mais responsáveis e sensíveis às consequências sociais num momento em que interdependência global já era uma realidade (FIDLER, 2011). Esse movimento foi o ponto alto da politização da saúde como uma preocupação da política externa dos países, já que, no ano seguinte, março de 2007, esses chanceleres se reuniram em Oslo, Noruega, e aprovaram a Declaração *Saúde Global: uma Premente Questão de Política Externa do Nosso Tempo* que apontava que investimentos na saúde eram essenciais para a estabilidade macroeconômica e para a segurança internacional e ressaltava o compromisso desses líderes de tomar os impactos na saúde das pessoas como pontos de partida para as definições de política externa (AMORIM ET AL, 2007). Eles também prometeram ampliar a cooperação internacional e promover a aproximação entre os dois campos políticos em seus países. A Iniciativa foi importante para afirmar o valor da saúde

³⁸ Não encontramos mais detalhe sobre esse seminário, mas a menção vale a pena para que fique a indicação de investigação posterior.

na agenda internacional e para estimular o interesse das Nações Unidas sobre tema, já que no ano seguinte, a Assembleia Geral da ONU solicitou a elaboração de um relatório em conjunto com o Diretor Geral da OMS com recomendações sobre as iniciativas, atividades e desafios relacionados à política externa e saúde. Foi importante também pois catalisou o interesse acadêmico em compreender melhor as possibilidades e justificativas para a aproximação entre as duas áreas, o que conformou o campo de estudos que foi denominado diplomacia da saúde³⁹, conforme será explicado a seguir. Entretanto, infelizmente a Iniciativa não gerou muito interesse de outros governos e não houve mais adesões ao grupo inicial de chanceleres que lançaram o movimento. A falta de informação disponível sobre os desdobramentos de Oslo em ações concretas indica que o processo parece ter sido mais simbólico do que substantivo, já que não se sustentou no contexto da crise dos mercados internacionais que se iniciou em 2008 (FIDLER, 2011).

O Brasil foi um dos articuladores desse movimento e pretendia com ele ampliar sua presença nas relações internacionais, conforme pode ser notado em uma entrevista de Agenor Álvarez publicada no boletim via ABC, uma publicação da Agência Brasileira de Cooperação destinada à comunicação das ações em andamento que dedicou um número para o tema 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, Via ABC, 2007. P.23).

Por essa fala, é possível perceber que, apesar das dificuldades nacionais, existia um discurso oficial que tentava colocar o país na vanguarda do emergente campo da

³⁹ Alguns autores denominam diplomacia médica a prática de enviar médicos pagos por um país para trabalhar em outro, prestando serviços em situações de emergência sanitária ou de maneira contínua em outro país por meio de acordos entre nações (Feinsilver, 2006; Chattu e Knight, 2019). A diplomacia médica foi uma das estratégias adotadas pela parte socialista no contexto da Guerra Fria. Essa prática ainda é utilizada, principalmente por Cuba e pela China, e se diferencia da diplomacia da saúde por se restringir a prestação de assistência médica, ainda que tenha objetivos políticos e geopolíticos.

diplomacia da saúde e para isso, explorava as potencialidades do Protocolo que havia sido assinado em 2005. A fala também sugere que o governo buscava tornar a própria articulação entre saúde e política externa no Brasil um exemplo para outros países, fazendo da própria sinergia entre os campos um instrumento para disputa por *soft power*. Está também claro que o país começava a enfrentar desafios estruturais para sustentar a proposta. Alvarez ficou no cargo até março de 2007.

No final de 2006, Lula venceu as eleições presidenciais para um segundo mandato no primeiro turno com 60% dos votos válidos. Para o seu segundo mandato (2007-2011), escolheu como ministro da saúde o médico sanitarista e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz José Gomes Temporão, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP FIOCRUZ) e doutor pelo Instituto de Medicina Tropical da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Como Buss e outros atores mencionados, Temporão era um expoente do movimento da reforma sanitária brasileira. Havia sido filiado ao Partido Comunista Brasileiro (PCB) e membro fundador CEBES, de onde foi vice-presidente e presidente entre 1980 e 1982. Na gestão pública havia atuado como secretário de Planejamento do INAMPS, presidente do Instituto Vital Brazil (IVB), subsecretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e subsecretário municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Durante o governo de Lula, havia sido presidente do Instituto Nacional do Câncer (INCA), convidado por Humberto Costa. O médico já fazia parte do executivo federal desde a gestão de Saraiva Felipe, quando assumiu como Secretário de Atenção à Saúde, uma das mais importantes estruturas do Ministério da Saúde. Em sua gestão como ministro, no plano nacional, o Brasil passou a explorar mais a articulação entre epidemiologia, determinantes sociais da saúde e políticas de saúde, além de buscar posicionar a saúde como um componente estratégico para o desenvolvimento social e econômico. O ministro pautou temas por vezes polêmicos como o aborto, consumo de bebidas alcoólicas, acidentes de trânsito e afirmou que o complexo econômico e industrial da saúde tinha potencial para contribuir para o crescimento macroeconômico, dadas as suas interfaces com a indústria e seu potencial para a geração de empregos, com expansão a ciência e tecnologia nacionais e participação no comércio exterior (MENICUCCI, 2011). Em seu discurso de posse, Temporão prometeu fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional em articulação com o MRE (TEMPORÃO, 2007).

Temporão ficou no cargo de ministro durante todo o segundo mandato de Lula e sua gestão representou o ponto alto das articulações entre saúde e política externa no Brasil. O país buscou se projetar internacionalmente aliando a prática da diplomacia da saúde à construção acadêmica do campo utilizando um discurso que articulava o enquadramento da saúde como um campo capaz de enfrentar forças neoliberais nas relações internacionais (por exemplo, quebrando a patente do antirretroviral e criticando agendas de combate a doenças defendidas pelos grandes atores privados e filantrópicos que representavam a presença do capitalismo na saúde global) à oferta de cooperação aos países do Sul global com o objetivo de promover a independência destes países. Nesse momento, as ideias grupo da Fiocruz que desenvolvia o TC-41 ganharam mais destaque na PEB, e a própria articulação nacional entre saúde e política externa foi utilizada como um instrumento de ampliação do *soft power* nacional. O chefe da AISA foi então o diplomata Eduardo Barbosa, que foi indicado pelo próprio Ministério das Relações Exteriores.

Segundo o ex-ministro, sua relação com o chanceler Celso Amorim foi intensa desde o início de sua gestão, pois, em abril de 2007, o Brasil começou os trâmites para o licenciamento compulsório do antirretroviral Efavirenz que, naquela altura, era um medicamento usado por 75 mil brasileiros, e foi então necessária uma preparação articulada entre diversos órgãos do governo como Tribunal de Contas, Advocacia Geral da União, Ministério da Indústria e Comércio, Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores. Depois de receber uma pequena redução de preços da produtora farmacêutica Merck, o governo emitiu uma licença compulsória e importou uma versão genérica indiana do remédio, posteriormente produzindo-o no Brasil. A quebra da patente foi anunciada em 4 de maio de 2007, por meio do Decreto Presidencial 6.108 que concedia o “licenciamento compulsório, por interesse público, de patentes referentes ao Efavirenz, para fins de uso público não comercial”. Isso ocorreu sob intensa pressão do governo norte americano, já que o Brasil já havia ameaçado adotar a medida outras vezes e nunca o tinha feito. As pastas ministeriais da saúde e da política externa estavam próximas e o país buscava propagar essa relação nos fóruns internacionais.

Em maio de 2007, Celso Amorim fez o discurso na Assembleia Mundial da Saúde (AMS) em nome do Brasil no lugar de Temporão. Defendeu uma “solidariedade ativa” com outros povos e buscou posicionar o Brasil como ofertante de cooperação Sul-Sul (CSS) “especialmente com as Nações pobres da África, Ásia e América Latina”

(AMORIM, 2007). Segundo o ex-ministro, isso ocorreu porque ele quis prestar deferência ao então chanceler por conta da importância que o mesmo que vinha dedicando aos temas da saúde, principalmente o licenciamento compulsório, mas está claro também que o país buscava propagar o entrelaçamento nacional entre saúde e política externa aproveitando o momento político do lançamento da Declaração de Oslo que havia ocorrido dois meses antes e que havia movimentado o debate acadêmico sobre o entrelaçamento saúde-política externa e cunhado, com a contribuição de brasileiros como Paulo Buss e Santiago Alcázar, o termo “diplomacia da saúde”.

Não há estudos históricos sobre o surgimento desta diplomacia setorial e suas definições e motivações ainda discutidas por diplomatas e pesquisadores da saúde global (FELDBAUN e LEE, 2010; GOMES, 2013; RUCKERT ET AL 2016; ALMEIDA, 2020), mas a diplomacia da saúde foi se conformando como prática ao mesmo tempo em que se desenvolvia o ambiente que justificou a emergência da saúde global. Muitos atores, problemas de saúde com dimensão global, o enquadramento da saúde como questão de segurança e a possibilidade de usar a saúde como oportunidade geopolítica explicam o maior status político da saúde e a aproximação entre as áreas da saúde e da política externa em diferentes países e sob diferentes perspectivas. Essa aproximação não era nova e aconteceu ao longo do século XX, mas o entendimento de que a saúde era um bem público e o reconhecimento da dimensão global das ameaças ampliou o interesse de governantes, acadêmicos e diplomatas, que passaram a defender que era necessário melhorar a governança da saúde da saúde global. O lançamento da Iniciativa dos sete chanceleres em 2006 estimulou então que representantes de governos e acadêmicos discutissem possíveis enquadramentos para essa relação.

Uma pesquisa nas bases de dados LocatorPlus e Pubmed com os termos “*health diplomacy*”; “*global health diplomacy*”; “diplomacia em saúde” e “diplomacia da saúde” (entre aspas para garantir o uso composto do termo), considerando todos os campos e sem data de início⁴⁰ indica que o primeiro artigo com essa expressão no título foi o de David

⁴⁰ Na base de dados Pubmed foram encontrados 228 resultados com a busca do termo em inglês e 5 resultados com o termo em português, em todos os campos e sem recorte temporal. No Locatorplus foram encontrados 19 resultados com a busca do termo em inglês e 2 em português, em todos os campos e sem recorte temporal. Pela terminologia da área em Ciências da Saúde - MeSH (Medical Subject Headings), o termo Health Diplomacy ou Global Health Diplomacy não existem. A terminologia equivalente no Brasil, seria o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), possui apenas o descritor Diplomacia em Saúde. A pesquisa foi feita com auxílio da biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz. Como complemento para esta pesquisa consultamos também a revisão de literatura realizada Blouim et al (2012) que consultou 109 artigos publicados entre 1998 e 2012 com o objetivo de estudar a conformação conceitual da diplomacia da

Fidler de 2001 que traz uma análise dos primeiros cem anos da “diplomacia da saúde”, partindo das conferências no meio do século XIX. No trabalho, o autor trata do desenvolvimento dos acordos que deram origem à saúde internacional em perspectiva histórica e sua análise termina no meio do século XX, não considerando, portanto, o período em que se inicia a globalização contemporânea. Outro artigo que utiliza o termo, mas não se refere necessariamente à diplomacia na saúde global é de 2006, de William Wanderwagen publicado na revista “*Military Medicine*” intitulado “*Health Diplomacy: Winning Hearts and Minds through the Use of Health Interventions*”. Discute como as forças militares norte americanas deveriam se relacionar com governos e populações locais em caso de assistência humanitária a situações de desastres, dialogando com os governos e coordenando ações no território. Indica a apropriação do termo pelo campo militar⁴¹ norte americano e a provável circulação desse termo antes de a ideia se firmar na academia.

Outra referência ao termo, de janeiro de 2006, foi de Thomas Novonty, professor da Universidade da Califórnia em São Francisco assinou o editorial do *American Journal of Public Health* com o título “*US Department of Health and Human Services: A Need for Global Health Leadership in Preparedness and Health Diplomacy*” no qual defendeu que a principal autoridade de saúde norte americana deveria trabalhar com instituições bi e multilaterais para construir consensos e responder aos desafios da saúde global, cultivar a ciência e promover infraestruturas sólidas de saúde pública no mundo. O artigo não discute o que seria a diplomacia da saúde, mas utiliza o termo para defender a importância da articulação entre saúde e política externa para a governança da saúde global. É também neste número que está o artigo de Brown, Cueto e Fee (2006) que busca compreender a transição da saúde internacional para a saúde global, o que indica que as conceituações de saúde global e diplomacia da saúde foram concomitantemente despertando o interesse da comunidade acadêmica.

Em março de 2007, mesmo mês em que ocorreu a reunião em Oslo, o Boletim da Organização Mundial da Saúde lançou um número dedicado às relações entre saúde e política externa. No editorial, Nick Drager, pesquisador da London School of Hygiene &

saúde, e não encontramos artigos com essa expressão antes de 2007. Os autores usaram outras palavras chave para definir a diplomacia da saúde, como governança global por isso o número maior de resultados.
⁴¹ Segundo o artigo, o termo diplomacia da saúde vinha sendo utilizado pelo “Cirurgião Geral” dos EUA. Esse cargo corresponde ao de chefe operacional do Corpo de Comissionados do Serviço de Saúde Pública dos EUA. É um posto militar da corporação que atua em questões de saúde.

Tropical Medicine e então consultor da OMS e David Fidler, da escola de direito da Indiana University nos EUA, comentam sobre as relações entre política externa, comércio e saúde e definem a diplomacia da saúde a partir da ideia de riscos sanitários:

“Para construir a política de saúde hoje, governos, instituições internacionais e organizações não governamentais devem encontrar mecanismos para gerenciar riscos de saúde que respingam para dentro e para fora de todos os países. Esses esforços criam o novo mundo da diplomacia da saúde global” (P.162).

Outro artigo nesse Boletim, de autoria de Ilona Kickbusch⁴², do Instituto Universitário de Altos Estudos Internacionais de Genebra (*The Graduate Institute, Geneva - IHEID*), Gaudenz Silberschmidt, do Escritório Federal da Saúde Pública da Suíça e Paulo Buss intitulado “*Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health*” que buscou uma conceituação sobre a diplomacia da saúde global e destacou que se baseava na ideia de que múltiplos atores, públicos, privados e não governamentais, interagem e delineavam o ambiente (complexo) de negociações que deliberava sobre questões essenciais para a garantia de melhores níveis de saúde de pessoas em todo o mundo. Defenderam, então, que era necessário que essas pessoas fossem formadas especificamente para essa tarefa, reunindo conhecimentos das áreas de saúde e relações internacionais. Os autores, propuseram a delimitação de um campo de conhecimentos específico para a diplomacia da saúde, também a conformaram como prática ao relatarem a experiência suíça de desenvolvimento de uma “estratégia nacional para a saúde global” com linhas de ação e prioridades para a atuação diplomática na saúde; e brasileira de priorizar a coerência entre os valores de sua política nacional de saúde universal em sua atuação internacional⁴³. Foi também neste número da revista que David Fidler declarou haver uma revolução em curso nas relações entre saúde e política externa. Neste mesmo mês e ano, março de 2007, a

⁴² Ilona Kickbusch é alemã, com mestrado e doutorado na área de ciência política e sociologia pela universidade de Konstanz. Sua atuação na área de saúde teve início nos anos de 1980 quando foi consultora da divisão europeia da OMS na área de educação e saúde. Durante os quase 20 anos seguintes, até 1998, atuou em diversas áreas da Organização relacionadas aos aspectos sociais da saúde, como nas divisões de promoção da saúde e saúde e estilos de vida, no escritório regional na Dinamarca e nos escritórios centrais em Genebra. Na primeira década dos anos 2000 atuava consultora junto ao governo da Suíça para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e, em 2008, passou a dirigir o Centro de Saúde Global do IHEID em Genebra. Ao longo de sua carreira, foi membro de vários comitês de instituições internacionais da saúde e sua produção acadêmica, antes de se interessar pela saúde global e diplomacia da saúde, se voltava para a promoção da saúde. Esse foi o primeiro artigo da pesquisadora em que aparece a referência ao termo diplomacia da saúde. A partir daí Ilona Kickbusch publicou vários outros trabalhos sobre a diplomacia da saúde, inclusive em colaboração com Buss, e se constituiu como uma referência para o tema.

⁴³ Pelo lado brasileiro foram citados como exemplos da diplomacia da saúde os casos da declaração de Doha sobre TRIPS e saúde pública e da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco.

revista britânica *The Lancet* trouxe um artigo de Liam Donaldson e Nicholas Banatvala, do departamento de saúde do governo britânico, que relatava que o governo estava desenvolvendo uma estratégia ampla de saúde global que incluiria diretrizes para o sistema de cooperação internacional inglês. A estratégia seria baseada numa visão progressista que reconhecia a saúde como um bem público e como um direito humano. No editorial deste número, Richard Horton, o editor chefe da revista, louvou a iniciativa e indicou que a saúde estava movendo a política externa britânica do debate sobre interesses para o debate sobre altruísmo. Horton não utilizou o termo “diplomacia da saúde” ou “diplomacia da saúde global”, mas reconheceu que a aproximação de campos em seu país estava sendo direcionada pelo reconhecimento pela autoridade sanitária nacional dos valores progressistas da saúde.

O segundo artigo de Kickbush sobre diplomacia da saúde foi publicado no mesmo Boletim da Organização Mundial da Saúde em dezembro de 2007. *Global health diplomacy: training across disciplines*, fala sobre necessidade de aprofundamento conceitual do termo e, mais uma vez, da necessidade de formação de pessoas em diplomacia da saúde. Os outros autores do trabalho são Thomas Novonty, Nico Drager e Gaudenz Silberschmidt, que já haviam publicado os trabalhos pioneiros, e Santiago Álcazar, o diplomata brasileiro que havia chefiado a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA) e defendido a aproximação entre as áreas no país. Nesse trabalho, os autores conformam a diplomacia da saúde como um campo de atuação multivariado, conformado não só por diplomatas, mas também por técnicos e partes interessadas em diferentes níveis. Esses primeiros artigos (HORTON, 2007; DONALDSON e BANATVALA, 2007; KICKBUSCH ET AL 2007a; KICKBUSCH ET AL 2007b) indicavam processos de desenvolvimento de políticas nacionais para a diplomacia da saúde pelo menos na Inglaterra, Suíça e Brasil que preconizavam aspectos solidários e a construção de uma governança mais justa para a saúde. A diplomacia da saúde nascia então alinhada às concepções progressistas da saúde global.

Por exemplo, para Kickbusch e Buss (2008)⁴⁴ a diplomacia da saúde seria um instrumento capaz de articular as agendas da saúde e da paz ao incluir os processos de negociação que se dão em um ambiente amplo marcado por desafios globais que

⁴⁴ É interessante notar que esse artigo foi publicado no *Infectious Disease Clinics of North America*, uma revista dedicada à pesquisa clínica em doenças infecciosas dos EUA, o que indica a possível vontade dos autores em ampliar o debate para o público dedicado à pesquisa básica e a questões de disseminação de doenças.

impactam a saúde e o bem-estar das pessoas. Eles afirmaram que saúde estava relacionada com a estrutura do capitalismo global, impactando-a e sendo por ela impactada, e a diplomacia da saúde deveria expor as conexões entre as diferentes políticas setoriais que influenciavam o processo saúde doença. A abordagem destacava como a saúde era um campo de disputas onde influíam forças neoliberais que, na visão dos autores, deveriam ser enfrentadas para que fosse possível ampliar o bem-estar da humanidade. Para Alcazar (2008), com uma visão otimista, a saúde estaria vencendo os interesses econômicos e comerciais nas relações internacionais; e para Buss e Leal (2009) a diplomacia da saúde era um processo que colocava a saúde como prioridade na agenda da cooperação internacional e dos programas de ajuda ao desenvolvimento, servindo para reunir atores em torno do compromisso de pensar a saúde como direito humano e como bem público. Para esses autores, a diplomacia da saúde seria um instrumento para direcionar a governança global para um modelo mais justo, direcionado pela intersectorialidade e visando a equidade. Mas o problema com essas definições é que elas não propunham como os países poderiam fazer para transformar essas perspectivas em ações. Ou seja, não respondiam por exemplo, como os países menos desenvolvidos poderiam superar os obstáculos políticos que não permitiam acordos e direcionamentos políticos mais justos pelos organismos interacionais ou maiores volumes de financiamento para ações que não apresentassem respostas imediatas como o investimento na estruturação de sistemas de saúde. Faltava a resposta sobre como, na prática, equalizar interesses e a responsabilidade legítima com as consequências das decisões na saúde populações mais pobres.

No Brasil, Temporão buscava consolidar a posição do país na diplomacia da saúde e inseriu, na política nacional, a articulação com a política externa como um dos eixos estratégicos. O Programa Mais Saúde: Direito de Todos (2008-2011) evocou as conquistas históricas do Brasil na saúde pública como a descrição da doença de Chagas, a produção da vacina contra a febre amarela, o desenvolvimento do SUS e a experiência bem-sucedida no combate ao HIV/Aids, assim como a aproximação entre saúde e política externa para anunciar que a diretriz estratégica para o SUS com relação a cooperação internacional era:

“Fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional na área da Saúde, em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores, ampliando sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, em especial com o Mercosul,

com os países da América Central, da CPLP e da África.” (Brasil, 2008. P.81)⁴⁵

Esse enunciado trazia os objetivos mais gerais da PEB para dentro da política de saúde e conformava como oficial a ideia de que o país pretendia orientar a cooperação em saúde para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Como mencionado no capítulo 1, o tema da estruturação dos sistemas de saúde havia sido assumido pela OMS durante a gestão de Lee (2003-2006) que havia feito uma gestão com características progressistas. Essa agenda havia se fortalecido com o artigo de Chen et al (2004) que reuniu lideranças da saúde pública no mundo que afirmaram que havia um déficit crônico de recursos humanos para a saúde nos países pobres, o que impedia que esses países estruturassem sistemas de saúde adequados aos seus problemas. Em 2006, a Força de Trabalho em Saúde foi o tema do Relatório Mundial da Saúde, que reconheceu a crise explicitada pelos pesquisadores em 2004 e afirmou que a construção de sistemas de saúde passava necessariamente pela estruturação da força de trabalho, discutiu o problema da “fuga de cérebros” (quando profissionais de saúde, muitas vezes treinados no exterior, não exercem a profissão em seus países de origem) e incitou a comunidade internacional a trabalhar para superar essas limitações. No plano nacional, significava que as ideias dos sanitaristas da Fiocruz, que vinham fazendo cooperação na CPLP desde a década anterior, eram assumidas como estratégia nacional. Na verdade, essa era uma bandeira de muitos sanitaristas progressistas que a defendiam como alternativa à cooperação vertical centrada em doenças específicas muito utilizada na saúde internacional e que eles consideravam que não havia ajudado na promoção de sistemas de saúde locais fortes. Esses sanitaristas vinham, inclusive, criticando a ênfase excessiva no tema da AIDS.

Entretanto, o panorama na OMS havia mudado e as aspirações de Temporão e a quebra de patente foram um esforço do governo brasileiro por reconquistar sua liderança no tema da AIDS sob condições globais mais adversas. Em 2007, Margareth Chan já figurava como diretora geral da Organização e as perspectivas progressistas não foram

⁴⁵ Como medidas para alcançar essa diretriz, o documento propunha: 1. Contribuir para o desenvolvimento de estruturas e dos sistemas de saúde dos países da América do Sul e Central, da CPLP e outros países africanos. 2. Apoiar a formação em larga escala de técnicos da área da saúde em países da CPLP, por meio da específica experiência do Brasil com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). 3. Inserir o Programa de Saúde para a Fronteira (SIS-Fronteira) na perspectiva de fortalecimento da integração da América do Sul. 4. Apoiar a constituição da Rede Pan-Amazônica de CTI. Destas, a primeira meta recebeu 78% da previsão orçamentária (Brasil, 2007). Como se pode observar, neste documento se propõe ações de envergadura ampla, sendo a principal o fortalecimento de sistemas de saúde. Não há objetivo relacionado a combate de doenças específicas.

priorizadas. Ela não tinha interesse no tema dos DSS, nos recursos humanos e tampouco na quebra de patentes. O Relatório Mundial da Saúde de 2007 teve como foco a Segurança da Saúde Global, um tema que vinha ganhando espaço e também era impulsionado pela aproximação da saúde com a política externa, mas que era estruturado em cima da noção de riscos sanitários e enquadramento de doenças como ameaças para os países. A preocupação com a propagação de doenças emergentes e reemergentes havia sido um dos propulsores da saúde global na década anterior e se mantinha como uma preocupação e motivação para a aproximação entre as áreas de saúde e política externa, principalmente nos EUA, mas, diferentemente, o Brasil explorava a convergência desses dois setores a partir da defesa de agendas progressistas condizentes com a agenda política que o governo implementava nacionalmente.

É importante notar que o Brasil havia ganho importância na saúde global por conta da repercussão internacional de suas políticas progressistas sobre a AIDS e, em 2007, executava várias atividades de cooperação técnica nesta área por meio do PCI e do CICT, mas a política de saúde para a cooperação internacional buscou se orientar pela defesa da estruturação dos sistemas de saúde, o que era uma agenda setorial com pouca capacidade de se capilarizar para a sociedade como um todo e também para a política externa, já que as interfaces com temas econômicos são de compreensão mais complexa, pouco mensuráveis e de longo prazo. Era um tema que também não gerava muito interesse dos ativistas, que já não vinham participando muito do projeto nacional de cooperação Sul-Sul.

O foco geopolítico da atuação internacional do Brasil explicitado no Programa Mais Saúde – América Latina e África, principalmente a CPLP – já estava descrito no TC-41 assinado no último dia de 2005. Essa era também o foco da atuação do Brasil na cooperação Sul-Sul de maneira geral sendo que, na saúde, a aproximação com a África portuguesa já vinha acontecendo desde os anos de 1990, mas estava se fortalecendo desde a primeira de gestão de Lula já que o presidente, desde o início, priorizou a aproximação com o continente. A América do Sul foi mais privilegiada no segundo mandato após a criação da UNASUL em 2008.

Na AMS de 2008, o Ministro Temporão expressou preocupação com o grande número de países que pareciam não ter condições de atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que haviam sido acordados em 2000, e aproveitou para criticar a postura não solidária dos países desenvolvidos na cooperação internacional e

para apresentar o Brasil como um ofertante de cooperação internacional, ainda que com possibilidades menores que os países mais ricos. Como se pode ver:

“Devemos reconhecer não só as limitações da cooperação e dos mecanismos de ajuda que estamos utilizando, mas também o déficit nos níveis de doações espontâneas feitas pela maioria dos países desenvolvidos na Cúpula do Milênio. Falta de coordenação entre doadores, programas orientados por doenças ao invés do fortalecimento de sistemas de saúde, pouca sensibilidade para as prioridades locais, são alguns desses problemas. Um novo pensamento é obviamente necessário para avançarmos de uma maneira significativa. Sempre que nossos escassos meios e recursos permitem, o Brasil tem generosamente compartilhado resultados e lições de suas experiências em sua cooperação Sul-Sul. Seja na América Latina ou na África, em coordenação de esforços, nós identificamos, junto com nossos parceiros, suas necessidades e respostas adequadas, ao invés de impor soluções prontas. Isso é um diálogo entre iguais que compartilham perspectivas e problemas comuns.

O SUS torna isso possível.” (TEMPORÃO, 2008)

Essa fala recuperava críticas aos modelos de cooperação centrados em doenças específicas que os sanitaristas progressistas nacionais teciam aos modelos da saúde internacional desde o movimento da reforma de saúde nos anos 1970 e 1980 e fazia propaganda de sua proposta de cooperação, que se pretendia inovadora. Assim, articulava a ideia de “cooperação horizontal” baseada em compartilhamento de ideias e soluções própria do movimento de cooperação Sul-Sul à agenda de fortalecimento de sistemas de saúde.

No plano internacional, os programas verticais estavam voltando a ter prioridade na saúde global e o então ministro adotava um discurso crítico para defender a posição do Brasil. Nacionalmente, o governo estava próximo da Fiocruz que estava executando o TC-41 e outros projetos de cooperação com a ABC nos quais buscava implementar seu modelo de cooperação que foi posteriormente denominado “cooperação estruturante em saúde” e será explicado a seguir. Segundo muitos sanitaristas progressistas que estavam em posições de gestão no governo federal e na Fiocruz naquele momento, os programas verticais centrados em doenças específicas tinham historicamente sido instrumentos de dominação de países ricos em países pobres e não tinham contribuído para a estruturação dos sistemas de saúde desses países, nem para a superação de seus problemas sanitários. Esse pronunciamento do então ministro se alinhava a estas ideias e também à fala do chanceler na Assembleia Mundial da Saúde no ano anterior, que havia ressaltado a

política de cooperação Sul-Sul do Brasil. Com essa combinação, o país então introduziu o modelo de cooperação em saúde como agenda para o exercício do *soft power* na saúde global, em um contexto internacional onde a OMS destinava menor apoio para posturas progressistas.

Isso ocorreu porque, na gestão de Temporão, a Fiocruz teve reforçado o seu papel no apoio à atuação internacional do Ministério da Saúde, na execução de projetos e na formulação de ideias. Temporão trabalhara na Fiocruz como professor e pesquisador desde 1980 e Paulo Buss vinha se esforçando para ampliar a atuação internacional da Fundação e aproximar a instituição da diplomacia nacional. Um exemplo disso foi que, em 2007, o então presidente da Fiocruz recebeu do Itamaraty condecoração como comendador da Ordem do Rio Branco, um título concedido a cidadãos por relevantes serviços prestados à diplomacia brasileira. Por indicação da Presidência da República, Buss foi também o representante do Brasil no Comitê Executivo da OMS entre 2008 e 2014, do qual foi Vice-presidente no período 2010-2011.

A Fiocruz já tinha um histórico de atuação internacional setorial consolidado e Paulo Buss buscava o apoio do governo para manter essa posição. Durante a gestão de Temporão essas articulações se fortaleceram ao passo que o governo passou a explorar mais a imagem da instituição como um exemplo do acúmulo de conhecimentos brasileiros na saúde. No primeiro ano da nova gestão, a Fundação recebeu a visita dos ministros da saúde de Tailândia, São Tomé e Príncipe e Moçambique, do secretário de Estado para a saúde dos EUA e da diretora geral da OMS, Margareth Chan, que proferiu uma palestra sobre a *cooperação Sul-Sul no enfrentamento das epidemias* (FIOCRUZ, 2007). Farmanguinhos, a unidade da Fiocruz encarregada da produção de medicamentos, foi responsável pelo processo de engenharia reversa que chegou ao princípio ativo do Efavirenz, o que possibilitou que a produção nacional se iniciasse em 2009⁴⁶. O ministro Temporão participou da abertura do ano letivo da Fundação em abril de 2007, cuja aula inaugural foi proferida por Giovanni Berlinguer, um sanitarista italiano que havia sido uma figura importante junto aos sanitaristas nacionais durante o movimento pela reforma sanitária e era, em 2007, membro da Comissão Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Em agosto de 2008, o ministro Temporão e o próprio presidente Lula participaram de uma solenidade na Fiocruz, na qual receberam o relatório final da

⁴⁶ De 2007 a 2009 o Brasil importou genéricos indianos.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, que havia sido coordenada por Buss.

A presença de Temporão como ministro da saúde promoveu também a expansão da Fiocruz no território nacional. Em 2009, a instituição inaugurou unidades regionais nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Ceará e Rondônia. Contudo, a primeira unidade fruto desta expansão institucional havia acontecido em outubro de 2008, quando a Fundação inaugurou o escritório em Maputo, capital de Moçambique, que tinha o objetivo de coordenar as iniciativas de cooperação governamentais em saúde brasileiras no continente africano, principalmente as desenvolvidas pela Fiocruz. Além disso, os idealizadores do escritório pretendiam que o posto fosse um polo difusor da experiência brasileira na saúde e ampliasse a visibilidade internacional do SUS e do governo brasileiro. O evento de lançamento contou com a presença do presidente Lula, de Celso Amorim, do ministro da saúde José Gomes Temporão, do ministro da saúde de Moçambique, Ivo Garrido e do presidente da Fiocruz Paulo Buss. Para coordenar o escritório, foi escolhida a médica Célia Maria de Almeida, pediatra, sanitarista e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz que havia também trabalhado no Ppreps nos anos de 1970 e participado do movimento do sanitarismo progressista nacional que havia dado origem ao SUS ao lado de Temporão, Buss e Sergio Arouca. Desde os anos de 1990, vinha pesquisando sobre reformas de sistemas de saúde em países como Reino Unido, Colômbia, Itália e Espanha, incluindo o espaço que o tema da equidade ocupava nos processos, e a experiência da reforma sanitária brasileira vis à vis essas experiências internacionais. Ela seria também a autora principal do artigo que sistematizou a ideia da cooperação estruturante.

Pelo acordo assinado entre Brasil e Moçambique, o escritório foi considerado uma organização diplomática, mas, apesar do importante evento de inauguração, e do interesse pessoal de Amorim, o escritório não foi regularizado como um posto da Fiocruz no exterior, o que limitou seu escopo de atuação. Para funcionar como tal, o escritório precisava ser aprovado no Congresso Nacional, da assinatura de um decreto presidencial e, após, precisava ser regularizado no âmbito do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que organizava a estrutura administrativa do Estado Brasileiro. Todo esse tramite demorou anos e ainda estava em discussão quando a sinergia entre saúde e política externa já declinava no governo seguinte. Essa limitação política e legal é um dos

exemplos dos entraves que a proposta nacional de oferecer cooperação técnica a outros países enfrentou (PEREIRA, 2017).

Esse problema nunca foi resolvido, ainda que Celso Amorim e o próprio presidente Lula demonstrassem grande interesse no escritório e anunciassem sua existência em viagens pela África, quando Celia Almeida integrava a comitiva do chanceler. Além de fazer a articulação as instituições de saúde no país e com a embaixada brasileira em Maputo, o trabalho de Almeida no escritório consistia em buscar coordenar os programas de formação que a Fiocruz desenvolvia com o INS e Universidades locais, buscando articular o expertise brasileiro ao já existente em Moçambique.

A partir de 2008, o Brasil também buscou aproximar a cooperação no tema da AIDS de sua política de cooperação Sul-Sul. Conforme explicado, a cooperação neste tema era desenvolvida diretamente por meio de uma assessoria de cooperação internacional dentro do Programa Nacional de DST/AIDS e por meio do Centro Internacional de Cooperação Técnica em AIDS que era uma parceria do Brasil com a UNAIDS. Mas com um Memorando de Entendimento assinado em 2008, a contraparte nacional deste organismo internacional deixou de ser o departamento de AIDS e passou a ser a ABC e grande parte do financiamento foi canalizado por esta agência. Essa nova configuração representava um esforço do governo por incorporar as atividades no campo da AIDS dentro da proposta da PEB, já que o arranjo de governança que havia se conformado na cooperação em AIDS, com a existência Centro de Cooperação Técnica em Aids (Cict) e da ACI do Programa Nacional de DST/AIDS havia tornado a governança desta atividade complexa e afastado a AISA e a ABC da tomada de decisões (LIMA, 2017).

Em 2008, a PEB passou priorizar sua liderança na América do Sul, quando articulou a criação da União de Nações Sul-Americanas, um bloco regional formado pelos doze países da América do Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela) num momento de convergência de vários governos progressistas na região, como, por exemplo, o de Michele Bachelet no Chile, Evo Morales na Bolívia e Rafael Correa no Equador. Apesar da pluralidade de concepções políticas no interior do bloco (que abarcava outras iniciativas de integração sul-americanas anteriores, como o Mercosul e a Comunidade Andina, entre outras) essa convergência se dava em torno da oposição à constituição da Aliança de Livre Comércio das Américas (Alca) capitaneada pelos EUA (FARIA, GIOVANELLA E BERMUDEZ,

2015). A Unasul se pretendia um espaço de coordenação política e cooperação econômica e comercial organizado em torno da ideia de autonomia da região e com discursos que valorizavam o desenvolvimento, a democracia e os direitos humanos. Seu tratado constitutivo afirmava compromissos com a redução das desigualdades nos países e entre eles e valorizava o multilateralismo e o diálogo entre as nações (UNASUL, 2008) e o bloco nascia ancorado em valores progressistas. Os primeiros conselhos setoriais ministeriais criados no âmbito do bloco regional, ainda em 2008, foram o de Defesa e o da Saúde. O Unasul-Saúde, como ficou conhecido o espaço liderado pelos ministros da saúde da região, tinha diretrizes que tomam a saúde como um direito universal e um bem público das sociedades globais, valores alinhados aos princípios do SUS (BUSS e FERREIRA, 2011). Eram claras a influência e a liderança do Brasil no novo Conselho. O espaço funcionou como um fórum de formulação de políticas em saúde e de coordenação de posições comuns dos países membros em fóruns internacionais, especialmente na Assembleia Mundial da Saúde, se constituindo como um espaço de exercício da diplomacia da saúde e da cooperação Sul-Sul (FARIA, GIOVANELLA e BERMUDEZ, 2015), e nele o Brasil ofertou diversos projetos de cooperação a outros países que foram orientados pela perspectiva da cooperação estruturante, e que não serão analisados nesta tese. Infelizmente, após 2015, o Unasul perderia força, junto a crise econômica que atingiria o Brasil e com a queda dos governos progressistas na região que haviam articulado o espaço de cooperação regional.

Em janeiro de 2010 o Haiti sofreu um terremoto de altas magnitudes que devastou o país. Em resposta a esta emergência sanitária, vários países ofereceram ajuda ao Haiti, inclusive o Brasil. O governo nacional destinou 135 milhões de reais para o Ministério da Saúde para o desenvolvimento de um projeto de reconstrução do sistema de saúde do Haiti⁴⁷. O projeto de cooperação em saúde se desenvolveu em parceria com a Brigada Médica Cubana, que possuía diversas unidades de saúde implementadas no território haitiano, conformando uma cooperação de formato Sul-Sul-Sul que tinha como base a identidade solidária dos sistemas de saúde do Brasil e de Cuba e se configurou como mais uma da estratégia de ampliação da presença nacional nas relações internacionais por meio da saúde (KASTRUP et al, 2017). Esse projeto carece de estudos mais aprofundados, mas o volume de recursos investidos e a natureza das atividades, que variaram da compra de

⁴⁷ Outra área beneficiada foi o Ministério da Defesa, que coordenava as forças de paz para estabilização do Haiti desde 2004 e já possuía uma força tarefa instalada no país.

ambulâncias, construção de hospitais à formação de epidemiologias e agentes comunitários de saúde, fortalecimento da comunicação em saúde, entre outras, sugerem que o país buscou se colocar na disputa pela posição de doador importante naquele momento em que opinião pública internacional estava voltada para as consequências do desastre no país mais pobre das américas.

Temporão deixou o governo quando Dilma Rousseff assumiu a presidência do Brasil em janeiro de 2011. Nas AMS de 2011 a 2015 o Brasil reafirmou seus compromissos com temas basilares do SUS, mas não fez menção à sua atuação na CSS, o que corrobora com a perspectiva de alguns autores (GOMES e PERES, 2013; MILANI, 2017) que informam que a ideia de tomar a cooperação em saúde como um elemento importante da atuação internacional não teve a mesma importância no governo de Dilma Rousseff, e o dinamismo brasileiro na diplomacia da saúde foi gradativamente descontinuado, conforme será explicado no capítulo seguinte.

3.3 – Cooperação técnica em saúde na CPLP no marco da PEB

Naquele início do novo século, o debate sobre a cooperação internacional estava na pauta das agências internacionais e multilaterais impulsionado pela discussão sobre como atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e pela entrada dos países emergentes na disputa de poder nas relações internacionais. A China, a Índia e o Brasil despontavam como atores importantes na geopolítica e buscavam consolidar posições promovendo cooperação. Esses países, apesar de adotarem estratégias diferentes entre si, tinham em comum o objetivo de se diferenciarem da cooperação praticada por países mais desenvolvidos recuperando ideias de horizontalidade e similaridades históricas próprias do movimento dos países não alinhados dos anos de 1960 e 1970. Com isso, criticavam o consenso de Washington e evitavam expressões utilizadas pela OCDE, como “doadores” e “ajuda”, e falavam em “parceria” e “cooperação”.

Ao mesmo tempo, a própria aprovação da Agenda do Milênio havia impulsionado questionamentos sobre a eficácia da ajuda ao desenvolvimento, abrindo espaço para que as críticas sobre a prática da cooperação para o desenvolvimento ganhassem atenção. Era necessário que houvesse recursos suficientes para financiar a consecução dos ODM e que a cooperação internacional, principal instrumento para a implementação da parceria global proposta, funcionasse bem. Alguns acadêmicos e governos de países em

desenvolvimento achavam que, após 50 anos de instituída, a cooperação internacional não tinha contribuído muito para que os países menos favorecidos superassem dificuldades e que a prática precisava ser melhorada. Os críticos argumentavam que cooperação havia sido excessivamente ideologizada, dirigida a consolidar áreas de influência e mercados consumidores para as duas superpotências da Guerra Fria; outros entendiam que as ações não respondiam às necessidades locais pois eram formuladas fora do local onde seriam implementadas, baseadas nas experiências dos países desenvolvidos e não se adequavam às realidades de países mais pobres; outros achavam que a cadeia da ajuda tinha virado um fim em si e negligenciava as opções políticas dos países receptores; ou ainda que as exigências e diferentes modelos de prestação de contas adotados pelos países doadores representavam uma burocracia enorme para as estruturas administrativas dos países que necessitavam da ajuda.

Novos debates em torno da eficácia da ajuda ao desenvolvimento foram capitaneados pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento (OCDE), formada pelas principais potências ocidentais, que organizou, em 2003, a primeira reunião sobre o tema, em Roma, capital da Itália. No encontro, os países discutiram a adequação das ações dos doadores às políticas locais e a ideia de que era preciso construir capacidade nos países receptores da ajuda internacional para que conduzissem a coordenação das ações de cooperação no seu território. À esta reunião se seguiram outras - realizadas em Paris, em 2005, em Accra, Gana, em 2008 e em Busan, Coreia do Sul, em 2011 – que tiveram como tema central a eficácia da ajuda ao desenvolvimento e que desenvolveram diretrizes que preconizavam que: as ações deveriam ser: apropriadas pelos países receptores, que estariam em posição de coordenar atividades em seu território; alinhadas com as prioridades políticas nacionais dos receptores; harmonizadas entre si evitando sobreposição de ações; e orientada por resultados, com mecanismos de planejamento e avaliação claros.

Esses debates impulsionaram uma retomada dos preceitos da cooperação entre países em desenvolvimento, que desde os anos de 1980 vinha sendo referida como cooperação Sul-Sul⁴⁸ (CABANA, 2014). Essas críticas, originadas nos movimentos de

⁴⁸ Segundo Cabana (2014), o termo cooperação Sul-Sul foi inicialmente adotado nos anos de 1980 pela academia, mas se popularizou com a retomada da cooperação entre países em desenvolvimento no início dos 2000. E entre os primeiros trabalhos a fazer referência ao termo está o artigo de 1980 do economista paquistanês Mahbub ul Haq à época funcionário do Banco Mundial «Beyond the slogan on South-South Cooperation»; outro trabalho no uso do termo é «South-South Cooperation and Economic Order, do pesquisador da área de tecnologia Jorn Altmann.

reivindicação de mais espaço para os países que surgiam dos processos de descolonização nos anos de 1960 e 1970 se desenvolveram em um movimento terceiro mundista nas décadas seguintes que, no discurso, recusava o alinhamento com as grandes potências da Guerra Fria e advogava por mais cooperação entre os menos desenvolvidos. Justificavam que estas relações poderiam ser mais eficazes já que as similaridades históricas e estruturais entre os países serviriam de base para relações mais horizontais sustentáveis.

Se por um lado, este contexto internacional impulsionou a formulação da estratégia de cooperação Sul-Sul da política externa brasileira explicada anteriormente, pelo lado da saúde, foi uma oportunidade para que as ideias que o Brasil vinha propagando dentro da CPLP ganhassem destaque. Estimulados pelas discussões levadas a cabo dentro da OCDE e pela própria PEB, pesquisadores e gestores da cooperação internacional da Fiocruz atualizaram as ideias que a OPAS vinha discutindo desde os anos de 1970 e propuseram um modelo conceitual para a atuação do Brasil na saúde global. Essas ideias foram sistematizadas em artigo publicado em 2010 como base do conceito de “cooperação estruturante em saúde” que foi elaborado por Celia Almeida, a pesquisadora da Fiocruz que em 2008 havia passado a dirigir o escritório da instituição na África; José Roberto Ferreira, então assessor de cooperação internacional da presidência da Fiocruz, Paulo Buss, então presidente da Fiocruz, Luís Eduardo, médico da Fiocruz e técnico da área de cooperação internacional desde os anos de 1990 e Rodrigo Pires Campos, pesquisador da área de Relações Internacionais da UNB e parceiro da Fiocruz em alguns projetos. O modelo focava no desenvolvimento de recursos humanos, no fortalecimento de instituições pilares dos sistemas de saúde e na conformação de redes dessas instituições onde os conhecimentos supostamente seriam compartilhados e retroalimentados, conformando sustentação técnica e política para os sistemas de saúde de maneira relativamente independente das transições de governo. Com isso, acreditavam que o país estaria contribuindo para reduzir a fragmentação das ações de cooperação internacional nos países e promovendo capacidade técnica e científica para que as próprias instituições nacionais tomassem o protagonismo da discussão sobre suas políticas de saúde, inclusive com parceiros externos. E, ao fim e ao cabo, o Brasil estaria promovendo o fortalecimento dos sistemas de saúde de seus parceiros.

O artigo ilustrava a ideia com uma série de experiências que a Fiocruz vinha desenvolvendo nos dois âmbitos que eram os focos da PEB: a CPLP e a UNASUL. Ele se pretendia como orientador da cooperação brasileira e de fato ganhou adesão, pelo menos na retórica, junto a técnicos da Fiocruz, da OPAS, da AISA, da ABC e de outras instancias que realizavam cooperação em saúde naquele momento, e foi propagado pelos representantes brasileiros em fóruns internacionais como um modelo que deveria inspirar outros países (TEMPORÃO, 2008).

Como destacado na sessão anterior, durante os governos de Lula, ocorreu uma transição gradual entre a utilização do tema do acesso aos antirretrovirais para a associação entre cooperação Sul-Sul e fortalecimento dos sistemas de saúde como instrumento do *soft power* na saúde global. Isso foi possível porque existia no Brasil um grupo de sanitaristas progressistas, principalmente reunidos em torno da Fiocruz, que vinham construindo perspectivas críticas sobre a cooperação internacional em saúde e ampliaram seu espaço no governo com a chegada de sanitaristas oriundos do movimento pela reforma sanitária brasileira ao Ministério da Saúde, especificamente Saraiva Felipe e José Gomes Temporão. O objetivo desta sessão é demonstrar como as ideias sobre a cooperação estruturante foram sendo desenvolvidas na prática dentro da CPLP ao longo da primeira década dos 2000.

Desde que assumiu o poder, Lula anunciava o foco na África (SILVA, 2003), que se daria por uma combinação de interesses geopolíticos e da internacionalização da política sanitária brasileira. Como demonstrado, a PEB passou a perceber a África como um continente de oportunidades econômicas, comerciais e geopolíticas e a cooperação funcionava como instrumento de *soft power*. O nexo nacional-internacional se expressava, no plano interno, na proposta de acabar com a fome tendo como carro chefe um vultuoso programa de transferência de renda e, no plano externo, pelo anúncio da ideia de valorização dos direitos humanos desde uma perspectiva democrática. Em seus discursos, Lula e Amorim enalteciam a identidade comum e a aproximação histórica entre o Brasil e os países africanos, e a ideia de que existia uma obrigação de ordem ética e moral do Brasil para com o desenvolvimento destes países, já que, no passado, o Brasil havia se beneficiado da mão de obra escrava para o seu desenvolvimento. Conformavam assim uma ideia que a cooperação com África se justificava por uma “convergência identitária” e uma “dívida histórica” (HIRST, LIMA E PINHEIRO, 2010; SOMBRA SARAIVA, 2012). Isso fazia com que críticos da política africana de Lula acusassem a

diplomacia de não ser pragmática, mas orientada por uma culpa histórica e duvidavam que o país pudesse colher benefícios dos investimentos em países pobres. Consideravam ineficiente o investimento num continente que possuía pouca influência no cenário internacional e baixa representatividade na balança comercial brasileira.

Essa orientação da PEB significou que a CPLP seria um espaço de cooperação importante, e os projetos que estavam sendo desenvolvidos pela Fiocruz se conformaram como uma espécie de credencial para a Fundação e para o próprio setor saúde como instituição/tema que poderia ser utilizado pelo Brasil. A reunião de ministros da saúde dos Palops que havia ocorrido na sede da fundação em 1994 foi frequentemente referida posteriormente como demonstrativo da legitimidade institucional para a atuação na cooperação em saúde na região.

Após o regresso de Lula de sua primeira visita ao continente africano como presidente do Brasil, em dezembro de 2003, o governo brasileiro apresentou na II Reunião Ministerial de Ciência e Tecnologia dos Países da CPLP um programa de cooperação que objetivava ampliar a capacidade científica tecnológica dos países africanos em “áreas de interesse”, o PROÁFRICA, que seria desenvolvido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Superior (Capes) (CPLP, 2003). O primeiro edital saiu em 2005 e a Fiocruz submeteu a proposta de realização de um mestrado em saúde pública em Angola, cujo objetivo central era formar professores para uma futura Escola de Saúde Pública a ser criada ligada ao Ministério da Saúde do país africano. O projeto foi aprovado e a primeira missão da Fiocruz à Luanda foi realizada em dezembro de 2005.

Como a proposta era qualificar quadros para o sistema de saúde do país, o edital que a Fiocruz lançou para seleção para o curso exigiu que os candidatos, com diploma de nível superior, fizessem parte dos quadros públicos do sistema de saúde do país, e os inscritos foram principalmente do Ministério de Saúde e suas dependências, da Universidade Agostinho Neto (UAN) e das direções provinciais de saúde. Como objetivo secundário, conforme formulação do grupo gestor da cooperação na Fiocruz, o curso pretendia promover a articulação entre essas instancias (PASQUALIM, 2014). Inicialmente foi previsto que cinco vagas seriam oferecidas a alunos de outros Palops, mas não houve adesão e estas foram revertidas para angolanos. O mestrado em Angola foi iniciado em 2007 e as aulas foram ministradas por professores da ENSP nas instalações do Instituto Superior de Enfermagem da Universidade Agostinho Neto de Angola, a maior do país. Seria neste espaço que, segundo se propunha, seria instalada

uma futura Escola de Saúde vinculada ao Ministério da Saúde do país. Para o Brasil, este curso representou a primeira experiência internacional de apoio à formação *stricto sensu* fora do país (ABC, 2009b).

Também em 2007 a Fiocruz submeteu outro projeto à ABC para a cooperação com Angola, com um objetivo maior de apoiar a “capacitação do sistema de saúde de Angola”, que previa o apoio à conformação de uma futura escola de saúde pública no nível de pós graduação ligada ao Ministério da Saúde do país, que já se pretendia que fosse impulsionada pelo mestrado, o apoio ao fortalecimento das escolas técnicas em saúde que existiam no país e ao fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde Pública, por meio de intercâmbios e capacitações que seriam desenvolvidas pela Fiocruz (ABC, 2007). Ter como objetivo da cooperação o fortalecimento dessas três instancias de formação e provisão de serviços em saúde pública como um meio de se fortalecer o sistema de saúde e dar direcionalidade neste sentido a diferentes atividades cooperativas que estavam ocorrendo estava em linha com os objetivos da cooperação estruturante. Contudo, essa ideia enfrentou problemas.

A cooperação na formação de técnicos em saúde havia se iniciado em 2005 com a visita de uma delegação da Direção Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Angola à Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz (EPSJV) composta por lideranças da pasta e de duas escolas técnicas do país. Trabalharam durante dez dias na elaboração de um plano de trabalho que previa intercâmbios e cooperação em ensino e pesquisa envolvendo dirigentes e docentes de ambas as escolas técnicas. Em 2006, a EPSJV realizou uma missão ao país e iniciou um trabalho de desenvolvimento de currículos e planejamento da ação de formação de formadores, coordenadores pedagógicos e gestores das escolas angolanas e foram planejadas atividades para o ano seguinte. Contudo, após a assinatura do projeto que financiaria as atividades com a ABC, a EPSJV fez contatos com a Direção Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Angola para início das atividades, mas esta direção não se interessou pelo projeto, alegando que estava com dificuldades de mobilizar quadros para o seu desenvolvimento, o que fez com que a EPSJV retirasse sua oferta, resultando no cancelamento desta atividade no âmbito do projeto (EPSJV, 2008).

O mestrado de Angola seguiu em frente, mas enfrentou diversos problemas de diferentes ordens e os problemas logísticos enfrentados pela cooperação brasileira de maneira geral discutidos anteriormente também puderam ser observados no

desenvolvimento do curso. Com a assinatura do segundo projeto com a ABC, o mestrado passou a contar com um duplo financiamento, Capes e ABC, mas ocorreu que o valor das diárias da ABC era muito maior do que o previsto no projeto da Capes e os professores que viajavam com diárias da Capes não tinham os custos básicos cobertos e recebiam muito menos do que os que viajavam pelo projeto da ABC. O valor da diária da CAPES era de 150 dólares e da ABC de 260 dólares, o que gerou insatisfações de alguns professores e grande confusão para a coordenação do curso e dirigentes da Fiocruz (ENSP, 2007b).

Houve também atrasos nos repasses e, após um ano do início do projeto da Capes, a Fiocruz só havia recebido menos da metade do valor contratado. Ao mesmo tempo, havia sido acordado que o Ministério da Saúde de Angola arcaria com os custos de hospedagem e transporte dos professores - em linha com o que se propunha para uma cooperação horizontal, onde se esperava que o país receptor arcasse com parte dos custos como uma demonstração de que se interessava pelo projeto - mas ao final de 2007 este órgão informou que passaria a arcar só com o transporte. Naquele momento o projeto tinha um déficit de 550 mil reais com a Fiocruz, o que gerou uma interrupção nas atividades (ENSP, 2007b).

Outro problema foi que a seleção de alunos havia sido feita em conjunto com o Ministério da Saúde de Angola, mas após o primeiro ano do curso, o diagnóstico da coordenação era de que nem todos os alunos seriam aprovados para obterem títulos de mestre. A saída foi propor que os que não conseguissem a aprovação pudessem fazer trabalhos menos complexos e receberem título de especialista, mas isso foi um ponto de tensão, já que o programa estava inserido num acordo intergovernamental e havia uma expectativa, tanto do governo angolano como dos alunos, na formação de mestres (ENSP, 2007b).

Contudo, é importante notar que com todos esses problemas de ordem logística, programática e financeira, numa reunião de avaliação do curso em dezembro de 2007, vários professores enfatizaram o interesse e o envolvimento dos alunos. No que tange à perspectiva do aprendizado mútuo que preconiza a cooperação Sul-Sul, é possível perceber que a ENSP buscava se adequar ao ensino à distância, buscando soluções inovadoras para orientação de alunos, com a introdução de recursos novos. Por exemplo, nesta reunião de avaliação, a Educação a Distância da ENSP (EAD-ENSP) apresentou um modelo de comunidade virtual de aprendizagem, com várias possibilidades de

interação e os professores discutiram possibilidades de orientação em grupos e usando esta e outras tecnologias novas para a época, como o Skype (ENSP, 2007b).

Mas essas estratégias não foram possíveis de serem assimiladas plenamente, já que, em Angola, o acesso à internet era difícil, caro e muito instável. Poucos alunos tinham acesso à rede já que os preços da provisão, via satélite, eram altíssimos. Além disso, quando havia acesso à rede, os alunos não podiam acessar o portal de periódicos da Capes desde Luanda por um problema de IP e não conseguiam obter a bibliografia necessária para o curso. A Fiocruz providenciou o envio de um acervo físico à Luanda, mas esse processo também enfrentou atrasos e contratemplos. O problema da falta de internet afetava também os professores brasileiros que iam lecionar lá e na maioria do tempo ficavam em situação de isolamento tanto no Instituto Superior de Enfermagem, onde eram ministradas as aulas, como nos locais onde se alojavam. Além da internet, a própria provisão de energia era instável, não havia computadores suficientes e o transporte era difícil, já que o trânsito era muito lento e com extensos engarrafamentos. Além disso, não havia um coordenador angolano designado especificamente para o curso o que dificultou ainda mais a organização das atividades quando houve uma mudança de governo em Angola em 2008 e os quadros com os quais o Brasil havia negociado foram substituídos (ENSP, 2007; 2009a). Neste ano, a Fiocruz submeteu à ABC outro projeto para continuidade do curso.

Para planejamento da continuidade do projeto, a Fiocruz realizou uma missão ao país africano em fevereiro de 2009, composta por Antônio Ivo de Carvalho, então diretor da ENSP; Maria Helena Magalhães de Mendonça, vice-diretora de pós-graduação da ENSP; Joyce Mendes de Andrade Schramm e Marismary Horsth de Seta, coordenadoras do curso (ENSP, 2009). O grupo discutiu os problemas enfrentados com o então ministro da saúde de Angola Dr. José Vieira Dias Van Dunem, que se mostrou interessado em finalizar o curso, e o então vice-ministro encarregado da área de recursos humanos do Ministério da Saúde Pública de Angola reafirmou o interesse na ideia da criação da escola de saúde pública ligada ao ministério, e indicou ainda o interesse em uma segunda turma do curso. Os dirigentes da ENSP colocaram a importância de se terminar a primeira e planejou-se a retomada do projeto que havia ficado parado por um ano.

O mestrado em Angola acabou por levar cinco anos para ser finalizado, teve 3 coordenações e inúmeras dificuldades que parecem não terem sido previstas pelos gestores da cooperação internacional da Fiocruz quando do planejamento da cooperação.

Ao final, os alunos inaptos foram desligados e os 15 alunos que estavam qualificados para terminar a dissertação vieram ao Brasil para um acompanhamento presencial do desenvolvimento dos projetos junto aos orientadores. As qualificações e defesas, que estavam previstas para acontecer em Angola, foram realizadas na ENSP ao longo do ano de 2011 (PASQUALIM, 2014). A ideia inicial de se criar a escola de saúde pública do Ministério da Saúde de Angola, que era parte do projeto “estruturante”, não aconteceu. Para a ENSP e seus docentes ficou a experiência dos problemas enfrentados, que foi útil quando da negociação de outros cursos internacionais que a escola ofereceu em Moçambique e no Peru em anos posteriores.

Outra vertente da cooperação brasileira na CPLP que foi locus de experimentação do conceito de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde teve como objetivo a estruturação de Institutos Nacionais de Saúde em países membros da comunidade. Neste tema, a dinâmica da cooperação da Fiocruz na CPLP foi articulada com o próprio desenvolvimento da saúde global. No início dos 2000 o então diretor do CDC norte americano, Jeffrey Koplan, junto com o então diretor-geral do Instituto Nacional de Saúde Pública e Bem-Estar da Finlândia, Dr. Pekka Puska resolveram fundar uma associação com o objetivo de criar e apoiar institutos nacionais de saúde pública (INSPs⁴⁹) em diferentes partes do mundo. Após mobilizarem um grupo inicial de sanitaristas e realizarem duas reuniões iniciais em Bellagio, Itália em 2002, com patrocínio da Fundação Rockefeller, eles conseguiram uma subvenção da Fundação Bill e Melinda Gates no valor de US\$ 20 milhões a serem desembolsados em 5 anos. Os dois líderes iniciais convocaram uma reunião de conformação da Associação, que aconteceu em janeiro de 2006 na sede da Fiocruz no Rio de Janeiro com a presença de 39 institutos. Paulo Buss, que já integrava o grupo inicial e articulou a realização desta reunião no Brasil, foi eleito como membro do conselho executivo da nova instituição.

A ideia da criação da Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (em inglês, *International Association of Public Health Institutes – IANPHI*) era

⁴⁹ Os INS realizam atividades diversas dependendo de sua localização, mas, em geral, são instituições que realizam pesquisa básica e apoiam os sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica. Segundo Peka Pusha e Koplan 2017, os INSP “estão em seus países em posição-chave para a implementação sustentável de muitas funções essenciais de saúde pública, especialmente monitoramento e vigilância, proteção da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde e respostas a emergências. Os institutos geralmente coordenam programas nacionais e trabalham em estreita colaboração com o Ministério da Saúde, mas com graus variados de autonomia para garantir a base científica.” (tradução minha. P. 192)

que se pudesse fomentar a construção de capacidades em saúde pública nos países por meio de intercâmbios e ação em rede. Era um movimento setorial fomentado pelo desenvolvimento da saúde global, não necessariamente associado ao projeto da PEB de cooperação Sul-Sul, mas a Fiocruz buscou direcionar a articulação com a CPLP fomentando as estratégias nacionais de diplomacia da saúde neste espaço.

Paulo Buss, com a dupla inserção de presidente da Fiocruz e membro do conselho executivo da IANPHI, realizou uma missão a Moçambique, entre 15 e 17 de maio de 2006 patrocinada com os recursos da FBMG, na qual foi acompanhado de Ana Beatriz Moraes da Silva (engenheira química da Fiocruz) e Eric Daniel Mintz do CDC dos EUA. Visitaram o Instituto Nacional de Saúde ligado ao Ministério da Saúde, conversaram com o ministro e recomendaram que a cooperação tomasse como base a situação sanitária do país, a estrutura do Instituto naquele momento e as funções essenciais da saúde pública⁵⁰ para construir um plano estratégico de desenvolvimento institucional. O modelo de construção de planos estratégicos por meio de oficinas participativas com técnicos dos países coordenadas pela Fiocruz e pelo Instituto Nacional de Medicina Tropical de Portugal foi a orientação central da cooperação da IANPHI na CPLP. Outra ação recomendada naquele momento que expressava o modelo proposto e fazia propaganda das ações que a Fiocruz já vinha iniciando, foi a realização de cursos de mestrado em saúde pública com o objetivo de preparar pessoal para reforçar a missão dos institutos e colaborarem com a futura missão de formar pessoal para o sistema nacional de saúde do país (IANPHI, 2006).

Após a missão a Moçambique, Buss apresentou a proposta em reunião do Board Executivo da IANPHI que ocorreu em paralelo à AMS em maio de 2006 em Genebra. A Fiocruz realizou então uma segunda missão, também com patrocínio da IANPHI, integrada por Ana Beatriz Moraes da Silva e Felix Rosemberg, um argentino egresso da OPAS que era então diretor de planejamento da Fiocruz (Diplan/Fiocruz) e viria a ser a figura central na condução da cooperação entre os INS na CPLP nos anos seguintes. Os dois também foram recebidos na embaixada do Brasil em Maputo, visitaram o INS e tiveram audiências com o então ministro da saúde de Moçambique. Na mesma missão,

⁵⁰As funções essenciais da Saúde Pública são como guia para a ação em saúde pública a serem exercidas pela autoridade sanitária dos países. Foram desenvolvidas pela OPAS nos anos de 1990, como parte das discussões sobre o papel do Estado nas políticas de saúde na conjuntura dos ajustes estruturais. Constituem um conjunto de funções que são essencialmente públicas e indelegáveis à participação privada nos sistemas de saúde.

visitaram a Guiné Bissau e Angola, sempre em articulação com a diplomacia brasileira e com as autoridades sanitárias dos países. Estas articulações eram parte da orientação da Fiocruz para o trabalho no exterior, e as fontes não indicam que houvesse interesse em manter diálogo com instituições da sociedade civil, internacionais ou não, nos países.

Após estas duas missões, uma proposta sistematizada foi apresentada por Buss à CPLP, às autoridades dos países e a IANPHI em uma reunião em Lisboa que ocorreu em novembro de 2006. Ficou acordado que se deflagraria um processo de construção conjunta de planos estratégicos para o fortalecimento dos INS existentes (naquele momento em Angola, Brasil, Moçambique e Portugal) e de suporte às estruturas equivalentes com capacidade de virem a se tornar INSP em Cabo Verde, Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe e Timor Leste financiado pela IANPHI com a subvenção da Fundação Gates. Segundo um dos líderes deste projeto, Jeffrey Koplan era bem receptivo a ideias progressistas, mas ainda assim o processo não foi livre de controvérsias. O técnico da Fiocruz responsável era muito alinhado com os princípios progressistas da medicina social latino-americana e conta que, no desenvolver da relação, teve embates com a então chefe do escritório da IANPHI nos EUA, Courtenay Dusenbury, que era também da área de cooperação do CDC dos Estados Unidos e uma das gestoras do projeto Fiocruz- IANPHI. Ele se declarava contra o modelo de atuação do CDC, que instalava e mantinha (e ainda mantém), em diversos países, laboratórios de vigilância epidemiológica fora das estruturas governamentais. Defendia que essas instituições deveriam estar totalmente integradas à autoridade sanitária nacional e não realizar somente vigilância, mas análises epidemiológicas que adotassem uma visão ampla da saúde pública, considerando o comportamento das doenças, sua relação com os sistemas de saúde e suas interfaces com as condições econômicas e sociais das localidades, e Dusenbury defendia o modelo vertical norte-americano focado na vigilância. Havia então embates duros, pois ela não compreendia o componente ideológico que embasava as ideias brasileiras, eram modelos de pensamento muito diferentes. Contudo, não houve resistência ao modelo proposto pelo Brasil nem tentativas de intervir nele e as tensões acabaram por se configurar em embates amistosos e produtivos.

O projeto foi desenvolvido nos anos seguintes por meio de oficinas de planejamento em uma articulação entre a Fiocruz, a IANPHI e o Instituto de Medicina Tropical de Portugal. Houve oficinas em todos os países, menos São Tomé e Príncipe.

Por exemplo, na Guiné Bissau, a proposta foi transformar o Laboratório Nacional de Saúde do país (LNS) em um Instituto Nacional de Saúde. A ideia previa ampliar as atividades do LSN, tanto na capacidade de realizar serviços de diagnósticos e laboratoriais como para que a instituição produzisse conhecimento sobre os dados que coletava e pudesse informar políticas públicas no país.

Os documentos produzidos pelo governo da Guiné Bissau no âmbito da cooperação indicavam que o sistema de saúde do país era muito dependente da cooperação internacional. O LSN havia sido criado e funcionado nos primeiros anos com o apoio da cooperação sueca, que havia retirado o apoio para atividades de rotina nos anos de 1990 e a unidade funcionava com fundos verticais provenientes de projetos de pesquisa sobre malária, AIDS e outras doenças específicas, ou por prestação de serviços que eram pagos pelos usuários. A cooperação francesa havia ajudado a implementar um sistema de informação para doenças infecciosas no país também nos anos de 1990 e naquele momento treinava profissionais para a vigilância; e a cooperação dinamarquesa desenvolvia o principal projeto de vigilância epidemiológica no país, que servia também como campo para médicos e estudantes de medicina do país europeu realizarem estudos, numa cooperação e que previa como contrapartida que a universidade de Copenhague recebesse alunos da Guiné Bissau (Fiocruz, 2007; GB, 2007).

A escola de medicina do país havia sido criada em 1986 com o apoio da cooperação cubana, mas naquele momento não contava com um quantitativo de professores suficientes, os currículos necessitavam de revisão e não havia um hospital-escola de referência para a formação de médicos ou mesmo de técnicos em saúde. Não havia também uma escola de saúde pública dedicada à pós-graduação, já que o número de profissionais pós-graduados no país não justificava tal estrutura. A pesquisa em saúde pública era concentrada principalmente em dados de vacinação e controle de doenças transmissíveis e era realizada em parceria com um instituto de pesquisa dinamarquês principalmente no âmbito de projetos de pós-graduação de escandinavos. Havia também pesquisa em cooperação com o Centro de Medicina Tropical do IHMT de Portugal (Fiocruz, 2007; GB, 2007).

A ideia de se criar um INS já estava circulando no país desde os anos de 1990, mas ganhou novo impulso com a cooperação que começou a se desenvolver com a aproximação dos INS no âmbito da IANPHI. A cooperação desenvolvida pela Fiocruz ocorreu entre 2007 e 2008, coordenada por Felix Rosemberg e consistiu no apoio ao

Ministério da Saúde projetos da saúde pública nacional e posterior desenvolvimento de um desenho da estrutura e funcionamento do futuro Instituto Nacional de Saúde. O trabalho incluiu visitas das lideranças do país africano à Fiocruz e oficinas de planejamento estratégico com as estruturas nacionais que posteriormente conformariam o novo Instituto. Esperava-se que, com um projeto em mãos, o governo da Guiné Bissau pudesse buscar financiamentos internacionais. Todo esse trabalho foi acompanhado pelo então Diretor Geral de Planejamento e Cooperação Internacional do Ministério da Saúde da Guiné Bissau Augusto Paulo da Silva⁵¹, que, havia participado da primeira reunião de ministros da saúde da CPLP que havia ocorrido na Fiocruz em 1994 e desde então vinha acompanhando a atuação internacional da Fundação através de laços criados com seus funcionários e encontros nos diversos espaços da saúde global ao longo dos anos. Após um golpe de estado que ocorreu na Guiné Bissau em 2012, Augusto Paulo foi convidado pelos gestores da cooperação internacional da Fiocruz para integrar a equipe institucional responsável pelo desenvolvimento da rede de institutos nacionais de saúde da CPLP. É interessante notar que o problema político interno não interrompeu o projeto de criação do INS da Guiné Bissau, que seria inaugurado em 2013 e, com o apoio da cooperação chinesa, construiu novas edificações que foram inauguradas em 2019.

O movimento de negociações e realização de cursos e oficinas impulsionou a dinâmica da diplomacia da saúde no conjunto de países lusófonos e se desenvolveu na proposta de um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) para toda a área de saúde da CPLP capitaneado pelo Brasil e Portugal. Em março de 2007, o secretário executivo da CPLP, o cabo-verdiano Luís Fonseca, visitou o Brasil acompanhado do então embaixador do Brasil na CPLP. Foram recebidos no castelo da Fiocruz pelo então presidente Paulo Buss e a instituição foi convidada para participar da CPLP como observadora consultiva em saúde e parceira para a elaboração do PECS.

Em abril de 2008 ocorreu em Cabo Verde a primeira reunião de ministros da saúde da CPLP, já que, após as primeiras reuniões ministeriais em meados dos anos 1990 no

⁵¹ A trajetória profissional de Augusto Paulo foi intermeada pela violência política em seu país e exílio em Portugal e no Brasil. Após uma guerra civil na Guiné Bissau em 1997, refugiou-se em Portugal e conheceu o prof. Paulo Ferrinho, então pesquisador do IHMT e que posteriormente viria a ser seu diretor. Realizou com ele uma pesquisa sobre migração dos profissionais dos PALOPS para Portugal, que retratava o grande número de trabalhadores de diversas áreas que poderiam estar contribuindo com os sistemas de saúde africanos, mas estavam no país europeu. Ao divulgar este trabalho, o IHMT convidou a ministra de saúde da Guiné Bissau, que então convidou Augusto Paulo para retornar ao país. Foi quando assumiu novamente o mesmo cargo que havia ocupado anteriormente, foi designado como ponto focal do país para o PECS e passou a acompanhar o trabalho que foi realizado pelo grupo da Fiocruz.

bojo do movimento de criação da comunidade, não havia acontecido mais reuniões entre ministros. Nessa ocasião, Temporão já era o ministro da saúde do Brasil, mas não pode comparecer e foi então representado por Paulo Buss, que apresentou as ações de desenvolvimento institucional que a Fiocruz e o IHMT vinham desenvolvendo junto a Moçambique por meio da IANPHI. Foi nesta reunião que os ministros formalizaram a deliberação pela construção do PECS (CPLP, 2008) e quando Celia Almeida, que assessorava Buss, teve a ideia do nome “cooperação estruturante” para designar o que o Brasil, por meio da Fiocruz, buscava realizar nos Palops. Esse processo representou uma retomada das reuniões ministeriais da saúde na CPLP, já que desde então os ministros passaram a se reunir com mais frequência. De 2009 a 2022 foram 7 encontros.

O plano foi elaborado ao longo de 2008 e 2009 com assessoria técnica da Fiocruz e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal com acompanhamento de pontos focais de todos os países indicados pelos respectivos ministérios, com Paulo Buss representando o Brasil. Todos os países foram visitados, sendo que a Fiocruz ficou responsável por consultar Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, tendo o IHMT se responsabilizado pela consulta a Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau.

O processo que não foi livre de tensões, já que o instituto português queria protagonismo na condução do processo de cooperação, mas a formulação do modelo era brasileira e a equipe do Brasil demandava a liderança, enquanto os países africanos e o Timor Leste tinham pouco protagonismo nos debates. O documento final foi aprovado em reunião dos ministros em maio de 2009 em Estoril, Portugal e foi louvado por ser o primeiro plano abrangente para uma cooperação setorial na CPLP. Para o Brasil, a aprovação do documento representava a possibilidade de que os ministros da saúde da CPLP pudessem ampliar a concertação política em outros fóruns internacionais e ser um modelo para a saúde global, como demonstra o discurso de Temporão na reunião de Estoril:

“O mundo da saúde global acompanha com grande interesse nossa decisão política de criarmos um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde numa comunidade de países reunidos pelo idioma; esta é uma iniciativa inédita. Com a existência de um Plano quadrienal (2009-2012) transcendemos o que seria apenas uma reunião periódica de Ministros da Saúde, o que, per se, já seria muito importante. Com a criação do PECS/CPLP estamos constituindo uma referência permanente e especializada da CPLP, a primeira de longo prazo e ampla abrangência na área social.” (Temporão. Estoril, 2009)

A ideia central do PECS era a criação de redes de instituições de formação de recursos humanos em saúde e pesquisa, consideradas pelos autores da proposta “instituições estruturantes” – como INS, escolas de saúde pública e escolas técnicas de saúde – que pudessem apoiar transversalmente aos outros temas do Plano, como vigilância epidemiológica, atenção primária, prevenção de epidemias e emergências e outros. É importante ressaltar que a cooperação em torno de doenças específicas continuava se desenvolvendo dentro da CPLP, por meio de redes de pesquisa e cooperação em malária, HIV/AIDS e anemia falciforme, por exemplo.

O modelo previsto no PECS, apesar de louvado como uma iniciativa que poderia ser ampliada para outras áreas da cooperação na CPLP com o objetivo de dar direcionalidade às ações, enfrentou problemas. Por exemplo, não havia, nos países africanos, escolas de saúde pública que pudessem formar uma rede e a ideia ficou mais no papel do que na prática. Em alguns países não havia também Institutos Nacionais de Saúde, cujo desenvolvimento estava ainda em discussão com ministérios da saúde. A rede de INS seria formalizada somente em 2013, mas seu funcionamento foi sempre dependente da liderança brasileira, como será explicado no capítulo seguinte. A rede de escolas técnicas em saúde (RETS/CPLP) foi criada em dezembro de 2009, movida pela aprovação do PECS em maio do mesmo ano, e a secretaria executiva ficou a cargo da EPSJV. A cooperação para o desenvolvimento institucional, muitas vezes, era negociada, mas não se desenvolvia em ações concretas, ainda que o Brasil se dispusesse financiar, como no caso do projeto de fortalecimento das escolas técnicas em Angola.

Para os idealizadores do PECS, formalizar a orientação de se desenvolver programas de formação nos próprios países era, por um lado, uma estratégia para evitar a fuga de cérebros, um problema crônico da formação de recursos humanos em África e, por outro, um esforço por promover o desenvolvimento de pesquisas relacionadas aos problemas de saúde dos próprios países, além de ser uma estratégia para formar futuros docentes para as escolas de saúde pública, escolas técnicas ou institutos de saúde a serem criados ou desenvolvidos. Contudo, essa ideia não foi implementada de maneira coesa e articulada na maioria dos países, sendo desenvolvida em diferentes medidas em cada localidade com maior ou menor nível de sucesso.

Por exemplo, em Moçambique, a experiência de implementação da cooperação estruturante foi mais bem-sucedida. Desde o início do trabalho com os INS, havia líderes do governo e técnicos do instituto interessados e essa combinação foi um dos fatores

essenciais para o maior sucesso. Além de, desde o início, existir um INS que participou das oficinas de planejamento, Moçambique teve o mesmo ministro da saúde entre 2005 e 2014 e ele estava interessado na cooperação com o Brasil e com a Fiocruz. Ainda em 2008, por meio do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), a fundação passou a oferecer um mestrado em ciências da saúde que teve 5 edições até o final de 2022 (FIOCRUZ, 2023). A inauguração da primeira turma do curso ocorreu em março de 2008, com a presença do então ministro da saúde de Moçambique (Ivo Garrido), do ministro do estado de Ciência e Tecnologia (Dr. Venâncio Massingue), do representante do embaixador do governo brasileiro (Dr. Francisco Luz), do diretor do INS (Dr. João Fumane), o secretário geral para recursos humanos do Ministério da Saúde (Dr. Antônio Mussa), o coordenador do curso em Moçambique (Dr. Ilesh Jani). Garrido fez um discurso entusiasmado, elogiando o compromisso de Paulo Buss:

"É preciso sonhar. Pessoas e países só avançam se forem capazes de sonhar. E hoje estamos aqui concretizando um desses sonhos, que foram sonhados por países e pessoas: o curso de Mestrado em Ciências da Saúde que a Fiocruz e o Instituto Nacional de Saúde estão oferecendo aos profissionais de saúde de Moçambique."

"Paulo Buss é um homem de palavra. Quando conversamos no Brasil em janeiro ele disse que o curso começaria em março e de fato estamos iniciando as aulas hoje, 31 de março de 2008" (IOC, 2008)

A presença das autoridades nacionais do país africano no momento do lançamento da iniciativa demonstrava o compromisso do governo com o projeto e a menção ao presidente da Fiocruz, a popularidade com que contava na cooperação na CPLP. Diferente do que ocorreu em Angola, esse curso foi mais bem planejado. Cinco missões da Fiocruz haviam ocorrido no país antes deste momento inaugural, com várias conversas com o ministro da saúde e o diretor do INS. O projeto estava inscrito no plano estratégico de desenvolvimento institucional do instituto moçambicano que havia sido desenvolvido no âmbito do projeto com a IANPHI, e foi financiado pela Capes, por meio do mesmo edital Pro África e pela ABC, mas negociações prévias com essas instancias preveniram discrepâncias que pudessem prejudicar o projeto. No IOC, criou-se um colegiado para detalhar o desenho curricular do Mestrado e seu cronograma de implantação (IOC, 2008).

Quinze alunos ingressaram nesta primeira turma. Ao serem selecionados, os alunos deveriam apresentar parecer favorável do seu local de trabalho para a realização do curso e se comprometiam a trabalhar para o Sistema Nacional de Saúde de Moçambique por um período de cinco anos após o término do mestrado, onde deveriam

realizar serviços de laboratório ou investigação científica. Contudo, essa primeira turma também enfrentou problemas como falta de luz e dificuldade de acesso à internet e à bibliografia necessária. O projeto previa a orientação dos alunos por um docente brasileiro e um moçambicano, e, para cada aluno, um período de 2 a 3 meses de estágio no Brasil para aprofundamento acadêmico e finalização da dissertação. Esse modelo foi bem avaliado pelos alunos e pelo coordenador moçambicano do curso. Em 2014 foi iniciado o processo de discussão para um doutorado no INS em parceria com a Fiocruz (PASQUALIM, 2014). A cooperação da Fiocruz com o INS de Moçambique parece ser o mais bem-sucedido exemplo do que foi designado como cooperação Sul-Sul estruturante em saúde e merece estudos posteriores.

Na opinião de técnicos da CI da Fiocruz essa constância e o interesse do país receptor permitiu que se criassem laços de amizade, o que seria um fator essencial para que a cooperação estruturante acontecesse. Na visão deles, a cooperação estruturante seria um investimento de acumulação e um projeto de longo prazo. Seria um acúmulo não de conhecimento técnico, mas de modelo de pensamento e de conceitos orientadores. Nesta visão, uma “instituição estruturante” deveria ter identidade institucional definida e capacidade científica crítica apta a dialogar com políticas públicas independentemente das orientações dos diferentes governos. Contudo, essa perspectiva da criação de laços de amizade é contestada por outros técnicos da Fiocruz que avaliam que as ações acabaram por ficar personificadas, sendo dirigidas pelas mesmas pessoas que criaram os laços de amizade e assim, de certa forma, tiveram a institucionalidade enfraquecida.

Ainda segundo a visão de sanitaristas da Fiocruz, dentro da cooperação internacional, essa orientação muitas vezes representou um desafio porque os governos tendiam a limitar o desenvolvimento de instituições que pudessem vir a ameaçar sua liderança com perspectivas científicas críticas e, quando isso ocorria, freavam os projetos de cooperação, o que se conformava como um ponto de tensão permanente intrínseco ao processo da cooperação estruturante.

Por dentro da Fiocruz, no desenvolvimento do conjunto de projetos, também ocorreram problemas de coordenação à semelhança do quadro mais geral do governo brasileiro. Apesar de haver uma instância de coordenação das atividades internacionais da Fundação (inicialmente denominada ACI e após CRIS), as atividades executadas pelas diferentes unidades institucionais careciam de coordenação entre si. Mesmo a coordenação do escritório em Moçambique muitas vezes não acompanhava os

desdobramentos do projeto de desenvolvimento dos INS no país, ou dos problemas relacionados à Fábrica de medicamentos, uma vez que os processos aconteciam de maneira relativamente autônoma. Esse desafio de coordenação foi muitas vezes minimizado frente ao entusiasmo dos profissionais envolvidos e à ampla difusão da ideia de cooperação estruturante, mesmo antes do artigo de Almeida et al ser publicado em 2010. Conforme explicado, as orientações sobre dialogar com a diplomacia brasileira e com autoridades locais, buscar a realidade local como ponto de partida para o desenho dos projetos e priorizar a formação de recursos humanos vinham sendo difundidas no âmbito da Fiocruz desde a década anterior e puderam se conformar como uma estratégia no marco da política externa de Lula, contudo, a gestão dos processos apresentou problemas.

A cooperação brasileira de modo geral e o modelo de cooperação estruturante em particular repercutiram dentre estudiosos dentro e fora do setor saúde. Alguns críticos argumentaram que os projetos desenvolvidos pelo Brasil foram realizados sem que o país tivesse um arcabouço legal que sustentasse seu papel como doador internacional e que a atuação da ABC era limitada, já que ela não era efetivamente uma agência de desenvolvimento, mas uma estrutura do MRE sujeita às oscilações na PEB. Outro problema era a frágil estrutura de monitoramento e avaliação dos projetos (CABRAL e WEINSTOCK, 2010) que, no campo da saúde, estaria relacionada ao fato de a cooperação ter sido dirigida pela combinação dos objetivos da política externa e das agendas ideológicas da “comunidade epistêmica do SUS” (RUSSO e SHANKLAND, 2014). Outros estudos observaram que os projetos se referiam a áreas onde o Brasil tinha experiências exitosas, o que poderia sugerir que as demandas podem ter sido dirigidas pelo que o Brasil tinha a oferecer, o que suscitava questionamentos sobre os pressupostos que o país propagava. Outra observação foi que a cooperação foi essencialmente governamental e o engajamento com outros atores do desenvolvimento no nível local foi limitado ou não existiu, prejudicando a coordenação das ações no território e os preceitos de sustentabilidade enunciados (CABRAL ET AL 2014).

Os resultados dessa pesquisa confirmam as observações desses autores localizados em instituições europeias, mas reafirma a importância dos sanitaristas progressistas brasileiros em influir no debate sobre a saúde global, diplomacia da saúde e cooperação técnica em saúde. Contudo, para além das observações, esses estudiosos

apontaram que eram necessárias mais pesquisas sobre a cooperação internacional em saúde brasileira. Nisso concordamos também.

3.4 - Considerações finais

Durante a primeira década dos anos 2000 uma combinação de movimentos nacionais e internacionais impulsionaram a sinergia entre a saúde e a política externa no Brasil. Nacionalmente, a decisão do governo de Lula de ampliar o poder nacional por meio da cooperação Sul-Sul como estratégia de *soft power* possibilitou a ampliação da importância da saúde como instrumento da PEB, num momento em que a sinergia entre saúde e relações internacionais também aumentava no ambiente internacional. Essa articulação possibilitou a emergência da diplomacia da saúde, que foi utilizada para interesses geopolíticos do Brasil como a luta por uma cadeira no Conselho de Segurança na ONU, abertura de mercados para produtos brasileiros, legitimação dos investimentos brasileiros na América Latina e nas antigas colônias portuguesas da África e os esforços por transformar o Brasil em uma liderança entre os países de renda média. A retórica desta articulação sustentava que a saúde das pessoas era uma questão supranacional pois era direito humano e tema que requeria solidariedade tanto no âmbito das agências multilaterais como por meio de projetos de cooperação técnica.

O Brasil já vinha participando ativamente da diplomacia da saúde desde o final dos anos de 1990, quando tomou suas políticas nos campos da AIDS e do tabaco como bandeiras para projetar seu prestígio doméstico em sua atuação internacional, mas nos governos de Lula da Silva essa estratégia foi revigorada no bojo de uma política externa que passou a advogar pela revisão da estrutura do sistema internacional buscando mais espaço para os países em desenvolvimento. Nesse momento, além de defender perspectivas progressistas nos fóruns internacionais, o Brasil ampliou muito a oferta de cooperação técnica em saúde a outros países em desenvolvimento. Com esse movimento, articulou os discursos da saúde ao da cooperação Sul-Sul e passou a propagar seu modelo de cooperação técnica, focado no fortalecimento dos sistemas de saúde, como um dos elementos para o *soft power*. Articulada a essa ideia estava a defesa das agendas dos Determinantes Sociais da Saúde e do fortalecimento dos recursos humanos para a saúde, agendas progressistas que haviam sido propostas pelo Diretor Geral da OMS Jong-Wook Lee (que faleceu em 2006), mas que não foram priorizadas pela Diretora Geral que o

sucedeu e as bandeiras que o país defendeu não floresceram muito no âmbito da Organização. Esses temas dialogavam menos claramente com dimensão dos interesses econômicos na saúde e despertavam menos atenção dos movimentos sociais e da mídia, o que contribuiu para a menor repercussão relativa dessas ideias. Apesar disso, o fato de a saúde ter sido assumida dentro da estratégia de ampliação do *soft power* nacional por meio da cooperação Sul-Sul, ampliou o financiamento e o escopo das ações, o que contribuiu para que a visibilidade e o espaço do país na arena global fossem ampliados.

Esse movimento começou a se conformar em 2005 com a formalização de uma parceria entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde do Brasil, mas ganhou força no segundo mandato de Lula, quando José Gomes Temporão assumiu o Ministério da Saúde. Temporão na liderança do ministério representava a ascensão da tradição progressista da saúde brasileira reunida em torno da construção do SUS à condução desta empreitada. No que tange à cooperação internacional, as ideias que vinham sendo formuladas dentro da Fiocruz ganharam espaço no discurso oficial e no desenvolvimento de uma série de ações internacionais que aliavam a diplomacia da saúde à prática da cooperação técnica. Contudo, à diferença do movimento em torno da AIDS, que nacional e internacionalmente contava com uma aliança com movimento sociais, o projeto de cooperação sanitária internacional desenvolvido nos governos de Lula não esteve em articulação com os ativistas, o que contribuiu para sua menor repercussão junto à sociedade e à política nacional.

Ao mesmo tempo em que a diplomacia da saúde se desenvolvia como prática no Brasil, muitos sanitaristas e diplomatas brasileiros participavam do movimento que buscava elaborar este conceito em nível internacional. Essa diplomacia setorial, que pretendia moldar a governança da saúde global por perspectivas progressistas, nasceu naquele momento como um contraponto a uma visão pragmática que pensava que a política externa deveria considerar a saúde pois era necessário evitar a disseminação transfronteiriça de doenças. Afirmava que o tema deveria ser preocupação central da diplomacia internacional porque era um direito humano e impactava áreas estratégicas para o desenvolvimento dos países. Como produto desses debates sobre as possíveis soluções e os modelos de atuação dos diferentes atores, ao longo da primeira década dos anos 2000 a diplomacia de saúde se desenvolveu como um objeto de estudos que integrava diferentes campos como as relações internacionais, a saúde pública e a antropologia médica e se constituiu como um campo acadêmico e disciplinar. Uma

revisão de literatura realizada por Martins et al (2017) observou que a diplomacia da saúde foi muito discutida academicamente, principalmente entre os anos de 2007 a 2014⁵², por autores dos Estados Unidos da América (61%), Suíça (14,8%) e Brasil (5,6%). Apesar de muitos trabalhos desenvolvidos após 2007 ressaltarem que a diplomacia da saúde merecia aprofundamento conceitual (ALMEIDA ET AL 2007, 2010; FELDBRAUN ET AL, 2010; FIDLER, 2009; RUCKERT ET AL 2016; ALMEIDA, 2017; CHATTU, 2017; CHATTU E KNIGHT, 2019), a circulação dessa ideia foi expressiva e orientou a formação de profissionais em diferentes partes do mundo, notadamente a Suíça, Brasil e EUA, países que mais concentravam as publicações (KICKBUSH ET AL, 2007A; KICKBUSH ET AL, 2007B; ADAMS ET AL 2008; ALMEIDA, 2010).

A diplomacia da saúde ganhou espaço na literatura internacional, em programas de ensino e nos fóruns multilaterais, mas não logrou oferecer respostas concretas sobre como superar os problemas antigos que permeavam as disputas na saúde internacional e global. Apesar disso, a atuação brasileira na saúde global nos governos de Lula da Silva e o desenvolvimento do campo acadêmico da diplomacia da saúde contribuíram para a construção da perspectiva progressista da saúde global, que aglutinou diversos atores e fortaleceu a voz do país num movimento que criticava os rumos que tomava a OMS sob a gestão de Margareth Chan.

Neste contexto, a cooperação na CPLP foi um laboratório para as ideias e abordagens brasileiras. Nesse espaço, a cooperação foi estimulada tanto por um movimento setorial de aproximação entre os Institutos Nacionais de Saúde do mundo como pelo movimento governamental de valorização da saúde na PEB. Essas duas vias tiveram como principais articuladores sanitaristas dirigentes da Fiocruz, o que fez com que a instituição gradativamente ampliasse seu papel como executora da PEB.

Nesse processo, o modelo de cooperação partiu de uma combinação entre atendimento a demandas e indução de demandas, já que as orientações gerais da cooperação na CPLP se baseavam na experiência do Brasil. A ideia de conformação de redes promovida pelo PECS estava inspirada numa experiência da construção do SUS

⁵² O período compreendido pelo estudo foi até agosto de 2016, sem data inicial. Os autores identificaram 54 artigos que foram divididos em categorias com o objetivo de construir um esquema analítico para o conceito de diplomacia da saúde global.

que teve o campo da formação de recursos humanos como um de seus eixos estruturantes (ESCOREL, 1999; PAIVA e PIRES ALVES, 2011).

Ao mesmo tempo, o sucesso das iniciativas dependeu da apropriação pelos governos locais – sucesso em Moçambique e insucesso em Angola. Ainda que esta pesquisa não tenha como objetivo avaliar iniciativas ou processos de recepção no nível local das propostas brasileiras, os resultados indicam que é possível questionar se as diferenças na condução dos diversos processos dentro da Fiocruz podem, também, ter sido responsáveis por sucessos e insucessos, dada a grande autonomia das unidades e funcionários. Sobre esse tema, é preciso destacar que havia discordâncias entre diferentes atores internos à instituição participavam da cooperação sobre o que significava fazer uma cooperação baseada na realidade dos parceiros, já que muitas vezes a instituição acabava por tentar reproduzir experiências do SUS ou suas próprias lógicas institucionais. Entretanto, a Fiocruz não construiu fóruns legítimos onde essas ideias pudessem ser debatidas e os processos avaliados, e os coordenadores das diversas ações exerciam ampla autonomia.

No que tange à diplomacia da saúde e ao enquadramento da Fiocruz como instituição de Estado executora da PEB, o movimento de cooperação estimulou um grande aumento de visitas de autoridades estrangeiras à sede da fundação no Rio de Janeiro, legitimando a imagem da própria instituição. Esse processo contribuiu para que a Fiocruz continuasse desenvolvendo cooperação internacional em saúde e se mantivesse, com menos recursos e menos espaço, como uma referência para a cooperação Sul-Sul e a diplomacia na saúde global mesmo quando a PEB descontinuou seu interesse em tomar a saúde como objeto para a disputa de *soft power*. É o que será explicado no capítulo seguinte.

Capítulo 4: O declínio da saúde na Política Externa Brasileira

Dilma Rousseff chegou à presidência da república em janeiro 2011 e se consagrou como a primeira mulher a ocupar o posto maior da política brasileira. Era também do PT e havia sido um braço forte dos governos de Lula, quando ocupou cargos de Ministra das Minas e Energia e da Casa Civil. Era famosa por seu passado de luta contra a ditadura no Brasil, quando foi presa e torturada, e reconhecida como uma pessoa séria e competente. Ela venceu José Serra no segundo turno, obtendo 56,05% dos votos válidos.

Em sua gestão, as orientações mais gerais da PEB foram mantidas, mas o Brasil deixou de priorizar a cooperação técnica com países em desenvolvimento e também de buscar o protagonismo internacional por meio da saúde. O governo se ocupou mais em resolver as dificuldades econômicas que surgiram como consequências da crise financeira mundial de 2008 que havia derrubado o preço das commodities que o país exportava, afetando negativamente o balanço de pagamentos. O PIB recuou, a inflação aumentou, o Estado perdeu sua capacidade indutora, os investimentos em infraestrutura foram diminuídos e o país não foi capaz de manter o ciclo desenvolvimentista iniciado no governo anterior, o que afetou sua credibilidade junto a credores nacionais e internacionais. Para solucionar a crise, a presidenta apostou em economistas ortodoxos que achavam que o país tinha que retomar uma clássica política econômica neoliberal baseada em ajuste fiscal, o que foi impopular e contribuiu para a queda expressiva de sua popularidade após a reeleição em 2014. Para completar, o sucesso econômico dos anos de Lula e a projeção internacional alcançada pelo país haviam feito com que o Brasil fosse considerado um país de renda média, uma potência emergente capaz de solucionar seus próprios problemas, o que não ajudou quando a crise bateu à porta.

Nesse processo, a saúde também perdeu espaço na agenda internacional do Brasil, ao passo que o grupo da Fiocruz também se distanciou do governo. Muitas ações que haviam sido negociadas e iniciadas no período anterior foram realizadas durante os governos de Dilma, principalmente devido a esforços de sanitaristas engajados e aos investimentos que já haviam sido feitos, mas as escolhas da presidenta não contribuíram para que a saúde continuasse sendo um instrumento de ampliação do prestígio do governo, seja em âmbito doméstico ou nas relações internacionais. O objetivo deste capítulo é explicar o processo de declínio da saúde como um elemento importante na política externa brasileira e como foi motivado por contextos nacionais e internacionais.

4.1 – Dilma Rousseff e a transição ao pragmatismo na Política Externa Brasileira

Diferente de seu antecessor, que tinha um perfil carismático e ativista, Dilma era conhecida pela liderança pragmática. Lula deixou o governo aprovado por 80% da população e quando a nova presidenta assumiu o poder os efeitos da crise dos mercados internacionais iniciada em 2008 nos EUA já atingiam o Brasil. Havia problemas de ordem econômica e política importantes a serem resolvidos internamente, e esse foi um dos motivos pelo qual Dilma não manteve a estratégia de ampliar o poder nacional nas relações internacionais adotado no governo anterior. Outro motivo, foi o reconhecido desinteresse pessoal de Dilma com as questões internacionais, que passaram a ser tratadas de modo mais técnico, diminuindo o uso do *soft power*, uma estratégia cujos ganhos são sutis, difusos e de longo prazo (CERVO e LESSA, 2014; GOMES e PERES, 2016; MARCONDES e MAWDSLEY, 2017).

De uma maneira geral, para Dilma e seus principais assessores, a política externa não tinha a mesma importância do que para o governo anterior e o Itamaraty não desempenhava um papel estratégico no fomento ao desenvolvimento nacional, de modo que o governo apresentou certa “paralisação” no campo internacional. A presidenta não negou os pressupostos anteriores, mas não os renovou e não se empenhou em resolver os problemas estruturais do Estado que atrapalhavam a política nacional de cooperação internacional. A orientação revisionista e a defesa da pluralidade no sistema internacional foram mantidas assim como a ambição pelo assento no Conselho de Segurança da ONU não foi abandonada, mas não teve o mesmo destaque que no governo anterior (SARAIVA, 2014; CERVO e LESSA, 2014). Os recursos para o MRE e para a ABC foram diminuídos e os diplomatas sentiram o distanciamento do governo com o campo internacional (GÓMEZ e PERES, 2016; MILANI, 2017). Para Cervo e Lessa (2014) faltaram “ideias força” que orientassem ações e a presidenta não foi capaz de induzir agendas que unissem Estado, sociedade e o setor privado na atuação internacional.

Dilma escolheu como Ministro das Relações Exteriores Antônio Patriota, um diplomata carioca formado em filosofia pela Universidade de Genebra. Muito ligado à Amorim, Patriota havia trabalhado com ex-chanceler desde o fim dos anos de 1990, quando havia sido ministro-conselheiro da Missão Permanente do Brasil em Genebra. Quando Amorim assumiu o MRE, ele havia sido convidado para atuar como seu chefe de gabinete e, dois anos depois, passou a liderar a Subsecretaria-Geral Política do ministério. Em janeiro de 2007, assumiu a embaixada do Brasil em Washington, o posto mais

importante da chancelaria nacional no exterior, onde permaneceu até 2009, quando voltou ao MRE. Ele ficou no cargo de chanceler de 2011 até 2013, quando deixou o posto após um evento que ganhou repercussão negativa na mídia: o diplomata brasileiro sediado na Bolívia ajudou o senador Roger Molina, perseguido por fazer oposição política ao então presidente boliviano Evo Morales, a fugir para o Brasil sem a autorização da presidenta Dilma. Após a saída do governo, o diplomata passou a ocupar o cargo de Representante Permanente do Brasil junto às Nações Unidas.

Antônio Patriota assumiu as funções prometendo fazer uma gestão de continuidade sem repetição (PATRIOTA, 2011). Manteve a defesa de posturas democráticas e pacifistas nas relações internacionais, e representou o Brasil na maioria dos fóruns internacionais, já que Dilma não se interessava pela diplomacia presidencial. Era um quadro reconhecido como técnico, sério e competente e sua identificação pessoal com EUA (a esposa de Patriota é norte americana) e a atuação anterior no posto em Washington já sinalizavam para a adoção de uma postura mais alinhada às grandes potências. O presidente Barack Obama visitou o Brasil no início do governo de Dilma, em março de 2011, e o estilo objetivo da presidenta já pode ser observado nesta ocasião, quando ela cobrou do Itamaraty uma diplomacia focada menos em retórica e mais em resultados (NERY, 2011). Ao contrário de seus antecessores, nem a presidenta nem Patriota gostavam de se posicionar junto à mídia sobre questões internacionais, mantendo um baixo perfil nesse quesito (ROSSI, 2011; 2012), e essa postura era criticada por jornalistas que analisavam a política externa e diziam que Dilma não tinha paciência para os necessários rituais da diplomacia (ESTADÃO, 2014).

Com relação ao foco no Sul global, o governo de Dilma mudou o discurso, que passou das “reivindicações afetivas” de solidariedade para um tom e uma prática mais voltados para interesses comerciais (MARCONDES e MAWDSLEY, 2017; MENEZES e FINGERMAN, 2020). Por exemplo, em 2013, Dilma perdoou cerca de 900 milhões de dólares em dívidas de países africanos com o governo brasileiro. Eram dívidas contraídas principalmente nos anos de 1970, quando o país adotara a política de créditos à exportação de petróleo e, em 2013, a atitude beneficiava os países africanos e ao mesmo tempo algumas empresas brasileiras que almejavam ampliar negócios com estes países e estavam impedidas por conta dessas dívidas. Isso já havia ocorrido no governo de Lula como um meio de viabilizar sua política de expansão de empresas brasileiras na África, mas Dilma ampliou o volume do perdão e de renegociações, e a recepção na opinião

pública nacional foi controversa. Alguns louvaram a atitude, compreendendo que o país estava propagando um modelo novo de desenvolvimento com capacidade para superar a crise mundial (REVISTA FÓRUM, 2013). Outros criticaram Dilma por supostos interesses eleitoreiros no perdão das dívidas já que as empresas beneficiadas seriam possivelmente financiadoras de sua campanha no ano seguinte (AZEVEDO, 2013). Outro exemplo da virada ao pragmatismo foi a intenção (não realizada) de Patriota de transformar a ABC em uma Agência que combinaria cooperação e comércio, o que gerou resistência dos próprios diplomatas que consideravam que isso prejudicaria a instrumentalização da cooperação dentro da política externa (MARCONDES E MAWDSLEY, 2017; MENEZES E FINGERMAN, 2020). Mas ao mesmo tempo em que o governo perdoava dívidas para ampliar o comércio, não destinou mais recursos para projetos de cooperação, deixando de utilizar o *soft power* para ampliar a presença brasileira no exterior e rompendo com a política de “convergência de interesses” do governo anterior. Os projetos iniciados que já possuíam previsão orçamentária na ABC foram continuados, mas os recursos da Agência foram drasticamente diminuídos (MILANI, 2017). Segundo Milani (2017), até 2012 a ABC financiava todos os projetos bilaterais com países latino-americanos e caribenhos, mas após esse ano passou a trabalhar com a lógica de custos compartilhados (P.107).

A retração na cooperação internacional durante o governo de Dilma foi uma expressão da perda de prestígio do próprio MRE dentro do governo, que teve seu orçamento diminuído já no primeiro ano. As vagas em concursos para a carreira diplomática também foram drasticamente diminuídas. Enquanto no segundo mandato de Lula foram ofertadas 423 vagas, que formavam turmas no Instituto Rio Branco que chegavam a ter cem alunos, nos quatro anos do primeiro mandato de Dilma foram abertas apenas 110, e no segundo os dois concursos ofereceram 30 vagas cada. Nesse processo o Itamaraty perdeu seu papel de formulador da agenda internacional, um espaço que também não foi ocupado pela presidenta (SARAIVA E VELASCO, 2016). Se no plano doméstico, se iniciava uma crise financeira que se agravaria nos anos seguintes, no plano internacional, o EUA e a Europa começavam a se recuperar da crise de 2008, o que induzia a uma maior importância do G7, o grupo das maiores economias do mundo, em detrimento das economias emergentes (SARAIVA E VELASCO, 2016).

No que tange à saúde, é importante destacar que ao final da primeira década do século XXI, no plano internacional, o protagonismo da saúde na política externa de outros

países de renda média já apresentava tendência decrescente (FIDLER, 2011). A conjuntura mundial já se configurava mais multipolar, com a China despontando como potência e o início do tensionamento da liderança até então incontestes dos EUA, a importância do poderio militar estava aumentando. A crise financeira de 2008 havia diminuído significativamente os recursos para o investimento na saúde global com impacto sob os atores não governamentais, o que diminuiu o espaço político da saúde. Em 2011 a ONU realizou uma assembleia pra tratar das doenças crônicas não transmissíveis e a Assembleia Geral da OMS tratou da mesma questão naquele ano e nos dois seguintes, o que era um tema menos sugestivo para o *soft power* e para a política externa, já que não tinha a ver com disseminação de doenças, ameaças, interdependência e cooperação.

Esse contexto de retração nacional e internacional fez com que a sinergia entre saúde e política externa no Brasil fosse diminuída. Durante os governos de Lula, muitos projetos haviam sido iniciados e nos primeiros anos de Dilma na presidência, além da política externa não se interessar tanto pela saúde, problemas gestão de projetos e de falta de estrutura do Estado para a ação como doador internacional não foram resolvidos, como por exemplo o problema da contratação de pessoal permanente para a ABC e os constrangimentos legais que impediam que o Brasil realizasse despesas no exterior ou que funcionários da Fiocruz e de outras agências brasileiras desempenhassem funções em outros países (VENTURA e PEREZ, 2015; MARCONDES e MAWDSLEY, 2017).

Ao mesmo tempo, as escolhas da presidenta para o Ministério da Saúde não priorizaram a identidade ideológica do movimento sanitário de onde o SUS se originara, o que também contribuiu para que a sinergia entre o “grupo da Fiocruz” e o governo fosse diminuída. Em 2011, Dilma escolheu como primeiro ministro da saúde Alexandre Padilha, médico paulista filiado ao PT que havia sido Ministro das Relações Institucionais do governo anterior. Padilha era um político habilidoso então com 39 anos, oriundo do movimento estudantil, que havia se formado em medicina na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e trabalhado em um programa da USP e da OMS de ensino e pesquisa para o combate a doenças infecciosas no Pará. Durante sua trajetória profissional e política, Padilha havia militado em torno de temas como o humanismo no tratamento manicomial, saúde indígena, e a aproximação da formação médica com o SUS, mas ele não um quadro oriundo do movimento sanitário e sua nomeação representava a entrada de um líder com perfil mais político na pasta da saúde. Em seu primeiro ano de governo,

Padilha participou de discussões sobre o financiamento do SUS, um tema que não havia sido resolvido nas gestões de Lula já que a saúde continuava subfinanciada, mas ele foi criticado por não ter assumido a uma postura de liderança na defesa do aumento de recursos (ESTADÃO, 06/09/2011). A principal agenda de Padilha à frente da saúde foi resolver a falta de médicos no SUS, mas ele também realizou investimentos importantes no desenvolvimento de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs), uma estratégia que pretendia incentivar desenvolvimento tecnológico e inovação no setor saúde por meio de contratos que aliavam compras governamentais à transferência de tecnologia para laboratórios nacionais, uma estratégia que vinha sendo desenvolvida desde a gestão de Temporão. Com isso, buscava ampliar a produção nacional de medicamentos e insumos no setor, aliando geração de empregos, ampliação da soberania nacional e incentivo à ciência.

A presença de um perfil mais político no Ministério da Saúde significou que a AISA também assumiu um perfil mais político, deixando de ser dirigida por diplomatas. Após alguns meses no cargo, Padilha nomeou para a chefia da Assessoria o advogado Alberto Kleiman, que havia sido seu assessor na função de articulação política no governo de Lula. Ele havia trabalhado na prefeitura de São Paulo, com o tema da cooperação internacional descentralizada, ou seja, aquela dirigida por estados e municípios, sem a condução central entre governos nacionais, mas não havia participado diretamente do projeto de ampliação da cooperação em saúde pelo governo federal na gestão anterior.

No primeiro ano do novo governo, o desenvolvimento da área da saúde na UNASUL continuava com grande liderança do Brasil e, em julho de 2011, foi inaugurado o Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (ISAGS), que se pretendia um centro de pensamento e assessoramento para a formação de lideranças do setor saúde da região ligado à estrutura do Conselho de Saúde da UNASUL. As verbas do Instituto, assim como da maioria das ações de saúde na UNASUL na saúde, eram financiadas pelo governo brasileiro e canalizadas por meio da Fiocruz, que apoiou a concepção do Instituto e coordenou as obras de construção da sede. Padilha apoiava o ISAGS e os projetos que aconteciam na UNASUL, mas sem um envolvimento muito ativo e a liderança ficou, em grande medida, a cargo do ex-Ministro Temporão, que quando deixou o ministério passou a ser diretor do ISAGS; e da Fiocruz, que coordenava as “redes estruturantes” que reuniam instituições formadoras em saúde da região (à semelhança do que o PECS propunha para a CPLP) e apoiava a construção dos planos quinquenais do Conselho. Nos

anos seguintes, a UNASUL se desenvolveu ao mesmo tempo em que a sinergia entre saúde e política externa declinava, graças, principalmente, aos esforços dos técnicos e sanitaristas do Ministério da Saúde, do ISAGS e da Fiocruz. Por exemplo, entre 2010 e 2014 os países do bloco apresentaram posicionamentos comuns relativos a 25 Resoluções das cinco Assembleias Gerais da OMS que foram realizadas no período, demonstrando sinergia na diplomacia da saúde (FARIA, GIOVANELLA E BERMUDEZ, 2015) e foram desenvolvidos vários projetos de cooperação bilateral dentro do bloco (por ex. KASTRUP e PESSOA, 2012; CAMPOS ET AL, 2013). Ainda assim, e apesar da liderança do ex-ministro e de Paulo Buss na política externa para a saúde no governo anterior, o ISAGS não chegou a se consolidar como a estrutura que se pretendia inicialmente e, em 2019, a própria UNASUL foi extinta, assim como todas as instituições vinculadas.

Àquela altura, a Fiocruz tinha criado (em 2009) o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS/Fiocruz) que ficou sob a liderança de Paulo Buss depois que ele deixou a presidência da instituição, que foi assumida por Paulo Gadelha. Buss contava então com grande reconhecimento nacional e internacional por seu engajamento na saúde global e, no primeiro ano do governo de Dilma, foi considerado pela revista britânica *The Lancet* como um líder da saúde pública no Brasil. Além disso e de representar o Brasil em coletivos de Organismos Internacionais, o CRIS geria o TC-41, que era responsável por uma boa parcela dos projetos de cooperação técnica em saúde desenvolvidos com países sul-americanos e que continuavam acontecendo com relativa independência do movimento da PEB, já que os recursos já estavam empenhados. Dentro da Fiocruz, a atuação na cooperação internacional também havia dado origem ao Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis) localizado na unidade da Fundação em Brasília que, junto com o CRIS, difundia as ideias da cooperação progressista na saúde global junto a governos, acadêmicos e outros interessados.

Nesse momento de maior afastamento do grupo da Fiocruz do Ministério da Saúde, Paulo Buss deixou de compor a delegação brasileira nas Assembleias Mundiais da Saúde e de representar o Brasil no Comitê Executivo da OMS. Se por um lado isso ocorreu pelo próprio processo de apropriação de outro grupo político (ainda que dentro do mesmo espectro e com as mesmas orientações gerais) do Ministério da Saúde e de sua assessoria internacional, por outro foi uma também uma opção da Delegação Brasileira em Genebra (DEBRALGEN - que representa a diplomacia nacional nas organizações

internacionais no país) que o posto de representação na OMS fosse ocupado por uma diplomata⁵³, o que também contribuiu para que o engajamento político no âmbito da instituição fosse diminuído.

Após o lançamento do artigo de Almeida et al sobre a cooperação estruturante, os dirigentes e pesquisadores do CRIS escreveram outros trabalhos que evocavam o modelo proposto e que serviam como propaganda do Sistema Único de Saúde do Brasil e das atividades brasileiras em outros países (BUSS e FERREIRA, 2010; BUSS, FERREIRA e HOIRICH, 2011; FERREIRA ET AL, 2016). Esses trabalhos, que relatavam experiências que articulavam as ideias progressistas de direito universal à saúde aos modelos de cooperação Sul-Sul que preconizavam a horizontalidade e o aprendizado mútuo, repercutiram entre pesquisadores interessados no tema da eficácia da cooperação para o desenvolvimento, o que ampliou a circulação das premissas dos projetos brasileiros também fora do campo da saúde global (RUSSO ET AL, 2013; RUSSO ET AL, 2014; CABRAL ET AL, 2014; ASSUNÇÃO, 2016) Esses trabalhos consideravam, em geral, que os discursos construídos pelo Brasil na cooperação em saúde, ao desafiar paradigmas estabelecidos da estrutura geopolítica internacional e no seio de organizações internacionais, ou seja, o Norte oferece e o Sul aceita porque precisa, ofereceram interessantes contribuições ao campo, mas ressaltavam que era cedo para que se confirmasse a coerência entre discurso e prática, que era preciso examinar os resultados locais e as visões próprias dos receptores ditos parceiros do Brasil.

Apesar dos projetos continuarem sendo desenvolvidos pela Fiocruz e do interesse que a cooperação brasileira gerava, o encolhimento no uso do *soft power*, o relativo declínio do foco no Sul global como estratégia da PEB e também o maior distanciamento do ministro da saúde com a Fiocruz (já que o anterior era um quadro da instituição e o novo era paulista) se refletiu em uma proposta mais tímida para a cooperação internacional dentro da política nacional de saúde que foi elaborada durante o primeiro ano da gestão de Padilha. No Plano Nacional de Saúde 2012-2015, a cooperação internacional voltou a aparecer como um item relacionado à gestão em saúde, como no documento elaborado durante o primeiro ano do governo de Lula, com menos destaque do que na política anterior. O documento mencionava o alinhamento do Ministério com a prioridade para a cooperação Sul-Sul conforme orientação da PEB, mas afirmava que,

⁵³ Em 2012, o posto passou a ser ocupado por Maria Luisa Escorel de Moraes.

apesar disso, o país estendia o diálogo com os EUA, com a União Europeia e com China, Índia e África do Sul, e destacava o projeto de cooperação com o Haiti (BRASIL, 2011), que contava com um enorme volume de recursos que havia sido destinado nos últimos dias do governo anterior.

O projeto do Haiti se desenvolveu durante o governo de Dilma coordenado pela AISA e ABC e desenvolvido pela Fiocruz e pelas Universidades Federais de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que realizaram atividades de formação de técnicos haitianos em vigilância em saúde, atenção primária, serviços laboratoriais entre outros; e por convênios do Ministério da Saúde com organismos internacionais, como o PNUD, que ficou encarregado da compra de ambulâncias e construção e manutenção dos hospitais doados pelo Brasil e com a OPAS que, entre outras atividades, possibilitou a doação de vacinas (LUZ, 2018). O desenvolvimento do projeto buscou se orientar pelo princípio da cooperação estruturante, já que naquela altura essa concepção estava bastante internalizada pelos principais atores envolvidos na cooperação internacional em saúde do Brasil. Tinha como orientação geral a reconstrução do sistema de saúde haitiano como componente do fortalecimento do Estado haitiano como provedor de serviços e formulador de políticas de saúde. Baseava-se em políticas nacionais consideradas bem-sucedidas e associava a construção de estruturas físicas (de maneira parecida com caso da fábrica em Moçambique, mas mais adequada a realidade do Haiti que naquele momento necessitava de hospitais e um centro de reabilitação incluindo uma oficina de órteses e próteses, dado o enorme número de amputados por conta do terremoto) à formação de recursos humanos. Por exemplo, os complexos hospitalares foram concebidos no modelo das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), uma das áreas principais foi a imunização e o foco da formação de recursos humanos foi em áreas relacionadas à atenção primária em saúde, uma política que havia se expandido bastante no Brasil durante as gestões de Lula. Entretanto, o desenvolvimento e a coordenação dessa gama de atividades apresentaram várias dificuldades de ordem logística, operacional e de relação com o governo haitiano, que desde o início do projeto passou por diversas e complexas transições de gestão. A língua era outro dificultador, já que o país fala francês e o creole local e poucos técnicos brasileiros dominavam o idioma. Ademais, a diversidade de ações e de instituições envolvidas dificultava a coordenação nacional, sem falar nos constrangimentos legais que atravancavam a construção das estruturas físicas prometidas. Todas essas dificuldades geravam receio por parte da

Fiocruz de enquadrar as atividades no Haiti dentro do seu portfólio de cooperação estruturante e muitas vezes a instituição referia às suas ações no projeto como “ajuda humanitária”. Como mencionado, existem poucos estudos sobre esse projeto para além de relatos e estudos de caso elaborados por técnicos que trabalharam nele, mas uma avaliação preliminar sugere corroborar com a perspectiva de Russo et al (2014) sobre a construção da fábrica em Moçambique, que indica que o Brasil tinha pouca noção da complexidade envolvida em um projeto daquela natureza quando se comprometeu com ele. A falta de estudos também parece denotar que os esforços brasileiros no Haiti também não repercutiram muito, possivelmente porque naquele momento havia muitos outros governos e uma infinidade de Organizações Não Governamentais desenvolvendo ações naquele país e buscando se destacar no campo da ajuda internacional por conta das enormes dificuldades que o Haiti enfrentava decorrentes do terremoto e da posterior epidemia de cólera.

Mesmo com o menor interesse da PEB na saúde, o declínio do financiamento e os problemas nos projetos, o Brasil seguiu declarando alinhamento à retórica progressista da saúde nos fóruns internacionais e defendendo os valores do SUS, mas sem enfatizar a articulação desses valores com as ideias e a prática da cooperação Sul-Sul. Por exemplo, na abertura da mencionada Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis que ocorreu na sede da Organização das Nações Unidas em setembro de 2011, Dilma declarou que *“O Brasil defende o acesso aos medicamentos como parte do direito humano à Saúde. Sabemos que é elemento estratégico para a inclusão social, para a busca da equidade e para o fortalecimento dos sistemas públicos de Saúde”* (ROUSSEFF, 2011). Nessa fala, a presidenta lembrava o discurso com o qual o Brasil havia se destacado na saúde global e buscava relacioná-lo como o componente do fortalecimento dos sistemas de saúde, que havia sido o foco da agenda no governo anterior. Mas, naquele momento, Dilma não aproveitou a oportunidade para defender mais enfaticamente a agenda dos Determinantes Sociais da Saúde em linha com a conferência da OMS que aconteceria no Brasil no mês seguinte, ou mesmo para criticar os interesses empresariais das farmacêuticas transnacionais interessadas em proteger a propriedade intelectual e fazer com que os medicamentos continuassem sendo considerados uma mercadoria e não um bem público, que haviam sido bandeiras defendidas pelo Brasil desde o início da saúde global.

Em outubro de 2011, foi realizada no Brasil a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS). As negociações com a OMS haviam iniciado em 2009, durante a gestão de Temporão como ministro, já que a realização de um evento internacional sobre o tema estava prevista no relatório final da Comissão dirigida por Marmot e a delegação brasileira na OMS havia se empenhado para que o país sediasse o encontro. Havia uma expectativa por parte dos sanitaristas, das ONGs, das universidades e do SUS de que o evento fosse uma renovação dos preceitos de Alma Ata e tivesse grande repercussão, e o esforço da delegação brasileira por realizar a conferência no Brasil tinha como objetivo apresentar o sistema de saúde brasileiro para o mundo e influenciar outros países, de maneira parecida como que pretendeu a URSS ao realizar a Conferência de Alma Ata em 1978. Apesar disso, é importante notar que alguns sanitaristas progressistas nacionais e latino-americanos teciam críticas com relação a abordagem dos DSS assumida pela OMS, considerando-a fragmentada, ancorada no pensamento social moderno que não considerava a complexidade, a diversidade, as conexões e costuras presentes em abordagens pós-modernas que seriam mais adequadas para compreender a noção de determinação social do processo saúde-doença no século XXI (GRABOIS ET AL, 2017). O tema era complexo, circunscrito aos grupos de sanitaristas progressistas e não gerava muita atenção da mídia, dos médicos ou do público em geral.

A CMDSS da OMS ocorreu no Forte de Copacabana e contou com a participação de cerca de mil e duzentas pessoas entre delegações de 120 países e representantes de ONGs e acadêmicos de diversas nacionalidades. Teve como lema “Todos pela Equidade”. Era um evento importante para a saúde global, mas Dilma Rousseff não compareceu e mandou seu vice, Michel Temer, para participar da abertura da Conferência, o que foi uma decepção para muitos participantes. Sem a participação da presidenta, o evento também não teve grande repercussão na mídia nacional. A “Declaração do Rio”, como ficou conhecido o documento final da reunião, expressava o compromisso das autoridades governamentais com o desenvolvimento de políticas que visassem à equidade social e em saúde com ações tomadas a partir de uma visão abrangente e intersetorial. Esses líderes afirmaram os princípios constitucionais da OMS e os contidos na Declaração de Alma Ata de 1978, reafirmaram a equidade em saúde como um elemento central para o desenvolvimento sustentável e o papel dos governos no desenvolvimento de sistemas de saúde que tivessem como base a universalidade dos serviços e a justiça social. As autoridades presentes se comprometeram a tomar a intersetorialidade, a democracia e a

equidade como pressupostos políticos para se pensar a saúde (DECLARAÇÃO DO RIO, 2011). Patriota participou do encerramento do evento e afirmou a importância da intersetorialidade na saúde e louvou os avanços no tema do acesso a medicamentos na OMS e a declaração final do evento, mas não fez menção à atuação do Brasil na cooperação Sul-Sul em saúde (PATRIOTA, 2011).

Como mencionado, é importante notar que, quando a Conferência dos DSS foi realizada, a OMS já tinha perdido o interesse no tema e sua agenda estava voltada para o debate sobre a Cobertura Universal em Saúde. Mesmo no Brasil, a atenção aos DSS não havia se conformado como uma prioridade, já que não foi assumida como política pública e nem gerou interesse na comunidade médica. Ainda assim, uma parte dos funcionários do Ministério da Saúde e sanitaristas progressistas que participavam das discussões sobre as posições do Brasil na OMS, entre eles Paulo Buss, que integrava a delegação brasileira na AMS e era membro do conselho executivo da Organização, conseguiu convencer o governo a insistir em advogar pelos DSS na 65ª Assembleia Mundial da Saúde em 2012. No bojo das discussões sobre o processo de reforma da OMS, a delegação brasileira criticou a ausência de debates sobre as relações entre saúde e desenvolvimento e solicitou a criação de uma categoria específica no Plano Geral de Trabalho da instituição que seria denominada “Saúde, Determinantes e Desenvolvimento Sustentável” que funcionaria como apoiadora e orientadora dos trabalhos da instituição em todas as áreas. Essa posição foi acompanhada por todos os países da UNASUL⁵⁴, mas, apesar disso, a recomendação não foi acolhida (PELEGRINI FILHO, 2012; VENTURA e PEREZ, 2014).

A Rio+20, um evento da ONU que ocorreu 20 anos após a Conferência sobre meio ambiente que tinha acontecido no Rio de Janeiro em 1992 foi outra oportunidade em que Dilma não fez defesa do papel da saúde. A reunião, que ocorreu entre os dias 13 e 22 de junho de 2012, deu início às discussões sobre o documento da ONU que substituiria a Agenda do Milênio, cujo prazo expiraria em 2015. No evento, foi aprovado um amplo processo de consultas aos diversos seguimentos da sociedade internacional sobre os temas que iriam compor a nova Agenda, inclusive a saúde. As recomendações foram para que a saúde fosse tomada a partir de uma dimensão intersetorial, ampla, uma visão que tinha

⁵⁴ Entre 2010 e 2014 os países da UNASUL apresentaram posicionamentos comuns relativos a 25 Resoluções das cinco Assembleias Gerais que foram realizadas no período. Essas resoluções foram relativas a temas diversos como propriedade intelectual, falsificação de produtos médicos, financiamento da OMS, vacinas, recursos humanos entre outras estudadas por Faria, Gionvanella e Bermudez (2015).

adesão aos princípios dos determinantes sociais da saúde. Os debates que aconteceram nos dois anos seguintes contaram com ampla participação de governos, sociedade civil e de instituições de dentro e de fora do sistema ONU interessadas na construção do Objetivo relacionado a saúde⁵⁵ (BUSS, 2019). A OMS sugeriu que o objetivo fosse centrado em torno da Cobertura Universal⁵⁶, o que não foi aceito pelos movimentos sociais e pela maioria dos participantes dos debates, que consideravam que isso reduziria a concepção de saúde à assistência médica.

Os sanitaristas progressistas brasileiros também consideravam que a CUS era reducionista, pois não incluía a necessidade de uma ação intersetorial para a saúde e induzia a promoção de sistemas públicos-privados ao estimular a disseminação de seguros de saúde organizados a partir de uma lógica econômica sujeita às regras de mercado e, portanto, sem compromisso com a equidade. Eles continuavam achando que a bandeira nacional para a saúde global deveria ser o desenvolvimento de sistemas universais de saúde equitativos à semelhança do SUS, conforme o que estava previsto nos planos diretivos da UNASUL. Ao final, o enunciado definido - “assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades” - foi reflexo do acordo possível e foi considerado satisfatório pelos sanitaristas brasileiros, mas as metas relacionadas a ele não incluíram as perspectivas da construção de sistemas universais de saúde, o que foi considerado insuficiente (BUSS ET AL, 2014). Segundo Buss (2015), a Fiocruz tentou que o governo brasileiro levasse para a discussão sobre a construção desse documento (que ficou conhecido como Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável) a inserção de uma décima meta que incorporasse a ideia de determinantes sociais da saúde e explicitasse a relação da saúde com os outros objetivos, mas o governo não aceitou entrar nessa discussão. O Brasil também não participou do encontro em Botsuana quando foi aprovado o documento sobre a saúde na Agenda pós-2015 que foi entregue à ONU como subsídio para a formulação do objetivo relacionado à saúde (BUSS, 2019).

⁵⁵ Os debates sobre saúde que se seguiram à Rio+20 iniciaram com uma consulta recomendada pela Assembleia Geral das Nações Unidas de 2012 sob a coordenação de Suécia e Botsuana e ocorreu entre setembro de 2012 março de 2013, de forma presencial e online. O processo culminou com uma reunião em Gaborone, Botsuana, em março de 2013, quando foi aprovado o documento a Saúde na Agenda Pós-2015 que foi a base para a formulação da concepção ampla de saúde enunciada no ODS3 da Agenda 2030 e que logrou derrotar a proposta da Dra Chan (BUSS, 2019).

⁵⁶ Segundo Buss (2019) isso ocorreu porque a CUS seria um objetivo relacionado especificamente ao campo da saúde, sem considerar a participação de outros setores no campo, o que poderia ampliar a legitimidade da OMS, inclusive conferindo-lhe mais recursos num momento em que a Organização enfrentava dificuldades.

A entrega da fábrica de antirretrovirais em Moçambique foi outro exemplo de como o baixo perfil de Dilma com a área internacional se refletiu na saúde. O evento de inauguração foi marcado para julho de 2012 já que as autoridades pretendiam aproveitar uma visita de Dilma ao continente, mas ela não compareceu e mandou seu vice-presidente para realizar a cerimônia com a governadora da província de Maputo. Também não havia uma representação do alto escalão do governo nacional de Moçambique porque, naquele momento, a fábrica não produzia medicamentos, somente embalava comprimidos fabricados no Brasil exportados ao país africano e o governo moçambicano tinha receio de que isso repercutisse mal. A primeira remessa do antirretroviral Nevirapina 200mg foi produzida somente em novembro daquele ano e o ex-presidente Lula participou da cerimônia de entrega ao Ministério da Saúde de Moçambique, ocasião em que, também, entregou diplomas aos técnicos moçambicanos que trabalhariam na fábrica e haviam sido capacitados por Farmanguinhos (MILANI e LOPES, 2014). Este projeto estava alinhado ao discurso da cooperação Sul-Sul brasileira de horizontalidade e não condicionalidade, já que o Brasil não exigiu contrapartidas e a fábrica foi integralmente doada ao governo Moçambicano. Estava também alinhado à orientação de fortalecimento do sistema de saúde Moçambicano, já que pretendia que o país se tornasse autossuficiente na produção dos medicamentos e contou com a formação de profissionais moçambicanos para operar e dar continuidade aos processos de produção, assim como impulsionou mudanças na legislação e na regulamentação do país sobre fabricação de remédios. Foi um instrumento importante para o *soft power* nacional, e o Brasil fez ampla propaganda do projeto. Entretanto, seu desenvolvimento revelou as dificuldades práticas que o Brasil enfrentou para se colocar como ofertante de cooperação⁵⁷. Houve atrasos, impedimentos de ordem legal e administrativa e diversos problemas que revelaram o despreparo do país para uma empreitada daquela natureza (RUSSO ET AL 2014).

A cooperação técnica por meio de consultorias para a implementação de políticas de assistência sobre AIDS e a doação de medicamentos, que desde 2010 vinha sendo desenvolvida sob a coordenação da ABC, também perdeu folego durante o governo de Dilma. No âmbito interno, governo se distanciou dos ativistas à medida que se aproximou do conservadorismo evangélico. Diminuiu políticas de prevenção e passou a adotar uma postura mais crente nas tecnologias médicas (antirretrovirais modernos e profilaxia pré-

⁵⁷ Para uma descrição detalhada dessas dificuldades, ver Milani e Lopes, 2014.

exposição, por exemplo). Ao mesmo tempo, não manteve a política de enfrentamento das farmacêuticas que havia caracterizado a postura internacional brasileira desde o final dos anos de 1990, e isso tudo significou uma retração na política nacional. Internacionalmente, ao longo da década de 2010 construía-se o consenso de que a epidemia poderia ser erradicada, principalmente graças aos citados avanços tecnológicos, o que também contribuiu para desmobilizar o ativismo em torno da AIDS e sua condição de excepcionalidade que garantia os altos investimentos (CUETO e LOPES, 2021). Cueto e Lopes entendem que o recuo da política de AIDS no Brasil significou um recuo também na crença de que programas de combate a doenças bem estruturados contribuiriam ao mesmo tempo para controlar doenças e para construir melhores sistemas de serviços de saúde. Mas é preciso compreender que, no Brasil, o próprio Programa Nacional de DST/AIDS se desenvolveu como uma estrutura vertical dentro do SUS, com financiamento e modelos de gestão próprios (ainda que desenvolvidos nas instalações do SUS) e essa verticalização se refletiu em certo isolamento deste tema dentro da política de cooperação internacional desenvolvida no segundo mandato de Lula. O governo não conseguiu integrar completamente a cooperação em AIDS, que se desenvolvia em articulação com a UNAIDS e agências bilaterais de governos europeus, no seu discurso de cooperação Sul-Sul em saúde que se pretendia amplo, centrado no desenvolvimento de instituições e contra os programas verticais. Na retórica construída para a atuação na saúde global, o ponto de convergência eram os valores do SUS, mas no que tange à orientação do modelo de cooperação na saúde global, a cooperação em AIDS não se enquadrava nos princípios de horizontalidade e sustentabilidade evocados pelos ativistas e os funcionários progressistas do Brasil.

4.2 – O Programa Mais Médicos

Os dois últimos anos do primeiro governo de Dilma foram conturbados, já que o ciclo recessivo da economia levou à perda de popularidade. A relação com o congresso também não era boa e Dilma era conhecida por não dialogar com parlamentares. Em junho de 2013, protestos que se iniciaram com a alta do preço das tarifas de ônibus tomaram proporções enormes e desencadearam uma onda de insatisfação popular que levou milhões de pessoas às ruas em diversas localidades do país. Não havia uma pauta de reivindicações organizada, e o movimento revelou um descontentamento geral da

população com a classe política, com a corrupção endêmica, com a polícia, com a qualidade dos serviços públicos (MAGALHÃES, 2019).

Em meio a essa onda de insurgência social, em julho de 2013, a presidenta lançou a principal política de saúde de seu governo: o Programa Mais Médicos (PMM). O objetivo do PMM era ampliar o acesso à atenção médica no Brasil em periferias e regiões remotas historicamente desassistidas e fortalecer a atenção primária em saúde no país. Além da contratação de médicos por meio de editais de convocação, o PMM possuía um componente de ampliação das vagas em cursos de medicina no país e o fomento à especialização desses profissionais para atuar na atenção básica. O Programa foi marcado por um grande debate que envolveu a mídia e mobilizou a opinião pública, organizações profissionais e partidos políticos. Os primeiros editais do Programa convocavam médicos brasileiros, mas autorizavam a contratação de médicos estrangeiros caso as vagas não fossem preenchidas. O lançamento do PMM estava ancorado em uma cooperação do governo do Brasil com o governo cubano, articulada por Padilha junto à Raul Castro, formalizada por meio de um Termo de Cooperação com intermediação da OPAS no Brasil. Cuba possuía um uma trajetória histórica na cooperação em assistência médica e de uso do *soft power* para a promoção da legitimidade internacional de sua revolução que havia se iniciado nos anos de 1960 quando o governo de Fidel Castro enviou médicos cubanos à recém independente Argélia que estava sob influência da URSS, dando início a um duradouro programa de cooperação em saúde que adquiriu diferentes características e se espalhou por diversos países nas décadas seguintes (DE VOS ET AL, 2007; FEINSILVER, 2010). O programa foi conhecido por ser parte das estratégias de ampliação da influência soviética no terceiro mundo durante a Guerra Fria e, na virada do século XXI a internacionalização dos serviços médicos cubanos tinha passado a se especializar no envio de brigadas médicas para países em situação de desastres naturais ou para localidades de difícil acesso e condições de trabalho mediante contrapartidas nacionais que continuassem financiando sua escola de medicina que era gratuita e acolhia profissionais de diversos países latino-americanos, além de uma pequena remuneração para os profissionais no campo. Com essa estratégia, Cuba continuava fazendo propaganda de seu sistema de saúde de base universal e solidária por meio da cooperação Sul-Sul.

O debate em torno do PMM foi intenso e dividiu a opinião pública nacional. Pelo acordo firmado por Dilma, os recursos do governo brasileiro eram repassados à OPAS,

que fazia o pagamento ao governo cubano e este então pagava os médicos e, nesse processo, Cuba ficava com a maior parcela do pagamento, conforme modelo utilizado pelo país. Esse trâmite foi criticado pela mídia e por sanitaristas progressistas que o consideravam injusto e acusavam o Brasil de apoiar um governo autoritário que não permitia nem que os familiares dos médicos os acompanhassem no Brasil (CAMPOS, 2015). Outra crítica dos sanitaristas progressistas que, por outro lado, louvavam o esforço do governo por ampliar o acesso aos serviços médicos em regiões que haviam estado sempre à margem da atenção médica, era de que o Programa era uma espécie de paliativo para o histórico problema da distribuição dos recursos humanos para a saúde no Brasil. Parte do sanitarismo progressista nacional também aproveitou a oportunidade para discutir problemas como precariedade das condições de trabalho e a baixa remuneração de profissionais da atenção básica, a sustentabilidade do custeio das unidades de saúde e a necessidade de se fortalecer o ensino médico nas universidades públicas federais já que o PMM também incentivava a abertura de escolas de medicina privadas (CAMPOS, 2015; SILVA ET AL, 2018). Em suma, parte da mídia e políticos de oposição acusavam o PMM de ser uma resposta impensada e eleitoreira às manifestações de junho ao mesmo tempo em que alguns defendiam o Programa que consideravam ser um esforço do governo por diminuir as iniquidades em saúde e, mesmo esses, aproveitavam para apontar problemas estruturais do SUS que precisavam ser resolvidos.

Mas a principal oposição ao PMM veio das entidades médicas nacionais. O Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira eram ferrenhos críticos e acusavam os médicos cubanos de serem mal formados e oferecerem o risco de prover serviços de baixa qualidade à população. Para um médico trabalhar no Brasil sempre havia sido necessário que seu diploma fosse revalidado por uma instituição de ensino superior nacional e os profissionais deveriam fazer uma prova. Para os médicos cubanos, o governo emitiu uma licença temporária para o exercício da profissão e essas entidades médicas viram sua autoridade ameaçada. Outro argumento delas, que coincidia com o de sanitaristas progressistas, era que o Brasil precisava discutir e desenvolver políticas de carreira para os médicos brasileiros que atuavam no serviço público e que isso resolveria o problema de não fixação de médicos no interior e em cidades pobres. Eles também criticaram o componente do PMM que previa a ampliação das escolas médicas no Brasil, argumentando que seriam de má qualidade e desvalorizariam a classe médica em geral. A Associação Médica do Brasil e o então deputado federal Jair Bolsonaro protocolaram

ações no Supremo Tribunal Federal pedindo a anulação do Programa. De maneira geral, os médicos brasileiros e parte do legislativo conservador rejeitaram o compromisso do governo de buscar garantir o princípio constitucional da universalidade da atenção à saúde e negligenciaram a urgência do problema (ALESSIO e SOUZA, 2017).

O Programa Mais Médicos mudou o foco e as características da cooperação Sul-Sul priorizada no governo anterior, pois a política passou a se voltar para a resolução de um problema interno, e não à resolução de problemas de outros países. As críticas revelaram que o Estado não soube comunicar sua opção por ancorar uma política nacional na diplomacia em saúde e na cooperação com outro governo cujo sistema de saúde possuía identidade ideológica análoga ao seu e os médicos brasileiros, muitos políticos e parte da população foram contra um projeto de saúde global que focava na diminuição das desigualdades na assistência médica no Brasil, ainda que fosse aprovado por grande parte da população pobre. Esse quadro revelou a resistência nacional quanto à efetivação dos próprios princípios do SUS e a falta de compreensão quanto ao uso do Sistema para comunicar valores e intenções brasileiras na saúde global. A cooperação cubana era tradicionalmente ancorada em valores de justiça social (BIRN e MUNTANER, 2019), assim como a que o Brasil havia se esforçado para promover no governo anterior e que ainda se desenvolvia no governo de Dilma. Essa resistência denota que as ideias que embasaram a política brasileira de atuação na saúde global e na diplomacia da saúde propostas no governo anterior não chegaram a ganhar adesão nacional fora do campo específico do sanitário progressista nacional. Além disso, o PMM também não serviu como um instrumento de *soft power*, já que o governo cubano era acusado de grande déficit democrático pela opinião pública internacional.

Logo após o lançamento do PMM, em agosto de 2013, ocorreu o escândalo com o senador boliviano e Antônio Patriota foi substituído por Luís Alberto Figueiredo, outro diplomata de carreira que anteriormente atuava como representante do Brasil junto à Organização das Nações Unidas (ONU) e havia sido o secretário executivo da Rio+20. Figueiredo era tido como menos formal e mais hábil em negociações internacionais do que seu antecessor e havia se destacado nos fóruns ambientais, especialmente nas discussões sobre o clima (ALENCASTRO e OLIVEIRA, 2013). O Itamaraty vinha passando por uma crise com o corte de recursos e os funcionários haviam feito greve no ano anterior, quando ocorreram também paralisações de diversos setores do funcionalismo público (LESSA, 2012) e o novo chanceler assumiu com a missão de

contornar a crise. Em fevereiro de 2014, o ministro da saúde também foi substituído. Alexandre Padilha queria concorrer ao governo de São Paulo apostando no sucesso do PMM junto às camadas mais pobres, mas acabou por não se eleger. Se afastou do governo e em seu lugar assumiu Arthur Chioro, médico sanitarista ligado ao movimento da saúde coletiva, professor da Universidade Federal de São Paulo, filiado ao PT e ex-secretário de saúde do município de São Bernardo do Campo. Chioro havia trabalhado no Ministério na gestão de Humberto Costa e assumiu com o desafio de aprofundar a implementação do PMM. Ao contrário de Padilha, o novo ministro mencionou a inserção internacional por meio da saúde em seu discurso de posse, destacou o papel do complexo econômico e industrial da saúde para que o país garantisse sua autonomia e soberania sanitárias e ressaltou a importância de compartilhar as experiências de implementação do SUS.

No último ano do primeiro governo de Dilma Rousseff a cooperação em saúde nos BRICS⁵⁸ começou a avançar. O agrupamento de países emergentes havia sido criado em 2009 formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, e pretendia se configurar como um foco de tensão da hegemonia dos países desenvolvidos sob o Sul global. Em 2014 eles criaram o Novo Banco de Desenvolvimento com um aporte inicial de 50 bilhões de dólares, que também pretendia se configurar como uma alternativa ao Fundo Monetário Internacional (FMI) que era historicamente dirigido pelos interesses das grandes potências. As expectativas em torno de como se desenvolveria a cooperação nos BRICS gerou grande interesse da comunidade política, econômica e acadêmica nacional e internacional nos primeiros anos da segunda década do século XXI, mas a grande heterogeneidade – histórica, política, cultural, linguística, entre outras – dentro do bloco não permitiu que ele fosse capaz de articular posições comuns dentro dos organismos multilaterais que ameassem EUA e Europa.

A primeira reunião dos ministros da saúde do BRICS havia ocorrido em 2011, mas, apesar da expectativa de que os países emergentes fossem mudar a estrutura de poder nos espaços multilaterais, incluindo a OMS, os interesses de suas políticas externas eram diferentes e nos primeiros anos eles não apresentaram ações concretas para além das declarações retóricas das reuniões ministeriais (KICKBUSCH, 2014; BUSS ET AL, 2014). O grupo tinha potencial para impactar a saúde global, já que englobava mais de

⁵⁸ A primeira cúpula dos maiores países emergentes aconteceu em Yekateringurg, na Rússia em 2009, sem a presença da África do Sul, que viria a integrar o grupo somente em 2010. A sigla BRIC havia sido criada em 2001 pelo economista Jim O'Neil do banco de investimentos Goldman Sacks para designar os quatro países que prometiam apresentar altas taxas de crescimento na primeira década dos 2000.

40% da população mundial, tinha reconhecido peso na economia global e desafios semelhantes em seus sistemas de saúde, mas os países não se empenharam em formular uma agenda comum de atuação (LARINOVA ET AL, 2014; FUJIKAWA, 2018), ou em articular suas áreas de saúde e de diplomacia, e os interesses e motivações para a ação na saúde global eram diferentes em cada país e só o Brasil, e em alguma medida a África do Sul, utilizavam um discurso baseado em justiça social (WATT ET AL 2014). Em 2014, parecia que esse quadro mudaria quando, na 4^a⁵⁹ Reunião de Ministros da Saúde, os BRICS aprovaram uma estratégia conjunta de combate à tuberculose (FORMENTI, 2014). A meta estava alinhada à proposta de erradicação da tuberculose lançada pela OMS em maio daquele ano e foi no modelo 90-90-90: atingir 90% dos grupos vulneráveis para tuberculose, que 90% dos pacientes sejam diagnosticados e 90% das pessoas sejam tratadas com sucesso, o que era parecido com que a UNAIDS estava propondo para a AIDS (CUETO e LOPES, 2021). Essas metas eram inspiradas pelo otimismo na biomedicina e pela possibilidade de erradicação (já que naquele momento apareciam novos e promissores tratamentos para ambas as doenças), de maneira que lembrava as agendas que a OMS encapara na saúde internacional nos anos de 1950, mas naquele momento o discurso se voltava para a defesa do acesso universal a medicamentos, que havia sido uma bandeira do Brasil na saúde global em anos anteriores. Com isso, os BRICS pretendiam ampliar sua importância, já que a estratégia incluía distribuir medicamentos para outros países do Sul global que, como os emergentes, enfrentavam epidemia dessa doença. Todavia, a agenda se desenvolveu pouco e a ideia de produção e distribuição de medicamentos não se concretizou. Somente após esforços do Brasil, que insistiu na proposta, liderou debates e elaborou a primeira versão de um documento base, ocorreu uma ação concreta, que foi a criação de uma Rede de Pesquisa em Tuberculose em 2017 (FUJIKAWA, 2018).

Dilma concorreu a um segundo mandato e, em outubro de 2014, venceu Aécio Neves, outro candidato do partido do ex-presidente Cardoso, por uma margem apertada de 3,28 pontos percentuais (51,64% a 48,36%). A eleição foi difícil e só se viabilizou quando o ex-presidente Lula entrou mais ativamente na campanha (BENITES, 2014). Dilma havia perdido o apoio de grande parte do empresariado, já que a economia ia mal, e de sua base de apoio porque ela havia firmado aliança com igrejas e políticos pentecostais, o que contrariou certos setores do PT e acirrou o racha entre seus apoiadores.

⁵⁹ Os encontros anteriores haviam acontecido em China (2011), Índia (2013) e África do Sul (2013).

Para piorar, em novembro, foi deflagrada uma nova fase da Operação Lava Jato, que prendeu importantes empresários aliados de Lula e que haviam sido os principais atores da estratégia de internacionalização das empresas brasileiras em seu mandato. A Lava Jato havia sido deflagrada em março daquele ano e estava investigando esquemas de corrupção que envolviam o alto escalão do governo de Lula, o que incluía a época em que Dilma era Ministra das Minas e Energia e presidente do Conselho de Administração da Petrobrás, empresa que estava diretamente envolvida nos escândalos. Havia também uma acusação de que Dilma havia apoiado a compra de uma refinaria dos EUA, uma ação que teria gerado grande prejuízo à estatal. Ela assumiu um novo mandato em janeiro de 2015 e não fez menção à política externa em seu discurso de posse. Havia uma expectativa em nível nacional e internacional de que, no segundo mandato, Dilma pudesse retomar as orientações de Lula para a PEB (SUYAMA e BERRÓN, 2014), o que não aconteceu.

Rousseff convidou Joaquim Levy, um economista liberal formado por Chicago, para Ministro da Economia. Seu objetivo era se aproximar dos setores empresariais e de direita que criticavam o governo no congresso, mas essa foi uma escolha controversa que comprometeu a relação da presidenta com a base aliada e piorou sua situação. No primeiro ano, as políticas neoliberais baseadas em aumento de impostos, ajuste fiscal, juros altos, austeridade e privatizações adotadas por Levy desagradaram parlamentares de esquerda e sindicalistas que apoiavam o governo, e também não obtiveram apoio dos setores empresariais. Ao mesmo tempo, a Operação Lava Jato iniciou um programa de incentivo às delações premiadas, onde os acusados eram incentivados a denunciar outros envolvidos em troca de reduções de pena, o que fez com que as acusações avançassem entre os quadros importantes do Partido dos Trabalhadores, minando a popularidade da presidenta e de seu partido. Dilma era pouco habilidosa politicamente e àquela altura já havia se desentendido com o deputado federal Eduardo Cunha que era também um dos investigados na Lava Jato e, em 2015, assumiu a chefia da Câmara dos Deputados. Cunha era do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), mesmo partido do vice-presidente Michel Temer, que era em grande parte responsável por sua base de apoio no Congresso Nacional. Essa turbulência política e econômica foi fruto, por um lado, de uma série de decisões políticas equivocadas da presidenta e, por outro, de uma conspiração formulada por supostos aliados, o que ampliou o descontentamento com seu governo nos diferentes setores da sociedade. Sem o apoio dos principais veículos de comunicação do país, sua

popularidade despencou e o isolamento político abriu espaço para o início de um processo de impeachment que a afastaria da presidência do país em agosto de 2016.

Com a turbulência política interna e a recessão econômica que o país enfrentava, a estratégia de cooperação Sul-Sul do Brasil não se sustentou. Contudo, a cooperação Sul-Sul permanecia como um tema da saúde global e, em 2014, o Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz) foi nomeado como Centro Colaborador para Saúde Global e Cooperação Sul-Sul da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Com esse papel e na falta de financiamento para desenvolvimento de projetos em solo estrangeiro, a Fiocruz passou a desempenhar o papel de um centro de pensamento sobre saúde global e diplomacia da saúde que defendia o modelo da cooperação estruturante e se contrapunha aos avanços do neoliberalismo na saúde global num momento em que, na OMS e na saúde global, a agenda da CUS avançava impulsionada pelo interesse de Margareth Chan. Em 2010, o Relatório Mundial da Saúde havia sido sobre “Financiamento dos Sistemas de Saúde, o caminho para a cobertura universal” e isso movimentou ainda mais o debate sobre a CUS.

Em 2012, ainda com recursos do TC-41, a ENSP/Fiocruz lançou um curso de mestrado profissional em saúde global e diplomacia da saúde. A primeira iniciativa de formação nesta área havia ocorrido entre 2008 e 2009, em Brasília, um ano após o Graduate Institute de Genebra ter lançado o primeiro curso sobre o tema no mundo. Na turma do mestrado, o objetivo era mesmo, e os alunos eram majoritariamente da Fiocruz, da ABC e AISA. O conjunto de dissertações incluem estudos sobre diversas experiências brasileiras que ocorreram no auge do processo de articulação entre saúde e política externa no Brasil.

Em 2015, também o TC-41 foi finalizado. O programa havia sido inicialmente projetado para se desenvolver durante 5 anos e havia sido prorrogado por mais 5, conformando uma década de execução. Havia se justificado, por um lado, por experiências anteriores da Fiocruz com a cooperação com países africanos lusófonos e, por outro, como um braço executor da política externa brasileira de cooperação Sul-Sul em saúde no governo de Lula e, no contexto de crise e declínio da saúde na PEB, não foi renovado. De fato, nenhum projeto havia sido iniciado após 2012 e os três últimos anos de vigência foram destinados ao desenvolvimento e finalização de ações iniciadas até este ano. Quando da elaboração do Termo, os sanitaristas progressistas que haviam ajudado a construir o SUS estavam em posições de poder no governo e a cooperação da OPAS com

o Ministério da Saúde do Brasil por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e da Fiocruz pretendia estimular reformas universalistas em sistemas de saúde de países em desenvolvimento e disseminar a ideia de “direito à saúde” na saúde global, mas, em 2015, o governo não se propunha a destinar mais recursos para esse projeto.

A OPAS havia adotado um modelo de gestão do Termo de Cooperação ancorado em planejamentos semestrais, que a Organização acreditava que poderiam dar flexibilidade ao desenvolvimento das ações, já que, para os técnicos brasileiros, trabalhar com cooperação internacional exigia renegociações constantes, pois os trabalhos estavam sujeitos às oscilações políticas e institucionais nos países parceiros, como saída de membros-chave, trocas de gestão, redução de recursos financeiros, entre outros. No que tange ao componente de “fortalecimento da capacidade nacional para a cooperação Sul-Sul”, dentre outros projetos, o TC41 apoiou a construção do CRIS/Fiocruz, do ISAGS, de um Núcleo de Bioética em Saúde na Fiocruz, instancias institucionais projetadas como estruturas permanentes. Foram realizados também programas de mestrado em políticas públicas e em saúde global e diplomacia da saúde e cursos de especialização para pessoal nacional envolvido com as políticas e projetos de cooperação em saúde. Com isso, os formuladores do TC41 pretendiam imprimir coerência nacional ao que buscavam promover internacionalmente com base no conceito de cooperação estruturante.

Em novembro de 2015, o CRIS iniciou um processo de capacitação voltado para as oficinas de relações internacionais vinculadas aos ministérios da saúde dos países latino-americanos em parceria com a OPAS. O objetivo era preparar essas instancias para lidar com envolvidos nas negociações com os diversos atores da saúde global, quais sejam agencias das Nações Unidas, agencias de cooperação internacionais de países desenvolvidos, fundações filantrópicas e outros, e nesse processo, a fundação continuou disseminando suas ideias progressistas sobre a saúde global e seu modelo de cooperação estruturante quando a política externa já não demonstrava interesse no tema.

Se, por um lado, o declínio do projeto nacional de usar a saúde como instrumento da PEB significou desmobilização do ativismo do Estado brasileiro nos fóruns internacionais e a retração dos financiamentos para projetos, por outro, um dos principais legados desta empreitada no Brasil foi a consolidação de uma rede nacional de sanitaristas de universidades, do Ministério da Saúde e da Fiocruz identificados com as perspectivas progressistas da saúde global. Dentro dos projetos havia-se criado também relações entre

técnicos do Brasil e dos países parceiros, entre professores e alunos e entre instituições que se constituíram espaços onde essas relações continuaram acontecendo, ainda que com certa independência de fluxos financeiros vultuosos. Neste sentido, é possível concluir que havia um movimento setorial, no nível das relações interinstitucionais e interpessoais, cuja intensidade diminuiu, mas que continuava a acontecer ainda que a proposta nacional estivesse declinando.

4.3 – Cooperação em saúde na CPLP durante o declínio

Com o declínio da sinergia entre saúde e política externa nos governos de Dilma Rousseff (2011-2016) a cooperação Sul-Sul em saúde perdeu financiamento. O TC-41 acabou e os recursos da ABC para a cooperação foram drasticamente diminuídos conforme mencionado. Contudo, na CPLP, à despeito das dificuldades estruturais da cooperação brasileira, continuou ocorrendo um movimento setorial com participação da Fiocruz e projetos foram desenvolvidos, principalmente em cooperação triangular com agências de países desenvolvidos, ainda que a triangulação tenha sido uma modalidade controversa para o grupo da Fiocruz. Por outro lado, os gestores da ABC consideravam as vantagens do modelo.

Em 2010, Celia Almeida decidiu deixar a direção do escritório da Fiocruz em Maputo. A falta de regulamentação da situação funcional do escritório e de sua coordenação tornava cansativa a dinâmica de constantes viagens, já que não havia nenhum tratamento diplomático especial para o coordenador do escritório e ela não podia permanecer em Moçambique por mais de 90 dias, que era o prazo permitido para quem entrava no país com o passaporte oficial do governo brasileiro. A Fiocruz realizou uma chamada interna para selecionar outro funcionário para o posto e foi escolhido José Luís Telles, o pesquisador da ENSP que havia deixado um posto no Ministério da Saúde do Brasil quando Temporão deu lugar à Alexandre Padilha. Como o ex-ministro, Telles deixou o Ministério da Saúde e foi integrar um projeto de internacionalização da saúde brasileira, mas este projeto estava em declínio.

Ele assumiu o escritório em março de 2011 ainda sem que o posto existisse de fato no âmbito da administração pública brasileira ou na estrutura formal da Fiocruz, apesar da fundação fazer ampla propaganda de sua existência. Funcionava em uma sala no prédio do Centro Cultural Brasil-Moçambique que havia sido montada por Celia Almeida, com

uma estrutura mínima, dois computadores e impressora, e contava com financiamento também pequeno que se destinava a custear pequenas despesas de contabilidade e mobilidade em Moçambique. Não havia orçamento para viagens do coordenador a outros países CPLP, o que também era dificultado por burocracias administrativas, o que restringia a atuação do escritório à Moçambique, em desacordo com a ideia inicial de que fosse um polo articulador da cooperação entre os Palops e com outros países africanos. O novo coordenador e a presidência da Fiocruz fizeram esforços para que o posto fosse regulamentado nos quatro anos seguintes, mas com o declínio do interesse do governo na cooperação Sul-Sul de maneira mais geral e na cooperação em África de maneira específica, a formalização não se concretizou.

A falta de coordenação dentre as frentes em que a Fiocruz atuava em Moçambique também se refletia no trabalho do escritório, já que alguns profissionais da fundação que realizavam atividades no país haviam criado laços com os profissionais de lá e muitas vezes tendiam a não mobilizar o escritório para o acompanhamento das atividades. Em outros casos, o escritório participava de reuniões e acompanhava as articulações entre a Embaixada Brasileira, a Fiocruz e o Ministério da Saúde de Moçambique. Contudo, estar em Maputo representando a Fiocruz significava estar inserido numa rede de atores de cooperação internacional em um dos países que mais recebia ajuda internacional no mundo e isso abria possibilidades para o trabalho triangulado com instituições do Norte.

A cooperação triangular é uma modalidade onde se associam três países, normalmente no formato Norte-Sul-Sul, com a pretensão de ampliar as potencialidades da cooperação, aproveitando aportes financeiros dos países mais desenvolvidos e as capacidades técnicas de países emergentes e de renda média em favor de um terceiro, em geral menos desenvolvido, conformando um modelo que supostamente ampliaria o diálogo no campo da cooperação para o desenvolvimento. Surgiu como uma variante da cooperação Sul-Sul nos anos 1970 impulsionada pelo Japão, mas ganhou relevância na primeira década do século XXI quando os países emergentes ampliaram seu espaço nas relações internacionais com atividades de cooperação Sul-Sul, ao mesmo tempo em que os debates sobre a eficácia da ajuda ganhavam relevância. Segundo Ayllon (2013), até o fim dos anos de 1980, a cooperação Sul-Sul tinha alta densidade ideológica, representando a denúncia contra a hegemonia do Norte sob o Sul e a vontade de transformação do sistema internacional de poder, mas após o fim do regime bipolar e a vitória do capitalismo, a prática da cooperação Sul-Sul passou a se orientar mais por um

enfoque mais econômico-comercial e daí a triangulação teria se fortalecido como um meio de melhorar a eficácia e a relação custo-benefício na cooperação.

Pretensamente, a cooperação triangular tornava as relações Norte-Sul mais horizontais e prometia um jogo de ganhos triplos (*win-win-win*), onde ampliava-se as possibilidades da cooperação desenvolvida pelos emergentes em favor dos menos desenvolvidos, a medida em que os países mais desenvolvidos reduziam a influência da cooperação Sul-Sul, que vinha crescendo. Com isso, os emergentes ampliavam suas possibilidades de disseminar políticas nacionais, e de obter ganhos políticos em prestígio e visibilidade, dentro de uma estratégia mais ampla de relações externas (AYLLON PINO, 2013).

Na primeira metade da década de 2010 essa modalidade estava em ascensão, ainda que sua definição e aspectos de operação estivessem ainda em discussão (AYLLON PINO, 2013). O contexto era de recuperação da Europa e EUA após crise de 2008 e de crescimento dos emergentes, já que, apesar da crise que se instalava no Brasil, China e Índia apresentavam crescimento consistente e constante desde o início do milênio. Essa ascensão dos emergentes anunciava uma nova reconfiguração na geopolítica internacional que influenciava o sistema da cooperação internacional o desenvolvimento. Por exemplo, em 2011, a OCDE organizou uma nova reunião para discutir a ajuda internacional, em Busan, Coreia do Sul, quando foi anunciada a Aliança Mundial para uma Cooperação para o Desenvolvimento Eficaz. A iniciativa significava reconhecer a importância da cooperação Sul-Sul e legitimá-la no maior fórum de cooperação internacional dos países mais poderosos, o que significou um impulso à cooperação triangular. No Brasil, a modalidade vinha crescendo, já que as políticas de cooperação Sul-Sul do governo de Lula haviam chamado a atenção dos doadores tradicionais, que buscavam parcerias com o país (AYLLON PINO, 2013). Contudo, na prática não eram muitos países desenvolvidos que exploravam a cooperação triangular como estratégia e os principais atores nessa arena eram Japão, Alemanha, Canadá e Espanha, além de bancos de desenvolvimento e programas das nações unidas (MILANI, 2017).

Sob a ótica das práticas e das vantagens do modelo triangular, o esforço de diálogo político e de coordenação financeira e técnica entre três partes, que exigiriam um esforço de compreensão mútua sobre princípios e visões, favoreceria a construção de capacidades institucionais na gestão da cooperação. Além disso, a ideia de ganhos triplos também significava que a cooperação triangular tinha a capacidade de ampliar a cobertura da

cooperação técnica, permitindo a realização de mais projetos e trazendo mais benefícios aos menos desenvolvidos (AYLLON PINO, 2013).

Um problema com o modelo triangular era que a cooperação pudesse ser instrumentalizada pelos países do Norte para imporem suas agendas e modelos na cooperação Sul-Sul, e esse foi o temor do grupo da Fiocruz quando o escritório de Moçambique foi contactado por uma agência especializada em captação de recursos para a cooperação internacional para que a Fiocruz participasse na concorrência de um programa da União Europeia para a formação de recursos humanos em Moçambique. Isso estava alinhado com o que propunha o Brasil e a Fiocruz, mas para o grupo gestor da cooperação internacional fundação, que havia formulado os discursos contra hegemônicos da cooperação estruturante, participar na cooperação triangular em associação com instituições da União Europeia, ainda que em favor de Moçambique, significava se submeter às regras do modelo cooperação “dominante”, e a Fundação não aceitou entrar no projeto.

Isso significava que a Fiocruz estava coerente com suas ideias e discursos, mas por outro lado é importante notar que com essa postura, a fundação estava desistindo de estar em outros espaços onde poderia discutir e disseminar tais ideias e modelos em um momento em que a PEB declinava de fazê-lo. Por outro lado, ainda havia muitos déficits no que tange à preparação dos recursos humanos nacionais para as negociações internacionais, e o diálogo trilateral poderia contribuir para o aprimoramento constante. Ademais, essa orientação não era uma política nacional, já que a ABC considerava a vantajosa a participação em cooperações triangulares e isso motivou a participação da Fiocruz em projetos a convite da ABC.

Nesse contexto, é importante notar a posição da Fiocruz era na defesa de seus princípios na CPLP, onde a dinâmica da diplomacia da saúde continuava acontecendo, apesar do declínio da saúde e da cooperação Sul-Sul na PEB. Por exemplo, em março de 2011, em reunião em Bissau, capital da Guiné Bissau, foi fundada a Rede de Institutos Nacionais de Saúde da CPLP, conforme estava previsto no PECS, e a Fiocruz foi eleita para sediar a secretaria executiva. Designou para o cargo Felix Rosenberg, que havia coordenado o processo de desenvolvimento dos INS até então. Na ocasião, todos os países fizeram apresentações sobre seus sistemas de saúde e a situação dos INS dentro deles, e Felix fez uma apresentação em nome da Fiocruz onde destacou o modelo de cooperação estruturante como uma alternativa ao “modelo dominante de cooperação em saúde”.

Essa perspectiva crítica sobre uma lógica “dominante” na cooperação e a necessidade de se romper com ela remetia ao artigo que José Roberto Ferreira havia publicado em 1976 e estava também presente em um artigo assinado por Buss e Ferreira num número da Revista Reciss de 2010, que tratou dos temas da saúde global e cooperação internacional. Foi nesse número, organizado por Celia Almeida, que estava também publicado o artigo sobre a cooperação estruturante, e os dois artigos podem ser analisados articuladamente no sentido de compreender o pensamento crítico que impulsionou a construção da proposta da cooperação estruturante. Em Buss e Ferreira (2010), os autores apontaram que os determinantes sociais e econômicos da saúde, frutos de uma globalização injusta, estavam na raiz dos problemas de saúde em países menos desenvolvidos, cujos sistemas de saúde eram frágeis, fragmentados, subfinanciados e não davam conta da complexidade de ações necessárias à produção de melhores índices sanitários. Assim, apontavam um problema estrutural no sistema de cooperação internacional formado por organismos multilaterais, organizações das Nações Unidas e agentes da filantropia sanitária internacional:

“Embora munidos das melhores intenções em ajudar as populações pobres dos países mais pobres do mundo, com grande frequência tais atores impõem suas próprias visões de mundo, assim como prioridades e objetivos de cooperação predefinidos. Os países beneficiários muitas vezes têm dificuldades em organizar as próprias demandas, devido à falta de coordenação entre seus Ministérios da Saúde, Relações Exteriores e outros parceiros públicos e privados. As consequências são a fragmentação e a baixa eficiência dos recursos disponíveis localmente, já bastante limitados” (BUSS e FERREIRA, 2010)

Eles argumentavam assim que tal modelo seria ineficiente porque os principais doadores não estariam preocupados com as fragilidades estruturais dos sistemas de saúde. Defendiam o exercício da diplomacia da saúde, ou seja, uma maior articulação entre as áreas de saúde e relações internacionais para uma melhor interlocução dos países com o sistema de cooperação internacional. Chamaram esse sistema de “modelo dominante de cooperação em saúde” e concluíram, a partir dele e concordando com Birn (2009), que a cooperação internacional em saúde reproduzia as assimetrias de poder que dirigiam a ordem internacional global, perpetuando iniquidades. Nesse sentido, conformaram a saúde global como um campo de disputadas políticas entre “visões de mundo” e se colocaram neste jogo de poder buscando conformar a saúde global por uma perspectiva progressista e combativa. Defenderam que era preciso superar o modelo de cooperação

baseado em orientações globais únicas e centrar a cooperação na atenção aos DSS, e nas políticas nacionais definidas pelos parceiros com foco nas populações e não nos indivíduos, de acordo com a Declaração de Paris de 2005. Os autores buscavam com isso gerar empatia junto aos parceiros do Sul global ao mesmo tempo em que estavam em linha com a política externa brasileira, que pretendia conformar o Brasil como um líder do Sul global e defensor de perspectivas mais horizontais nas relações internacionais.

No mesmo artigo, os autores se posicionaram no debate que estava acontecendo naquele momento sobre o modelo de financiamento da OMS. Conforme destacado no capítulo 1, a saúde global significara um aumento vertiginoso do volume de recursos alocados para a saúde, principalmente por meio das PPPs da saúde e da FBMG. O orçamento da OMS, desde a sua criação, era conformado por dotações regulares ao fundo da Organização feitas pelos governos dos países, os quais a OMS poderia alocar de maneira que achasse melhor, em concordância com as decisões dos países que a compunham. Contudo, os novos e poderosos atores vinham destinando dinheiro aos diversos braços mundiais da OMS em forma de dotações “carimbadas” extra orçamentárias, nas quais eles escolhiam onde e por quem esse dinheiro seria utilizado e, na segunda década do século XXI, esse financiamento já superava em muito o orçamento regular da OMS, o que gerou um intenso processo de debates sobre o papel da Organização na governança da saúde global já que a execução desse dinheiro não passava pela aprovação das AMS. No início da década de 2010, este orçamento estava sendo crescentemente direcionado para o combate a doenças e os críticos dessa orientação argumentavam que, se as doenças fossem controladas ou erradicadas, os fundos se esvairiam e nada seria feito para fortalecer os sistemas de saúde dos países pobres (CUETO, BROWN e FEE, 2019). A argumentação de Buss e Ferreira (2010) era nesta linha e estava inserida em um processo de debates sobre a reforma da OMS que se desenvolveu nos anos seguintes e foi pauta na CPLP.

Em outubro de 2011 foi realizada uma reunião extraordinária de ministros da saúde da CPLP no Rio de Janeiro, mas o então ministro brasileiro não compareceu e foi representado pelo então secretário de gestão participativa do Ministério da Saúde, Luís Odorico. Outros ministros também não compareceram e mandaram representantes como os de Angola, Moçambique e Portugal. Só estavam presentes os ministros de Cabo Verde, Guiné Bissau e Timor Leste.

A reunião foi conduzida por Paulo Buss e a pauta era a avaliação do PECS, cuja vigência terminaria em abril de 2012, e a concertação política em torno do tema da reforma da OMS. Pouco se discutiu sobre o PECS, já que a maioria dos atores presentes indicou que seria preciso fazer um balanço das ações realizadas e não realizadas e discutir as deficiências da implantação do Plano, deixando isso para outro momento. Sobre o tema da reforma da OMS, o embaixador Eduardo Barbosa, que ainda chefiava a AISA, apresentou o problema do financiamento da Organização e apontou que isso gerava vulnerabilidade ao órgão que era o principal responsável por gerir a saúde global, já que os países não eram os principais mandatários de onde o dinheiro era empregado. Naquele momento, dois países da CPLP, Timor Leste e Moçambique, tinham assentos no Comitê Executivo da OMS e os representantes brasileiros propuseram que eles levassem tais posições, em nome da CPLP, à Reunião Extraordinária do Conselho Executivo da OMS que ocorreria dali a dez dias, entre 01 e 03 de novembro de 2011 em Genebra. Com isso, o Brasil queria declarar sua posição de defesa do multilateralismo e contra o poder da filantropia capitalista e mobilizava outros membros da CPLP para isso, já que em 2011, o Brasil tinha deixado de ocupar um assento no Comitê Executivo, o que tinha feito entre 2004 e 2007 e depois entre 2008 e 2011 (BUSS E FERREIRA, 2011).

Em 2010, os países da UNASUL haviam apresentado na OMS pela primeira vez um posicionamento comum, como bloco regional, sobre o impacto dos direitos de propriedade intelectual sobre o acesso a medicamentos e o poder de monopólio das empresas farmacêuticas na fixação de preços e decisões sobre genéricos (FARIA, GIOVANELLA E BERMUDEZ, 2015). Em 2011, o Brasil tentava articular concertação política semelhante com a CPLP em torno do tema da reforma da OMS, mas não teve sucesso. Segundo FARIA ET AL, para a preparação da concertação política na UNASUL, foi necessário um intenso processo de debates, com a realização de diversas reuniões, presenciais e virtuais⁶⁰, que foram facilitadas pela existência do Isags, que promovia esta articulação política. Na CPLP não havia estrutura semelhante e, por outro lado, os países da UNASUL faziam parte de uma mesma região administrativa da OMS agrupada em torno da OPAS, o que facilitava a construção do concerto político, ao passo que, na CPLP, os países pertenciam a regiões diferentes. Havia o Brasil na América do Sul, Portugal na

⁶⁰ Em 2010 já se realizavam reuniões virtuais por meio de equipamentos de videoconferência ou por sistemas de web conferência.

Europa, Timor Leste na Ásia e os africanos, que se articulavam com outros países em torno da regional AFRO da OMS.

Contudo, a reunião de ministros deflagrou mais uma iniciativa de cooperação para o desenvolvimento de INS na CPLP. A ministra da saúde de Cabo Verde informou que o país iria iniciar tratativas para a criação de um Instituto, uma iniciativa que já estava na agenda do país desde 2007. Em maio de 2012, as instituições assessoras da CPLP para o PECS (Fiocruz e IHMT), nas figuras de Felix Rosermberg, Augusto Paulo (que então já trabalhava na Fiocruz) e Paulo Ferrinho, realizaram uma missão ao país para iniciar o apoio à iniciativa governamental. A metodologia da cooperação foi a mesma: fizeram reuniões com a ministra da saúde para reafirmação do interesse público na cooperação e para apresentação do trabalho, um levantamento das instituições e de seu trabalho com base nas “funções essenciais da saúde pública”, produziram um relatório com recomendações e propuseram a realização de uma oficina de planejamento em Cabo Verde com os diversos serviços e instituições que viriam a compor o futuro INS e visitas de intercâmbio à Fiocruz e ao Laboratório de Saúde Pública do Peru onde, naquele momento, a Fiocruz também desempenhava uma cooperação semelhante no âmbito da UNASUL. O Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde foi criado em março de 2014.

Concomitantemente ao processo de desenvolvimento dos INS e à dinâmica da diplomacia da saúde na CPLP, a Fiocruz participou de dois projetos de cooperação triangular com o envolvimento da ABC. Na segunda década dos 2000, o Brasil estava sendo crescente procurado por países e organizações internacionais para o desenvolvimento de projetos triangulares, uma demanda que era, por um lado, fruto das estratégias de cooperação Sul-Sul adotadas no governo anterior e, por outro, do sucesso que o Brasil vinha apresentando no atingimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, cujo prazo final era 2015 (SUYAMA ET AL, 2016; MILANI, 2017) e, num contexto de declínio do orçamento da ABC, a modalidade de cooperação triangular crescia (MILANI, 2017)⁶¹. Não há estudos que comprovem que a ABC que passou a adotar o modelo triangular como alternativa à escassez de recursos do governo brasileiro para a cooperação Sul-Sul, contudo, na Fiocruz, dois projetos foram possibilitados ou

⁶¹ A análise de Milani se debruça mais sobre a cooperação triangular envolvendo organismos internacionais, que apresenta clara tendência de crescimento entre 2011 e 2015. Não há muitos estudos sobre a adoção do modelo de cooperação triangular pela ABC, mas o estudo de Ayllon (2013) para o IPEA também indica este aumento e o otimismo do então diretor da ABC com esta modalidade.

iniciados neste formato quando os recursos começaram a diminuir, em parceria com o Japão e Canadá, em Angola e Moçambique, respectivamente.

Em Angola, tratou-se da segunda fase de um projeto que o Brasil havia iniciado em 2007 para a capacitação de médicos e gestores hospitalares de dois hospitais de Luanda, capital do país, em algumas especialidades junto com a Universidade de Campinas (UNICAMP) e em parceria com a JICA. A cooperação japonesa em Angola havia se iniciado em 2002, no contexto de reconstrução do país após os 27 anos de guerra civil com o objetivo de recuperar instalações de um hospital nacional de referência e uma maternidade, ambos na capital. Após três anos de obras e remodelação das unidades, detectou-se a necessidade de formar profissionais para melhorar a qualidade da atenção hospitalar nas novas instalações, e a JICA considerou ser melhor trabalhar em conjunto com o Brasil. Em reunião entre o diretor da JICA e o então chanceler Celso Amorim em 2007 foi acordado o programa de cooperação triangular para melhoria da qualidade da atenção hospitalar em Angola, que foi executado pela UNICAMP e chegou a formar 750 profissionais de saúde entre administradores, imagiologistas, enfermeiros e outros. A avaliação deste projeto indicou que os hospitais estavam sobrecarregados com excesso de procedimentos que poderiam ser resolvidos no nível da Atenção Primária em Saúde (APS) e recomendou-se, além da continuidade da formação em profissões hospitalares, que uma segunda fase da cooperação com o Brasil atuasse para o fortalecimento deste nível de atenção na capital, e a Fiocruz foi convidada a participar do projeto. O governo angolano tinha um Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos e a Direção provincial de Luanda havia formulado um Plano para a Revitalização da APS, e a proposta era que estes documentos norteassem a cooperação.

A primeira missão à Luanda foi em junho de 2010 e tinha o objetivo inicial de confirmar o desejo e o compromisso do governo de Angola⁶² com a cooperação, além de conhecer as localidades onde as intervenções seriam realizadas e designar uma equipe para a formulação do novo projeto que contasse com quadros do Ministério da Saúde angolano. A profissional da ENSP/Fiocruz escolhida para acompanhar a missão foi Maria Cristina Figueiredo, que havia participado dos programas de fortalecimento da educação

⁶² As autoridades nacionais angolanas que acompanharam esta missão foram: Carlos Alberto Maseca – Vice-Ministro para a área de hospitais; Antônio Costa – Diretor Nacional de Recursos Humanos do MINSA/Angola; Rosa Neto – Diretor de Relações Internacionais do MINSA/Angola; Abreu Tondesso – Diretor do Hospital Maternidade Lucrecia Paim; Vita Vemba – Diretor de recursos humanos da direção provincial de saúde de Luanda; Antonio Luis – chefe da formação continuada da direção provincial de saúde de Luanda.

em saúde em Angola e Moçambique nos anos de 1990 e início dos 2000 e que viria a ser a coordenadora da atividade de apoio à APS. Neste tema, foi constatado que as instalações eram muito precárias e a delegação do Brasil⁶³ colocou a importância de que a JICA financiasse reformas nas unidades onde seriam feitas as intervenções, o que foi realizado durante o projeto. Durante as reuniões foi relatado que os dirigentes angolanos avaliavam a cooperação brasileira no país como frágil, mas apostavam que os laços poderiam ser estreitados. Eles solicitaram que fosse incluído o reforço à Escola Técnica do Ministério e que fosse retomado o projeto de criação da Escola de Saúde Pública, que não tinha se concretizado. Essa demanda foi colocada pela direção da área de recurso humanos da saúde do governo angolano também em outras etapas do projeto, mas naquele momento o Brasil não contava com mais financiamento para discutir outros assuntos que estivessem fora do escopo da cooperação Brasil-Japão-Angola. Ademais, a rede de escolas de saúde pública que o PECS previa não havia se concretizado, principalmente porque a maioria dos países não contava com uma instituição dedicada à pós-graduação em saúde pública. A solicitação de apoio às escolas técnicas foi incluída e a EPSJV da Fiocruz foi inserida no projeto. O trabalho na área das escolas técnicas finalmente se desenvolveu, já que o governo angolano não havia conseguido dar continuidade na primeira aproximação que havia ocorrido em meados da década anterior, e se orientou pela capacitação pedagógica dos docentes e para o desenvolvimento de currículos.

No processo de negociações para o novo projeto, o Brasil buscou não repetir os erros do projeto de 2007 com Angola e deixou claro que o desenvolvimento da cooperação estaria condicionado à participação de representantes do governo angolano em todas as etapas do projeto. Foi assinado um termo de compromisso neste sentido e, para as etapas posteriores, foram criados dois comitês de acompanhamento do projeto, um com caráter mais técnico e outro com viés político. Outra ação no sentido de garantir a coesão foi a contratação, pela JICA, de uma brasileira que fixou residência em Angola para atuar como ponto focal do projeto e fazer as gestões necessárias junto às instâncias angolanas envolvidas. O *“Projeto para Fortalecimento do Sistema de Saúde por Meio do Desenvolvimento de Recursos Humanos no Hospital Josina Machel e em outros Serviços de Saúde e Revitalização da Atenção Primária de Saúde em Angola (ProForsa)”* se iniciou em outubro de 2011 e durou até outubro de 2014. Durante os processos de

⁶³ composta por Maria Cristina Figueiredo - da Fiocruz, Camilla Giuliani - da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Frederico Paiva - técnico da ABC;

formulação do projeto entre a Fiocruz, ABC e JICA, foram observadas algumas tensões, principalmente porque os brasileiros faziam questão de deixar em aberto algumas etapas do planejamento, para que se permitisse flexibilidade frente às possíveis intercorrências, e os japoneses insistiam num planejamento minucioso. Contudo, desta iniciativa não foram relatados problemas logísticos ou financeiros por parte dos técnicos brasileiros que desenvolveram atividades em Angola.

Desse projeto resultou um artigo publicado como relato de experiência das atividades relativas à APS (FONSECA e FIGUEIREDO, 2017) e cujo foco é a matriz ideológica e metodológica adotada no Proforsa e as lições aprendidas na aplicação do conceito de cooperação estruturante. Os autores destacaram a que as ações foram formuladas a partir do conceito de saúde coletiva⁶⁴, um conceito desenvolvido no Brasil durante o movimento pela reforma sanitária brasileira nos anos de 1970 e 1980. A saúde coletiva havia sido o princípio orientador da construção do SUS e, no sentido proposto pelos autores do artigo, significava a organização de serviços de saúde de acordo com as realidades comunitárias específicas. O programa de formação proposto para a APS em Angola foi baseado numa experiência brasileira no Projeto GERUS (Curso de Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde), que havia sido desenvolvido no Brasil em parceria com a OPAS na década de 1990 como parte do esforço de implementação do SUS em linha com os princípios da reforma sanitária brasileira (CASTRO, 2008). A adaptação desta experiência para Angola foi realizada em quatro centros de saúde da capital⁶⁵, com metodologia crítico-constructivista, onde os alunos eram tomados como atores políticos do sistema de saúde. O processo formativo durou os três anos do projeto.

Outro projeto em cooperação triangular com a participação da Fiocruz foi o mestrado em sistemas de saúde no Instituto Nacional de Saúde de Moçambique. A cooperação havia sido articulada pelo próprio INS Moçambique com a *International Development Research Centre*, do Canadá (IDRC, na sigla em inglês) e a direção do Instituto propôs que a Fiocruz participasse do projeto. O investimento no tema da estruturação de sistemas de saúde também estava na agenda da cooperação canadense e a

⁶⁴ O conceito de saúde coletiva foi bastante estudado por intelectuais que participaram do movimento nos anos que seguiram à aprovação do SUS. Os coordenadores do projeto assim o definem a partir de Paim (2005): [saúde coletiva] *envolve um conjunto de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes de pensamento e resultantes de projetos de reforma em saúde.*

⁶⁵ Nas localidades de Samba, Cassequel, Terra Nova e Ilha.

realização de um curso de mestrado em triangulação com a Fiocruz foi proposta pela vice direção de educação do INS. O projeto foi desenvolvido nos dois anos seguintes com coordenação de Celia Almeida e Eduarda Cesse, pesquisadora e docente do Instituto Ageu Magalhães (IAM), unidade da Fiocruz em Recife, Pernambuco e havia também uma coordenação adjunta, do próprio INS de Moçambique, que era muito ativa. Os professores eram da ENSP e do IAM e, com isso, a Fiocruz tinha o objetivo de que outras unidades fora do Rio de Janeiro se envolvessem na cooperação internacional dirigida pela presidência. O formato estabelecido, como nos outros cursos, foi que os professores da Fiocruz tinham seus salários mantidos para atuar no projeto em Maputo e nisso consistia a contribuição da Fiocruz, o que atendia ao modelo proposto pela ABC de que, nas cooperações triangulares, o Brasil arcasse com uma parte dos custos, evitando a ideia de que o país estaria sendo “contratado” por outro para realizar cooperação. O IDRC arcava com os custos de passagens e diárias para o corpo docente brasileiro. Professores do INS participaram de algumas aulas, mas não foi possível estabelecer uma cooperação mais articulada com universidades de Moçambique, para que mais moçambicanos atuassem como professores. Os alunos deveriam estar vinculados ao sistema de saúde Moçambique.

Em fevereiro de 2014 houve III Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, Maputo, Moçambique. O ministro da saúde Arthur Chioro havia acabado de assumir, mas também não compareceu e o Brasil foi representado pela então embaixadora do Brasil em Maputo Ligia Maria Scherer. Decidiu-se estender o PECS, ampliar a articulação entre as redes temáticas e as redes estruturantes da CPLP e ampliar a cooperação para a concertação política e harmonização de posições entre os países para a participação em decisões nos fóruns da saúde global e junto às nações unidas no contexto dos debates sobre a formulação da Agenda 2030, contudo, não há notícias de que essas ações tenham se concretizado.

4.4 – Considerações finais

Durante a presidência de Dilma, o interesse na CSS não foi abandonado, mas também não foi priorizado. O país deixou de propagar a ideia de que poderia contribuir para o desenvolvimento de outros países do Sul global por meio da cooperação técnica e, apesar de não ter abandonado a defesa do valor da saúde como direito humano e a

propaganda do SUS nos fóruns internacionais, não se propôs a financiar mais projetos em outros países e a cooperação em saúde declinou junto a intenção de posicionar o país como doador internacional. A falta de interesse de Dilma na política externa e no uso do *soft power* como um meio de ampliar a participação do país na geopolítica internacional fizeram com que o governo não se ocupasse em resolver os problemas estruturais do Estado que impediam a consolidação e a sustentabilidade de seus programas de cooperação internacional sem que o país precisasse depender das agências multilaterais. Por outro lado, o Ministério da Saúde também se afastou da Fiocruz e de seus sanitaristas que tinham propostas para a atuação na saúde global e interesse em fazê-lo. Nesse processo, o comprometimento com a diplomacia da saúde se limitou a um núcleo progressista de diplomatas, sanitaristas ativistas e funcionários dessas instituições, e enfrentou indiferença ou resistência dentro do governo, que pensava que promover programas sociais em países em desenvolvimento não fazia sentido já que o país passava por diversas dificuldades.

O uso da cooperação Sul-Sul pelo governo passou então a buscar resolver um problema nacional, o que ocorreu por meio do PMM, que foi controverso nacional e internacionalmente e não contribuiu para a construção de uma imagem positiva do país no plano internacional. A opção do governo por usar a cooperação Sul-Sul com Cuba para resolver o problema crônico de falta de médicos em periferias e regiões remotas do Brasil foi polêmica e sofreu críticas inclusive de sanitaristas progressistas que reconheciam o esforço do governo por garantir os princípios constitucionais da universalidade e da equidade em saúde. A polêmica em torno do PMM revelou a dificuldade de consenso sobre problemas mais complexos que envolvem a perspectiva progressista da saúde global e da diplomacia da saúde.

A defesa do fortalecimento dos sistemas de saúde e do investimento na formação de recursos humanos como modelo de atuação na saúde global não foi abandonada e ganhou certa visibilidade entre acadêmicos de outros países já que essa agenda se desenvolveu internacionalmente, ainda que de maneira marginal à principal agenda priorizada pela OMS que foi a cobertura universal em saúde. Entretanto, esse não era um tema muito sugestivo para a política externa já que os resultados de investimentos nesse sentido são lentos, difíceis de serem mensurados e dependem em grande medida da coordenação com políticas nacionais dos países que recebem a cooperação para a sua continuidade e sustentabilidade. Tampouco foram temas sugestivos para as parcerias com

ativistas nacionais e internacionais de saúde que no passado haviam defendido a ideia de que os medicamentos eram bens públicos e apoiado o enfrentamento às empresas farmacêuticas que defendiam as leis de propriedade intelectual. Ademais, o modelo de cooperação por meio de instituições do Estado também não incluiu a sociedade civil, que não encampou as agendas propostas pelos sanitaristas progressistas para a atuação do Brasil na saúde global. Assim, o vigor da atuação internacional do Brasil na saúde global declinou junto com o financiamento para novos projetos. Paralelamente, declinava também o papel da saúde na agenda da política externa dos outros países. Os movimentos nacional e internacional corroboram com a perspectiva de Fidler (2011) que considera que a presença da saúde na política externa sempre foi episódica e dirigida por interesses e não se sustentou de maneira continuada ao longo do tempo. Nesse sentido, é importante notar que a investida brasileira na saúde global foi uma política de governo e não logrou se constituir como uma prática do Estado.

Apesar disso, os projetos desenvolvidos pelo Brasil e os processos de formação de pessoal nacional para atuação na saúde global e na diplomacia da saúde, assim como a própria criação do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, que foi designado pela OMS como Centro Colaborador para a Cooperação Sul-Sul, indicam o reconhecimento da atuação do Brasil e da Fundação no campo setorial. Os sanitaristas da Fiocruz continuaram ativos e buscando influir, por exemplo, no debate sobre o papel da saúde na Agenda do Desenvolvimento Sustentável (BUSS ET AL, 2014), e nesse sentido, continuavam praticando a diplomacia da saúde, ainda que sem a articulação ativa com o Ministério da Saúde do Brasil e com a PEB.

Na CPLP, foi possível verificar o esvaziamento do interesse do governo brasileiro neste espaço, ao passo que, no governo de Dilma, os ministros da saúde não compareceram às reuniões de ministros da Comunidade, mandando representantes ou deixando que a Fiocruz assumisse responsabilidades. Na Fiocruz, havia-se já consolidado o interesse institucional e expertise prático para atuação na cooperação Sul-Sul e a instituição foi procurada para participar de projetos de cooperação triangular em parceria com agências de países desenvolvidos e isso possibilitou alguma continuidade no desenvolvimento de projetos, em Angola e Moçambique. Contudo, o trabalho do escritório institucional na capital moçambicana foi se esvaziando a medida que as dificuldades de coordenação entre as instancias da Fiocruz participantes da cooperação se mostravam mais evidentes e a dinâmica da diplomacia da saúde diminuía. Ao mesmo

tempo, não era de interesse da instituição que o escritório se inserisse no sistema mundial tradicional da cooperação para o desenvolvimento e se aliasse com países do Norte em cooperações triangulares pelo receio de que isso pudesse afastar a Fundação de seus princípios fundamentais neste tema.

Conclusões – Saúde, Política Externa e a internacionalização do SUS

Este trabalho demonstrou um processo de ascensão e queda da saúde como um instrumento da política externa brasileira entre 1995 e 2015. Essa história entrelaça o papel da política externa brasileira e dos contextos internacionais aos movimentos internos e externos do Ministério da Saúde considerando o papel da Fundação Oswaldo Cruz em três períodos que compreendem dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), dois governos de Lula da Silva (2003-2010) e um governo e meio de Dilma Rousseff (2011-2015), já que a primeira presidenta mulher do Brasil sofreria um processo de impeachment no ano seguinte. O marco final adotado no estudo também se justifica pois neste ano foi aprovada a Agenda do Desenvolvimento Sustentável que propôs novas abordagens para uma visão ampliada da saúde pública, ao mesmo tempo em que já era possível verificar a queda da relação saúde-política externa no Brasil. A cooperação que se desenvolveu na CPLP foi tomada como um estudo de caso, onde foi possível observar como a dinâmica mais geral da relação entre os campos da saúde e das relações internacionais no Brasil se refletiu em acomodações e ações no nível local. Foi importante para que se pudesse apresentar os projetos desenvolvidos, seus principais atores e problemas e pensar como esse conjunto de ações se relacionavam com experiências nacionais que o Brasil podia oferecer. Contudo, uma limitação importante da descrição dos projetos em solo estrangeiro foi que em poucas oportunidades foi possível observar a perspectiva dos que foram receptores da cooperação que o Brasil ofereceu.

Alguns estudos históricos já abordaram a história da saúde internacional desde os tempos coloniais considerando as organizações internacionais que emergiram ao longo do século XX e suas principais agendas (PACKARD, 2016); o papel de fundações internacionais no nascimento e consolidação do que se convencionou chamar saúde internacional (PALMER, 2015); a história da medicina e da saúde pública na América Latina (CUETO e PALMER, 2016) ou o papel da OPAS na consolidação do campo dos recursos humanos no Brasil (PIRES ALVES e PAIVA, 2006) para citar alguns. O caso da política brasileira de combate à AIDS também já foi objeto de análise desde uma perspectiva histórica (NEPOMUCENO, 2019; CUETO e LOPES, 2019; 2021), contudo, provavelmente dado o curto afastamento temporal, a atuação brasileira na saúde global de forma mais abrangente e até a metade da segunda década do século XXI ainda não havia sido objeto de estudos históricos e, com este trabalho, ao se procurar compreender o perfil da atuação brasileira na saúde global, foi possível abordar também como este

campo de estudos e ação se desenvolveu no período subsequente ao já abordado sob outros aspectos em outros trabalhos.

A saúde global nasceu como expressão setorial do processo de globalização nos anos de 1990, quando a Guerra Fria havia acabado e com ela as ameaças de conflitos bélicos, quando a intensificação das viagens e interações mundiais havia ampliado o temor da disseminação de doenças, a agenda dos direitos humanos estava ganhando mais atenção e muitos novos atores ingressavam no cenário e no debate sobre questões de saúde, o que tornava o tema mais atraente para a política. Naquele momento, o Brasil tinha um problema concreto na implantação do SUS, que era o fornecimento dos medicamentos para a AIDS de maneira gratuita à população quando os preços desses tratamentos, patenteados por grandes empresas farmacêuticas, eram exorbitantes.

A implementação de um sistema de saúde universal no Brasil havia sido aprovada em 1988, quando teve sucesso um movimento político ancorado numa visão progressista da saúde pública que havia se iniciado em meados dos anos de 1970. As agendas e lutas políticas que haviam instrumentalizado esse movimento se pautavam em uma tradição da medicina social, ancorada em ideais marxistas de justiça social que propunha um olhar ampliado sobre os cuidados de saúde e pregava uma aproximação com as realidades locais em um país de dimensões continentais, ao mesmo tempo em que representava a luta contra o regime militar ditatorial que governava o país (TEIXEIRA e PAIVA, 2014). A essência crítica que impulsionava o movimento pela reforma sanitária brasileira estava alinhada com as agendas da saúde internacional que defendiam as abordagens integrais focadas na atenção primária em saúde e as experiências de medicina simplificada, como a dos Médicos de Pés Descalços na China (CUETO, 2004; TEIXEIRA e PAIVA, 2014).

Esse movimento foi conduzido por sanitaristas e intelectuais progressistas que, ao longo do tempo, estiveram na Fundação Oswaldo Cruz ou em organizações ou projetos que estiveram em cooperação com esta instituição que é vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil. Em torno da Fiocruz, desde a saúde internacional, existia um núcleo de sanitaristas progressistas que se alternavam entre trabalhos de pesquisa e gestão acadêmica na Fundação, posições no governo e em organismos internacionais.

Esse papel dinâmico da Fiocruz como um “think tank” da saúde pública brasileira pautado por perspectivas progressistas fazia da fundação, por meio de seus sanitaristas, partícipe de um movimento da medicina social latino-americana que funcionava como

um núcleo de resistência ao avanço das perspectivas de dominação dos países ricos sobre os países pobres do Sul global, muitas vezes expressa por meio de críticas ao avanço das abordagens biomédicas na saúde internacional e da realização de campanhas verticais de combate a doenças ou da não incorporação das ciências sociais como categoria analítica nas questões de saúde, ou ainda pela defesa da agenda da Atenção Primária em Saúde. Um dos intermediários dessas ideias entre a saúde internacional, a saúde nacional e, depois, a saúde global foi José Roberto Ferreira, médico brasileiro que foi por 20 anos chefe da Divisão de Recursos Humanos da OPAS em Washington de onde articulou um dos projetos que viriam a ser um dos pilares para a reforma sanitária brasileira em 1988 (ESCOREL, 1999). Em meados da década de 1970, ele começaria a construir ideias críticas sobre os modelos de cooperação internacional em saúde que conformariam esta prática como um processo de resistência dos países menos desenvolvidos contra a dominação dos mais desenvolvidos.

Essa história, que tem origens na saúde internacional, se articula com o processo brasileiro de tomada da saúde como um objeto da política externa porque os valores basilares do SUS, o grupo de sanitaristas progressistas que havia militado pela criação do sistema e as perspectivas críticas sobre a cooperação internacional em saúde estiveram presentes nessa relação durante os vinte anos que foram abordados nesta tese.

No capítulo 1, argumentamos que a saúde internacional e a saúde global são momentos distintos no que tange às dimensões dos problemas e à politização da saúde, mas que existem continuidades entre esses dois momentos, sendo as principais a tensão e as disputas entre a adoção de modelos verticais, baseados em tecnologia, e abordagens que apregoavam a atenção a estruturação de sistemas de saúde direcionados a cuidar das populações considerando suas especificidades. Essa dicotomia se refletiu tanto nas agendas das organizações multilaterais, como a OMS, como nas relações entre países e tais organizações no âmbito da cooperação técnica em saúde. Apontamos também que na saúde global, existiu uma nova visão progressista da saúde em sua dimensão internacional que foi mais politizada do que em outros momentos, dado o apelo e o interesse da política externa dos países no tema naquele início de um novo século. Foi com a construção, a defesa e a prática desta perspectiva progressista que o Brasil participou dos primeiros 20 anos da saúde global, ainda que fragilidades estruturais do governo tenham sido evidenciadas nesse processo e muitas vezes a sociedade brasileira não tenha absorvido a ideia.

Após essa construção histórico-teórica apresentada no primeiro capítulo passamos a apresentar como o Brasil se inseriu na saúde global em uma linha temporal, que se inicia com a busca por resolver o problema dos preços dos antirretrovirais e seus impactos nas contas públicas. Naquele momento, o Brasil tinha um governo que, apesar de apresentar características social democratas em algumas áreas sociais, na economia e nas relações internacionais, buscava implementar o modelo neoliberal e inserir o Brasil na ordem internacional regida por esse regime. Os ministros da saúde de FHC não tinham antecedentes no movimento de reforma sanitária brasileira, mas precisavam garantir a implementação do SUS conforme previsto na Constituição ao mesmo tempo em que o governo pretendia diminuir o tamanho do Estado. Apesar de seu passado de luta contra a ditadura no Brasil, José Serra, seu principal ministro da saúde (o que ficou mais tempo no cargo e foi mais reconhecido por suas realizações), era economista. Nas relações internacionais sob a hegemonia do neoliberalismo, a PEB estava voltada para propagar os avanços macroeconômicos que o governo de FHC havia conseguido e assim se conformar como uma democracia liberal estável e confiável. Pretendia, com esse perfil, ascender nos regimes internacionais e na dinâmica das organizações multilaterais em alinhamento com as grandes potências. Ao mesmo tempo, tinha que fornecer medicamentos de maneira gratuita aos portadores do HIV, que cresciam.

O governo não estava interessado em ganhar popularidade junto ao Sul global, mas o caso do enfretamento ao poder das grandes farmacêuticas na OMC com o objetivo de obter preços mais baixos nos medicamentos e os discursos que o país defendeu na OMS foram conformando essa posição, e a diplomacia percebeu os possíveis ganhos. A luta pela diminuição dos preços dos antirretrovirais envolvia o enquadramento do acesso aos medicamentos como direito humano e isso tinha apelo junto à mídia e à sociedade, o que gerou repercussão. É importante ressaltar o papel do ambiente internacional, politizado e povoado por organizações da sociedade civil que reivindicavam o acesso ao tratamento, e nacional, onde o governo estava associado a esses movimentos sociais internos. A conjunção de interesses na associação governo-sociedade civil favoreceu a ascensão do Brasil no cenário internacional.

A cooperação na CPLP durante os anos de 1990, demonstra que a saúde foi um tema importante na aproximação entre países, principalmente de renda média e baixa, ainda que não estivesse entre o rol de prioridades do governo. A conformação da CPLP nos anos de 1990 foi fruto de um projeto que vinha se desenvolvendo nos anos anteriores

e se consolidou num momento em que a PEB não estava interessada em cooperação Sul-Sul. O movimento foi marginal às aspirações centrais da inserção internacional do Brasil naquele momento. Neste espaço, a Fiocruz foi convidada a participar como uma instituição representativa do Estado brasileiro na saúde e os sanitaristas da instituição, incluindo José Roberto Ferreira que àquela altura trabalhava na Fundação, encontraram espaço para promover uma cooperação baseada na experiência de construção do SUS, mais especificamente inspirada no Ppreps, que havia sido formulado por Ferreira e, para ele, era um exemplo de uma cooperação internacional apropriada pelo pessoal nacional e com capacidade transformadora (FERREIRA, 1976). A cooperação na CPLP foi então realizada com uma série de oficinas para o desenvolvimento de recursos humanos e formação de docentes com uma pedagogia crítica que promovia a aproximação entre ensino e serviços de saúde, em Angola e Moçambique.

Nesta primeira fase, ao passo que a saúde, por meio do discurso do direito aos medicamentos, ascendia dentro da política externa brasileira motivada pelo enfrentamento aos EUA na OMC, a cooperação técnica baseada numa experiência de construção do SUS era testada na CPLP por meio da Fiocruz, e essas duas frentes se desenvolviam de maneira desconectada, ainda que a Agencia Brasileira de Cooperação (ABC) estivesse nas negociações e na coordenação dos projetos na CPLP.

Na fase seguinte, durante os dois governos de Lula da Silva, esse quadro mudaria e saúde e cooperação internacional passariam a compor uma estratégia governamental coerente de inserção nacional nas relações internacionais. O governo queria conformar o país como um líder dos países em desenvolvimento e com isso ganhar mais mercados consumidores, mais poder e mais status e adotou a estratégia de cooperar com países em desenvolvimento, o que era coerente com sua proposta nacional de combater a pobreza, a fome e ampliar o acesso aos serviços de saúde para os mais pobres. Contudo, a entrada da saúde como ativo da política externa e a conformação do discurso que articulava saúde e cooperação Sul-Sul em torno da ideia de cooperação estruturante foi um processo gradual e ganhou força com a posse de José Gomes Temporão como Ministro da Saúde. Temporão era um quadro da Fiocruz e representava a ascensão do grupo do movimento sanitário brasileiro ao posto maior da gestão do SUS, e essa foi a porta de entrada para que o grupo da Fiocruz ganhasse mais espaço na diplomacia da saúde num momento em que a articulação entre saúde e política externa ganhava importância internacional.

A articulação entre o Ministério da Saúde e das Relações Exteriores já estava na pauta do governo dois anos antes de Temporão assumir o Ministério, e a Fiocruz fazia parte do grupo gestor do Memorando de Entendimento assinado em 2005 que formalizava a parceria. Desde que Lula assumiu, a África estava como um dos focos principais de sua atuação internacional. Naquele início do milênio, o continente crescia e prometia ser um bom mercado consumidor, ao mesmo tempo em que combinava com as estratégias de *soft power* da diplomacia nacional que pretendia se colocar nas relações internacionais com agendas progressistas de solidariedade e justiça social, para as quais o SUS era um bom exemplo. Lula era adepto da diplomacia presidencial e suas viagens internacionais geravam interesse e demandas para o Brasil, daí a necessidade do Memorando de Entendimento para que as duas áreas trabalhassem mais articuladas. É importante ressaltar que a escolha brasileira de ampliar a cooperação Sul-Sul, na qual se insere a cooperação em saúde, foi um movimento observado também em outros países emergentes que, na primeira década do século XXI, ensaiavam questionar a supremacia do Norte global.

Nos primeiros anos, a AIDS ainda era o tema central, tanto que um dos primeiros projetos negociados com países africanos foi a fábrica de antirretrovirais em Moçambique, que se pretendia um projeto estruturante, um esforço para reduzir a dependência das grandes farmacêuticas e ampliar a autonomia de Moçambique no setor de saúde. O projeto de implementação da fábrica durou os dois governos de Lula e foi apenas concluído no governo seguinte, de Dilma Rousseff e foi um exemplo das contradições que o projeto brasileiro de se posicionar como um doador de cooperação Sul-Sul em saúde enfrentou. De uma maneira geral, os técnicos brasileiros eram também inexperientes. Quando demanda foi aceita pelo Brasil, não havia um estudo de viabilidade e o Brasil não conhecia os principais desafios para um projeto dessa natureza. A ABC não tinha um arcabouço burocrático que viabilizasse a doação de maquinário e a manutenção de profissionais brasileiros no país e, ainda que o então Chanceler Celso Amorim tivesse interesse especial no projeto, as dificuldades estruturais impediram que Lula pudesse inaugurar a fábrica e também que a fábrica desempenhasse o papel formulado para ela.

Nesse meio tempo, a cooperação brasileira no tema da AIDS ganhava contornos específicos ao passo que gerava visibilidade internacional. O Programa Nacional de DST/AIDS foi formalizando uma série de parcerias com países desenvolvidos e

organismos internacionais que fizeram com que a cooperação no tema se desenvolvesse com autonomia relativa frente ao arcabouço institucional de coordenação nacional da cooperação técnica, a ABC e a área internacional do Ministério da Saúde.

Mais próximo do grupo da Fiocruz, o ministro Temporão passou a evocar a associação entre cooperação Sul-Sul e a agenda da estruturação de sistemas de saúde como instrumento de *soft power* na saúde global, um tema que havia sido importante na OMS no início dos anos 2000, mas em 2007 já começava a declinar na organização. O acesso aos medicamentos e a experiência brasileira na atenção aos doentes de AIDS ainda eram temas importantes e valorizados pela diplomacia nacional e para o ministro, que fez uso da flexibilidade do acordo Trips para licenciar compulsoriamente o Efavirenz logo nos primeiros meses de sua gestão em 2007. Contudo, para Temporão e o grupo da Fiocruz era importante que posição do Brasil na saúde global fosse além de um programa vertical de combate a AIDS e incluísse uma perspectiva ampliada.

O termo diplomacia da saúde surgiu nesse momento, impulsionado por uma aproximação entre ministros das relações exteriores de países ricos e emergentes em torno de questões de saúde, pois acadêmicos e gestores buscavam compreender o que essa aproximação significava e ao mesmo tempo anunciar que estavam em sintonia com os possíveis ganhos da relação saúde-política externa. Nesse movimento, o Brasil foi um dos protagonistas, já que o então chanceler brasileiro fez parte do grupo inicial de chanceleres que, em 2007, declarou que a saúde era uma das questões mais importantes para a política externa naquele momento (AMORIM ET AL, 2007) e Paulo Buss, que era então presidente da Fiocruz, foi autor de um dos primeiros artigos a buscar conceituar o termo. Durante os governos de Lula houve uma maior apropriação de temas da saúde pela diplomacia nacional.

A cooperação Sul-Sul estruturante buscou conformar um conceito para a linha de atuação que a Fiocruz buscava implementar na saúde global, e foi assumido pelo então ministro, por técnicos da Fundação, do ministério e da ABC. Buscava também afirmar que a cooperação brasileira estava de acordo com os princípios da Declaração de Paris (2005) sobre a eficácia da ajuda internacional que a OCDE estava dizendo que os países deveriam adotar. Também se conformou como um instrumento do *soft power* nacional, já que, ao dizer que estava procurando fazer diferente e supostamente em melhores termos para os países em desenvolvimento, também servia para que o Brasil ampliasse seu canal de diálogo junto ao Sul global, países ricos e organismos multilaterais. Ademais, o

conceito de cooperação Sul-Sul estruturante dialogava com um problema da saúde internacional, que foi explicado por Packard (2016), de que as intervenções dos países do Norte destinadas a melhorar a vida das pessoas em países pobres haviam sido ineficientes justamente porque negligenciavam os determinantes sociais da saúde e a estruturação de serviços básicos. Durante a primeira década dos 2000, a incorporação, pelo Brasil da Agenda dos Determinantes Sociais da Saúde e da Estruturação de Sistemas de Saúde na OMS associada à prática da cooperação estruturante demonstrava que o Brasil buscava responder a este problema.

Os casos relatados de desenvolvimento da cooperação estruturante em países da CPLP indicam que esse modelo começou a ser desenvolvido pela Fiocruz em meados dos 1990 por meio de oficinas que visavam a formação de docentes em saúde pública nos Palops. Após a ampliação proporcionada pela saúde global e pelo interesse da PEB, consistiu numa combinação de apoio ao planejamento estratégico para a criação ou o desenvolvimento institucional de Institutos Nacionais de Saúde Pública, o desenvolvimento de mestrados para a formação de docentes para esses Institutos ou Escolas de Saúde Pública e oficinas para o desenvolvimento de currículos e formação docente para técnicos em saúde. Ademais, pretendeu-se a conformação de redes de instituições, à semelhança da rede de escolas e centros formadores em saúde pública que existia no Brasil e que funcionava como um sustentáculo do SUS no campo da educação em saúde. Como aponta Nunes (2008), no Brasil, o desenvolvimento do campo dos recursos humanos em saúde, incluindo-se o Ppreps, mas não restrito a ele, se conformou concomitantemente ao movimento reformista com papel importante da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Nesse sentido, em nosso ponto de vista, ao formularem a cooperação estruturante, os sanitaristas da Fiocruz estavam inspirados por essa experiência da qual haviam sido atores. Neste ponto é que a cooperação estruturante dialoga com a proposta escrita por Sergio Arouca pouco antes de seu falecimento, na qual propunha, em parceria com a OPAS, um Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária, ainda que não tenhamos encontrado evidências nesse sentido. Contudo, para além da experiência do SUS, a cooperação estruturante se baseou em experiências da própria Fiocruz que abarca, em seu interior, as funções próprias das instituições consideradas “estruturantes”, instituto, escola de pós-graduação e escola técnica de saúde.

Alguns analistas e historiadores buscaram compreender este modelo brasileiro. Por exemplo, para Birn, Muntaner e Afzal (2017) o conceito de CSSE “não necessariamente desafia a política e status quo econômico” (P.544). Os autores afirmaram isso porque perceberam que a empreitada brasileira na cooperação Sul-Sul em saúde estava ligada a interesses econômicos nacionais maiores, como a expansão de suas empresas para os países africanos com os quais o Brasil cooperava e por isso não poderia ser compreendido por bases marxistas ou orientadas pela justiça social. Contudo, sob nossa argumentação, esse conceito foi concebido antes de a PEB se aproximar da saúde por atores alinhados com o pensamento do movimento sanitário brasileiro e, nesse sentido, é possível reconhecer suas pretensões de exportar capacidade crítica com potencial emancipatório, ainda que nos anos 2000 estivesse inscrito num projeto capitalista da política externa brasileira e tenha sido facilitado por ele. Ocorreu que a proposta da PEB de ampliar a projeção do país com alianças no Sul global abriu um espaço para que esse modelo de cooperação fosse evocado e ganhasse repercussão, mas as ideias já vinham sendo gestadas e testadas antes.

Ademais, durante os governo de Lula, a expansão da cooperação técnica em saúde se desenvolveu com autonomia frente a tal projeto de transnacionalização das empresas, ainda que tenha se beneficiado dele quando necessário, como o caso do apoio da empresa Vale na construção da planta de medicamentos em Moçambique.

Mas a realização dos projetos enfrentou desafios. Para além das dificuldades burocráticas enfrentadas por projetos maiores que envolviam doação de máquinas e equipamentos, como a fábrica de Moçambique e a cooperação com o Haiti, os projetos de formação de recursos humanos também tiveram problemas por exemplo, em alguns casos para que a contraparte africana se apropriasse das atividades ou que cumprisse com as obrigações acordadas conforme princípios da cooperação Sul-Sul e estruturante. O fato de a cooperação ser desenvolvida por funcionários públicos, sem envolvimento da sociedade civil, prejudicou a circulação das propostas interna e externamente e não submeteu as ações ao escrutínio desses grupos nem do congresso nacional, o que acabou por prejudicar a apropriação nacional desta estratégia política. Em todo o processo a Fiocruz foi um ator estratégico, mas em seu interior também ocorreram problemas à semelhança da situação mais geral do Brasil, como a falta de uma política institucional orientadora, falta de coordenação entre as diferentes frentes da cooperação e a concentração da cooperação em alguns quadros dirigentes. Além disso, a proposta de ter

a estruturação de sistemas de saúde como objetivo da cooperação não teve adesão na OMS que, sob a direção de Margareth Chan, enfrentou a crise de 2008 e viu crescer a influência dos doadores privados.

Um ponto forte foi que o conceito de cooperação estruturante foi bem disseminado, no governo e na Fiocruz, por meio de sua menção nos Planos Quadrienais da Fundação, do interesse institucional em ofertar sua expertise e por meio de programas de formação, seminários e debates sobre saúde global e diplomacia da saúde que envolveram técnicos do Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores, AISA, ABC e Fiocruz e isso possibilitou que o modelo fosse assimilado como parte da identidade nacional na cooperação em saúde, ainda que sua compreensão tenha sido difusa entre esses diferentes atores e que seja necessário mais pesquisas, principalmente de campo, para que suas dinâmicas sejam melhor compreendidas (ESTEVEZ ET AL, 2016). Nesse processo de disseminação do conceito, foi importante também que o Centro de Relações Internacionais da Fiocruz fosse designado como Centro Colaborador da OMS para a Cooperação Sul-Sul, o que facilitou a circulação de seus princípios também em circuitos regionais e internacionais.

No governo de Dilma Rousseff, o declínio do projeto brasileiro de inserção internacional ativa e altiva foi sentido por diplomatas e sanitaristas (MILANI, 2017). O uso do *soft power* foi abandonado à medida que a presidenta adotava um perfil pragmático e, como a cooperação internacional em saúde não tinha sustentação na sociedade, foi descontinuada pelo governo. Contribuíram para isso, por um lado, o declínio internacional da saúde na agenda externa dos países, com o avanço dos debates sobre a CUS e o financiamento da saúde na OMS e de agendas com menos apelo para a cooperação como as doenças crônicas não transmissíveis e, por outro, o desinteresse pessoal da presidenta e uma série de crises nacionais associadas a escolhas controversas. A principal polêmica na saúde foi em torno do Programa Mais Médicos desenvolvido com o governo cubano. A estratégia cubana de envio de médicos a países parceiros tem uma longa história e, segundo Birn, Muntaner e Afzal (2017) é o melhor exemplo de cooperação internacional baseada em solidariedade. Esta percepção de Birn e colegas demonstra o amplo espectro de entendimentos do que significa a cooperação internacional Sul-Sul em saúde e a dificuldade em encontrar uma teoria que a explique, que é o objetivo dos autores.

De fato, a cooperação cubana se baseia nos princípios de seu estado socialista, mas o envio de médicos a outros países também foi, durante a Guerra Fria, um componente importante da propaganda do modelo soviético junto aos países africanos e, mais recentemente, pretendia também obter descontos no petróleo, o que estava por traz do acordo com a Venezuela sobre o programa Barrio Adentro (Kickbusch, 20011). Portanto, é um projeto que também não está isento de interesses, sendo algumas vezes utilizado como *soft power* e outras para resolver um problema nacional. Ademais, por outro lado, é um modelo diferente da cooperação que o Brasil buscou implementar, já que provisão de médicos para o atendimento direto nos serviços de saúde e a formação médica em seu próprio território são atividades diferentes de se buscar formar pessoal no local e incentivar o desenvolvimento de instituições, que foram objetivos brasileiros.

De qualquer forma, essas observações servem para um debate acadêmico que visa conhecer as diferentes formas de funcionamento da cooperação em saúde e como a prática pode ajudar nas tentativas de buscar um conceito para estas diferentes formas de se praticar a solidariedade internacional considerando a dimensão dos interesses. No que tange à compreensão da sociedade brasileira sobre a parceria Brasil-Cuba em torno do Programa Mais Médicos, a polêmica gerada demonstra que a prática da cooperação internacional desenvolvida no governo anterior não havia sido ou compreendida ou bem aceita pelos médicos, pela mídia e pela sociedade em geral. A parceria com Cuba, cujo modelo de sistema de saúde é calcado nos mesmos princípios do brasileiro, foi rechaçada ainda que se destinasse a resolver um problema crônico da assistência no SUS.

Sobre o diálogo na saúde global, é importante observar que, apesar de a Conferencia Rio+20 ter ocorrido no Brasil, o governo brasileiro não se interessou em participar dos debates para construção do objetivo relacionado à saúde que entraria na Agenda 2030 que ocorreram entre 2012 e 2015, quando grupos progressistas buscaram combater a concepção restrita da CUS que era defendida pela OMS como enunciado para o ODS (BUSS, 2019). Nesse momento, a Fiocruz buscou participar dos debates na qualidade de instituição acadêmica e centro de pensamento defendendo que o objetivo incorporasse uma visão ampliada da saúde (BUSS ET AL, 2015). Esse foi mais um dos exemplos do desinteresse do governo de Dilma pela disputa política na saúde global, que, junto com as polêmicas nacionais e o declínio da articulação entre saúde e política externa no plano internacional, foi um dos motivos do declínio da importância da saúde na PEB.

A cooperação na CPLP foi sustentada em alguma medida pelo grupo da Fiocruz, que tinha interesse no tema, mas a instituição não era capaz de promover a continuidade de um programa nacional. Com menos dinheiro e sem o mandato governamental para a interlocução internacional, a Fundação se envolveu com projetos triangulares com intermediação da ABC, o que tornava esse modelo mais factível para os dirigentes da instituição já que era uma relação governamental, porque eles tinham receio de se associar como instituição acadêmica em programas de cooperação com países do Norte e participar de projetos onde as diretrizes viessem prontas. Se por um lado a decisão de não participar de concorrências internacionais para a captação de recursos para a cooperação mantinha a cooperação via CRIS/Fiocruz em nome da presidência da instituição coerente com os discursos combativos de horizontalidade propagados por seu grupo dirigente, por outro não permitia que a instituição apresentasse seu modelo de cooperação estruturante a uma gama maior de atores, deixando os diálogos e relações encapsulados no âmbito governo-governo, sem articulação com a sociedade civil e com pouco diálogo com outros parceiros do Norte.

Como mencionado anteriormente e também sugerido por outros autores que estudaram a cooperação internacional brasileira sob uma perspectiva de análise de políticas (ASSUNÇÃO, 2016; ESTEVES ET AL, 2016), seria importante que futuros estudos de campo explorassem a cooperação brasileira. Um estudo de história com essa perspectiva poderia buscar compreender como as ideias de um sistema de saúde baseado no direito à saúde e como a proposta de uma cooperação que visava formar quadros e desenvolver instituições foi recebida, adaptada e reconfigurada frente à realidade daqueles que foram parceiros-receptores dos esforços brasileiros.

Referências

ADAMS, Vincanne; NOVOTNY, Thomas E.; LESLIE, Hannah (2008) Global Health Diplomacy, *Medical Anthropology*, 27:4, 315-323.

AGÊNCIA BRASIL, 2003. Celso Amorim participa de Fórum Brasil-África em Fortaleza. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2003-05-21/celso-amorim-participa-de-forum-brasil-africa-em-fortaleza> (acesso em 25/01/2021).

ALCÁZAR, Santiago. A inserção da saúde na política exterior brasileira. Brasília: IRBr, 2005. 48º Curso de. Altos Estudos do Instituto Rio Branco.

ALCAZAR, Santiago. The Copernican Shift in Global Health. Global Health Programme, Graduate Institute of International and Development Studies, Working Paper no. 3. 2008.

ALENCASTRO, Catarina; OLIVEIRA, Eliane. Luiz Alberto Figueiredo, um diplomata sem firula que busca consensos. *Jornal O Globo*, 14/09/2013.

ALESSIO, Maria Martins and SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2017, v. 21, n. Suppl 1 [Accessed 19 October 2021] , pp. 1143-1156.

ALMEIDA, C., HAINES, A. F. & CAMPOS, R. P. C. Salud Global: Un nuevo objeto de estudio em salud colectiva *Revista Palimpsestus*, Bogotá, n. 6, pp. 49-68, 2008

ALMEIDA, Celia. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. *RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, 2010.

ALMEIDA, Celia. in *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. Volume 1 / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República*, 2013.

ALMEIDA, Celia. International perspectives on the public health implications of 9/11 – Health and foreign policy: the threat from health securitisation. *Aust NZ J Public Health, Australian*, v. 35, n. 4, pp. 312, 2011

ALMEIDA, Celia. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017, v. 33, n. Suppl 2

AMADOR, Ethel A. El nuevo rostro de la CTPD y las nuevas tendencias internacionales. *Revista de Ciencias Sociales*, v.4, n.94, p.169-188. 2001.

AMORIM, C. DOUSTE-BLAZY, P., WIRAYUDA, H., STORE, J., GADIO, C., DLAMINI-ZUMA, N., PIBULSONGRAM, N. Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*, v.369, n.9570, p.1373-8, 2007

AMORIM, Celso. A Política Internacional da Saúde: um episódio singular. Prefácio. In: Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas / organizado por Paulo Marchiori Buss e Sebastián Tobar. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

AMORIM, Celso. Brazilian foreign policy under President Lula (2003-2010): an overview. *Rev. bras. polít. int.*, Brasília, v. 53, n. spe, p. 214-240, Dec. 2010.

AMORIM, Celso. Breves Narrativas Diplomáticas. Benvirá, 2013.

AMORIM, Celso. Conversa com Jovens Diplomatas. Benvirá, 2011

AMORIM, Celso. Discurso na 60ª Assembléia Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/aisa/42660-discursos-do-brasil-na-assembleia-mundial-da-saude> (Acesso em: 25/09/2020)

AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ASSUNÇÃO, Manaíra Anaité Charlotte. O enigma da parceria: a cooperação Sul-Sul brasileira no desenvolvimento da saúde. Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Instituto de Relações Internacionais, 2016.

AYLLÓN PINO, Bruno. A cooperação triangular e as transformações da cooperação internacional para o desenvolvimento. IPEA. Texto para Discussão, 2013.

AZEVEDO, Reinaldo. Dilma perdoou dívida de países africanos de olho em 2014. *Revista Veja*, 31 Maio 2013. Disponível em: Leia mais em: <https://veja.abril.com.br/coluna/reinaldo/dilma-perdoou-divida-de-paises-africanos-de-olho-em-2014/>

BARBOZA, T. M. T., PINHEIRO, L., & PIRES-ALVES, F. (2017). O diálogo entre saúde e política externa brasileira nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). *Carta Internacional*, 12(3), 175 - 198.

BENITES, Afonso. Dilma derrota Aécio na eleição mais disputada dos últimos 25 anos. *Elpaís*, 26 OCT 2014.

BERLINGUER, Giovanni. Globalização e saúde global. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, Abril 1999

BERRIDGE, Virginia. History in Public Health: a New Development for History? *Hygiea internationalis: an interdisciplinary journal for the history of public health*, v. 1, n. 1, 1999, p. 23–35

BHATTACHARYA Sanjoy, CAMPANI, Carlos Eduardo D’avila Pereira. (2020) Re-assessing the foundations: worldwide smallpox eradication, 1957-67. *Med Hist* 64(1):71–93.

BHATTACHARYA, Sanjoy. / Reflections on the eradication of smallpox. In: *The Lancet*. 2010; Vol. 375, No. 9726. pp. 1602-1603.

BIRN Anne Emanuele; MUNTANER Carles; Latin American social medicine across borders: South–South cooperation and the making of health solidarity, *Glob Public Health*. Jun-Jul;14(6-7):817-834 2019

BIRN Anne Emanuele; MUNTANER Carles; AFZAI Zabia; AGUILERA, Mariajosé. Is there a social justice variant of South-South health cooperation? a scoping and critical literature review. *Global Health Action*. 2019;12(1):1621007.

BIRN, Anne Emanuele. The stages of international (global) health: histories of success or successes of history? *Global Public Health*. v. 4, n. 1, 2009, p. 50-68.

BIRN, Anne-Emanuelle. *Marriage of convenience: Rockefeller international health and revolutionary Mexico*. Rochester: University of Rochester Press, 2006.

BIRN, Anne-Emanuelle. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda. *Hypothesis* 2014, 12(1).

BIRN, Anne-Emanuelle. Remaking international health: refreshing perspectives from Latin America *Rev. Panam Salud Publica*. 2011 Aug;30(2):101-5.

BIRN Anne Emanuele; MUNTANER Carles; AFZAI Zabia, South-South cooperation in health: bringing in theory, politics, history, and social justice. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 2:e00194616

BIRN, Anne-Emanuelle; RITCHER, Judith. Filantropo-capitalismo estadunidense e a agenda da saúde global: as fundações Rockefeller e Gates, passado e presente. *Ágora*. Santa Cruz do Sul, v. 20, n. 02, p. 27-39, jul./dez. 2018.

BLOUIN, C., MOLENAAR, B., PEARCEY, M. (2012). Annotated literature review: Conceptual frameworks and strategies for research on global health diplomacy . *Equinet Discussion Paper* 9.

BOND Katherine. Health security or health diplomacy? Moving beyond semantic analysis to strengthen health systems and global cooperation, *Health Policy and Planning*, Volume 23, Issue 6, November 2008, Pages 376–378.

BORROWY, Iris. International Health Work – the Beginnings. *Michael Quarterly* 8 (2011), 210–221.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Cooperação Internacional para Ações de Prevenção e Controle do HIV/Aids para outros Países em Desenvolvimento. Julho 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_port.pdf . (acesso em 30/07/2021)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. Publicação via ABC. mar. 2007.

BRASIL. Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde. Julho 2005. Disponível em: [Página 78 do Diário Oficial da União - Seção 1, número 133, de 13/07/2005 - Imprensa Nacional](#) (acesso em 02/08/2021).

BROWN, RE. Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Programs at Home and Abroad. *AJPH* September, 1976, Vol. 66, No. 9.

BROWN, Theodore; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol.13, n.3, 2006, p.623-647.

BUSS, Paulo M., FERREIRA, José Roberto. Brasil e saúde global. In: PINHEIRO, Letícia, MILANI, Carlos R.S. Política externa brasileira: a política das práticas e as práticas da política. Rio de Janeiro, RJ: FGV Editora, 2012, p. 241-265.

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

BUSS, Paulo Marchiori et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. 12.

BUSS, Paulo Marchiori FERREIRA, José Roberto, HOIRISCH, Claudia. A Saúde Pública no Brasil e a Cooperação Internacional. *Revista Brasileira de ciência e Tecnologia*, Rio de Janeiro, v.02, n.02, 2011, p.213-229.

BUSS, Paulo Marchiori. Paulo Buss: 'Brasil tem chance de reverter visão fragmentada da saúde na Agenda 2030'. Entrevista ao blog do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 17 setembro 2015.

BUSS, Paulo Marchiori. Saúde global e diplomacia da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 8-9, jan. 2013.

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

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

BUSS, Paulo; LEAL, Maria do Carmo. Saúde global e diplomacia da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(12):2540-2541, dez, 2009

CABANA, Silvia López. Cronología e historia de la cooperación sur-sur. Ed programa iberoamericano para el fortalecimiento de la cooperación sur-sur. N.5: 2014. 65p.

CABRAL L, WEINSTOCK J. 2010. Brazil: An Emerging Aid Player—Lessons on Emerging Donors, and South-South and Trilateral Cooperation. ODI Briefing Paper 64. London: Overseas Development Institute

- CABRAL, Lúcia; RUSSO, Giuliano; WEINSTOCK, Julia. Brazil and the Shifting Consensus on Development Co-operation: Salutary Diversions from the 'Aid effectiveness' Trail? *Development Policy Review*, 2014, 32 (2): 179-202
- CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. FREITAS, Roberta; BRANDÃO, Ana Laura; KASTRUP, Erica. Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai. Série: Boas Práticas da gestão dos Termos de Cooperação no contexto da Cooperação Técnica da OPAS/OMS, 6. Brasília, 2013
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2015, v. 19, n. 54
- CASTRO, Flávio Mendes de Oliveira. Dois séculos de história da organização do Itamaraty (1808-2008) / Flávio Mendes de Oliveira Castro, Francisco Mendes de Oliveira Castro. - Brasília : Fundação Alexandre de Gusmão, 2009. v. 2 332p
- CAVALCANTE, Tânia Maria et al. Brasil: balanço da Política Nacional de Controle do Tabaco na última década e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. Suppl 3
- CERVO, A. L.; LESSA, A. C. 2014. O declínio: inserção internacional do Brasil (2011-2014). *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 57, n. 2, pp. 133-51.
- CHATTU, Vijay Kumar e KNIGHT, W. Andy. Global Health Diplomacy as a Tool of Peace, *Peace Review*, 31:2, 148-157 (2019).
- CHEN, L., EVANS, T., ANAND, S., BOUFFORD, J. I., BROWN, H., CHOWDHURY, M., ... WIBULPOLPRASERT, S. (2004). *Human resources for health: overcoming the crisis. The Lancet*, 364(9449), 1984–1990.
- CPLP. Declaração de Praia. I Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa Praia, 11 e 12 de Abril de 2008.
- CSDH. Commission on Social Determinants of Health final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva 2008.
- CUETO, M. International health, the early cold war and Latin America. *Bulletin Canadien d'Histoire de la Médecine*, v. 25, pp. 17-41, 2008.
- CUETO, M. O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde. Editora Fiocruz, 2008.
- CUETO, M. The History of International Health: medicine, politics, and two socio-medical perspectives, 1851 to 2000. *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. Edited by Colin McInnes, Kelley Lee, and Jeremy Youde September 2018.
- CUETO, M., BROWN, T., & FEE, E. (2019). *The World Health Organization: A History* (Global Health Histories). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108692878

CUETO, Marcos. "A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples by Randall M. Packard (review)." *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 91 no. 4, 2017, pp. 816-817.

CUETO, Marcos. O Legado de Alma Ata, 40 anos depois. *Trab. educ. saúde* vol.16 no.3 Rio de Janeiro set./dez. 2018.

CUETO, Marcos. *Saúde Global: uma Breve História*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

CUETO, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 11, 2004, p. 1.864-1.887

CUETO, Marcos; LOPES, Gabriel. AIDS, Antiretrovirals, Brazil and the International Politics of Global Health, 1996–2008. *Social History of Medicine*, 2019.

CUETO, Marcos; LOPES, Gabriel. Backlash in global health and the end of AIDS exceptionalism in Brazil 2007-2019. *Global Public Health*, march 2021.

DE VOS, P., De Ceukelaire, W., Bonet, M., & van der Stuyft, P. (2007). Cuba's International Cooperation in Health: An Overview. *International Journal of Health Services*, 37(4), 761–776. <https://doi.org/10.2190/HS.37.4.k>

DECLARAÇÃO do Rio. Outubro, 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Rio-Political-Declaration-on-SDH-20111021.pdf> acesso em 21/09/2020.

DIAS, Iris de Mel Trindade. O Brasil como promotor do desenvolvimento e a cooperação em segurança alimentar e nutricional na CPLP: atores e dinâmicas da transferência de políticas. 2018. xx, 360 f., il. Tese (Doutorado em Relações Internacionais) — Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

DONALDSON L, BANATVALA N. Health is global: proposals for a UK Government-wide strategy. *Lancet* 2007; published online March 7

DRAGER, N., & FIDLER, D. P. (2007). Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(3), 162.

ECONOMIST, The. "A cure for high prices". Publicado em May 17th 2001.

ECONOMIST, The. Brazil's Foreign Aid Program Speaks Softly and Carries a Blank Check. *The Economist*. 17 de julho de 2008. Disponível em: [Speak softly and carry a blank cheque | The Economist](#)

ESCOREL, 2008. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Lígia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura V.C. Lobato; Antonio Ivo de Carvalho; José Noronha. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2008. p. 89-120

ESTADÃO. Descortesia diplomática', *O Estado de São Paulo*, 12 Nov. 2014.

ESTEVES, Paulo; GOMES, Geovana Z; FONSECA, João Moura. A REDE DE POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA E A COOPERAÇÃO SUL-SUL: OS CASOS DE MOÇAMBIQUE E ANGOLA. *Lua Nova* [Internet]. 2016May;(98):199–230. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102->

FARIA, Mariana; GIOVANELLA, Ligia; BERMUDEZ, Luana. A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 920-934, Dec. 2015.

FARLEY, John. To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913–1951). Oxford and New York: Oxford University Press. 2004

FEDATTO, Maíra da Silva. A Fiocruz e a cooperação para a África no Governo Lula. 2013. 118 f., il. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) —Universidade de Brasília, Brasília, 2013

FEE, E., & BROWN, T. M. (1997). Why history?. *American journal of public health*, 87(11), 1763–1764. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.11.1763>

FEINSILVER, J. M. Fifty years of Cuba's medical diplomacy: from idealism to pragmatism. *Cuban Studies*, Pittsburgh, v. 41, p. 85-104, 2010.

FELDBAUM, Harley; LEE, Kelley. & MICHAUD, Joshua. Global Health and Foreign Policy. *Epidemiologic Reviews*, v. 32, pp. 82-92, 2010

FERREIRA, José Roberto et al. Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 2016, v. 23, n. 2 [Acessado 21 Março 2022], pp. 267-276.

FIDLER, David. 2004. *SARS, Governance and the Globalization of Disease* (Basingstoke: Palgrave Macmillan).

FIDLER, David. Assessing the Foreign Policy and Global Health Initiative: The Meaning of the Oslo Process. Briefing Paper. Chatam House. Jun 2011.

FIDLER, David. Rise and fall of global health as a foreign policy issue. *Glob Health Gov.* 2011;4(2):1-12.

FIGUEIREDO, Maria C.; FONSECA, Luiz. Capacitação como processo de cooperação internacional. *Saúde e direitos humanos*, ano 6, n.6, p.7-18. 2009.

FIGUEIREDO, Mauro Teixeira. Cooperação técnica e humanitária internacional e o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV. In. *Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)*. Brasília - Ministério da Saúde. 2018

FIOCRUZ, Agencia de Notícias. Diretora-geral da OMS ministra palestra na Fiocruz. 20/08/2007. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/diretora-geral-da-oms-ministra-palestra-na-fiocruz> (acesso em 03/05/2021).

FIOCRUZ. Cooperação da Fiocruz em Moçambique forma mais 11 mestres. Agencia Fiocruz de Notícias. 05/01/2023. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/cooperacao-da-fiocruz-em-mocambique-forma-mais-11-mestres>

FLEMES, Daniel; SARAIVA, Miriam Gomes. Potências emergentes na ordem de redes: o caso do Brasil. **Rev. bras. polít. int.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 214-232, Dec. 2014

FOLHA DE SÃO PAULO online. Lula oferece auxílio a Moçambique em "guerra duradoura" contra a Aids. 06/11/2003. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u55146.shtml> (acesso em 30/07/2021).

FORMENTI, Ligia. Brasil e países dos Brics propõem plano de combate à tuberculose. O Estado de S. Paulo. 05 de dezembro de 2014

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 366-375, junho, 2014.

FRANCO-GIRALDO, Alvaro. Revisión de enfoques académicos en salud global: un marco analítico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1811-1823, Sept. 2015.

FRANCO-GIRALDO, Alvaro; ÁLVAREZ-DARDET C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Rev. Panam Salud Publica*. 2009;25(6):540–7.

FREIXO, Adriano. Dez Anos da Cplp: As Perspectivas de Integração do Mundo de Língua Portuguesa. *Cena Internacional*, ano 8, nº 1; 2006

FUJIKAWA, Eduardo Shiguelo. A concertação política e a cooperação em saúde nos BRICS. In. *Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais da Saúde (1998-2018) / Ministério da Saúde, Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.*

GARBOIS, Julia Areas; SODRE, Francis; Dalbello-Araujo, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate / Rio de Janeiro*, V. 41, N. 112, P. 63-76, JAN-MAR 2017

GAUDÊNCIO, Sérgio Alexandre. Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde. *Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.*

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva* 2018, vol.23, n.6 pp.1763-1776.

GOMES, Eduardo. The Politics of Global Health Diplomacy: Conceptual, Theoretical, and Empirical Lessons from the United States, Southeast Asia, and Latin America. In. *Global HIV/AIDS Politics, Policy, and Activism, 2013*

GOMES, Eduardo; PEREZ, Fernanda Aguilar. Brazilian foreign policy in health during Dilma Rousseff's administration. *Lua Nova*, São Paulo, 98: 171-197, 2016

GÓMEZ, Eduardo. 2009. Brazil's blessing in disguise. How Lula turned an HIV crisis into a geopolitical opportunity. *Foreign Policy*. July 22.

GONZALEZ, Virgínia Valiate A trajetória da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde. *Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015*

GUARDIAN, The. "Brazil wins HIV drug concession from US". *Special report: Aids*. Publicado em 26 Jun 2001.

GUARDIAN, The. The country of the future finally arrives. Edição online de 20 de maio de 2008. Disponível em <https://www.theguardian.com/world/2008/may/10/brazil.oil>

HAFNER, Tamara; SHIFFMAN, Jeremy. The emergence of global attention to health systems strengthening. *Health Policy Plan.* 2013;28(1):41-50. doi:10.1093/heapol/czs023

HARRISON, Mark. A Global Perspective: Reframing the History of Health, Medicine and Disease. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 89, n. 4, 2015, p. 639-89.

HARRISON, Mark. Disease, diplomacy and international commerce: the origins of international sanitary regulation in the nineteenth century. *Journal of Global History*, v. 1, p. 197-217, 2006.

HELD, David; MAcGREW, Andrew; GOLDBLATT, David; PERRATON, Jonathan. Rethinking Globalization: An Analytical Framework. In: David Held & Anthony Mcgrew (Ed.), *The Global Transformations Reader – An introduction to the Globalization Debate*, 2nd, Edition, Cambridge, UK: Polity Press and Blackwell Publishing Ltd, 2003 (pp.67–74)

HIRST, M; LIMA, M. R. S. & PINHEIRO, L. A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios. *Nueva Sociedad (Especial em Português)*, 2010.

HOBBSAWM, E. J. O presente como história: escrever a história de seu próprio tempo. Tradução do inglês: Heloísa Buarque de Almeida. *Novos Estudos*, 43, p. 103-112. 1995

HOBBSAWM, Eric J. *A era dos impérios*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

HOBBSAWM, Eric. *A Era dos Extremos – O Breve Século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOMMES, F., MONZÓ, H. B., FERRAND, R. A., HARRIS, M., HIRSCH, L. A., BESSON, E. K., MANTON, J., TOGUN, T., & Roy, R. B. (2021). The words we choose matter: recognising the importance of language in decolonising global health. *The Lancet. Global health*, 9(7), e897–e898. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00197-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00197-2)

HORTON, R. (2007). *Health as an instrument of foreign policy*. *The Lancet*, 369(9564), 806–807.

HOWARD-JONES, N (1981) *The Pan American Health Organization: Origins and Evolution*. Geneva: World Health Organization.

HULME, David. The Millennium Development Goals (MDGs): A Short History of the World's Biggest Promise (September 30, 2009). BWPI Working Paper No. 100,

IBGE. Série Histórica do PIB. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9300-contas-nacionais-trimestrais.html?=&t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=pib#evolucao-taxa (acesso em 13 de outubro de 2021)

INGRAM, Alan (2005) The New Geopolitics of Disease: Between Global Health and Global Security, *Geopolitics*, 10:3, 522-545

IOC. Texto de Tania Araújo-Jorge, Maria do Carmo Leal e Wilson Savino que estiveram presentes no lançamento da turma de mestrado em ciências da saúde no Instituto Nacional de Saúde de Moçambique em 31 de março de 2008. Publicado no site do IOC em 06 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=349&sid=32> (acesso em 21 de março de 2023).

JORNAL DO BRASIL. Edição de 22 de junho de 2000. Vilma Silveira, Renata Giraldi e Sonia Carneiro; Serra acusa OMS de manipulação.

JORNAL DO BRASIL. Edição de 22 de junho de 2000. Israel Tabak; Os juro e as despesas.

KASTRUP, Erica.; PESSOA, Luísa. Desafios da Cooperação Internacional Sul-Sul: Brasil e Venezuela, um processo horizontal, sustentável e estruturante. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, p. 42-50, 2012.

KASTRUP, Erica; PESSOA, Luiza Regina; LINGER, Carlos; MENEGHEL, Stela; SCHRAMM, Joyce Andrade; FERLA, Alcindo; CECCIM, Ricardo Burg. Cooperação Tripartite Sul-Sul-Sul: a cooperação estruturante tripartite Brasil-Cuba-Haiti e a participação da Fiocruz. In. *Diplomacia em Saúde Global: perspectivas latino-americanas*. BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastian. Orgs. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. 2017

KICKBUSCH, Ilona. BRICS' contributions to the global health agenda. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 2014, v. 92, n. 6

KICKBUSCH, Ilona; BUSS, Paulo Marchiori. Global health diplomacy and Peace. [*Infect Dis Clin North Am.*](#) 2011 Sep;25(3):601-10, ix.

KICKBUSCH, Ilona; SILBERSCHMIDT Gaudenz; BUSS, Paulo. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull World Health Organ.* 2007;85(3):230-232.

KICKBUSCH, Ilona. Global health diplomacy: how foreign policy can influence health *BMJ* 2011; 342: d3154

KOPLAN, Jeffrey P; BOND Christopher; MERSON, Michel, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet.* 2009;373(9679):1993-1995.

KRITSKI A, DALCOMO MP, MELLO FCQ, CARVALHO ACC, SILVA DR, OLIVEIRA MM, CRODA J. O papel da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose nos esforços nacionais e internacionais para a eliminação da tuberculose. *J Bras Pneumol.* 2018;44(2):77-81

LABONTÉ, Ronald. Reprising the *globalization* dimensions of international health. *Global Health* 14, 49 (2018).

LABRA, Maria Eliana. O movimento sanitário dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro, 1985 [Dissertação de Mestrado — Fundação Getúlio Vargas da EBAP]

LESSA, Gheisa. Unidades do Itamaraty no exterior confirmam greve. ESTADÃO, 22 de agosto de 2012.

LIMA, Thaisa Santos. Cooperação internacional do Brasil em HIV/Aids: institucionalização e especificidades nos contextos nacional e internacional. Tese de doutorado Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

LITSIOS, Socrates. The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A Personal Reflection. *International Journal of Health Services*, v. 32, n. 4, pp.709-32, 2002. ALDIS, William. Health security as a public health concept: a critical analysis. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 8, n. 17, p. 12-27, Dec. 2009.

LOPES, Roberta Nunes. O Governo Brasileiro e a Cooperação Sul-Sul com Moçambique no Campo da Saúde Pública. Rio de Janeiro: Dissertação, Universidade do Grande Rio, 2013

LOYOLA, Maria Andréa. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup):763-778, 2008

LUZ, Douglas Valleta. Cooperação em Saúde com o Haiti. In. Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais da Saúde (1998-2018) / Ministério da Saúde, Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

MAGALHÃES, Rodrigo César da Silva. *A Erradicação do Aedes aegypti*: Febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016. 420p.

MAGALHÃES, Vera. 2013, o ano que mudou a década. Publicado em O Estado de São Paulo em 29 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,2013-o-ano-que-mudou-a-decada,70003138639>

MARCONDES, D., & MAWDSLEY, E. (2017). South–South in retreat? The transitions from Lula to Rousseff to Temer and Brazilian development cooperation. *International Affairs*, 93(3), 681-699. <https://doi: 10.1093/ia/iix076>.

MARTINS, Polliana et al. Diplomacia da saúde global: proposta de modelo conceitual. *Saude soc.* 26 (1) Jan-Mar 2017

MENDES, Gabriel. Da Frente Brasil Popular à Aliança Capital/Trabalho: as campanhas de Lula a Presidente de 89 a 2002. Dissertação de Mestrado em Ciência Política, IUPERJ, 2004.

MENEZES, Roberto Goulart; FINGERMAN, Natalia N. Cooperação Sul-Sul no governo de Dilma Rousseff (2011-2016): Retração ou Transformação? *Revista Sociedade e Cultura*. 2020, v. 23: e59660.

MENICUCCI, Telma. A Política de Saúde no Governo Lula. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011

- MILANI, C.; LOPES, R. 2014. Cooperação Sul-Sul e *policy transfer* em saúde pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. *Carta Internacional*, v. 9, n. 1, pp. 59-78.
- MILANI, Carlos R.S. Solidariedade e interesse: motivações e estratégias na cooperação internacional para o desenvolvimento. Appris, 2018.
- MILANI, Carlos. ABC 30 anos: história e desafios futuros. 1a. edição - Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2017, 224 p.
- NEPOMUCENO, Clarice Oliveira. O Brasil e a saúde global: uma análise da atuação diplomática brasileira em defesa do acesso a medicamentos antirretrovirais entre 1980 e 2007 / Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2019.
- NERY, Natuza. ‘Dilma cobra do Itamaraty diplomacia de resultados’, *Folha de São Paulo*, 28 March 2011.
- NUNES, ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade* 3(2):5-21, 1994
- NUNES, Tânia Celeste Matos. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. 1998. 2 Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.
- NYE, Joseph. (2005). Soft power and higher education. *Educause: Forum for the future of higher education*, pp.11–14.
- NYE, Joseph. (2008). Public Diplomacy and Soft Power. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 616(1), 94–109.
- NYE, Joseph. Soft Power; In: *The Changing Nature of American Power*. Basic Books, New York. 1990.
- OLLILA Eeva. Global health priorities — priorities of the wealthy? *Global Health*. 2005;1:6.
- ONU. General Assembly. Sixty four session, Agenda item 123.A/64/365. Global health and foreign policy. September 2009. Global health and foreign policy: strategic opportunities and challenges. Note by the Secretary-General.
- OPAS. RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO FINAL – TC 41 Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2015.
- OPAS. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação 1º semestre de 2014. OPAS. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília, 2014.
- OXFAN. Drug Companies vs. Brazil: The Threat to Public Health. ISBN
- PACKARD, Randall M. Malaria dreams: Postwar visions of health and development in the third world, *Medical Anthropology*, 17:3, 279-296, (1997)
- PACKARD, Randall. *A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other People*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2016

PACKARD, Randall: learning to learn from global health history. Bull World Health Organ. 2018 Apr 1;96(4):231-232

PAIM, Jairnilson. Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: UDUFBA; 2005.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção and PIRES-ALVES, Fernando A. A reforma sanitária brasileira em perspectiva internacional: cooperação técnica e internacionalização do sistema de saúde brasileiro. In: 3º ENCONTRO NACIONAL ABRI 2001, 3., 2011, São Paulo.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção and PIRES-ALVES, Fernando. Atenção Primária em Saúde: uma história brasileira. Hucitec, 2021.

PALMER, Steven. ‘O demônio que se transformou em vermes’: a tradução da saúde pública no Caribe Britânico, 1914-1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, 2006, p. 571-89.

PALMER, Steven. *Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

PASQUALIN, Livia de Oliveira A cooperação internacional da Fiocruz na formação de recursos humanos em saúde: os programas de pós-graduação. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

PATRIOTA, Antonio. “Continuar não é repetir”. Entrevista do Ministro Antônio Patriota à revista Veja - 09/01/2011.

PATRIOTA, Antônio. [Discurso do Ministro Antonio de Aguiar Patriota por ocasião da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde – Rio de Janeiro, 21 de outubro de 2011](#). Disponível em: [Discurso do Ministro Antonio de Aguiar Patriota por ocasião da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde – Rio de Janeiro, 21 de outubro de 2011](#)

PELEGRINI FILHO, Alberto. A 65ª. Assembléia Mundial da Saúde discute os Determinantes Sociais da Saúde. Portal do Observatório dos Determinantes Sociais em Saúde. 2012. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/06/a-65a-assembleia-mundial-da-saude-discute-os-determinantes-sociais-da-saude/> (acesso em 04/03/2020)

PELEGRINI FILHO, Alberto. Políticas públicas e determinantes sociais da saúde: o desafio da produção e uso das evidências científicas. Cad. Saúde Pública 27 (supl. 2) • 2011

PELEGRINI FILHO, Alberto. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2080-2082, Nov. 2011.

PEREIRA, Eduardo Mazaroppi Barao. Análise dos principais desafios e entraves para a cooperação técnica internacional em saúde Brasil-Moçambique. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 7

PEREIRA, Elcimar Dias. Programa de ação afirmativa do Instituto Rio Branco: discursos de diplomatas e candidatos/as à diplomacia. 2014. 213 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

PEREIRA, JMM. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do combate à pobreza”, *Topoi*, v. 11, 2010.

PEREIRA, João Márcio Mendes. Assaltando a pobreza: política e doutrina econômica na história do Banco Mundial (1944-2014). **Revista. Hist. (São Paulo)**, São Paulo, n. 174, p. 235-265, June 2016 .

PEREIRA, João Márcio Mendes. Dimensões da história do Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00000118, 2018 .

PIRES ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; SANTANA, José Paranaguá. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. *Rev Panam Salud Publica* 32(6), 2012.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; SANTANA, J. P.; MEJÍA, D. V. A cooperação técnica Opas-Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S. l.]*, v. 4, n. 1, 2010. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.700.

PUENTE, C.A.I. Cap. 1: A Cooperação para o Desenvolvimento: conceitos básicos e evolução histórica. In: Carlos Alfonso Puente, *A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005*. Brasília: Instituto de Altos Estudos-FUNAG, 2010.

PUSKA Pekka, KOPLAN P. Jeffrey, IANPHI—10 years of collaboration for institutional public health, *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue 2, April 2017, Pages 192–193,

REICH MR, TAKEMI K, ROBERTS MJ, HSIAO WC. Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 Summit, *The Lancet*, 2008, vol. 371 (pg. 865-9)

REVISTA FÓRUM. Dilma perdoa dívida de países africanos. 1 junho 2013.

RODRIGUES, Rawlinson Dias. Cooperação Internacional da Fiocruz: o caso do projeto de instalação da fábrica de medicamentos em Moçambique. 2014. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

ROEMER, Milton. Internationalism in Medicine and Public Health. In: BYNUM, W. F. & PORTER, R. (Org.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London, New York, Routledge, volume 2, pp.1417-1435, 1993.

ROSEMBERG, Tina. Solving AIDS: Look at Brazil. *The New York Times*. February 18, 2001, Section 6, Page 6.

ROSSI, Clóvis. ‘Dilma, diplomacia e espanto’, *Folha de São Paulo*, 1 Jan. 2012.

ROSSI, Clóvis. ‘Diplomacia de baixa voltagem’, *Folha de São Paulo*, 28 Aug. 2011

ROTHKOPF, David. The world's best foreign minister. Blog revista Foreign Policy, outubro 2005.

ROUSSEFF, Dilma. Discurso da Presidenta da República, Dilma Rousseff, na abertura da Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Nova Iorque. Setembro 2011. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/discursos/discursos-da-presidenta/discorso-da-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-na-abertura-da-reuniao-de-alto-nivel-sobre-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-nova-iorque-eua>

RUCKERT Anne; LABONTÉ, Ronald; LENCUCHA, Rapahel; RUNNELS, Vivien; GAGNON, Michelle. Global health diplomacy: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine* 155 (2016) 61e72

RUSSO et al. *Globalization and Health* 2013, 9:2

RUSSO, G.; OLVEIRA, L.; SHANKLAND, A.; SITO, T. 2014. On the margins of aid orthodoxy: the Brazil-Mozambique collaboration to produce essential medicines in Africa. **Globalization and Health**. v. 10, n. 70.

SANTOS, Boaventura de Souza (Org). *A globalização e as ciências sociais*. São Paulo: Cortez, 2002

SANTOS, Juliana Soares. CPLP: Gênese e Instituições. In. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP): Solidariedade e Ação Política; SOMBRA SARAIVA, José Flávio. Organizador. Brasília: IBRI, 2001.

SARAIVA, Miriam Gomes. As estratégias de cooperação Sul-Sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007. *Rev. Bras. Polít. Int.* 50 (2): 42-59 [2007]

SARAIVA, Miriam Gomes. Balanço da política externa de Dilma Rousseff: perspectivas futuras? *Relações Internacionais*, Lisboa, n. 44, p. 25-35, dez. 2014.

SARAIVA, Miriam Gomes. Continuidade e mudança na política externa brasileira: As especificidades do comportamento externo brasileiro de 2003 a 2010. **Relações Internacionais**, Lisboa, n. 37, p. 63-78, mar. 2013.

SARAIVA, Miriam Gomes; VELASCO, Paulo Afonso Júnior. A política externa brasileira e o “fim de ciclo” na América do Sul: Para onde vamos? *Pensamento Próprio*. V. 21. P. 295-324, 2016.

SCHOLTE, JA. What is ‘Global’ about Globalization? In: David Held & Anthony McGrew (Ed.), *The Global Transformations Reader – An introduction to the Globalization Debate*, 2nd, Edition, Cambridge, UK: Polity Press and Blackwell Publishing Ltd, 2003 (pp.84–91.).

SERRA, José. Discurso na 51ª Assembleia Mundial da Saúde. 1998

SERRA, José. Discurso na 52ª Assembleia Mundial da Saúde. 1999

SILVA, André Luiz Reis da. Do Otimismo Liberal à Globalização Assimétrica: a política externa do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Curitiba: Juruá, 2009. ISBN: 978-85-362-2753-5.

SILVA, Lula da; Pronunciamento do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na sessão solene de posse no Congresso Nacional. Brasília – DF, 01 de janeiro de 2003. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-1o-mandato>

SILVA, Vinício Oliveira da et al. O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. 117 [Acessado 19 Outubro 2021] , pp. 489-502.

SNOWDEN, Frank M. (2008), Emerging and reemerging diseases: a historical perspective. *Immunological Reviews*, 225: 9-26.

SUYAMA, Bianca; CAIXETA, Marina & MACEDO, Gustavo. Brazilian Triangular Cooperation in Social Protection: contribution to the 2030 agenda. New York: UNDP (Development Impact Group), 2016.

SUYAMA, Bianca; BERRÓN, Gonzalo. Dilma Rousseff has a second chance to invigorate Brazil's foreign policy. *THE GUARDIAN*, Thu 30 Oct 2014.

TAJER, D. Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s and Current Challanges. *American Journal of Public Health*, Vol 93, No. 12, December 2003

TEIXEIRA, Luiz Antonio; JAQUES, Tiago Alves. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 57 n.3, p. 295-304, 2011.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. In: Luiz Antônio Teixeira; Tânia Salgado Pimenta; Gilberto Hochman. (Org.). *História da saúde no Brasil*. 1ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2018, v. 1, p. 408-441

TEMPORÃO. Discurso de posse como ministro da saúde. 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/galeria_ministros/2014_2002.php (acesso em 19/08/2021)

TOMES, Nancy. The private side of public health: sanitary sciences, domestic hygiene and the Germ Theory 1870-1900. *Bulletin of the History of Medicine*. v. 64, n. 4, 1990, p. 509- 539.

TRAVASSOS, Claudia; BUSS, Paulo M.. O polêmico relatório da Organização Mundial de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 890-891, Dec. 2000.

TUFANO, Thiago. Dilma a evangélicos: 'feliz é a nação cujo Deus é o senhor'. Terra, 8 de agosto de 2014. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/eleicoes/dilma-rousseff/dilma-a-evangelicos-feliz-e-a-nacao-cujo-deus-e-o-senhor,edb556c7b36b7410VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html> (acesso em 21/09/2020)

UNASUL. *Tratado constitutivo da União de Nações Sul-americanas*. Brasília: [s.n.], 2008.

VENTURA, D.; PEREZ, F. A. 2015. A política externa de saúde de Dilma Rousseff (2011-2014): elementos preliminares para um balanço. 5º Encontro Nacional da ABRI, Belo Horizonte, 29-31 July

VENTURA, D.; PEREZ, F. Crise e reforma da organização mundial da saúde. *Lua Nova*, São Paulo, 92: 45-77, 2014

VENTURA, Dayse; PEREZ, Fernanda A. A Política Externa de Saúde de Dilma Rousseff (2011-2014): Elementos Preliminares Para Um Balanço. 5º ENCONTRO NACIONAL DA ABRI. Redefinindo a Diplomacia em um Mundo em Transformação. PUC Minas, Campus Coração Eucarístico. 29 a 31 julho de 2015

VIEGAS, Leandro Luiz. A reforma da Organização Mundial da Saúde: processo, tendências atuais e desafios (1998-2014). Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. A Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. *CONTEXTO INTERNACIONAL* Rio de Janeiro, vol. 29, no 2, julho/dezembro 2007, p. 273-335.

VIGEVANI, Tullo; OLIVEIRA, Marcelo F. de; CINTRA, Rodrigo. Política externa no período FHC: a busca de autonomia pela integração. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 31-61, nov. 2003.

VILLAR, Eugenio. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. *Saude soc.* 2007, vol.16, n.3, pp.7-13.

WATT, Nicola F; GOMEZ Eduardo J; MCKEE, Martin. Global health in foreign policy—and foreign policy in health? Evidence from the BRICS, *Health Policy and Planning*, Volume 29, Issue 6, September 2014, Pages 763–773

WHITMEE, Sarah et al. “Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health.” *Lancet (London, England)* vol. 386,10007 (2015): 1973-2028.

WORLD BANK. 1993. World Development Report 1993 : Investing in Health. New York: Oxford University Press

ANEXO 1

Cronologia dos principais eventos da Cooperação Internacional em saúde brasileira

Sinalizado em verde as referências à África e CPLP

1976	Artigo Ferreira
1976-1981	Ppreps
1978	Artigo Ferreira no boletim da OMS – não encontrei na internet, mas está citado em várias fontes
ANOS 1990	
1991	Evento Salud Internacional Debate Norte-Sul
Maio 1994	Primeiro encontro dos ministros da saúde dos países lusófonos, paralelamente à AMS em Genebra (Rubarth, 1999)
Agosto 1994	II encontro dos Ministros da saúde dos Palop no Rio de Janeiro, que incluiu a visita dos ministros à Fiocruz
1995	Fiocruz e ABC apresentam projeto ao Fundo Fiduciário Perez Guerrero do PNUD/ONU para desenvolvimento de tecnologias e recursos humanos na área de APS nos Palops
1995	II Encontro dos Ministros da Saúde dos Palops em Genebra, paralelamente à AMS
1996	Missão da ABC e MS aos Palops confirmaram oferta de cooperação acordada desde 1994
Maio 1996	III encontro de ministros da saúde dos Palops em Lisboa. Os ministros africanos solicitaram que a cooperação englobasse a estruturação dos sistemas de saúde com base na formação de recursos humanos, preferencialmente nos próprios países, para evitar fuga de cérebros
Maio 1996	José Roberto começa a trabalhar na Fiocruz
Julho 1996	Criação da CPLP, em 17 de julho na Guiné Bissau
Outubro 1997	Projeto Fiocruz – ABC – Fundação Perez Guerreiro. Primeira missão da Fiocruz aos Palops - Zé Roberto e Luís Eduardo; Paulo Sabroza, Carlos Tobar, Julio Cesar França Lima. Missão foi articulada pela ABC e embaixadas nos países
1998	Seminário do projeto com ABC na Fiocruz
08 a 12 março 1999	Secretário executivo da CPLP, Sr. Rafael Branco, visita a Fiocruz
1999	Lançamento da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)
1999-2000 (?)	Oficina nas Ilhas Canárias sobre cooperação para a formação de RH em saúde nos Palops, em parceria com a Universidade de Gran Canária – mencionada em documentos, mas sem registro
1999	Tese de Ernesto Otto Rubarth no CAE do Itamaraty intitulada “A diplomacia Brasileira e os Temas Sociais: o caso da saúde”
ANO 2000	
Maio ou julho (?) 2000	“Oficina de Trabalho sobre Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde entre a FIOCRUZ e os Palop”, na Fiocruz. Decidiu-se como áreas prioritárias para a cooperação: gestão de RH e vigilância sanitária. Projeto é apresentado ao fundo da CPLP e aprovado no ano seguinte.
2000	Paulo Buss assume presidência da Fiocruz
ANO 2001	
2001	Declaração de Doha
2001	José Serra, Ministro da saúde, quebra de patente do Nelfinavir e Fiocruz começa a produzir

2001	Brasil propõe contribuir para o fortalecimento do Programa Nacional de AIDS de Moçambique. Fonte: Doc: Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação para a implementação do Projeto “Apoio ao Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. Brasília, 20 de junho de 2001
Maio/junho 2001	Missão conjunta Brasil-Japão à Angola e Moçambique no âmbito do projeto Fiocruz / ABC / JICA – objetivo era desenvolver projetos que visassem à estruturação de Escolas de Saúde Pública nesses países. 9 dias. Luís Eduardo participou pela Fiocruz
Outubro / novembro 2001	Missões de representantes de Angola e Moçambique a instituições brasileira, incluindo a Fiocruz no âmbito da cooperação ABC/JICA
ANO 2002	
2002	Ministério da Saúde lança Programa de Cooperação Internacional (PCI), que contemplou em sua primeira fase, além de cinco países latino-americanos, Burkina Faso e Moçambique. Voltado para a doação de antirretrovirais produzidos por laboratórios públicos nacionais, contemplava também capacitação de recursos humanos no manejo clínico e na logística de distribuição de medicamentos (ref. Queiroz e Alves)
Janeiro 2002	Curso Internacional de Formação de Formadores para Capacitação na Área de Gestão em Saúde na ENSP, conforme sugerido na primeira missão em 1997. Contou com 15 participantes dos Palops
Junho 2002	CPLP aprova projeto de Apoio à Capacitação de Recursos Humanos em Saúde nos Palops e Timor Leste. Incluía financiamento de oficinas, estruturação de grupos de trabalho para formação de formadores
Setembro / outubro 2002	Missão da Fiocruz aos 5 Palops organizada pela CPLP no âmbito do projeto aprovado no mesmo ano e articulada com embaixadas brasileiras; e realização da primeira oficina do projeto Fiocruz / ABC / CPLP em Maputo ⁶⁶ por Inácio e Cristina Figueiredo.
ANO 2003	
2003	Lula assume presidência do Brasil
Janeiro de 2003	Segundo curso internacional de Formação para a Capacitação em Educação a Distância na área de Vigilância Sanitária na ENSP com 10 participantes dos Palops
Abril 2003	Humberto Costa participa de reuniões com OPAS, BID e Banco Mundial em Washington. Técnicos da OPAS estimulam cooperação em outras políticas do SUS, além da AIDS.
Maio 2003	Celso Amorim realiza primeira missão à África. Visitou: Zimbábue, Namíbia, África do Sul, São Tomé e Príncipe, Gana e Moçambique.
Julho de 2003	Missão da Fiocruz à Maputo para transferência de tecnologia na produção de antirretrovirais – REFERIDO NO ACORDO MRE procurar
2003	Celso Amorim promove reforma na ABC
2003	Prodirs Segep elaborado por Sergio Arouca – pedir fonte a Carlos Paiva
Novembro 2003	Lula visita São Tomé e Príncipe, Angola, Moçambique, África do Sul e Namíbia. Humberto Costa, então ministro da saúde, participa da comitiva e assina o protocolo de intenções entre Brasil e Moçambique sobre cooperação científica e tecnológica na área de saúde, onde está prevista a instalação de “laboratório farmacêutico público” em Maputo.
05 dez 2003	II reunião de ministros de ciência e tecnologia da CPLP – Brasil apresentou a proposta do Pro África
ANO 2004	
Julho 2004	Início Programa Pro África da CAPES
	PN DST/AIDS firmou parceria com a UNAIDS para a construção do Centro Internacional de Cooperação Técnica (CICT)

⁶⁶ Outras oficinas desse projeto aconteceram em outubro de 2004 (Luanda); fevereiro de 2005 (Maputo); Junho de 2005 (Luanda); agosto de 2005 (Maputo) e dezembro de 2008 (Lisboa)

5 de agosto	Lula visita a Fiocruz. O presidente conheceu as instalações de vacinas bacterianas em Biomanguinhos, assinou o termo de posse da fábrica de medicamentos de Farmanguinhos, em Jacarepaguá, e inaugurou o novo prédio da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
31 de agosto a 03 setembro 2004	Presidente de Moçambique visita o Brasil e Lula reafirma oferta da fábrica. Acorda-se por fazer um estudo de viabilidade, que se insere no acordo firmado em novembro de 2003.
Outubro / novembro 2004	Missão à Angola no Projeto ABC / CPLP / Fiocruz. Luís Eduardo, Inácio, Albertina.
ANO 2005	
2005	Declaração de Paris sobre a CID
Junho de 2005	Assinatura Protocolo de Intenções entre MRE e MS. Cria comissão com representantes de áreas dos dois ministérios, inclusive Fiocruz.
	CICT começa a funcionar no PN DST Aids
Dezembro de 2005	Assinatura do TC-41
5 a 9 dezembro 2005	Primeira visita da Fiocruz à Angola para negociação do Mestrado
ANO 2006	
30 de janeiro a 1 fevereiro 2006	I Encontro da Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (IANPHI) na Fiocruz. Foi discutido: gripe aviária, a preparação para desastres e a prevenção de doenças crônicas
Março 2006	Lançamento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Paulo Buss é o coordenador
Maio 2006	Reunião do Comitê Executivo da IANPHI em Genebra. Buss apresenta proposta de cooperação entre os INS CPLP.
Maio 2006	Visita de prospecção da Fiocruz e CDC-EU ao INS Moçambique. Missão foi patrocinada pela IANPHI, que havia sido criada quatro meses antes
5 a 9 de junho de 2006	Saúde e Relações internacionais realizado pela Fiocruz em parceria com o Ministério das Relações Exteriores, de 05-09 de junho de 2006, no Itamaraty, em Brasília –
Outubro 2006	Lançamento do IANPHI, com grants da FBMG
Outubro 2006	Visita de prospecção da Fiocruz a Angola, Guiné Bissau e Moçambique, também pela IANPHI. Objetivo era articular a rede de INS da CPLP
2 a 4 de novembro de 2006	I Seminário de Cooperação Técnica dos Institutos Nacionais de Saúde da CPLP, na sede do IHMT em Lisboa, organizada pela Fiocruz e IHMT Lisboa e patrocinada pela IANPHI. Buss, Felix, Juliano (?) participaram
ANO 2007	
Janeiro 2007	Revista Istoé elege Paulo Buss um dos 100 brasileiros mais influentes
Março de 2007	José Gomes Temporão assume como Ministro da Saúde
	Publicação do artigo “ <i>Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health</i> ” publicado no “ <i>Bulletin of the World Health Organization</i> ”
	Declaração de Oslo
Março 2007	Secretário Executivo da CPLP, Luis Fonseca, visita a Fiocruz e convida a instituição para participar da CPLP como observadora consultiva em saúde. Fonseca estava acompanhado de Lauro Moreira, embaixador do Brasil no órgão. Se acorda pela proposta de elaboração do PECS
30 de abril de 2007	Giovanni Berllinger, que era membro da CMDSS, abre e o ano letivo da Fiocruz, que contou com a presença do então ministro da Saúde José Gomes Temporão
4 maio de 2007	Governo brasileiro assina decreto que autoriza licença compulsória do Efavirenz
28 de Maio 2007	Início do mestrado da Fiocruz em Angola. Joyce Andrade foi primeira coordenadora. Projeto incluiu a implantação de uma biblioteca em saúde pública no país, em projeto coordenado pelo ICICT Fiocruz

Maio 2007	Pronunciamento de Celso Amorim na AMS
2 julho 2007	Brasil recebe primeiro lote do Efavirenz indiano. A compra foi intermediada pelo Unicef e pela OPAS
Julho 2007	Michael O. Leavitt, secretário de saúde dos EUA (2005-2009) visita a Fiocruz. Estava acompanhando a delegação que veio para os jogos pan-americanos. Foi recebido na Fundação pelo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, e pelo presidente Paulo Buss
Agosto 2007	Margareth Chan visita a Fiocruz e profere palestra: <i>A cooperação Sul-Sul no enfrentamento das epidemias</i> . Em sua fala, afirmou: “O Brasil é famoso pela ampla assistência que dá aos portadores de HIV. É um exemplo de igualdade no acesso ao tratamento essencial em saúde e deve servir de inspiração a outros países em desenvolvimento”
Agosto 2007	Ministro da Saúde de São Tomé e Príncipe e comitiva visitam a Fiocruz. Arlindo Vicente de Assunção Carvalho, havia sido aluno de mestrado da ENSP/FIOCRUZ, e apresentou dissertação em fevereiro de 2005. O tema abordado foi o planejamento do sistema de saúde daquele país.
Agosto 2007	Ministro da Saúde da Tailândia visita a Fiocruz. Foi recebido pelo ministro Temporão. O tema abordado foi licenciamento compulsório de medicamentos contra a Aids e o ministro demonstrou interesse na transferência da tecnologia que a Fundação tem em produção de vacinas.
Agosto 2007	Ministro da Saúde de Moçambique visita Fiocruz. Foi recebido pelo ministro Temporão. Foram discutidas várias iniciativas de cooperação e o ministro declarou: “Pretendemos criar uma Escola Nacional de Saúde Pública e Centros de Educação Politécnica. Para isso, vamos aproveitar a experiência da Fiocruz”
2007	Início do projeto de Apoio ao Instituto Nacional de Saúde em Moçambique, a partir da criação de um curso de Mestrado em Laboratórios de Saúde Pública
9 de julho de 2007	Assinatura do Ajuste complementar ao acordo de cooperação com Angola para Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola
21 de novembro 2007	Reunião técnica em Praia, Cabo Verde, em preparação para I reunião de ministros da saúde que ocorreria no ano seguinte, onde ocorreu discussão da primeira versão do PECS-CPLP
07 de dezembro de 2007	I Seminário Brasil-África na Fiocruz procurar mais informações
Dezembro 2007	Publicação do artigo: <i>Global health diplomacy: training across disciplines</i> publicado no “ <i>Bulletin of the World Health Organization</i> ”
Dezembro 2007	Lançamento do Mais Saúde tendo como um dos eixos a CI
2007	
ANO 2008	
12 de março de 2008	II Seminário Brasil-África na Fiocruz procurar mais informações
31 de março de 2008	Inauguração do o curso de mestrado em ciências da saúde no Instituto Nacional de Saúde de Moçambique sob a coordenação deste e da Fiocruz. Duca, Tania Araújo Jorge e Savino participaram da cerimônia. Todos os alunos são funcionários do Ministério da Saúde de Moçambique.
Abril 2008	Aconteceu o 2º Congresso da CPLP sobre DST/Aids, no Rio de Janeiro.
06 de abril de 2008	Aula inaugural do mestrado em ciências da saúde desenvolvido pelo IOC Fiocruz junto ao INS Moçambique
11 e 12 de abril de 2008	Primeira reunião de Ministros da Saúde da CPLP em Praia, Cabo Verde – deliberação pela elaboração do PECS CPLP; criação de grupo de trabalho com apoio da Fiocruz e IHMT; pontos focais
Maio 2008	Diretor da OMS Afro, Luís Sambo, visita a Fiocruz junto com Mirta Roses, congênera das Américas.
Maio 2008	Assembleia Geral da OMS aprova a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, considerada uma vitória da diplomacia da saúde brasileira

23 de maio de 2008	A UNASUL é criada em reunião em Brasília, DF
16 de maio de 2008	Presidente da Fiocruz assume a presidência da Federação Mundial de Saúde Pública em evento em Genebra. Declarou que sua agenda iria priorizar atenção primária de saúde e o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.
Maio 2008	Paulo Buss foi chefe da delegação brasileira na 61 AMS
17 junho 2008	Reunião entre o Secretariado Executivo da CPLP e a Assessoria Técnica para a elaboração do PECS, constituída pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (Brasil) e pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical - IHMT (Portugal), em Lisboa, onde foi acordada uma proposta de Estrutura para a Elaboração do PECS.
7 a 9 julho 2008	Simpósio sobre Saúde Brasil-Portugal 200 anos (1808-2008); na Fiocruz e Academia Nacional de medicina. Com presença da ministra da Saúde de Portugal, Ana Jorge. Foi discutida a Situação de saúde nos dois países e a cooperação entre eles e com CPLP
1 agosto 2008	Lula, em sua quarta visita à Fiocruz como presidente, recebe de Paulo Buss o relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde
Agosto 2008	Missão da Fiocruz à Guiné Bissau. Objetivo de assessorar a criação do Instituto Nacional de Saúde (INASA). Felix, Antônio Ivo e representante da EPSJV.
12 agosto 2008	Célia Almeida e designada como responsável pelo escritório da Fiocruz em Maputo
Setembro 2008	XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia & VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia inclui sessão “Saúde na África” coordenada por Paulo Buss
5 setembro 2008	Ministro de Negócios Estrangeiros e Cooperação de Moçambique, Oldemiro Marques Baloí, visita a Fiocruz para discutir detalhes da implementação do escritório da instituição em Maputo
17 de outubro de 2008	Inauguração do Escritório da FIOCRUZ na África com a presença do ministro José Gomes Temporão, de seu colega moçambicano, Ivo Garrido e do presidente Lula.
2008	Embrapa inaugura escritório em Accra, Gana
20 novembro 2008	Paulo Buss, tomou posse como membro do Conselho do Fórum Global para Pesquisa em Saúde, para o qual foi eleito como representante das instituições científicas da América Latina.
27 de novembro 2008	Ministro da Saúde da Bolívia visita Fiocruz e discute cooperação na área de ensino em saúde pública
Dezembro 2008	Criação do conselho de saúde da UNASUL em reunião na Costa do Sauípe, na Bahia
Dezembro 2008	Artigo Savino, Ilesh, Funame, Buss e Leal no Boletim da OMS: porque formar recursos humanos com a cooperação internacional; propaganda do projeto BRA-MOZ e recomendação para outros países
01 a 12 de dezembro de 2008	Missão da Guiné Bissau a Fiocruz. Integraram: Maia Angela Costa Pereira, diretora da escola técnica de quadros em saúde; Maria Aramata Injai, diretora pedagógica da escola; João Luis Dnou, enfermeiro, professor e coordenador do curso de enfermagem da escola; Abjlai Biai, decano da faculdade de medicina; Quintino Nhaga, diretor adjunto da direção de RH do ministério. Foram realizadas oficinas na EPSJV e na ENSP onde as escolas da Fiocruz apresentaram seus marcos conceituais orientadores e referenciais que pautam seus projetos político-pedagógicos. A ideia era intercambiar experiências de modo a auxiliar a escola guineense em seu desenvolvimento institucional. O documento é detalhado e é possível observar que a EPSJV possuía um arcabouço conceitual consolidado que inspirou os técnicos do país africano. Paulo freire, as relações entre trabalho e educação e entre saúde e cultura.
ANO 2009	
2009	Assinatura do TC58 entre MS e OPAS para fortalecimento institucional da AISA
Março 2009	Farmanguinhos entrega primeiro lote de Efavirenz ao MS
20 julho 2009	Presidente de Moçambique, Armando Emílio Guebuza visita a Fiocruz. O embaixador do Brasil em Moçambique, Antonio Souza e Silva, também esteve presente ao encontro, onde foram discutidas iniciativas de cooperação em saúde.
15 de maio 2009	Aprovação do PECS CPLP em reunião em Estoril, Portugal, criação do Fundo Sectorial da Saúde da CPLP e constituição do grupo técnico da saúde da CPLP

2009	Lula foi convidado de honra da 13 Cúpula da União Africana
Outubro 2009	conselheira para a área de Ciência e Tecnologia do Departamento de Estado Norte-Americano, Nina Fedoroff,
Novembro 2009	Criação da RETS-CPLP, durante a 2ª Reunião Geral da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), cuja coordenação ficou a cargo da EPSJV/Fiocruz
2009	Paulo Buss deixa a presidência da Fiocruz e a Fundação cria o CRIS
2009	Elaboração e aprovação do I Plano Quinquenal do UNASUL Saúde
ANO 2010	
2010	Publicação do artigo cooperação estruturante
Abril 2010	Celia Almeida, coordenadora do escritório da Fiocruz na África, recebe a comenda da Ordem de Rio Branco, condecoração oferecida pelo Ministério das Relações Exteriores
31 dez 2010	Temporão deixa Ministério da Saúde
ANO 2011	
Janeiro 2011	Alexandre Padilha assume Ministério da Saúde
Janeiro 2011	Paulo Buss recebe título de Doutor Honoris Causa da Universidade Nova de Lisboa
28 março 2011	José Luis Telles é designado Diretor do Escritório da Fundação Oswaldo Cruz na África (Fiocruz - África)
Março 2011	Fundação da Rede de Institutos Nacionais de Saúde da CPLP em reunião em Bissau, Guiné Bissau
Mai 2011	Início do projeto de Cooperação entre a ENSP e o IAE em Saúde Dr. Arnoldo Gabaldón, Venezuela
Julho 2011	Inauguração do ISAGS
Outubro 2011	Paulo Buss é convidado para integrar <i>The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health</i> . Que tem o objetivo de discutir a governança da saúde global
Outubro 2011	Conferência Mundial DSS no Rio. Dilma não compareceu e mandou Michel Temer fazer a abertura do evento
21 de outubro de 2011	Reunião extraordinária de ministros da saúde da CPLP no Rio de Janeiro. Fizeram uma avaliação do PECS e discutiram uma possível concertação política sobre a reforma da OMS
Novembro 2011	O escritório da Fiocruz em Maputo foi aprovado decreto legislativo Nº 355, de 2011
ANO 2012	
03 a 10 de maio de 2012	Missão da Fiocruz e IHMT de Portugal à Cabo Verde para apresentação do PECS e discussão sobre criação de um INS no país. Foram Felix, Augusto Paulo e Paulo Ferrinho
Julho 2012	Inauguração da Fábrica de antirretrovirais em Moçambique. Dilma manda seu vice, Michel Temer, para participar do evento
Setembro 2012	Paulo Buss recebe o Prêmio Abraham Horwitz 2012 da Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação por indicação da OPAS, na categoria Excelência na Liderança em Saúde Pública nas Américas
Outubro 2012	Oficina de trabalho da cooperação da Fiocruz com o INS de Moçambique, na Fiocruz. O objetivo foi fortalecer o papel do INS de Moçambique na formulação de políticas nacionais de saúde.
Novembro 2012	Comissão de Cabo Verde encarregada de implantar um Instituto Nacional de Saúde (INS) de Cabo Verde visita a Fiocruz
Novembro 2012	A presidente da Universidade de Princeton, dos Estados Unidos, Shirley Tilghman, esteve na Fiocruz para discutir formas de cooperação com a Fundação. Estava acompanhada do co-diretor do Programa em Saúde Global e Políticas de Saúde de Princeton, João Biehl
Novembro 2012	Embaixadora do Brasil em Moçambique visita Fiocruz
ANO 2013	
26 março 2013	Ministra da Saúde do Haiti, Florence Duperval Guillaume, e de representantes do Ministério da Saúde de Cuba visitam a Fiocruz para discutir cooperação tripartite

2013	1ª reunião da RINSP-CPLP na Guiné Bissau
19 Abril de 2013	2ª Reunião Ordinária da RINSP-CPLP foi realizada na sede do IHMT, em Lisboa
25 abril 2013	Ministra da saúde do Peru, Mídiri Habish, e chefe institucional do Instituto Nacional de Saúde (INS) peruano, César Cabezas, visitam a Fiocruz para a elaboração de um plano de trabalho preliminar que prevê ações nas áreas de recursos humanos e de produção de medicamentos e vacinas
Agosto 2013	subsecretário de Saúde do Chile, Luís Castillo, e o embaixador do país no Brasil, Fernando Schmidt visitam a Fiocruz
7 e 8 de novembro de 2013	Seminário sobre aspectos políticos, estratégicos e operacionais dos INSP da CPLP
ANO 2014	
Abril 2014	Cris/Fiocruz é nomeado Centro Colaborador para Saúde Global e Cooperação Sul-Sul da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
14 de fevereiro de 2014	III Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, Maputo, Moçambique, 14 de fevereiro de 2014
Abril 2014	Início do mestrado em sistemas de saúde no INS Moçambique
7 a 9 de maio de 2014	Oficina conjunta RINS-Unasur/RINSP-CPLP: 'O papel dos Institutos Nacionais de Saúde na investigação e monitoramento da determinação social da saúde'. na sede do Palácio Itaboraí da Fiocruz, na cidade de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil
Outubro 2014	Fiocruz homenageia Maria Isabel Rodrigues, ministra da saúde de El Salvador, em solenidade na ENSP
2015	
Outubro	Cris inicia capacitação para funcionários da Fiocruz em saúde global e diplomacia da saúde
29 de janeiro 2015	Lícia de Oliveira é designada Diretora do Escritório Técnico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz - África)
Novembro	Cris inicia curso de formação para escritórios de relações internacionais dos ministérios de Saúde da América Latina, parceria com a OPAS
29 de fevereiro de 2016	3ª Reunião Ordinária da RINSP-CPLP, ocorrida na sede da CPLP, na cidade de Lisboa

Elaboração própria a partir das fontes pesquisadas.

ANEXO 2

Documentos Consultados

ANO	Origem/ ref	Nome	observações
1994	Fiocruz, 1994	Ata final do II Encontro de Ministros da Saúde dos Países de Língua Portuguesa	Prioridades temáticas acordadas: Endemias, Vigilância epidemiológica, saneamento, desenvolvimento de recursos humanos (incentivar o retorno de quadros formados no exterior; formar localmente), AIDS (Brasil apresentou proposta - não sei qual – e os países queriam aprovar), saúde mental (propuseram solicitar à OMS a inclusão do tema na 48ª AMS – concertação política). Paulo Buss participou da reunião como técnico do MS Brasil.
1998	Fiocruz, 1998a	Comunicações internas	Faturas e negociações entre Farmanguinhos e Fundação Eduardo dos Santos. Farmanguinhos vendeu medicamentos para tuberculose, anemia, malária e outros para esta instituição esta instituição
1998	Fiocruz, 1998b	Minuta de programa de cooperação interinstitucional entre a Fiocruz e a Fundação Eduardo dos Santos de Angola – via seu escritório de representação no Brasil	O tema era a produção de vacinas e fármacos; intercâmbios de pesquisadores e alunos, troca de informações, cursos, seminários etc. Tem resposta positiva de Eloan dos Santos, diretora de Farmanguinhos dizendo que eles poderiam cooperar no combate à malária e prevenção usando vela de Andiroba, na qual eles tinham interesse.
1998	Fiocruz, 1998c	Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho da Fundação Oswaldo Cruz no Países Africanos de Língua Portuguesa Fevereiro 1998	Relatório de viagem realizada em out/nov de 1997 por Paulo Sabroza, Carlos Tobar, Julio Cesar França Lima. O relatório é super detalhado. Traz o histórico de cada país e a impressão dos técnicos sobre a situação epidemiológica e sanitária dos países visitados. Assinalam a falta de docentes, principalmente com formação de nível superior, e indicam que esse deve ser o foco da cooperação. Eles fazem recomendações, mas não conseguem formular um programa de cooperação. Parece que se comportaram como estudiosos e muito curiosos quanto às realidades dos países.

1998	Ficoruz, 1998d	Comentários sobre o relatório preliminar da viagem do grupo de trabalho aos Palops – de Luis Eduardo	Critica o texto por ser muito extenso e informal e a falta de recomendações. Fala que o grupo deveria ter feito contato com escritórios de representação local de organismos internacionais que pudessem vir a financiar atividades; ressalta que os técnicos criticam essas instituições. Minha impressão é que eles estavam informados de suas próprias visões críticas e sem preparo / olhar específico para questões diplomáticas necessárias ao trabalho da cooperação internacional. A visão de Luis Eduardo, mais experiente e profissional desta área da Fiocruz reflete esta discrepância.
1998	Fiocruz, 1998e	Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho da Fundação Oswaldo Cruz no Países Africanos de Língua Portuguesa – versão condensada Marços 1998	É uma reformulação do relatório preliminar anterior e é muito mais objetivo e profissional. Parece ter sido feito com a ajuda do profissional de CI após a crítica do Luís.
1998 /1999	Fiocruz, 1999a	Recomendações da Oficina de Trabalho sobre Cooperação Técnica para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos entre a Fiocruz e os Palops	Sem data, mas refere à oficina de 1998.
1999 - 2000	Fiocruz, 1999b	Plano de cooperação em desenvolvimento de recursos humanos nos países de língua portuguesa	Sem data, mas pode-se inferir por conta do histórico relatado. Apresenta plano da cooperação a ser desenvolvido e o método: oficinas nos países para discussão da situação e adequação de material didático, após curso nos países com supervisão da Fiocruz. Pretendia-se patrocínio pela OMS e Perez Guerreiro.
1999	Fiocruz, 1999c	Programa de Cooperação Interinstitucional entre Fiocruz e Fundação Eduardo dos Santos de Angola	Assinado
2000	Fiocruz, 2000a	Proposta de Projeto para CPLP. Apoio à Capacitação de Recursos Humanos em Saúde no Palops e Timor Leste	Previa reuniões periódicas entre representantes dos países, da Fiocruz e das agências internacionais envolvidas (OPAS e OMS AFRO) e uma combinação de cursos presenciais e a distância. Monitoramento constante para que os projetos acomodassem correções de rumo.
2001	Angola, 2001	Carta do Instituto médio de saúde do Bengo, do ministério da saúde de Angola	Solicita cooperação da Fiocruz, pela EPSJV, para capacitação de seis técnicos de laboratório, visto que o país carecia de docentes
2001	Brasil/MRE, 2001	Relatório de missão conjunta ABC/JICA a Angola e Moçambique no âmbito do JBPP. 27 de maio a 7 de junho de 2001	Assina Sonia Maria Ferraz, consultora. Luis Eduardo participou da missão pela Fiocruz, que foi integrada também por esta consultora e Manoel Amorim da ABC. Relata que a foi o presidente de Angola, em visita ao Japão no ano anterior, que solicitou o envolvimento do Brasil na cooperação Angola-Japão, que seria voltada

			<p>para área hospitalar (imagemologia e laboratórios de análise), formação continuada para médicos e acesso a antiretrovirais. Menção (primeira) à instalação de unidade de produção desses medicamentos. O ministro da saúde de Angola destacou interesse na política brasileira de assistência aos doentes de AIDS. A diretora de saúde pública do MINSA relatou que a principal via de transmissão era heterossexual. O representante da ABC disse que o tema da AIDS era objeto de outro projeto.</p> <p>O tema do encontro em Luanda foi formação de médicos. Esta missão foi a origem do PROFORSA.</p> <p>O diretor do Instituto de Saúde Pública apontou duas necessidades básicas: apoio à rede nacional de laboratórios, principalmente para controle de qualidade de água e alimentos e investigação epidemiológica. Visitou-se o Instituto superior de enfermagem em Angola.</p> <p>Houve reunião com organismos internacionais, PNUD, UNFPA.</p> <p>Visitaram o Instituto Superior de Enfermagem que havia sido reaberto em 1998 com um corpo docente de 9 enfermeiras formadas na USP. Os técnicos brasileiros acharam que naquelas instalações poderia vir a funcionar uma futura ESP, mas as instalações estavam precárias.</p> <p>Identificou-se, em Moçambique, a necessidade de melhor conhecimento das atividades das ONGs no território, buscando sinergia na cooperação. Moçambique recebia doações de diversas fontes.</p> <p>Visitou-se o Instituto de Ciências da Saúde, que recebia financiamento do Banco Mundial; havia dificuldade de se encontrar docentes e necessidade de se formar um corpo docente definitivo, mesmo problema encontrado no Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário;</p> <p>Sugeriu-se que a cooperação se preocupasse em conhecer o trabalho das ONGs, principalmente em Moçambique; do exercício da medicina tradicional, partir de abordagens comunitárias, territoriais</p>
2001	MINSA/ANGOLA, 2001	Perfil de formação do futuro. “gestor de saúde de Alto Nível”	Relatório de uma consultoria para operacionalizar o plano de desenvolvimento de RH em saúde do MINSA Angola. É um insumo para se encomendar um curso de formação de gestores do MINSA a Faculdade de Medicina de Angola. MERECE MAIS EXPLORAÇÃO EM PESQUISAS FUTURAS.

2001	MISA/ANGOLA, 2001	Proposta de Escola de Especialização em Administração e Gestão de Saúde Pública do Serviço Nacional de Saúde	Proposta de criação de ESP do MINSA elaborada no contexto do plano de um plano de desenvolvimento de RH em saúde do país com vigência até 2007. Inicialmente a ideia era fazer uma parceria com a Universidade Agostinho Neto, porque o MINSA entendia que era necessário que a formação fosse “liderada e protagonizada por quadros nacionais, com conhecimento substancial do contexto cultural, sócio econômico, institucional e epidemiológico – entre outros – da realidade angolana”. Tem um desenho de programa de formação com tronco comum e divisão em áreas em segundo momento.
2002	CPLP, 2002	Proposta de acordo de cooperação entre os estados membros sobre combate ao HIV/SIDA	Cópia sem assinaturas. Havia ocorrido, em dezembro de 2001, a III Conferência dos coordenadores nacionais de luta contra a AIDS da CPLP.
2002	ABC, 2002	Cooperação Triangular com Angola e Moçambique no Âmbito do JBPP – relatório de progresso e proposta de linhas de ação	Traz o resumo das visitas de delegações de Angola e Moçambique ao Brasil em setembro de 2002 e todas as discussões com as duas. Sugere que serão dois projetos, um com cada país e apresenta os termos de referência para os dois. O projeto será centrado no fortalecimento institucional, formação de quadros e formação de formadores e cursos de curta duração
2002	JBPP, 2002	Proposta de projeto Fortalecimento institucional do ICS – Instituto de Ciências da saúde e o CRDS – Centro Regional de desenvolvimento sanitário de Moçambique	Proposta se alinha à experiência brasileira dos anos de 1970. Propõe reproduzir em Moçambique a consolidação de núcleos de formação em saúde pública
2003	MRE, 2003	Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo de Moçambique sobre cooperação científica e tecnológica na área de saúde	Assinado durante a primeira missão de Lula à África. Refere visita realizada pela vice ministra da saúde de Moçambique ao Brasil em 2001; e missão da Fiocruz à Maputo em julho de 2003 que objetivava cooperação na área de produção de medicamentos (não encontrei relato disso); a proposta era que Moçambique ficaria responsável pela infraestrutura física – inclusive insumos - e o Brasil pela transferência de tecnologia e capacitação de profissionais; previa que as partes poderiam estabelecer parcerias com instituições públicas, privadas e ONGs para a viabilização da proposta; Fiocruz seria executor pelo Brasil;
2003	Fiocruz, 2003	Carta de Paulo Buss a Halfdan Malher, junho de 2003	Explica que o Brasil tinha um novo governo, que tomava a equidade e a justiça social como norteadores. Fala do programa de saúde da família, da política de genéricos e de AIDS brasileira e convida Malher para fazer uma palestra sobre a “razão de ser de Alma Ata” na XII Conferência Nacional de Saúde.

2003	CPLP, 2003	Declaração final da II Reunião Ministerial de Ciência e Tecnologia da CPLP	Reunião realizada em 5 de dezembro no Rio de Janeiro. Brasil apresenta o lançamento do Proafrica para fomento à ciência e tecnologia nos países africanos. No ano seguinte, a Fiocruz apresentaria a proposta do mestrado em Angola para financiamento pelo programa. Disponível em: https://www.gov.br/cnpq/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/parcerias/cooperacao-internacional/proafrica-declaracaofinalriodejaneiro.pdf
2004	Fiocruz/proj. CPLP, 2004	Relatório de Atividades Programa de Apoio à Capacitação de RH em saúde nos Palops através da CPLP Novembro de 2004	
2005	CPLP, 2005	Reuniões dos Pontos Focais da Cooperação	Publicação da CPLP em formato de livreto com o histórico de todas as reuniões dos pontos focais da cooperação na comunidade de 1999 a 2003. Não tem data, mas pode-se inferir o ano por conta do período que abrange.
2005	MRE/MS, 2005	Ata da II Reunião da Comissão de Coordenação MRE/MS para a Cooperação Técnica Internacional	Ata de reunião ocorrida em 04-05-2005 na sede da ABC; discutiu-se o teor do protocolo de cooperação entre os dois ministérios que aconteceria em julho seguinte. Participaram 4 representantes de diferentes áreas da ABC e, pelo Ministério da Saúde, Santiago Alcázar, Julia Helida, Ana Tapajós e Sergio Gaudêncio da AISA e José Roberto Ferreira da Fiocruz; e Sergio Meirelles do PN DST/AIDS. Fiocruz apresentou o estudo de viabilidade para a Fábrica de Moçambique, que foi aprovado;
2005	FIOCRUZ, 2005	Implementação do ajuste complementar ao Acordo Básico entre o Brasil e a OPAS para a Cooperação Técnica da Fiocruz	Indica que as negociações para a renovação de um acordo entre a Fiocruz e a OPAS iniciaram em 2003; que Mirta Roses, então diretora da OPAS visitou a Fiocruz em 16-09-2004 e defendeu a ideia de que fossem constituídos consórcios entre países em torno de temas – RH, vigilâncias, etc – sob a coordenação da Fiocruz.
2005	TC-41, 2005	41º Termo de Cooperação e assistência técnica entre a União Federal, por meio do MS, a Fiocruz e a OPAS	Acordo TC-41. Institui um “programa de saúde internacional” a ser desenvolvido pela Fiocruz, MS e OPAS.
2006	FIOCRUZ, 2006	Proposta de Curso de Mestrado em Pesquisa e Diagnostico em Doenças Infecciosas	Proposta de mestrado do IOC em parceria com IPEC, INCQS, CPqGM para ser desenvolvido com a Universidade Eduardo Mondlane em Maputo. Foi uma proposta apresentada pela Fiocruz à Capes
2006	FIOCRUZ, 2006b	Proposta de Reunião dos Institutos Nacional de Saúde Pública da CPLP	Documento com a proposta de reunião dos INSP CPLP. Formulada pela Fiocruz para ser realizada em parceria com a IANPHI, Instituto Nacional de Saúde Dr.

			Ricardo Jorge de Portugal e a CPLP. Com data a lápis de 31 de maio de 2006, para realização da reunião em outubro ou novembro daquele ano. Informa que a ideia foi apresentada por Paulo Buss na reunião do board executivo da IANPHI realizada em Genebra em maio de 2006, quando foi aceita. Solicita a IANPHI 60 mil dólares para a realização da reunião a ser realizada em Lisboa.
2006	IANPHI, 2006	Relatório de viagem, missão da IANPHI a Maputo.	Relatório diz que foi em 15 a 17 de maio de 2006. Participaram Paulo Buss, Ana Beatriz Moraes da Silva (engenheira química da Fiocruz) e Eric Daniel Mintz do CDC US. A recomendação foi que a cooperação desenvolvesse um plano estratégico para o INS Moçambique. A ideia era tomar como base a situação sanitária do país, a estrutura da instituição naquele momento e as funções essenciais da saúde pública; revisar as políticas de pesquisa, as estruturas de referencia da vigilância, de treinamento de recursos humanos e construir estratégias visando o futuro.
2006	ABC, 2006 ^a	Projeto de Cooperação Técnica para o Fortalecimento do Sistema de Saúde da República da Guiné Bissau	Data de setembro de 2006. O projeto que seria financiado pela ABC (não sei se foi aprovado) se baseia em entendimentos entre a Fiocruz e o MS da Guiné Bissau no âmbito da CPLP. O objetivo era transformar o Laboratório Nacional de Saúde Pública em um INS.
2006	ABC, 2006b	Projeto de Cooperação Técnica para o Fortalecimento do Sistema de Saúde de Cabo Verde	Outubro de 2006. Em Cabo Verde, a ideia seria explorar melhor futuras áreas de cooperação, mas o projeto indica que a demanda era a criação de uma escola politécnica de saúde.
2007	TC-41, 2007	Ata da 7ª reunião da Comissão de Programação do TC-41	
2007	ABC, 2007	Projeto de Capacitação do Sistema de Saúde Pública de Angola	Projeto Fiocruz-ABC; data de março de 2007. O projeto se estrutura em três pilares: 1) conformação de ESP – o mestrado nasce deste componente; 2) fortalecimento das escolas técnicas de saúde por meio de assessoria técnica nos planos pedagógico, curricular e de gestão; apoio ao fortalecimento do INS por meio de treinamento específico.
2007	BRASIL, 2007	Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Cultural e Científica entre o Governo da República de Angola e o Governo da República Federativa do Brasil na Área de Formação de Docentes em Saúde Pública em Angola	Acordo bilateral celebrado para ancorar a realização do mestrado. Assinado em 09 de julho de 2007. A contraparte da Fiocruz em Angola seria a Direção Nacional de Recursos Humanos do MS Angola.

2007	ENSP, 2007a	Relatório de Missão à Angola o âmbito do programa de capacitação do sistema de saúde de Angola	Missão ocorrida entre 16 de novembro de 09 de dezembro, por Elisabeth Artmann, Sheyla Lemos e Marismay Horsth De Seta. As professoras apresentam os conteúdos ministrados nas aulas, onde é possível observar princípios ideológicos do SUS. As aulas expositivas abordam temas como: o modelo preventivista, iniquidades sociais e saúde, desenvolvimento humano e condições de vida e saúde, “a doença e a saúde como reprodução social”, enfoque interdisciplinar e clínico no estudo dos problemas de saúde;
2007	FIOCRUZ, 2007	Guiné Bissau – Documento base para a Implantação do Instituto Nacional de Saúde (INASA)	Plano elaborado pela Diplan Fiocruz. Traz análise da situação de saúde do país e um plano estratégico para o Instituto. Data de 03/08/2007 e indicação de “confidencial”.
2007	GB, 2007		
2007	ENSP, 2007b	Ata do Seminário de Avaliação do Mestrado de Angola	Seminário ocorrido em 19-12-2007. A coordenadora do mestrado era Joyce Schramm. Havia um diagnóstico de que nem todos os alunos seriam aprovados na qualificação para obterem título de mestre. Discutiu-se a possibilidade de que estes alunos fossem aprovados em nível de especialização e assim titulados. Havia também alunos que não estavam conseguindo aprovação na prova de inglês. Havia problemas sérios de ordem gerencial. O projeto inicial havia sido submetido à Capes no âmbito do edital Pró-África, mas após um ano de projeto só havia sido repassado menos da metade do valor. Então a Fiocruz escreveu outro projeto solicitando financiamento à ABC, mas o valor das diárias da Agência era muito maior do que o previsto no projeto da CAPES. Ocorria então que os professores que viajavam com diárias da CAPES não tinham custos básicos cobertos. O valor da diária da CAPES era de 150 dólares e da ABC de 260 dólares. No projeto inicial (com a Capes) estava previsto que o MS de Angola arcaria com os custos de hospedagem e transporte dos professores, mas ao final de 2007 este órgão informou que passaria a arcar só com o transporte. Naquele momento o projeto tinha um déficit de 550 mil reais. Apesar dos problemas de gerenciamento financeiro, com a infraestrutura do curso e com a sobrecarga dos professores que davam módulos sozinhos, vários professores enfatizaram o interesse e o envolvimento dos alunos. É interessante notar, na perspectiva do aprendizado mútuo que preconiza a cooperação Sul-Sul, que a escola buscava se adequar ao ensino à distância, buscando soluções inovadoras para orientação de alunos. Nesta reunião, a área de

			Educação a Distância da ENSP (EAD-ENSP) apresentou um modelo de comunidade virtual de aprendizagem, com várias possibilidades de interação e os professores discutiram possibilidades de orientação em grupos e usando novas tecnologias para a época, como o skype. Foi falado que o mestrado em saúde pública em Angola era o primeiro curso nesta modalidade internacional do país, e que as instituições envolvidas não tinham experiência para viabilizar este tipo de cooperação.
2008	ENSP, 2008	Carta da ACI ENSP à José Roberto contendo análise técnica do mestrado de Angola	Indica o desconforto com relação às disparidades de diárias e quanto a não existência de uma contraparte angolana de cooperação internacional com a qual a coordenação do curso pudesse discutir problemas operacionais
2008	OPAS, 2008	Ajuda Memória Oficina de Trabalho OPAS-AFRO de apoio à Cooperação Sul-Sul Brasil-Palops	Reunião ocorreu em fevereiro de 2008;
2008	CPLP, 2008	Declaração da Praia	Fruto da I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP. Realizada em Praia, Cabo Verde em 11 e 12 de Abril de 2008. Aprova a elaboração do PECS e toma conhecimento da cooperação do Brasil/Fiocruz e IANPHI juntos aos INS da comunidade.
2008	ACI/ENSP, 2008	Carta da ACI-ENSP ao coordenador do CRIS sobre mestrado de Angola	Relata diversos problemas enfrentados pela coordenação do curso. Era necessário definir onde seriam as defesas, como seria o financiamento dos alunos que viriam ao Brasil. Havia problemas de ordem operacional como por exemplo na compra de passagens e pagamento de diárias – a cargo da Capes. Inicialmente ficou acordado que o MS Angola pagaria a hospedagem e alimentação e transporte dos professores, mas o órgão deixou de cumprir o compromisso e as diárias era insuficiente para todos os custos. O financiamento brasileiro era feito em parte pela CAPES, em parte pela ABC e em parte pela Fiocruz, o que dificultava os procedimentos.
2008	TC-41, 2008	Plano de trabalho TC-41 julho 2008 – 2º termo de ajuste	Apresenta como objetivo central a difusão da experiência do SUS na CIS; busca-se o reconhecimento do SUS como modelo de política de saúde. Neste momento já se menciona a coerência do TC41 com a política nacional, o MAIS SAÚDE; Tem como um dos objetivos a criação de comissões nacionais para a difusão do enfoque dos DSS
2008	EPSJV, 2008	Relatório das ações estabelecidas pelas EPSJV com a Direção Nacional de Recursos Humanos do	A coordenação de cooperação internacional da EPSJV relata que a direção de Rh do MS Angola não conseguiu sistematizar uma demanda. Estão anexados vários e-

		Ministério da Saúde Pública de Angola no âmbito do projeto de capacitação do sistema de saúde do país com a ABC	mails enviados pela equipe da CI da escola politécnica ao MS Angola informando que professores estavam disponíveis para realizar as atividades no âmbito do projeto com a ABC, sem resposta. A EPSJV solicita então que a atividade de sua incumbência seja cancelada.
2009	ENSP, 2009a	Relatório Técnico Final fase 1 do projeto de Capacitação do Sistema de Saúde de Angola	Relatório elaborado pela ENSP com síntese dos pontos fortes, principais problemas e recomendações para a finalização do curso. Tem uma avaliação detalhada do curso feita por 26 alunos dos 29 matriculados no curso.
2009	ENSP, 2009b	Relatório da missão da ENSP ao Ministério da Saúde Pública de Angola	Missão integrada por Antônio Ivo, diretor da ENSP; Maria Helena Mendonça, vice diretora de pós graduação da ENSP; Joyce Mendes, coordenadora do projeto; Marismay de seta, coordenação do projeto. O objetivo era retomar o prometo do mestrado que havia ficado parado um ano. Foram recebidos no MS Angola pelo vice ministro da saúde, Carlos Alberto Maseca, e pelo diretor de RH, Antonio Alves Costa. Os brasileiros identificaram como um problema o fato de não haver, em Angola, uma contraparte para o diálogo no campo da cooperação técnica. Os angolanos se mostram comprometidos com a proposta de estruturação da ESP. Se mostrou inclusive interessado em um segunda turma do curso. A missão incluiu encontro com o ministro da saúde; angola se comprometeu com a disponibilização de sala de informática
2009	ABC, 2009	Projeto de capacitação do sistema de saúde de Angola – revisão do anterior (2007)	Destina mais um total de 1 milhão e 104 mil reais (666 mil do governo, 154 mil da Fiocruz, 333 mil de Angola) para terminar o mestrado que seria a ação descrita como “qualificar docentes para a futura escola de saúde pública” e estruturar biblioteca
2009	Cris, 2009	Relato de Celia Almeida à José Roberto Ferreira sobre viagem em que acompanhou Celso Amorim	Relata conversa com o então chanceler sobre a regularização do escritório da Fiocruz em Maputo e sobre o andamento do projeto da fábrica. Tentavam encontrar uma saída para a regulamentação do escritório, e relata que Amorim afirmou que o “Escritório era uma alta prioridade da Presidencia da República”; mas não encontraram solução. Marco Farani, então diretor da ABC, sugeriu que o envio de recursos poderia ser via PNUD, como trabalhava a ABC. Sobre a fábrica havia um problema de padrão de regulamentação dos produtos, o modelo da OMS, que Farmanguinhos utilizava era diferente do modelo do FDA norte americano que Moçambique usava e isso estava em discussão. Celso Amorim demonstrou preocupação com a imagem do país e disse que o projeto não podia falhar. Doc em arquivo no computador de José Roberto Ferreira.

2010	PROFORSA, 2010	Relatório de viagem – Missão Conjunta Brasil-Japão para Proforsa 13 a 18 de junho de 2010	Relatório de viagem de Maria Cristina Botelho de Figueiredo. Com detalhes de todas as pessoas com as quais se reuniram, situação e dados de todos os centros de saúde onde a Fiocruz atuaria e todas as negociações. Indica que os dirigentes angolanos avaliavam a cooperação brasileira como frágil e indica as condições postas pela delegação brasileira: envolvimento direto dos dirigentes angolanos.
2011	Fiocruz/RINS, 2011	Apresentação de Felix Rosemberg na reunião de fundação da RINS CPLP	A reunião ocorreu entre 21 a 23 de março de 2011. Apresentação ressaltou os problemas do “modelo dominante de cooperação em saúde” e a cooperação estruturante como alternativa: file:///C:/Users/Dell/Downloads/Brasil_Fiocruz_Exper-e-reflexoes-RINS-CPLP_1.pdf
2011	CPLP, 2011	Relatório da Reunião Extraordinária de Ministros da Saúde da CPLP - Rio de Janeiro, 21 de outubro de 2011	Ministro da saúde do Brasil não foi e foi representado por Dr. Luís Odorico, SGEP do Ministério da Saúde Emb. Eduardo Barbosa; Paulo Buss conduziu a reunião; Decidiu-se por uma reunião em Genebra, sugerida para 31 de outubro de 2011, em local ainda a ser marcado para marcar posição dos países da CPLP como “bloco” em relação ao posicionamento na Reunião Extraordinária do Conselho Executivo da OMS sobre a reforma da instituição; outro ponto discutido foi uma avaliação do PECS. Disponível em: https://saude.cplp.org/media/jyycdi4o/relatorio-ii-reuniao-extraordinaria-ms-cplp-out-2011_revisto.pdf
2011	JBPP, 2011	Acordo de Cooperação Triangular entre Japão – Brasil – Angola no âmbito do programa de parceria Brasil-Japão (JBPP)	Projeto assinado pelas partes envolvidas: JICA; MS ANGOLA; Embaixada do Brasil em Angola; ABC/MRE; MS BRASIL; FIOCRUZ; Unicamp (não tem a assinatura da Unicamp)
2011	Fiocruz, 2011	Ajuda memória do encontro consultivo para implementação do programa de doutoramento em biociências e saúde pública	Reunião em Moçambique que ocorreu nos dias 01 e 02 de dezembro de 2011 para discutir a implementação de um Programa de Doutorado em Biociências e Saúde Pública da UEM com participação de representantes da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, Brasil), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, Brasil), do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT, da Universidade Nova de Lisboa, Portugal), das Faculdades de Medicina e Veterinária da UEM e do Instituto Nacional de Saúde (INS, Moçambique). Participaram pela Fiocruz: Nísia Trindade Lima, Maria Cristina Guilam, Márcio Neves Bóia, Célia Almeida Wilson Savino, Luiz Eduardo Fonseca, José Luís Telles
2011	Fiocruz, 2011b	Ajuda memória reunião projeto PROFORSA	Reunião para programar o início do Proforsa, no CRIS/Fiocruz com participação de Fiocruz (Luis Eduardo, Cristina Figueiro, Ana Corbo e Erica); ABC (Frederico

			Paiva; AISA (Tatiana Alencar); JICA (Marina Nakagawa, Paula Risa Tomaru, Chiaki Kobayashi); UFRGS (Camilla Giuliani)
2012	Fiocruz, 2012	Relatório da missão de cooperação técnica da CPLP para a criação de um Instituto Nacional de Saúde em Cabo Verde	Missão ocorreu entre 03 e 10 de maio de 2012. Apresenta um diagnóstico das instituições e serviços existentes no país à luz das funções essenciais da saúde pública. Recomendações incluem realização de oficina de planejamento estratégico e visitas à Fiocruz e ao INS Peru
2012	Fiocruz, 2012b	Troca de e-mails Paula Risa e Luis Eduardo Fonseca	Início formal do projeto em 25 de janeiro. Luis Eduardo assume as orientações iniciais para o trabalho de Paula Risa, ponto focal que fica em Luanda. Nota-se seu esforço por consolidar o caráter político do projeto e a apropriação dos angolanos.
2012	Proforsa, 2012	Relatório de Viagem 12 a 17 de maio	Relatório de viagem de Marileide Nascimento da Silva da EPSJV sobre componente da reestruturação das grades curriculares das escolas técnicas em Angola. Participaram da missão Luis Eduardo, Telles, Uberto Trigueiros e Adir Glusing, do ICICT e Paulo Lima e Camila Vargas da ABC.
2014	ENSP, 2014	Apresentação da coordenadora do mestrado em sistemas de saúde da ENSP no INS Moçambique – Celia Almeida-	Apresentação em Power Point realizada na ocasião da formatura dos alunos do mestrado em sistemas de saúde no INS Moçambique. Contém os nomes de todos os alunos, os títulos de todas as dissertações e local de trabalho de cada um

Elaboração própria a partir dos documentos que foram utilizados no trabalho que estavam em arquivo físico ou digital no CRIS-Fiocruz.