

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“A Cooperação Internacional na Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz):
desenvolvimento e panorama atual (2013)***

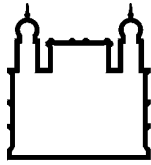
por

Erica Kastrup Bittencourt e Camara

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

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

Rio de Janeiro, novembro de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

***“A Cooperação Internacional na Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz):
desenvolvimento e panorama atual (2013)***

apresentada por

Erica Kastrup Bittencourt e Camara

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Luiz Eduardo Fonseca

Prof. Dr. Fernando Antônio Pires Alves

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

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

C172c Camara, Erica Kastrup Bittencourt e
A Cooperação Internacional na Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz):
desenvolvimento histórico e panorama atual (2013). / Erica Kastrup
Bittencourt e Camara. -- 2015.
153 f. : graf.

Orientador: Celia Maria de Almeida
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Cooperação Internacional. 2. Saúde Pública. 3.
Internacionalidade. 4. Escolas de Saúde Pública - história.
5. Recursos Humanos em Saúde. 6. Saúde Global.
7. Institucionalização. 8. Desenvolvimento Institucional.
9. Análise Quantitativa. I. Título.

CDD – 22.ed. – 378.37

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Felipe, pela parceria incrível nessa caminhada da vida, e pelo seu amor, cuidado, carinho e atenção, que a cada dia me ensinam a ser uma pessoa melhor.

À Cleo, que me ensinou o que é o maior amor do mundo. E à Eva, que chegou no meio disso tudo para me fazer ainda mais forte e muito mais feliz. Vocês são minha motivação a qualquer esforço, sempre.

À minha mãe e meu pai, que nunca me deixaram duvidar de que isso fosse possível, e me ofereceram todo o apoio necessário, em todas as dimensões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente e principalmente à Celia Almeida, minha orientadora e amiga, que me guiou por novos caminhos, e cujo amor e rigor pelo trabalho me inspirarão a melhorar sempre. Obrigada por tudo o que me ensinou, pelo carinho e apoio nesta jornada.

Agradeço aos amigos da ENSP, José Inácio, Sandra Venâncio, Marcelo Rasga, Pablo Dias Fortes, Luisa Pessoa, vocês foram fundamentais para que em mim despertasse o amor que sinto por esta Escola. Faço menção especial a Antônio Ivo de Carvalho, que segurou a minha mão quando entrei na ENSP e me brindou com sua amizade. Seu brilho e generosidade serão sempre uma inspiração para mim.

Obrigada à Ana Laura, pela amizade e imensa ajuda, espero que nossos caminhos se cruzem ainda muitas vezes.

Obrigada à Frederico Peres, pela disponibilização dos dados e da estrutura para a realização desta pesquisa.

Agradeço ao José Roberto Ferreira, que de maneira muito particular e carinhosa me incentivou e tanto ensinou sobre o trabalho na cooperação internacional; a Luiz Eduardo, pelas conversas sempre interessantíssimas, ao Paulo Buss, e outros amigos do CRIS – Liliane, Claudia Parente, Alvaro Matida, Sebastian Tobar e Carlos Linger– muito obrigada pelo companheirismo.

Um sincero agradecimento à Marcinha e Lu, minhas amigas de todo dia que me deram força do começo ao fim, sem seus ouvidos isso tudo seria muito mais difícil.

Obrigada a todos os amigos do curso do mestrado e, em especial, a Rawlinson, Marcos, Soraya e Virginia, que compartilharam comigo as angústias, frustrações e com certeza compartilharão esta vitória.

Obrigada à minha família, meus irmãos Raquel e Eduardo, meus enteados Lucas e Bernardo, meu sobrinho-filho, Renan, meus sogros, Tamar e Oswaldo, e minha avó Natália, pela força sempre; e meus avôs Airton e Everardo, que ficariam orgulhosos. E aos amigos-família, Cris, Rê, Fernanda, Binho, Isabela, Eric, Carol e seus filhos que enchem a minha casa e a minha vida de alegria.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO -----	13
PANORAMA TEÓRICO E CONCEITUAL	
Cooperação Internacional para o Desenvolvimento -----	17
Cooperação Sul-Sul -----	22
Cooperação Triangular -----	25
Cooperação Internacional em Saúde “tradicional” e a proposta “alternativa” brasileira -----	27
Cooperação técnica, acadêmica, científica ou tecnológica -----	29
Da Saúde Pública à Saúde Coletiva -----	31
METODOLOGIA -----	37
A coleta dos dados -----	38
A organização dos bancos de dados da ACI-ENSP -----	39
PANORAMA HISTÓRICO E CONTEXTUAL	
Relações Internacionais e Saúde-----	41
Uma organização internacional e multilateral para a saúde -----	44
A criação das Escolas de Saúde Pública (ESPs) -----	45
Hegemonia norte-americana, sistema de serviços de saúde e reformas contemporânea -----	49
Formação de recursos humanos em saúde pública e cooperação internacional -----	51
Da saúde internacional à saúde global -----	53
Política externa Brasileira (PEB) e cooperação internacional-----	55
COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E A ENSP/FIOCRUZ	
Breve histórico da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca -----	58
As estratégias de fortalecimento e crescimento institucional -----	63
A estrutura organizacional da ENSP e o lugar da cooperação internacional -----	73
A institucionalização da cooperação internacional na FIOCRUZ -----	75
A institucionalização da cooperação internacional na ENSP -----	79
Um mecanismo de cooperação da Fiocruz com a OPAS/Escritório do Brasil (TC-41) -----	80
A ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS RECENTES SOBRE A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NA ENSP / FIOCRUZ	
A organização dos dados quantitativos -----	83
Alunos estrangeiros egressos titulados pela Escola -----	83
Iniciativas de cooperação internacional dirigidas à direção da ENSP ou à ACI/ENSP -----	83
Afastamentos do País -----	85
Pesquisa -----	86
Alguns Resultados	
Alunos estrangeiros egressos titulados pela Escola -----	88
Iniciativas de cooperação internacional dirigidas à direção da ENSP ou à ACI/ENSP -----	96

Afastamentos do País -----	103
Pesquisa -----	106
Comentários adicionais -----	109
DISCUSSÃO -----	111
CONCLUSÕES -----	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	117
ANEXO 1 – DOCUMENTOS LEVANTADOS E ANALISADOS -----	123
ANEXO 2 – ORGANOGRAMA DA ENSP -----	128

LISTA DE SIGLAS

ABC – Agencia Brasileira de Cooperação
ACI – Assessoria de Cooperação Internacional
AISA – Assessoria Internacional do Ministério da Saúde
BM – Banco Mundial
BRICS – Coalizão Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CID – Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CIS – Cooperação Internacional em Saúde
CNS – Cooperação Norte-Sul
CRIS – Centro de Relações Internacional em Saúde da Fiocruz
CSS – Cooperação Sul-Sul
CTPD – Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
EC – Estudo de Caso
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESP – Escola de Saúde Pública
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IBAS – Fórum Índia, Brasil, África do Sul
IDA – Integração docente-assistencial
MRE – Ministério das Relações Exteriores
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan Americana da Saúde
PEB – Política Externa Brasileira
PPREPS – Programa de Preparação de Pessoal Estratégico em Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Total de egressos estrangeiros titulados pela ENSP por modalidade de curso (lato e estrito senso, na sede e fora da sede), de 1978 a 2013
- Gráfico 2** – Número de Egressos Estrangeiros da ENSP por região de origem e tipo de curso, de 1978 a 2013
- Gráfico 3** – Total de Egressos Estrangeiros da ENSP por ano e por região de origem de 1978 a 2013
- Gráfico 4** – Número de Egressos Estrangeiros da ENSP de países latino-americanos por ano, de 1978 a 2013
- Gráfico 5** – Número de Egressos Estrangeiros da ENSP de países africanos por ano, 1978 a 2013
- Gráfico 6** – Total de Egressos Estrangeiros da ENSP de origem africana por país, 1978 a 2013
- Gráfico 7** – Total de Egressos Estrangeiros da ENSP de origem latino-americana por país, 1978 a 2013
- Gráfico 8** – Percentual de Egressos Estrangeiros por Categoria de Curso, 1978 a 2013
- Gráfico 9** – Número Egressos Estrangeiros segundo categoria e local de realização do curso, 1978-2013
- Gráfico 10** – Distribuição do número total dos egressos estrangeiros por Programa de Pós-Graduação da ENSP, 1978 a 2013
- Gráfico 11** – Total de Iniciativas de cooperação internacional na ENSP, por tipo de relação e por Região, 2004 a 2013
- Gráfico 12** – Total de Iniciativas de Cooperação na ENSP por Região, 2004 a 2013
- Gráfico 13** – Total de Iniciativas que envolveram países da África, por país, 2004 a 2013
- Gráfico 14** – Total de Iniciativas que envolveram países da América Latina por país, 2004 a 2013
- Gráfico 15** – Divisão percentual em relação ao desenvolvimento do total das iniciativas de cooperação, 2004 a 2013
- Gráfico 16** – Situação do desenvolvimento das iniciativas por cooperação por região, 2004 a 2013
- Gráfico 17** – Total de iniciativas de cooperação da ENSP, por área de atuação e por região, 2004 a 2013
- Gráfico 18** – Total de Iniciativas de cooperação, por tipo de instituição envolvida e por região, 2004 a 2013
- Gráfico 19** – Total de Iniciativas de Cooperação, por ano, 1991 a 2013
- Gráfico 20** – Total de Iniciativas de Cooperação, por região, 1991 a 2001
- Gráfico 21** – Total de afastamentos do país de servidores da ENSP por ano, 2006 a 2013
- Gráfico 22** – Total de afastamentos do país de servidores da ENSP por ano e região, 2006 a 2013
- Gráfico 23** – Total de afastamentos do país de servidores da ENSP, por região e motivo do afastamento, 2006 a 2013
- Gráfico 24** – Linha do tempo dos afastamentos do país de servidores da ENSP por motivo, 2006 a 2013
- Gráfico 25** – Total de Projetos de Pesquisa com Cooperação Internacional na ENSP por Região, 2003 a 2013

Gráfico 26 – Total de Projetos de Pesquisa com Cooperação Internacional por Tipo de Parceiro e por Região, 2003 a 2013

Gráfico 27 – Total de projetos de pesquisa com cooperação internacional, por tipo de parceiro e por natureza (público ou privado), 2003 a 2013

Gráfico 28 – Total de Projetos de Pesquisa com Cooperação Internacional com Organismos Multilaterais por nome, 2003 a 2013

Gráfico 29 - Total de Projetos de Pesquisa com Cooperação Internacional por tipo de parceiro e tipo de relação, 2003 a 2013

Gráfico 30 – Total de projetos de pesquisa com cooperação internacional por departamento, centro ou núcleo da ENSP e por tipo de parceiro, 2003 a 2013

Gráfico 31 – Total de projetos de pesquisa com cooperação internacional por departamento, centro ou núcleo da ENSP e por região, 2003 a 2013

RESUMO

Na América Latina, o desenvolvimento de Escolas de Saúde Pública (ESPs), desde a primeira metade do século XX, está historicamente relacionado à cooperação internacional (CI) e à influência norte-americana na região, sobretudo da Fundação Rockfeller, prevalecendo a perspectiva biomédica na organização da saúde pública em nível regional. Entretanto, desde a sua consolidação nos anos 1960, a ENSP foi influenciada pelos preceitos da Medicina Social. Na década de 1970, a influência do movimento da medicina social latino-americana, a articulações de profissionais em nível regional e internacional, novos atores e projetos reunidos na ENSP contribuíram para o fortalecimento dessa característica, que alicerçou o desenvolvimento institucional da Escola. Na década seguinte, final dos anos 1970 e anos 1980, esse alinhamento foi confirmado pelo protagonismo da ENSP no avanço do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, contribuindo de forma relevante para a elaboração do conceito de Saúde Coletiva, que embasou as atividades e ações do movimento reformista, assim como para a aprovação da reforma da saúde na nova Constituição brasileira de 1988 e, posteriormente (nos anos 1990), para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa dinâmica no Brasil foi praticamente antagônica ao observado na América Latina no mesmo período, quando a maioria dos países realizou reformas baseadas em princípios neoliberais. Nos anos 1990, a ENSP se beneficiou da cooperação internacional acadêmica, científica e tecnológica, ampliando a articulação com instituições de ensino e pesquisa no exterior. Nos anos 2000, a priorização da saúde na agenda da Política Externa Brasileira (PEB) estimulou uma nova atuação da ENSP (e da Fiocruz) na Cooperação Internacional em Saúde (CIS), que se caracterizou pelo privilegiamento das relações Sul-Sul. Esse processo inaugurou uma nova forma de relação da Fiocruz (e da ENSP) com a cooperação internacional brasileira em saúde, onde a instituição figurou como ponto focal da PEB nesse campo. Os projetos de CIS, organizados institucionalmente a partir de então, passaram a coexistir com a cooperação internacional acadêmica tradicional, isto é, advinda das relações profissionais entre pesquisadores brasileiros e estrangeiros. Essas duas vertentes, embora paralelas e com trajetórias particulares, guardam relações entre si, embora uma não derive da outra. Os projetos de CSS realizados pela Escola se alinham à proposta “alternativa” da cooperação internacional brasileira, denominada “cooperação estruturante em saúde”. Apesar do pouco tempo de desenvolvimento dos projetos institucionais e de certo alinhamento com a PEB e a política institucional da Fiocruz nessa área, os dados disponíveis analisados evidenciam essa mudança, mas são insuficientes para uma melhor avaliação dos resultados dessa nova política da ENSP para a CI. Seria oportuna uma melhor organização dos bancos de dados coletados na ENSP/Fiocruz sobre o tema, seja em relação ao processo de trabalho institucional ou da atuação política da ENSP no campo internacional, possibilitando análises mais refinadas.

ABSTRACT

In Latin America, the development of Schools of Public Health (SPHs) since the first half of the 20th century is historically connected with international cooperation (IC) and United States influence in the region, particularly through the Rockefeller Foundation. In this process, the biomedical perspective predominated in the organisation of public health regionally. Nonetheless, Brazil's National School of Public Health (ENSP), since it was established in the 1960s, has been influenced by the principles of Social Medicine. In the 1970s, the influence of the Latin American social medicine movement, relations among health professionals regionally and internationally, new actors and projects concentrated in the ENSP all contributed to strengthening this characteristic underpinning the school's institutional development. Over the following decade, from the late 1970s through the 1980s, this alignment was confirmed by the ENSP's leading role in advancing the Brazilian Health Sector Reform Movement: it contributed significantly to development of the concept of Collective Health underlying the reform movement's activities and actions, as well as to approval of the health sector reform in Brazil's 1988 Constitution and, subsequently, in the 1990s, to implementation of the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*, SUS). This dynamic in Brazil went against the tide of what was seen in Latin America in the same period, when most countries carried out reforms grounded in neoliberal principles. In the 1990s, the ENSP benefited from international academic, scientific and technological cooperation, and expanded its interrelations with teaching and research institutions abroad. In the 2000s, the priority given to health on Brazil's Foreign Policy (BFP) agenda prompted new actions by the ENSP (and the Oswaldo Cruz Foundation, FIOCRUZ), prioritising South-South relations in International Cooperation in Health (SSICH). That process ushered in a new kind of relationship between the FIOCRUZ (and ENSP) and Brazil's international cooperation in health, with the FIOCRUZ constituting the focal point for BFP in this field. The IHC projects, thereafter organised institutionally, came to coexist with traditional academic IC, that is, cooperation stemming from professional relations between researchers in Brazil and abroad. These two trends although parallel and with their own particular trajectories, are interrelated, although one does not derive from the other. The SSICH projects carried out by the ENSP align with the "alternative" proposal of Brazilian's "structural cooperation in health". Despite the short time that these institutional projects have been operating and certain alignment with BFP and FIOCRUZ policy in this area, the available data examined do attest to this change, but are insufficient for any thorough assessment of outcomes of this new policy of the ENSP's towards IC. It would appear to be a good time to organise better the ENSP/FIOCRUZ databases, as regards both the process of the ENSP's institutional work and its political action in the international field, so as to facilitate more refined analyses.

INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa é a atuação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) na cooperação internacional em saúde (CIS). A ENSP é uma unidade técnica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) que atua na formação de recursos humanos em nível de pós-graduação, ofertando cursos de especialização, mestrado e doutorado no campo da Saúde Coletiva¹.

A Fiocruz foi criada pelo Decreto nº 66.624, de 22 de maio de 1970, é dotada de personalidade jurídica de direito público, mas vinculada ao Ministério da Saúde, e tem por finalidade desenvolver atividades nos campos da saúde, da educação e do desenvolvimento científico e tecnológico². Seus antecedentes remetem ao Instituto Soroterápico Federal fundado em 1900 com o objetivo de combater a peste bubônica e situado na Fazenda Manguinhos, lugar onde até hoje se mantém a sede da Fundação³. Atualmente, a Fiocruz tem unidades em 10 estados e conta com um escritório regional de representação na África localizado em Maputo, capital de Moçambique. Ao todo, são 16 unidades técnico-científicas, voltadas para ensino, pesquisa, assistência, inovação e desenvolvimento tecnológico no âmbito da saúde. A Fiocruz conta atualmente com cerca de 8,6 mil profissionais

A ENSP foi criada em 1954 e, além de formar profissionais para o SUS e para o sistema de ciência e tecnologia em saúde brasileiro, constitui-se também num instituto de pesquisa que contribui para o sistema de ciência e tecnologia do país, além de prestar serviços de referência e desenvolver projetos cooperação técnica com estados e municípios brasileiros e com outros países. Sua missão está voltada fundamentalmente para o fortalecimento do sistema de saúde do Brasil

Lima et al(2005) referem que a ENSP foi a primeira escola federal no Brasil destinada a formar profissionais em saúde pública. Segundo esses autores, a ENSP esteve, desde sua criação, profundamente influenciada pelo contexto histórico e político da saúde no Brasil e na América Latina, e por uma série de atores cujas histórias pessoais e profissionais influenciaram seu desenvolvimento, assim como outros espaços de debate político da saúde pública na região.

Na América Latina, o desenvolvimento de escolas de saúde pública está historicamente relacionado com a cooperação internacional (CI) e com a influência norte-americana na região. A Fundação Rockefeller no início do século, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) a partir

¹ Nesta pesquisa definimos Saúde Coletiva como um campo de produção de conhecimentos voltado para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, bem como as práticas direcionadas prioritariamente para sua promoção, além de voltadas para a prevenção e o cuidado a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos, mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto a coletividade (Paim, 1982; Donnangelo, 1983 *apud* Paim, J. & Almeida-Filho, N. 2014).

² DEC 4.725/2003 de 09/06/2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4725.htm (Acesso em: 06/04/2015)

³ Para maiores informações sobre a linha do tempo da Fiocruz consultar: http://www.fiocruz.br/linhadotempo/linha_do_tempo.html (Acesso em: 06/04/2015)

dos anos 1940 e a Fundação Kellog a partir dos anos 1960 foram algumas das instituições tiveram papel fundamental na consolidação de paradigmas que orientaram o desenvolvimento da saúde pública no Brasil e que influenciaram a história da ENSP, seja com a concessão de bolsas de estudo ou com financiamento de programas de formação e de desenvolvimento de pesquisas na área da saúde pública (Marinho, 2001; Godue 1992; Faria 1995, 2006; Lima, 2004; Cejudo e Valladares 2013).

Os projetos de cooperação internacional realizados pela ENSP atualmente têm como objeto o ensino, a pesquisa ou a assessoria técnica, sendo que em alguns casos a assessoria técnica e o ensino se articulam num mesmo projeto. Na área de ensino a cooperação internacional em saúde na ENSP ocorre fundamentalmente de duas maneiras: recebimento de alunos estrangeiros em cursos regulares da escola; e a partir de programas de formação e capacitação profissional desenvolvidos nos países demandantes e negociados institucionalmente. E na área de pesquisa e de assistência técnica existem projetos e atividades desenvolvidas a partir de contatos e relações profissionais individuais, ou de grupos específicos de pesquisadores da ENSP com outros grupos ou instituições no exterior, ou de colaborações individuais no exterior, isto é, encaminhadas diretamente ao profissional da ENSP e por ele atendidas.

Na área da pesquisa, a maioria dos projetos não demandam apoio da área de gestão da cooperação internacional na ENSP (Assessoria de Cooperação Internacional – ACI-ENSP) ou mesmo da direção da escola, e, em consequência, tem detalhes que muitas vezes não são conhecidos por estas instâncias.

A ideia de desenvolver este trabalho surgiu de minha inserção profissional na ENSP, desde 2008, quando fui aprovada no primeiro concurso público da Fiocruz que abriu vagas para a área de cooperação internacional. A vivência dos processos de negociação, formulação e execução das diferentes ações de cooperação da ENSP, ainda que recente, instigaram a minha busca por melhor entender esses processos, pois existe grande diversidade de atividades de CIS executadas pela ENSP, *pari passu* à carência de uma política institucional mais clara e assertiva que as oriente.

O objetivo central deste estudo é descrever e analisar o desenvolvimento da cooperação internacional na ENSP/Fiocruz, com vistas a contribuir tanto para o refinamento dos registros dessas atividades quanto para a formulação de uma política institucional nessa área. A proposta é apresentar um panorama da história do desenvolvimento da cooperação internacional na ENSP, desde a sua criação, e identificar os projetos de cooperação programados ou executados na Escola mais recentemente, delineando tendências e identificando elementos que possibilitem inferências sobre o alinhamento institucional da ENSP com a política de internacionalização da Fiocruz e a Política Externa Brasileira (PEB).

As hipóteses formuladas inicialmente foram: a cooperação internacional teve um papel importante no desenvolvimento da Escola, tendo sido essencial também, juntamente com outros atores, na formulação e implementação de projetos de mudança do sistema de saúde brasileiro; e, no período recente analisado, apresenta duas vertentes distintas, que em geral não se relacionam entre si – a primeira diria respeito às relações criadas diretamente por pesquisadores da Escola e a construção de agendas de CI vinculadas as trajetórias acadêmicas individuais, principalmente no âmbito das relações Norte-Sul; e a segunda se referiria à atuação da ENSP como instituição de governo que desenvolve projetos de CI negociados institucionalmente e que teriam como prioridade a cooperação Sul-Sul.

Pretende-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para subsidiar a atuação da ENSP e da Fiocruz na cooperação internacional em saúde, de forma a criar sinergias e otimizar resultados.

A primeira parte apresenta um panorama teórico e conceitual das diferentes configurações e formas de cooperação internacional, considerando tanto a cooperação internacional para o desenvolvimento, constituída formalmente no período pós Segunda Guerra Mundial, quanto outros tipos de CI formulados em momentos históricos específicos – a cooperação Sul-Sul e a cooperação triangular –, e CI com objetivos particulares – a cooperação acadêmica, científica e tecnológica–, além da proposta alternativa de cooperação internacional em saúde do Brasil, implementada a partir da década de 2000. Como referencial teórico para esta pesquisa foram revistos também os conceitos de saúde pública e saúde coletiva, entre outros que se constituíram em movimentos críticos sobre a prática médica, em momentos conjunturais e históricos particulares. A seguir, detalha-se o percurso metodológico adotado neste estudo.

A terceira parte constrói um panorama histórico e contextual sobre a aproximação entre saúde e relações internacionais, desde seus antecedentes, que remetem ao fim do século XIX, até o aparecimento do termo saúde global (em substituição à saúde internacional) e a articulação contemporânea entre saúde e política externa, que se desenvolve a partir da última década do século XX e a primeira do século XXI. Nesse panorama destaca-se a atuação de instituições internacionais que fomentaram, em diferentes momentos, a criação de Escolas de Saúde Pública (ESPs) em diferentes partes do mundo, o intercâmbio de conhecimentos e a formação de recursos humanos nesse campo na região latino-americana. Num contexto mais recente, destaca-se a relação da política externa brasileira (PEB) com a cooperação internacional em saúde no Brasil.

Na quarta parte descreve-se o desenvolvimento histórico da ENSP, destacando-se atores e projetos que contribuíram para a institucionalização da cooperação internacional na Escola, em diferentes momentos, inter-articulada como desenvolvimento da cooperação internacional na

Fiocruz. São analisados a seguir os dados disponíveis sobre a CI na ENSP, que se referem a períodos específicos, organizados em bancos construídos especificamente para a pesquisa. A discussão analisa os resultados encontrados.

Conclui-se que a cooperação internacional influenciou a história da ENSP desde a sua criação, com contornos específicos em momentos históricos distintos. A articulação com o movimento da medicina social latino-americana durante as décadas de 1970 e 1980 influenciou a reflexão científica na Escola, assim como embasou a realização de projetos e o ativismo político que determinaram a contribuição da ENSP no movimento de reforma do sistema de saúde brasileiro. Nos anos 1990 a ENSP se beneficiou da cooperação acadêmica, científica e tecnológica, ampliando a articulação com instituições de ensino e pesquisa no exterior e possibilitando a introdução de novos temas de estudo e novas abordagens nos campos da pesquisa e do ensino. A partir da segunda metade dos anos 2000, com a atuação em projetos de cooperação Sul-Sul, a cooperação internacional adquire nova configuração, onde a ENSP passa a atuar como executora da Política Externa Brasileira.

PANORAMA TEÓRICO E CONCEITUAL

Para o que nos interessa discutir nesta pesquisa é importante levar em consideração as seguintes temáticas: a cooperação internacional para o desenvolvimento (CID), incluindo a cooperação Sul-Sul (CSS) e a cooperação triangular; a cooperação internacional em saúde (CIS) e a proposta brasileira denominada “cooperação estruturante em saúde”, que se propõe como uma nova forma de trabalho cooperativo, diferente do “modelo” tradicional de cooperação Norte-Sul; assim como a dinâmica da Política Externa Brasileira (PEB) nas últimas décadas e o lugar de prioridade da saúde na agenda de cooperação internacional da PEB. Por fim, faz-se necessário também revisitar a trajetória e o significado dos diferentes conceitos que foram elaborados para explicar as dimensões do cuidado e da saúde, em momentos históricos específicos, até a formulação da Saúde Coletiva, nos anos 1970. Todas essas temáticas se entrelaçam no processo de criação e desenvolvimento da ENSP.

Cooperação Internacional para o Desenvolvimento

Segundo Almeida (2013), a reflexão teórica sobre a cooperação internacional (CI) ainda é pouco explorada na literatura e, em geral, está permeada pelas correntes tradicionais das Relações Internacionais.

Na perspectiva realista, que entende o sistema internacional como anárquico pela falta de uma autoridade central soberana, cada estado deve se especializar ao máximo para se manter autossuficiente e não depender desse sistema, onde a interação entre Estados seria motivada por escolhas racionais e egoístas, o que constituiria um “estado de guerra permanente” (Waltz, 1979). Neste ambiente não existiria, portanto, cooperação.

Na perspectiva liberal, a cooperação seria possível pela existência de instituições internacionais que promoveriam a construção de normas comuns e políticas coordenadas entre os Estados, criando um ambiente propício à troca de conhecimentos e mercadorias. Para Keohane & Nye (1989) o sistema internacional seria regido por uma “interdependência complexa”, onde ganhos de um Estado dependeriam de ações de outros Estados e, nesse sistema, a cooperação surgiria como uma escolha racional.

Milner (1992), por outro lado, afirma que a literatura internacional já teria chegado a um consenso sobre quais comportamentos indicariam um processo de cooperação, entretanto, a autora apresenta pelo menos dois problemas nos enfoques tradicionalmente utilizados: 1) o pressuposto do ambiente anárquico e da busca de acúmulo de “ganhos absolutos” teria problemas, uma vez que esse ambiente não existiria na realidade concreta, pois os Estados se comunicam e a natureza dessa comunicação, que é definida por fatores domésticos, é que indicaria a natureza das relações entre

eles. A hipótese do “ganho absoluto” seria também suspeita, pois derivaria do ambiente anárquico e seria mais correto utilizar a perspectiva de “ganhos relativos”; 2) a literatura teria negligenciado, em ambos os enfoques, o papel das políticas domésticas.

Valente (2010), por sua vez, ressalta a dificuldade de definição do termo cooperação internacional, que é utilizado “para designar as mais distintas situações [...] sendo uma expressão de escopo flexível e amplo, tão amplo quanto suas possibilidades e fins.” (p. 48). Outros autores explicitam a mesma constatação, mas definem os processos de cooperação como uma “situação política” ou um “campo de ação política” (Silva, 2005, p. 41 *apud* Almeida, 2013).

Almeida (2013) afirma ainda que a “a categoria poder permeia, de distintas maneiras, os diferentes enfoques analíticos, [mas] a confusão entre os diferentes âmbitos de atuação [de distintos atores] e entre os termos ‘ajuda externa’, ‘cooperação internacional’ e ‘assistência técnica’ é grande na literatura” (p.18).

Esta multiplicidade de significados e confusão entre âmbitos de atuação impõe a diferenciação entre: 1) as atividades dos organismos multilaterais e sua relação com os governos ou instituições dos países; 2) a associação entre países e a formação de coalizões ou blocos regionais e a coordenação de políticas entre eles no interior desses espaços, com diferentes finalidades; 3) a atuação de Organizações Não Governamentais (ONGs) e filantrópicas em diversos países; e 4) a disponibilização de conhecimentos ou transferência de tecnologias desenvolvidas por um país à outro de menor desenvolvimento relativo. Todas essas atividades internacionais de alguma maneira se configuram como cooperação ou incluem projetos de cooperação, como por exemplo, nas coalizões entre países, mas têm objetivos e motivações distintas.

A Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu formalmente a cooperação internacional com a Resolução 200, aprovada na Assembleia Geral de 1948, com o nome de “Assistência Técnica para o Desenvolvimento Econômico”. O documento define as bases para a transferência de conhecimentos e para a formação de pessoas nos países “subdesenvolvidos” a partir do fomento aos intercâmbios e de visitas de especialistas com o objetivo de treinar pessoal para apoiar a organização de instituições.

No site do Ministério das Relações Exteriores do Brasil (MRE), a Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE) explicita que:

“A cooperação técnica internacional constitui importante instrumento de desenvolvimento, auxiliando um país a promover mudanças estruturais nos campos social e econômico, incluindo a atuação do Estado, por meio de ações de fortalecimento institucional. Os programas implementados sob sua égide permitem transferir ou compartilhar conhecimentos, experiências e boas-práticas por

intermédio do desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais, com vistas a alcançar um salto qualitativo de caráter duradouro”. (Brasil/MRE-ABC, 2014)⁴.

Essas definições introduzem categorias que também se confundem: “assistência técnica” e “cooperação técnica”, que ainda se encontram atualmente sem diferenciação clara na literatura.

Sato (2010) diferencia cooperação internacional de cooperação técnica internacional:

“Enquanto a primeira expressava o sentido mais genérico da busca por associações entre países com propósitos determinados, a noção de cooperação técnica era associada basicamente à ajuda internacional fornecida pelos países mais ricos e tecnologicamente mais avançados – diretamente ou por meio de agências multilaterais – aos países mais pobres.” (p. 51)

Na perspectiva de refletir sobre a articulação contemporânea entre saúde e relações internacionais, assim como sua priorização na política externa dos mais diferentes países, sobretudo a partir da década de 2000, Almeida (2013) privilegia a percepção da cooperação internacional como:

“[...] a atuação de determinados Estados nacionais em solo estrangeiro, por meio de projetos de cooperação para o desenvolvimento, negociados governo a governo, com ou sem a intermediação de organismos internacionais bi ou multilaterais em diferentes áreas, implementados a partir do pós-guerra no século XX” (p.19).

A autora acrescenta ainda que a cooperação internacional pode ser vista “como uma das dimensões da política de governo, ou seja, como um dos mecanismos utilizados pela política exterior de um país para desenvolver ou implementar determinadas práticas e conhecimentos em outro país, realizando, por essa via, interesses nacionais articulados internacionalmente” (p. 20). Entretanto, a mesma autora alerta que nem sempre a CI é uma relação restrita aos governos ou ao sistema de instituições multilaterais, acrescentando que atualmente existe uma miríade bastante diversificada de atores que atuam na área internacional e na CI.

Apesar da falta de consenso sobre uma definição, os autores utilizam a perspectiva histórica para buscar compreender os diferentes significados que a cooperação internacional adquiriu em momentos distintos (Campos, 2001; Valente, 2010; Puente, 2010; Aristizabal et al, 2010; Leite, 2012; Almeida, 2013). Há consenso de que o período pós Segunda Guerra Mundial foi quando se deu a institucionalização da cooperação internacional para o desenvolvimento, marcada pelo lançamento do Plano Marshall no governo do presidente norte americano Harry Truman, em 1947⁵.

Nesse momento, a CID foi pensada como um dos mecanismos que serviria de ajuda para a reconstrução dos países europeus destruídos pela guerra e, ao mesmo tempo, para a difusão de

⁴ Disponível em: <http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Conceito> (acesso em 06-04-2015).

⁵ Alguns autores indicam a existência de processos de cooperação internacional em saúde desde o século XIX, relacionados às trocas entre metrópoles e colônias e às ações de instituições religiosas ou filantrópicas de determinados países em algumas regiões. Essas atividades, ainda que existentes, não englobariam a relação com o tema do desenvolvimento à luz do significado que este termo adquire no período pós-Guerra (Almeida, 2013).

determinada concepção de desenvolvimento capitalista, consolidando áreas de influência das potências vencedoras da guerra no clima da polarização mundial da Guerra Fria (Puente, 2010; Cervo, 1994; Pereira, 2012). Isto ilustra o que Cervo (1994) chamou de caráter “ambivalente” da cooperação internacional, o qual se manteria, de diferentes maneiras, em períodos posteriores.

Nesse mesmo período foram criadas instituições internacionais multilaterais, com o objetivo (manifesto) de manter a paz e promover o desenvolvimento, como a Organização das Nações Unidas (ONU) (1945), a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) (1948), o Banco Mundial (BM) (1945) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (1945), “institucionalizando o chamado sistema internacional, no âmbito do qual se consolida uma específica política multilateral onde se situa a cooperação internacional” (Almeida, 2013).

Aos objetivos do Plano Marshall o presidente Truman agregou, em 1949, no discurso de posse de seu segundo mandato, as quatro diretrizes de sua política externa que incluía a ideia de compartilhar com nações em desenvolvimento os benefícios dos avanços científicos e tecnológicos alcançados pelos EUA. Essa proposta constituiu o Programa do Ponto IV de seu governo, que consolida a perspectiva de “ajuda ou assistência ao desenvolvimento” ou “ajuda externa” (Almeida, 2013).

Puente (2010) destaca que, durante as décadas de 1950 e 1960, a cooperação internacional teria sido influenciada pela ideia de que o desenvolvimento era sinônimo de crescimento econômico, centrando suas ações no desenvolvimento de infraestrutura produtiva, que requeria grandes aportes de capital. Concordando com Puente, Almeida (2013) destaca que, nessa época, os projetos de assistência técnica eram vistos como uma forma de fornecer insumos para alavancar o crescimento econômico.

Sintetizando, Almeida (2013) refere que:

“[...] nas duas décadas posteriores à segunda guerra mundial estabeleceram-se os pilares institucionais e ideológicos da hegemonia norte-americana no mundo que orientou, por sua vez, a institucionalização da cooperação internacional para o desenvolvimento”. (p. 27)

Apesar da criação das instituições multilaterais no início da segunda metade do século XX, até meados dos anos 1960 os fluxos de investimentos de um país a outro se davam principalmente pela via bilateral e configuravam ações denominadas assistência técnica ou ajuda externa. Esse quadro mudaria a partir dos anos 1970, quando os debates sobre o desenvolvimento passaram a incluir as perspectivas sociais (Pereira, 2012; Almeida; 2013).

A motivação geopolítica das ações de cooperação internacional foi evidenciada especialmente nas décadas de 1960 e 1970, no contexto de descolonização dos países africanos e asiáticos, quando

as ações de CI teriam buscado influenciar a orientação ideológica novos Estados que então se consolidavam, segundo determinados regimes políticos. Simultaneamente, emerge a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento – CTPD ou cooperação Sul-Sul, nascida na esteira do “Movimento dos Países Não Alinhados” na década de 1960⁶, que estaria ancorada na perspectiva de que as proximidades estruturais entre esses países facilitaríamos intercâmbios e trocas e, potencialmente, proporcionariam ruptura com as relações dominantes das potências hegemônicas. Segundo Almeida (2013), nesta fase "paulatinamente, a discussão sobre o desenvolvimento se desloca do eixo Leste-Oeste para o eixo Norte-Sul" (p. 29).

Segundo Puente (2010), esse contexto teria influenciado a ascensão do termo “cooperação”, que passaria gradativamente a se diferenciar de “ajuda” ou “assistência”, refletindo a preocupação de se incluir aspectos humanos e sociais nos preceitos do desenvolvimento. Os autores destacam que, nessa fase, observa-se um aumento no fluxo de cooperação pelas vias multilaterais (Leite, 2010; Puente, 2010; Almeida, 2013).

Na década de 1980 a conjuntura internacional foi marcada pelo chamado Consenso de Washington, uma “receita”, elaborada pelo Banco Mundial e pelo governo dos EUA, para o enfrentamento da crise econômica nos países em desenvolvimento, iniciada nos meados dos 1970 na Europa e que se propagou pelo mundo nas décadas posteriores. Nesse contexto, o Banco Mundial emerge como o ator principal na promoção do “desenvolvimento”, induzindo cortes nas políticas sociais e posteriormente prescrevendo reformas setoriais como condicionantes para os empréstimos, e as políticas de ajuste estrutural macroeconômico⁷ (Almeida et al 2010; Pereira, 2010; Puente, 2010; Almeida 2013).

Essas políticas de “ajuste” foram aplicadas em praticamente todos os países do mundo, como solução para superar a crise econômica, mas levando a enormes retrocessos nas condições vida, sociais e de saúde dos países em desenvolvimento (Almeida et al, 2010).

A intensificação do processo de globalização (desde meados dos 1970) e o fim da Guerra Fria a partir de 1989 trazem diferentes contornos ao tema da ajuda externa. Segundo Almeida (2013), o fracasso dos ajustes estruturais teria levado à percepção de que era necessário um novo paradigma para a promoção do desenvolvimento que incluísse, de alguma forma, a questão social.

A CID, tal como concebida no período pós-guerra, designa principalmente as relações entre um país desenvolvido (do Norte) e um em desenvolvimento (do Sul). A análise histórica indica que

⁶O “Movimento dos Países Não Alinhados” reivindicava uma “nova ordem econômica internacional”, com maior participação e oportunidades aos países em desenvolvimento.

⁷ O ajuste estrutural é uma modalidade de empréstimo instituída pelo Banco Mundial na década de 80 pautada por condicionalidades impostas aos países receptores (Pereira, 2010).

essas articulações envolvem relações de poder que se manifestam, muitas vezes, na imposição, aos países receptores, de objetivos e métodos de trabalho dos países doadores. Tal modelo sofreu várias críticas pautadas principalmente na baixa eficácia das ações e nas condições a serem cumpridas pelos países receptores, colocadas pelas instituições que ofertavam a ajuda. Nessa linha de reflexão, Sogge (2004) argumenta que os processos de ajuda internacional não se destinariam a promover o desenvolvimento *per se*, por conta de problemas estruturais na cadeia da ajuda externa, que trabalha de acordo com a lógica dos doadores e não das necessidades dos receptores.

Essas críticas foram objeto de debates mais intensos a partir dos anos 2000, quando o tema da eficácia e da efetividade das ajudas internacionais entra na agenda dos debates, incluindo também a cooperação internacional. As conferências de Paris (2005), Accra (2008) e Busan (2011) propuseram princípios que norteariam as relações entre os doadores e os receptores, com o objetivo de coordenar ações e melhorar os resultados da CID. Puente (2010) indica que, nesta fase, o tema da “governança” passou a constituir um “novo paradigma”, uma nova espécie de condicionalidade para as ações de cooperação.

A partir de Berg (1993) e Cassel (1994), Almeida (2013) refere que os projetos de cooperação internacional voltados para o fortalecimento organizacional e para as transformações sociais tiveram pouco êxito ao longo da história, apesar do fortalecimento de instituições públicas e do aparelho estatal dos países receptores da cooperação terem sido, ao longo dos anos, o propósito central subjacente às ações desta natureza.

Cooperação Sul-Sul

A Cooperação Sul-Sul é entendida na literatura como uma modalidade da CID e, apesar da diversidade de definições para o termo, o consenso existente na literatura é que indica relações de cooperação entre países em desenvolvimento ou do Sul geopolítico (Leite, 2010). Assim como na CI, o termo cooperação Sul-Sul é utilizado tanto para designar alianças e coalizões entre países em desenvolvimento (ou emergentes) como para indicar ações de compartilhamento de conhecimentos e experiências entre esses países em desenvolvimento.

A CTPD tem seu marco histórico na Conferência de Bandung, na Indonésia, realizada em 1955, que reuniu países africanos e asiáticos para discutir prioritariamente a cooperação em temas econômicos. Também neste caso, o movimento foi influenciado pelas diferentes perspectivas sobre o desenvolvimento, mas evoluiu lentamente e com várias inflexões (Almeida, 2013). Na década de 1960, o Movimento dos Países Não Alinhados (MNA) influenciou a criação, em 1964, do G77⁸, uma

⁸ O G77 é hoje formado por 133 países.

organização intergovernamental criada no âmbito da ONU, formada por países em desenvolvimento, que reforçou e impulsionou a CSS.

Em 1978, em Buenos Aires, delegações de 138 países se reuniram em uma Conferência organizada pela ONU e aprovaram um plano de ação (Plano de Ação de Buenos Aires) que fundou as bases da CSS. A partir dessa reunião, a CTPD se institucionalizou como uma nova modalidade de cooperação internacional entre países em desenvolvimento que, supostamente, funcionaria de forma distinta da cooperação Norte-Sul. Daí sua denominação também como “cooperação horizontal”.

Segundo Buss e Ferreira (2010) “a cooperação Sul-Sul é o processo de interação econômica, comercial, social ou de outra natureza que se estabelece (idealmente) com vantagens mútuas entre parceiros de países em desenvolvimento, geralmente localizados no hemisfério sul” (p.106)

Na década seguinte à reunião de Buenos Aires (anos 1980), o movimento da CSS não logrou grandes avanços devido, principalmente, à conjuntura de recessão que afetou os países em desenvolvimento. Leite (2010) afirma que “o ajuste neoliberal [dos anos 1980] acabou levando os países do Sul a competir pela recepção de investimentos estrangeiros diretos, interrompendo décadas de mobilização conjunta pela reforma da ordem econômica mundial que, assim como as próprias iniciativas de CSS, havia se calcado na centralidade do Estado como motor do desenvolvimento” (p.18).

Nos anos 1990 o contexto se modifica novamente e se torna mais propício para a retomada do movimento de cooperação entre os países em desenvolvimento a partir de uma série de conferências internacionais sobre temas sociais e relativos aos direitos humanos, da discussão sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da insatisfação com os impactos sociais dos ajustes estruturais. (Almeida et al 2010; Leite, 2010; Almeida, 2013)

Entre o fim dos anos 1990 e o início dos anos 2000 a Cooperação Sul-Sul ressurge com força no cenário internacional. Para Leite (2010), contribuíram para isso a emergência de governos progressistas em vários países do Sul e a melhora da situação econômica de alguns países, que teria permitido a adoção de atitudes proativas nesta área. Nessa fase, emergem as coalizões entre países de economias emergentes, como o IBAS (criado em 2003 reunindo Brasil, Índia e África do Sul), e posteriormente os BRICS (que além dos três países do IBAS agrega também China e Rússia e foi criado com esta configuração em 2011) que vão questionar o sistema multilateral vigente e a correlação de forças e de poder na arena internacional.

Para Lima (2005), as articulações entre países em desenvolvimento a partir dos anos 1990 apresentam formatos e conotações muito diferentes daquelas que impulsionaram o MNA nos anos 1960. As coalizões entre os países de nível intermediário de desenvolvimento (ou economias

emergentes) representariam uma nova forma de coalizão política e, potencialmente, fomentadora da cooperação Sul-Sul (Lima, 2005; Almeida, 2013). De qualquer forma, a priorização da CSS estaria ancorada na percepção de que os países em desenvolvimento enfrentam problemas comuns e têm potencial para partilhar experiências que apoiem o enfrentamento de suas necessidades, com melhora na situação de suas respectivas populações.

As posturas proativas à que se refere Leite (2010) dizem respeito ao fato de que países emergentes passam a figurar como ofertantes de cooperação a outros países mais pobres e de menor desenvolvimento relativo.

O trabalho de Leite (2010) busca entender o desenvolvimento da Cooperação Sul-Sul em perspectiva teórico-conceitual e histórica. Nesse texto a autora questiona em que medida a CSS seria diferente da cooperação tradicional Norte-Sul, e faz algumas considerações que, em concordância com outros autores, nos parece interessante ressaltar para problematizar a CSS:

- 1) Apesar do discurso de que a CSS seria um caminho para a libertação dos países em desenvolvimento da “dominação” dos países mais desenvolvidos, isso não se confirmou na prática, uma vez que historicamente relutaram em priorizar a CSS em detrimento da CNS. De fato, a CSS sempre teve caráter complementar a CNS.
- 2) A crença de que as proximidades estruturais entre os países do Sul geopolítico favoreceriam a exportação de modelos, tampouco se confirmou, uma vez que mudanças estruturais no interior de um país estariam mais ligadas a conjunturas nacionais específicas, vinculadas a determinados contextos internacionais, questionando, portanto, essa semelhança estrutural;
- 3) Apesar do esforço, na literatura internacional e mesmo nacional, para se diferenciar a CSS da CNS, estudos empíricos apontam motivações políticas para ambas as práticas, além de que são caracterizadas por grande diversidade de atores, processos e resultados, o que torna difícil afirmar *a priori* que uma é melhor que a outra.

Para entender a CSS sob a perspectiva da análise de política externa dos doadores emergentes, Leite (2010) remete ao trabalho de Lancaster (2007), que parte da análise das políticas domésticas para tentar compreender os propósitos que movem a ajuda internacional. Neste caso Leite (2010) informa a dificuldade de se realizar essa análise, uma vez que os países ainda não dispõem de dados sistematizados sobre suas ações e projetos de cooperação que, frequentemente, estão pulverizadas entre as várias agências do poder executivo, o que comprometeria a continuidade das ações diante das transições de governo.

Com relação à cooperação oferecida pelos países emergentes, Leite (2012) destaca ainda que “a natureza das recompensas ainda é difusa, já que os diversos propósitos atrelados à ajuda ainda não se encontram suficientemente articulados em uma política coerente de cooperação” (p. 29).

Em termos nacionais, Cabral (2012) destaca que ainda é uma questão em aberto até que ponto os princípios enunciados pela cooperação brasileira diferenciam, de fato, o Brasil de outros países, em particular dos países do Norte. Entretanto, a metodologia de resposta a demandas adotada pela cooperação brasileira e a adoção dos princípios de não condicionalidades e não intervenção em assuntos internos dos países parceiros da cooperação indicariam uma postura diferente se comparados à tradicional cooperação Norte-Sul.

Cooperação Triangular

A cooperação triangular constitui uma modalidade da CID que envolve três países, em geral um desenvolvido e dois em desenvolvimento, e que tem crescido concomitantemente à ampliação das ações de cooperação internacional. Para os doadores tradicionais, a ênfase na cooperação triangular representaria uma forma de responder às críticas baseadas na desarticulação entre objetivos e resultados da CNS; para os países emergentes, as vantagens da “triangulação” estariam relacionadas à possibilidade de ampliar a participação na CSS e, conseqüentemente, partilhar os possíveis ganhos relativos em termos de visibilidade (Pino, 2010).

Esta modalidade de cooperação apresentou grande desenvolvimento a medida que os países emergentes entraram na arena da CID. Para Galan, Pino e Calvo (2011), esta modalidade de CI estaria encontrando boa receptividade das agências internacionais por apresentar potencial para responder à questão da eficácia da ajuda, entretanto, seria necessária atenção à alguns desafios que se colocam para que os projetos tenham resultados positivos, como por exemplo, o possível aumento nos custos de transação e de gestão de projetos que envolvem três parceiros, localizados em diferentes regiões do mundo.

No Brasil, ao mesmo tempo em que o país fortaleceu sua atuação na CSS, doadores tradicionais como Alemanha, Japão, Estados Unidos e Canadá passaram a propor e desenvolver projetos triangulares de cooperação para países africanos ou latino-americanos.

Segundo a ABC/MRE, a atuação brasileira nesses projetos de cooperação triangular deve estar sujeita aos preceitos adotados pelo país para a CSS, quais sejam: a) responder a demandas; b) não estabelecer condicionalidades; e c) não interferir em assuntos internos dos parceiros. Assim, o país beneficia-se da possibilidade de ampliar os recursos disponíveis para a CID, permitindo melhor alcance dos projetos e resultados.

A Cooperação Internacional em Saúde “tradicional” e a proposta brasileira “alternativa” de cooperação em saúde

Segundo vários autores, a CIS é muito anterior ao período pós-guerras no século XX, remontando ao século XIX, vinculada à preocupação com doenças e epidemias que interferiam no comércio internacional e no trânsito de pessoas e mercadorias entre os diferentes continentes (Roemer, 1993; Birn, 2009; Almeida, 2013). Especificamente no que se refere à região sul-americana a dominância dos EUA foi historicamente importante, assim como a atuação de suas fundações filantrópicas (Faria, 1995; Cueto, 2006, 2008).

Desde o início do século XX as ações de cooperação internacional em saúde foram caracterizadas pela adoção de princípios e métodos determinados pelos países do Norte. As ações dos diferentes atores da cooperação internacional, em saúde, ao longo do tempo, não contribuíram de maneira significativa para que os países mais pobres adquirissem autonomia ou ao menos capacidade de resolução de seus problemas de saúde, sendo que as necessidades das populações e as desigualdades continuam enormes (Almeida et al, 2010; Buss e Ferreira, 2010).

Tradicionalmente, esses agentes internacionais do Norte reproduzem em território estrangeiro modelos adotados nos países desenvolvidos, ignorando questões culturais, sociais e políticas específicas dos países que recebem a ajuda, o que leva ao desenvolvimento de ações que não respondem às reais necessidades locais e não promovem a autonomia dos governos receptores (Almeida et al 2010; Buss e Ferreira, 2012). Neste sentido é que Birn et al (2009) afirmam que as ações de saúde internacional reproduzem a ordem política internacional.

Além de lidarem com questões como as enormes cargas de doenças, subfinanciamento e falta de profissionais qualificados, os gestores nacionais da saúde nos países mais carentes convivem com uma multiplicidade de atores internacionais executando diferentes projetos que, apesar de alguns benefícios, fragmentam a atuação no setor, dificultam a governança e o planejamento das ações (Almeida et al 2010; Almeida, 2013). Muitas vezes os diferentes agentes internacionais demandam diferentes processos de prestação de contas e mecanismos de gestão da cooperação, o que cria uma complexa burocracia necessária ao recebimento da ajuda. Essa multiplicidade de projetos é, comumente, pouco alinhada com as políticas nacionais e descoordenadas entre si (Sogge, 2004; Almeida et al, 2010; Buss e Ferreira, 2012; Almeida, 2013).

Outro problema é que as ações de cooperação muitas vezes ignoram as diretrizes nacionais e criam mecanismos próprios para a gestão política e econômica da ajuda, frequentemente paralelos aos governos nacionais. Pelo lado do receptor, essa realidade promove o desempoderamento da autoridade governamental e mina a sua autonomia, sendo que a multiplicidade de atividades e

programas acaba por frustrar os esforços dos governos para atender às necessidades de sua população (Sogge, 2004).

Em resposta a essas críticas formulou-se a estratégia do *Sector Wide Approach*, um método de trabalho que busca desenvolver uma política setorial única sob a liderança do governo local, que reúne os esforços e investimentos da CID, incluindo um programa de gastos único com o objetivo de diminuir a burocracia gerada pelos diferentes mecanismos de gestão da ajuda e permitir o planejamento estratégico setorial. No final dos anos 1990 este instrumento constituiu uma inovação na prática da ajuda internacional, que buscava responder às lições aprendidas ao longo da história da CID (Foster, 2000).

As críticas às formas tradicionais de cooperação internacional em saúde e a aproximação entre saúde e política externa no contexto da saúde global impulsionaram o desenvolvimento, no Brasil, da concepção de “cooperação estruturante em saúde” (Almeida et al 2010), que é construída a partir do argumento de que as ações de cooperação baseadas em programas verticais de combate a doenças específicas, executadas a partir de visões e métodos de trabalho dos países doadores são ineficientes para estruturar e fortalecer os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, o que teria contribuído para a ineficácia da cooperação como promotora do desenvolvimento.

Assim, essa concepção brasileira surge como uma proposta alternativa, que se baseia na perspectiva do intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto e compartilhamento de resultados e responsabilidades, dialogando com o conceito de “construção de capacidades para o desenvolvimento” desenvolvido e preconizado pelo PNUD em 1997, agregando a proposta de se “explorar as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país” (p. 28).

Como referem Almeida et al (2010),

“A concepção de *cooperação estruturante em saúde* baseia-se fundamentalmente na abordagem de construção de *capacidades para o desenvolvimento*. Este novo paradigma inova em dois aspectos em comparação a paradigmas anteriores: integra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional; e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias. A nova abordagem propõe explorar as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país.” (P. 28) (destaques dos autores).

Nessa perspectiva, o papel do agente internacional muda completamente, uma vez que teria a responsabilidade de estabelecer parcerias na cooperação, apreendendo as necessidades e a realidade do país parceiro e definindo conjuntamente as atividades da cooperação. Além disso, a cooperação é orientada para o fortalecimento das instituições pilares dos sistemas de saúde (denominadas instituições estruturantes) tais como ministérios da saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidade ou escolas técnicas e a construção de redes nacionais e regionais. Essa dinâmica se efetuará a partir da combinação de “intervenções concretas com a construção de

capacidades locais e geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores”, o que implicaria no aprendizado conjunto de todos os parceiros envolvidos no processo de cooperação (Almeida et al 2010. p. 28).

Segundo esses autores essas premissas orientariam o desenvolvimento da cooperação brasileira em saúde, buscando articular ações e projetos bilaterais e multilaterais.

No âmbito da CPLP propõe-se que os projetos estejam alinhados no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP), que foi desenvolvido com o apoio da Fiocruz e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, discutido e aprovado por autoridades ministeriais dos países membros da comunidade (CPLP, 2009). Na UNASUL o modelo é semelhante, sendo orientado pelo Plano Quinquenal 2010-2015, onde as ações de cooperação estão, teoricamente, alinhadas a estruturas formais de coordenação e geridas por autoridades governamentais dos países membros (UNASUL, 2010).

Essa concepção se aplicaria à cooperação da ENSP a partir de meados dos anos 2000 e conflui, de alguma forma, com a perspectiva de Colgrove et al (2010), ao afirmar que as ESPs podem identificar prioridades e estabelecer “visões de longo prazo”, o que pode ser entendido como capacidade de produzir conhecimentos estratégicos para promover o fortalecimento dos sistemas de saúde em seus respectivos países.

Cooperação técnica, acadêmica, científica ou tecnológica

Marrara (2007) denomina “internacionalização acadêmica” o “intercâmbio de pessoas, experiências e informações para desenvolver padrões internos de ensino e pesquisa e resolver problemas de interesse comum a diferentes comunidades” (p. 246). Para este autor, a cooperação entre instituições de ensino superior, especificamente em nível da pós-graduação e em atividades de pesquisa, destina-se “ao desenvolvimento da educação e da ciência, através da colaboração e da troca de experiências com agentes estrangeiros” (p. 248).

Para Puente (2010) essa ação poderia ser caracterizada como a cooperação científica e tecnológica⁹, que seria diferente da cooperação técnica por apresentar “certa tendência à horizontalidade”, presumindo que, para realizar este tipo de cooperação, os países envolvidos estariam situados em patamares similares de desenvolvimento científico e tecnológico, não havendo, portanto, os papéis de “prestador” e “receptor”. Essa percepção traz, porém, a ideia de que o

⁹ O autor define cooperação científica e tecnológica como “a transferência de conhecimentos científicos e tecnológicos realizada entre dois ou mais agentes, com o objetivo de implementar projetos e programas que envolvam o desenvolvimento de pesquisas conjuntas de interesse mútuo por meio de intercâmbio de especialistas, além da doação de equipamentos, entre outras modalidades.” (Puente, 2010. p. 62)

desenvolvimento científico e tecnológico seria equânime em diferentes regiões do mundo, ou ainda que esse tipo de cooperação só seria possível entre os pares com nível semelhante desenvolvimento científico e tecnológico.

Aristizábal et al (2010), por seu lado, inclui a cooperação científica e tecnológica como um dos instrumentos da cooperação internacional, que se destinaria a “apoiar a criação e o fortalecimento das capacidades tecnológicas do país receptor, normalmente executada por universidades, centros de pesquisa, laboratórios, etc. através da formação universitária, de bolsas de estudo etc.” (p.12) (tradução livre).

Adams (2013), em artigo publicado na Revista *Nature*, afirma que a cooperação internacional tem impactos positivos tanto no volume como na qualidade da pesquisa científica, especialmente quando há colaboração entre grupos de pesquisa. Esses resultados são observados nas principais economias europeias, onde a publicação de artigos com autores de mais de um país vem crescendo desde a década de 1980, o que se refletiria no aumento do número de citações de trabalhos científicos desses países. Ao mesmo tempo, a pesquisa nos países emergentes também cresce, mas, principalmente, com abrangência nacional. O mesmo autor afirma que “nesta era de tantos dados que são compartilhados internacionalmente, a questão seria quem tem habilidade para explorar mais rapidamente os ativos do conhecimento e não quem os detém” (Adams, 2013. P. 559) (tradução livre). Com base nesse autor, os Cadernos de Saúde Pública, publicação científica da ENSP, vem incentivando o desenvolvimento dessas parcerias internacionais (Carvalho, Travassos e Coeli, 2014).

É importante reconhecer, no entanto, que essa dinâmica favorece os pesquisadores e grupos mais consolidados, seja no Norte ou no Sul, e amplia em muito as publicações “individuais” especialmente importantes na lógica quantitativa / produtivista que orienta a avaliação da produção científica no Brasil. Por outro lado, não atende à necessidade de potencializar o aumento da capacidade de produção científica dos grupos iniciantes ou de países menos desenvolvidos, mas perpetua, de certa forma, a assimetria de poder conferida pela detenção do conhecimento científico.

No Brasil as relações das instituições acadêmicas com outras estrangeiras não são somente um meio para melhorar a formação de docentes, discentes e fomentar a pesquisa nas instituições de ensino superior, mas um elemento valorado na avaliação dos programas de pós-graduação pela CAPES (Loyola et al 2010).

No que se refere especificamente à cooperação internacional nos programas de pós-graduação na área de saúde coletiva, Loyola et al (2010) relatam que as informações reunidas pela CAPES são dispersas e a instituição avaliadora não conta com um padrão de coleta de dados voltado para esse fim.

O trabalho de Loyola et al (2010) menciona uma inflexão na política de fornecimento de bolsas de estudo das instituições nacionais de fomento para pesquisadores brasileiros se formarem no exterior. Até os anos 1960 concediam-se bolsas para os níveis de especialização, mestrado e doutorado pleno, o que era necessário para a consolidação da pós-graduação no Brasil. A partir do início dos anos 1990 já se observa que o país alcançou autonomia em várias áreas do conhecimento não sendo mais tão necessário o fomento à formação nos níveis de especialização e mestrado, passando-se a conceder auxílios somente nas modalidades doutorado sanduíche (67%) e pós-doutorado (28%) (Loyola et al, 2010). Segundo esse estudo, a Fiocruz estava entre as instituições brasileiras que mais recebiam bolsas de estudo para o exterior nessas últimas modalidades.

Da Saúde Pública à Saúde Coletiva

O desenvolvimento do conceito de Saúde Coletiva no Brasil, na década de 1970, foi resultado dos debates em torno de diferentes concepções de saúde, de sua relação com o espaço público e do papel Estado na garantia de melhores condições de vida e saúde da população, conjuntamente às discussões de processos de reforma do ensino médico e debates sobre a prática profissional.

Os termos Higiene, Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Coletiva foram elaborados e conceituados em épocas e lugares diferentes, associados a contextos específicos e para designar distintas visões sobre a relação entre saúde e a prática médica, incluindo a sua discussão como prática social. Caracterizam-se por serem movimentos que surgem da crítica a mudanças da prática médica (e do cuidado à saúde), cujos resultados geram nova concepções.

A Medicina Social teve origem nos movimentos revolucionários que eclodiram na França e se estenderam a outros países da Europa, em 1848. Suas ideias, construídas a partir de referenciais marxistas, buscavam enfatizar que a ocorrência de doenças estava relacionada a questões sociais e assumiam a estrutura social como objeto de estudos e de determinação do processo saúde/doença, significando um olhar mais politizado sobre esta relação (Nunes, 1994; Granda, 2008; Silva et al, 2014).

Na visão de Juan Cesar Garcia, o termo Medicina Social teria quatro características principais:

“[...] 1) a natureza social da doença, 2) a responsabilidade do Estado em resolver a doença, 3) a possibilidade de se estudar a doença a partir de análise quantitativa e com disponibilidade de um número crescente de modelos matemáticos e estatísticos desenvolvidos no âmbito das ciências naturais, e 4) o caráter revolucionário e combativo desta proposta” (Garcia 1994, *apud* Granda, 2008. p. 165) (Tradução livre)

Segundo Foucault (1979), que discutiu o poder da medicina sobre o corpo das pessoas e a prática médica como uma prática social, a preocupação de se organizar a atenção médica centrada na melhoria do nível de saúde da população nasceu na Alemanha no século XVIII, com a proposta da

“polícia médica”, modelo que expressaria mais claramente a ideia de “medicina estatal”. Na realidade essa noção existia desde o século XVII, mas foi desenvolvida no final do século XVIII e início do XIX (período mercantilista, processo de industrialização, rápida urbanização e más condições de vida e saúde dos trabalhadores), o que impôs a necessidade de supervisão (controle) da saúde das populações.

Para esse autor, a medicina moderna e sua relação com o social teria se desenvolvido a partir de distintos modelos: a medicina urbana, com origem na França, no século XVIII, e a medicina da força de trabalho, voltada para o controle da saúde e do corpo dos trabalhadores, sobretudo os mais pobres, necessária para o processo de industrialização, desenvolvida na Inglaterra no século XIX. Essas três vertentes da “Medicina Social” se aproximariam posteriormente.

O termo Saúde Pública, por sua vez, surgiu na Inglaterra no século XIX¹⁰, referindo-se às relações entre o aumento da população urbana e as condições sanitárias das cidades, e desenvolveu-se nos EUA, impulsionada pela ocorrência de epidemias e pelo desenvolvimento da bacteriologia (Silva et al 2014). A criação do Depto. Nacional de Saúde norte-americano (em 1879) é concomitante ao movimento de reforma da saúde impulsionado pela Associação Americana da Saúde Pública, que enfatizava a bacteriologia e os avanços tecnológicos, isto é, a dimensão técnica da prática da saúde pública. Esses mesmos avanços também vão impulsionar, paralelamente, o desenvolvimento da atenção médica individual.

Essa dinâmica coincide com a criação das primeiras faculdades e escolas de saúde pública, a partir da passagem do século XIX para o XX.

Na literatura em geral, o termo Saúde Pública é frequentemente associado a um enfoque positivista da determinação do processo saúde-doença, considerado limitado para explicar aspectos mais amplos desta relação (Nunes, 1994; Granda, 2008; Cueto, 2011). Numa perspectiva política, Franco e Nunes (1991, *apud* Granda, 2008) destacam que, diferente da Medicina Social, a noção de Saúde Pública considera o Estado um agente complementar à iniciativa privada.

Em 1920, Charles Winslow, fundador do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Yale, formulou uma definição para o termo:

“[...] a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na

¹⁰Ato de Saúde Pública (1848); Relatório Chadwick (1842), que pregavam o saneamento das cidades e organização administrativa estatal.

comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde” (Winslow, 1920:30 *apud* Silva et al 2014).

Na América Latina, apesar da conjuntura política desfavorável com a predominância de governo ditatoriais durante os anos de 1960, 1970 e 1980, a abordagem social da saúde floresceu e elaborou uma conceituação que seria indispensável para a construção de uma identidade regional da Medicina Social (Tajer, 2003; Nunes, 2013).

Esse processo conformou um movimento caracterizado por forte orientação ideológica, ancorado em pesquisas e discussões científicas e associado à prática política, com ampla participação de acadêmicos e penetração nas instituições de ensino e pesquisa em saúde pública. Esse processo contou com o apoio da OPAS e resultou na criação, em 1984, da Associação Latino Americana de Medicina Social (ALAMES) (Tajer, 2003; Nunes, 2013).

Para Tajer (2003) as raízes do Movimento da Medicina Social na América Latina incluem uma delimitação conceitual do campo da saúde pública que enfoca os determinantes econômicos, políticos, subjetivos e sociais do processo saúde-doença-cuidado nas coletividades humanas, assim como uma dimensão política representada pelas tentativas de transformação social que consideravam o acesso equitativo aos serviços de saúde como pilares essenciais para a liberdade individual (p. 2023).

O trabalho acadêmico e trajetória profissional do médico e sociólogo argentino Juan Cesar Garcia foi particularmente importante para a construção do pensamento social em saúde na América Latina. Garcia trabalhou na OPAS (em Washington), de 1966 até o seu falecimento em 1984, especificamente na divisão de Recursos Humanos sob a direção de José Roberto Ferreira, e seu estudo sobre a Educação Médica na América Latina (1972), que desencadeia a discussão sobre a inserção dos aspectos sociais na formação do médico, é considerado um marco das pesquisas nesse campo (Nunes, 2013).

Nos anos 1990 as pesquisas científicas e a construção teórica no âmbito da Medicina Social cresceram na América Latina, principalmente a partir da criação de programas de pós-graduação com este enfoque, em diversos países, que possibilitaram novas abordagens e o envolvimento de profissionais de todas as áreas da saúde (Tajer, 2003). Para esta autora, esse processo ampliou as áreas de atuação da Medicina Social na região.

“Esta agenda intensiva demonstra que além de seus objetos e metodologias tradicionais, o movimento da medicina social na América Latina representa uma abordagem ético-ideológica multidisciplinar aos problemas de saúde nos níveis individual e coletivo. Esta abordagem considera que a saúde vai além da atenção à saúde *per se* e está, em sentido amplo, relacionada à qualidade de vida e à justiça.” (Tajer, 2003; pag. 2025) (Tradução livre).

A Medicina Preventiva, que já vinha se estruturando como um movimento ideológico de mudança na prática médica nos EUA e no Canadá, desde os anos 1930, chegou à América Latina patrocinada pela OPAS na década de 1950 (Arouca, 2003; Silva et al 2014). Surgiu quase simultaneamente ao movimento da Medicina Comunitária, originária também dos EUA, em torno dos anos 1940, ligado à discussão dos custos da assistência médica, figurando como uma alternativa para a ampliação da cobertura a populações mais carentes, considerando um contexto geral onde o processo de incorporação tecnológica aumentou significativamente os custos da assistência médica e as dificuldades de cobertura assistencial (Silva et al, 2014).

Ambos os movimentos –Medicina Preventiva e Medicina Comunitária – buscavam ampliar a concepção de saúde em contraposição à orientação estritamente biológica na formação profissional dos médicos, procurando reorientar as suas práticas rumo a uma visão mais integral do paciente. Para Nunes (1994), esses movimentos guardariam estreita relação entre si, uma vez que o projeto político-ideológico da Medicina Preventiva se expressaria na Medicina Comunitária. Esta última, promovia, porém, a simplificação da prática médica, incluindo os princípios da Medicina Preventiva, mas ampliando a aproximação com as famílias e a comunidade, constituindo, mais explicitamente, uma crítica ao modelo de ensino e atenção excessivamente centrados no hospital.

A Medicina Preventiva, por sua vez, propunha incluir no currículo das faculdades médicas uma disciplina que articularia o ensino das ciências biológicas a disciplinas das ciências sociais, com o objetivo de influenciar a atitude do profissional médico. O desenvolvimento desta proposta começou a se estruturar na Europa e nos EUA, entre os anos 1930 e 1940 e, na América Latina a partir dos anos 1950 (Arouca, 2003; Silva et al 2014).

O seminário organizado pela OPAS (realizado em duas etapas – em Viña del Mar, Chile, e em Tehuacan, México), em 1955 e 1956, respectivamente, constituiu um marco no movimento da Medicina Preventiva na América Latina. Os desdobramentos desses seminários, que incluíram a realização de encontros nacionais em diversos países latino-americanos e uma série de publicações sobre experiências e discussões conceituais, entre outras, promoveram a conformação de um movimento social em torno da medicina preventiva na região (Arouca, 2003). Esse movimento promoveu a reestruturação do ensino médico no Brasil e em outros países latino-americanos, que resultou na criação de departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades médicas.

Everardo Duarte Nunes, sociólogo e pesquisador do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, em entrevista para o projeto “Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca”, sobre a criação do Departamento de Medicina Preventiva da

Universidade de Campinas (UNICAMP) declara¹¹:

“O projeto deste Departamento é um projeto que vinha já sendo elaborado desde a década de 50 em outros lugares. A grande discussão que se fazia na década de 60 era resgatar aquilo que as instituições internacionais estavam desenvolvendo no campo da estrutura do ensino em Medicina Preventiva e Social, especialmente a Organização Pan-Americana de Saúde. Então nós viemos também nesta direção que já estava sendo implementada em vários outros departamentos. [...]

E foi neste momento então que a estrutura deste Departamento tinha muito a ver com uma proposta, que era uma proposta de trazer para o interior da formação médica uma visão holística, do homem e das práticas médicas. Visando uma integração entre a formação biológica clássica do estudante de Medicina, com uma formação atravessada pelos fatores sociais, psicológicos, políticos, antropológicos da sua formação. Então o Departamento estrutura o seu currículo dentro desta perspectiva de uma forma ampliada já praticamente pretendendo não tratar exclusivamente a doença, mas tratar o doente. E o doente não exclusivamente dentro da escola médica, mas fora dos muros do hospital-escola, essa era a ideia central que nós tivemos na formatação inicial do Departamento.”

A tese de doutorado de Sergio Arouca, defendida em 1975, com o título “O Dilema Preventivista”, constrói uma crítica à Medicina Preventiva, considerando que os aspectos conceituais que a estruturaram eram limitados para ancorar mudanças sociais. Em linhas gerais, o trabalho considera que a proposta da medicina preventiva era essencialmente centrada na mudança do perfil de atuação do profissional médico, que deveria passar a considerar a relação do paciente com a proteção e promoção de sua própria saúde, além da relação com a família e a comunidade. Para Arouca, esta visão apresentava uma aproximação com a Medicina Clínica e não com a Medicina Social. Nas palavras do autor:

“[...] o movimento preventivista, em síntese, possuiu uma baixa densidade política, ao não realizar modificações nas relações sociais concretas, e uma alta densidade ideológica, ao constituir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações” (Arouca, 2003. p. 252).

As ideias de Arouca tiveram ampla repercussão no Brasil e na América Latina e abriram caminhos para o desenvolvimento do conceito de Saúde Coletiva no Brasil e para o lançamento das bases teóricas que sustentariam o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira.

A Saúde Coletiva, que para Tajer (2003) seria a expressão brasileira da Medicina Social Latino-americana, se desenvolveu no Brasil como campo de saberes, práticas e ação política a partir da segunda metade dos anos de 1970, impulsionado por médicos sanitaristas influenciados por ideias socialistas (e, em muitos casos, vinculados ao Partido Comunista Brasileiro, então clandestino) e com inserção na academia, e pela criação de programas de pós-graduação que incorporavam os referenciais preventivistas e da medicina social. O movimento político pela reforma se fortaleceu com

¹¹ Entrevista Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentoeverardoduartenunes.htm> (Acesso em: 06/04/2015).

a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 1978 (Nunes, 1994; Escorel, 1999; Pêgo e Almeida, 2002).

Para Santos et al (2004), nos anos 1980 a abordagem da Medicina Social teria se “institucionalizado” no Brasil, sob a influência dos debates que vinham acontecendo na OPAS. Para Escorel (1998) o movimento se desenvolveu principalmente a partir das seguintes instituições: os departamentos de medicina preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da Universidade de São Paulo (USP), o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Num trabalho em que analisam o papel central dos intelectuais-especialistas em saúde pública nos processos de reforma dos sistemas de saúde do Brasil e do México, Pego e Almeida (2002), a partir de Birman (1991), afirmam que

“[...] o conceito de Saúde Coletiva foi [então] formulado com o propósito de institucionalizar um campo de conhecimento específico e uma nova vertente de analítica. Se constituiu a partir da negação da hegemonia da prática médica, identificada como operadora de um modelo indesejável de atenção à saúde, e da oposição à prática tradicional da saúde pública, por suas insuficiências e sua subordinação à perspectiva médica.” (p. 974) (tradução livre).

Os princípios da saúde coletiva constituíram as bases teóricas e científicas do projeto de reforma sanitária brasileira, um movimento político, acadêmico e social pela democratização da saúde no país, que deu origem ao projeto de um sistema de saúde baseado nos princípios de equidade e universalidade, no qual todo cidadão teria direito à atenção à saúde de forma integral e à participação social nos diferentes níveis de gestão (Pego e Almeida, 2002).

Note-se que esses movimentos teóricos e políticos se espalharam e difundiram a partir de articulações e cooperações entre instituições, profissionais, intelectuais e ativistas diversificados no campo da saúde. Ainda que os conceitos de CID ou de CIS não apareçam explicitados nessa dinâmica, pode-se inferir, a partir do breve repasse apresentado, que as atividades cooperativas em âmbito regional e global estão na origem e no desenvolvimento da ENSP.

METODOLOGIA

Esta pesquisa está configurada como um Estudo de Caso com características exploratórias, que utiliza técnicas qualitativas e quantitativas no levantamento de dados.

O estudo de caso se destina ao aprofundamento da compreensão de um fenômeno ou grupo social, organização, instituição, ou ainda de uma trajetória específica (Goldenberg, 1997). A referência histórica está na pesquisa médica, mais especificamente no “caso clínico”, onde se explora ao máximo um caso individual para se conhecer a dinâmica e a patologia de uma determinada doença. Este método foi adaptado às pesquisas em ciências sociais na perspectiva de se estudar um fenômeno contemporâneo, imerso em seu próprio contexto, e sob o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle (Goldenberg, 1997; Becker, 1997).

Para Goldenberg (1997), “o estudo de caso não é uma técnica específica, mas uma análise holística, a mais completa possível, que considera a unidade social estudada como um todo [...] com o objetivo de compreendê-lo sob seus próprios termos [...] reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas [...], com o objetivo de apreender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto” (p.33). Os autores, em geral, chamam atenção para o potencial do estudo de caso para revelar particularidades e especificidades de situações ou fatos concretos que caracterizam determinados processos organizativos ou institucionais.

Nesta pesquisa, para o levantamento e a análise de dados, foram utilizadas tanto técnicas qualitativas, muito comuns na pesquisa social, quanto quantitativas, para se construir um panorama espacial e temporal das diferentes ações de cooperação internacional executadas pela ENSP no período de 1991 a 2013, uma vez que os registros encontrados eram desses anos. A proposta foi contribuir para a construção de uma “linha de base” preliminar sobre atividades e projetos de CI realizados e em curso na ENSP, que pudesse apoiar a construção de um banco de dados institucional a ser alimentado em etapas posteriores.

A combinação de informações quantitativas e qualitativas não buscou produzir generalizações, mas sim identificar singularidades próprias do caso estudado. Segundo Goldenberg (1997) “é o conjunto de diferentes pontos de vista e diferentes maneiras de se coletar dados (qualitativa e quantitativamente) que permite uma ideia mais ampla e inteligível da complexidade de um problema” (p. 62).

Estivemos atentas ao alerta de Yin (1994) com relação à opção pelo estudo de caso, quando chama atenção para o perigo de se considerar como verdade evidências equivocadas ou visões tendenciosas que possam influenciar o significado das descobertas, principalmente pela minha

vinculação direta com meu objeto de estudo, o que requereu o constante exercício de “distanciamento” analítico, de modo a evitar o problema de *bias*¹² do investigador.

A coleta dos dados

A pesquisa utilizou as seguintes técnicas de coleta de dados levantamento e revisão da bibliografia disponível; busca de documentos e registros institucionais sobre a CI na ENSP, que continham dados qualitativos ou quantitativos; entrevistas e depoimentos de atores institucionais relevantes, publicadas nos sites da ENSP, da Fiocruz e do RADIS, entre outros, durante o ano de 2014, assim expressados em Mesas Redondas por ocasião das comemorações do aniversário de 60anos da ENSP, de agosto a outubro do mesmo ano.

A pesquisa bibliográfica foi utilizada principalmente para analisar o percurso histórico da cooperação internacional na ENSP e os diferentes contextos e inflexões nesse processo. Essa técnica difere da análise documental e das entrevistas e depoimentos, sobretudo pela natureza das fontes: enquanto a primeira remete a contribuições de diferentes autores sobre dados e informações já trabalhadas cientificamente, constituindo-se em fonte secundária, a segunda recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico e, portanto, são fontes primárias.

Foi levado em consideração tanto o contexto de produção dos documentos analisados quanto a confiabilidade de sua autoria e sua legitimidade institucional (Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009). De acordo com esses autores, considerou-se a seguinte definição de documento: “tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho [...] pode tratar-se de texto escritos, mas também de documentos de natureza iconográfica e cinematográfica, ou de qualquer outro tipo de testemunho registrado” (CELLARD, 2008 apud Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009).

A busca bibliográfica foi realizada no Pubmed, Bireme, Lilacs e Google Acadêmico, além de se utilizar também as bibliografias recomendadas no decorrer das aulas das disciplinas do curso. Essas referências continham artigos publicados em revistas científicas e outras (literatura *gris*), livros e capítulos de livros, dos quais foram selecionados os mais relevantes para o recorte do nosso objeto. Foram utilizadas as seguintes palavras chave - cooperação internacional, cooperação internacional em saúde, cooperação Sul-Sul, escolas de saúde pública, educação em saúde pública - em português, inglês e espanhol.

Foram utilizadas também as anotações resultantes de minha própria atuação profissional como assessora de CI na ENSP no período 2008 a 2013, seja nos processos de negociação, seja no acompanhamento da execução de projetos de cooperação internacional. Esses registros pessoais,

¹² Esse problema consiste na tendência do pesquisador “ver” ou considerar apenas aquilo que está de acordo com suas convicções ou hipóteses, implícitas ou explícitas (Becker, 1997; Goldenberg, 1997).

assim como os relatórios de missões de trabalho no exterior ou no próprio país, foram considerados também material de campo.

Os documentos foram levantados nos arquivos institucionais da própria ENSP e da Fiocruz – Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação (CRIS-Fiocruz), no Rio de Janeiro, e no Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (NETHIS) em Brasília, nos bancos de dados quantitativos e relatórios da ACI-ENSP, além daqueles disponíveis em sítios *web* de outras instituições como AISA/MS, ABC/MRE.

Os documentos encontrados nos arquivos da ACI-ENSP continham dados tanto qualitativos quanto quantitativos, estavam dispersos e desorganizados, além de armazenados sem uma lógica muito clara, segundo diferentes categorias e distintos tipos, incluindo atas de reuniões, listas sumárias, relatórios, planilhas construídas com dados coletados em distintas instancias institucionais (SECA-ENSP, SEPLAN-ENSP etc.) e apresentações institucionais, entre outros. Também se referiam a diferentes períodos de tempo. Foi necessário, assim, organizar minimamente esses dados, na perspectiva de elaborar um painel da cooperação internacional da ENSP que possibilitasse caracterizar as diferentes ações da Escola nessa área no período mais recente.

Além disso, tivemos acesso a outros documentos extremamente importantes para este estudo. Apesar de não terem sido realizadas entrevistas com informantes-chave especificamente para este estudo, foram utilizados vários depoimentos de atores relevantes para a história da ENSP, artífices da trajetória institucional, produzidos para as comemorações do aniversário de 60 anos da Escola, em 2014. Essas entrevistas e depoimentos são de domínio público e foram publicadas no Portal ENSP e no site da Revista Radis.

Também tivemos a oportunidade de assistir às Mesas Redondas programadas para essa comemoração, abordando os diferentes períodos históricos de desenvolvimento da ENSP desde a sua criação¹³, assim como ao vídeo comemorativo, também especialmente elaborado para o evento¹⁴. Todo esse material documental foi considerado e analisado nesta pesquisa.

A organização dos bancos de dados da ACI-ENSP

Os documentos dos arquivos da ACI-ENSP continham informações sobre diferentes atividades de cooperação internacional da Escola e foram organizados em quatro bancos de dados, de acordo com os seguintes critérios:

¹³ Conforme programação: Dia 03/09/2014 - Painel: Período 1954-1969 (do suicídio de Vargas à “eleição” de Médici) – Do nascimento à violação. Dia 04/09/2014 - Painel: Período 1970-1979 (De Médici à anistia) – Do esvaziamento à retomada

¹⁴ Vídeo ENSP: uma história de cidadania. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jBjOPUt1hU>. (Acesso em: 15/07/2015)

- 1) Banco 1: Alunos estrangeiros egressos (e titulados) dos cursos regulares da ENSP (estricto e lato senso), oriundo de “demanda espontânea”, e cursos realizados “fora da sede”, isto é, ministrados nos países demandantes, ou cursos “por demanda”. Dados existente para o período de 1978 a 2013.
- 2) Banco 2: Iniciativas de cooperação internacional monitoradas pela ACI-ENSP (nas áreas de ensino, pesquisa e assessoria técnica), sejam visitas técnicas recebidas na ENSP, demandas por cooperação dirigidas à direção da ENSP (solicitadas por instituições estrangeiras nacionais ou organizações internacionais) ou solicitações de pesquisadores ou docentes da Escola por formalização de cooperação na área de pesquisa. Dados disponíveis de 2004 a 2013. Neste caso, para ampliar o período, utilizamos também outros documentos do arquivo morto da ACI-ENSP com registros para o período de 1991 a 2001.
- 3) Banco 3: Afastamento do país de pesquisadores, docentes e profissionais da ENSP, classificados como definido pelo CRIS-Fiocruz a partir de 2010, organizados por país/região de destino do profissional. Dados encontrados a partir de 2006, sendo que os afastamentos do período 2006-2009 foram reclassificados segundo as mesmas variáveis (ver Quadro 1 mais adiante)
- 4) Banco 4: Pesquisas desenvolvidas como cooperação internacional ou em parceria com instituições/organizações/centros estrangeiros (públicos e privados), ou ainda com organismos governamentais de outros países, fundações (públicas e privadas), organizações multilaterais e ONGs. Dados disponíveis para o período de 2003 a 2013.

Todos esses dados foram organizados de modo que possibilitassem a elaboração de um painel que indicasse as diferentes atividades de cooperação internacional da ENSP. Não foram considerados nesta análise as visitas de pesquisadores estrangeiros à ENSP, registradas pela Comunicação Institucional da Escola, mas sem qualquer outra informação nos arquivos da ACI-ENSP¹⁵.

¹⁵A recepção de visitantes estrangeiros na ENSP, para a realização de palestras, aulas ou conferências é prática usual na instituição e, muitas vezes, acontecem sem envolver as instancias de gestão da cooperação internacional da Escola.

PANORAMA HISTÓRICO E CONTEXTUAL

Relações Internacionais e Saúde

Segundo vários autores, a preocupação com a saúde está presente nas relações internacionais pelo menos desde o século XIX, entretanto, as explicações sobre essa questão variam na literatura. Em meados do século XIX os países europeus, motivados pelo impacto de grandes epidemias sobre o comércio internacional, iniciaram os primeiros debates sobre questões de saúde que transcendiam fronteiras. A cólera, a peste bubônica e a febre amarela eram algumas das principais enfermidades que assolavam a Europa naquele período e o controle da disseminação destas doenças era fundamental para a viabilização das trocas comerciais, levando os países a definirem medidas contra essas epidemias – acordos para notificação de casos e políticas de quarentena – mas que não interferissem demasiadamente nas transações econômicas (Roemer, 1993; Fidler, 2001; Birn, 2009; Feldbaum et al, 2010; Almeida, 2013).

Entre o fim do século XIX e o início do século XX, a descoberta das causas de algumas doenças e o desenvolvimento científico tecnológico sem precedentes ampliou a conscientização da necessidade de maior governança mundial sobre a questão das doenças (Berlinguer, 1999).

A primeira Conferência Sanitária Internacional, que aconteceu em Paris em 1851 e contou com a participação de doze países europeus que enviaram, cada um, dois delegados (um médico e um diplomata) inaugurou a institucionalização de espaços de diálogo entre os países em torno de questões sanitárias, embora sem muitos resultados concretos. Uma série de conferências internacionais foram realizadas durante os 50 anos seguintes, surgindo as primeiras regulamentações para o controle da propagação de doenças infecciosas (Birn, 2009; Fidler, 2001; Roemer, 1993). Menciona-se na literatura que esses esforços deram origem à terminologia “saúde internacional”. Segundo Brown et al (2006):

“Saúde internacional era um termo usado com considerável frequência, já no final do século XIX e no início do século XX, e referia-se especialmente a um foco no controle de epidemias ultrapassando fronteiras entre nações, ou seja, internacionalmente” (p. 624) (destaque dos autores).

O primeiro organismo intergovernamental destinado a tratar desses assuntos foi a Repartição Sanitária Pan Americana, fundada em 1902, com sede em Washington DC e vinculada ao aparelho de estado norte americano, constituindo o embrião da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) (Cueto, 1996). Desde a sua criação esta organização teve papel relevante na disseminação do conhecimento científico na região, com a realização das Conferências Sanitárias Pan Americanas¹⁶e

¹⁶ A primeira reunião de representantes dos organismos sanitários dos Estados americanos aconteceu em dezembro de 1902, quando foi fundada a Repartição Sanitária Internacional. Até 1911 foram realizados mais quatro encontros que

a publicação do Boletim da Oficina Sanitária Pan Americana, que passou a ser publicado mensalmente a partir de 1922 (Lima, 2002).

O Escritório Internacional de Higiene Pública (*Office International D'Hygiène Publique*) foi fundado em Paris em 1907, com o objetivo inicial de reunir e disseminar novos conhecimentos sobre doenças infecciosas (Birn, 2009; Cueto, 2011; Roemer, 1993). E, em 1923 foi criada em Genebra a Organização de Saúde da Liga das Nações (*League of Nations Health Organization*), uma instituição intergovernamental, com *staff* multinacional, nascida do esforço europeu de combater as epidemias de tifo, cólera e varíola, dentre outras, no período pós-primeira guerra mundial. Essa instituição nasceu influenciada pelos preceitos da Medicina Social e, além de ações de vigilância epidemiológica, contava com uma agenda de pesquisa que incluía temas como as causas sociais da mortalidade infantil, condições de moradia, higiene rural, tráfico de mulheres e seguros de saúde. Apesar de amplamente reconhecida, recebia financiamento ínfimo dos governos europeus (Birn, 2009; Cueto, 2011).

Vários autores mencionam que a Fundação Rockefeller (FR), criada nos EUA em 1913, desempenhou papel central na institucionalização da saúde internacional, especialmente na América Latina (Godue, 1992; Birn, 2009; Fee, 2008). A atuação da Comissão de Saúde Internacional da FR (criada no âmbito da instituição em 1918) teria contribuído para que a Fundação fosse a agencia internacional mais influente e de mais ampla atuação geográfica no mundo durante a primeira metade do século XX (Birn, 2008).

A atuação internacional da Rockefeller se deu principalmente em duas frentes: realização de campanhas para o combate a epidemias de doenças específicas e apoio ao desenvolvimento de instituições de ensino e pesquisa em saúde pública. Um dos aspectos relevantes da política de cooperação da FR foi o fomento à produção de conhecimento científico, com programas de formação profissional e a concessão de bolsas de estudos a cientistas latino-americanos para treinamento em universidades ou centros de pesquisas nos EUA (Godue, 1992; Birn, 2009; Fee, 2008; Faria, 1995 e 2006). Para Cueto (1996), essa forma de atuação teria contribuído para reforçar a influência dos EUA sobre a América Latina, antes e depois da Segunda Guerra Mundial.

O interesse da Rockefeller na área de saúde pública foi intenso até início da década de 1940, quando passou a se preocupar mais com outras áreas das ciências como a física, a genética e a biologia (Faria, 1995 e 2006). Alguns autores destacam diferentes visões sobre o perfil de atuação da Rockefeller no Brasil e em outros países da América Latina. Brown (1976) refere que a Rockefeller funcionou como um instrumento de dominação do poder imperialista dos EUA: “[...] Os programas

foram interrompidos por conta da primeira guerra mundial. A realização das Conferências foi retomada em 1920 e desde então estes encontros acontecem, em média, a cada 4 anos (Lima, 2002).

de Saúde Pública da Fundação Rockefeller em outros países visavam ajudar os EUA a desenvolver e controlar os mercados e recursos desses países” (p. 897, tradução livre). Concordando com Brown (1976), Labra (1985) analisa que a FR faria parte de uma “rede de agências internacionais” (que a autora denomina “conexão sanitária internacional”) que atuaria com o objetivo de impor a perspectiva norte-americana nas ações de saúde pública na América Latina. A autora destaca o “modelo de atuação militar” utilizado pela FR, ao descrever as campanhas promovidas por ela para a erradicação de doenças que ameaçavam as Américas (principalmente febre amarela e malária), destacando o caráter hierarquizado e autoritário dessas iniciativas.

Cueto (1996) destaca que:

“[...] as campanhas executadas na América Latina pela FR, entre 1918 e 1940, foram um importante fator para a consolidação da influência dos EUA nas emergentes instituições de saúde pública latino-americanas e para dar forma e conteúdo ao conceito de erradicação” (p. 200).

Nesse mesmo trabalho, o autor relata que as campanhas da FR para a erradicação da esquistossomose, da febre amarela e da malária fracassaram por conta do descuido da Fundação com aspectos estruturais determinantes dessas enfermidades, como a pobreza e os escassos sistemas de saneamento e distribuição de água potável. “As soluções infra-estruturais para estes problemas eram muito caras e se encontravam além do que a Fundação considerava sua esfera de ação”. (p.201). Pode-se inferir, portanto, que trabalhar para resolver as “causas” das doenças não era a missão institucional da FR na região.

Sem discordar que a atuação da FR foi um aspecto importante da expansão norte americana na América Latina, Faria (1995) defende que a instituição procurou adaptar suas atividades ao contexto histórico, cultural e sanitário do Brasil do início do século, estabelecendo parcerias com a elite médica do país e com os governos estaduais e federal. Nesse sentido, para a autora, “a Missão [da FR no Brasil] não significou uma mera importação de ciência e dos padrões profissionais da Fundação, pelo contrário, os interesses científicos e políticos da Rockefeller tiveram de estabelecer concessões claras aos interesses nacionais” (p.110).

Descrevendo o modelo de cooperação utilizado pela FR no início de suas atividades no Brasil essa autora afirma que:

“De maneira simplificada, o acordo de cooperação proposto pela Comissão [de Saúde Internacional da FR] para desenvolver pesquisas científicas e campanhas sanitárias no Brasil pode ser assim descrito: o governo do estado onde seria implantado o serviço da Rockefeller teria de arcar com pelo menos 25% das despesas e o restante seria de responsabilidade da Fundação; a Comissão Médica enviada aos estados seria responsável pelas informações sobre prevalência, distribuição, diagnóstico, tratamento e importância econômica das doenças, bem como pelo fornecimento de pessoal qualificado e equipamentos científicos, além da instalação de laboratórios e postos de combate às endemias; e, finalmente, os médicos chefes

de cada serviço seriam responsáveis pelo treinamento de profissionais brasileiros, com métodos desenvolvidos pela Rockefeller, e pela elaboração de relatórios e boletins sobre os trabalhos” (Faria, 2005. p. 119)

Para essa mesma autora, entre as décadas de 1920 e 1960, a Fundação Rockefeller “ajudou a constituir e implantar uma extensa rede de instituições científicas [no Brasil] que propiciaram a difusão e a consolidação de um [determinado] modelo de ciência” (p. 164).

Nos anos de 1940, durante a Segunda Guerra Mundial, o Departamento de Estado dos EUA criou o Instituto de Assuntos Inter-Americanos (*Institute for Inter American Affairs-IIAA*), que organizou uma série de ações de cooperação em serviços (*Cooperative Services*) com países da América Latina durante os dez anos seguintes (anos 1950) (Cueto, 2008). No Brasil, a aliança com o IIAA deu origem ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, que teria servido, também, aos interesses militares norte-americanos na extração de matéria prima para a indústria bélica (borracha e minério de ferro) (Labra, 1985; Campos, 1999; Cueto, 2008).

Uma organização internacional e multilateral para a saúde

No imediato pós-segunda guerra mundial, concomitantemente à criação da Organização das Nações Unidas (ONU), foi instituída uma comissão para a criação da Organização Mundial da Saúde, composta por dezesseis médicos reconhecidos como “lideranças” na época, não necessariamente representando posições de seus respectivos países. Essa comissão concebeu uma organização de caráter autônomo, que deveria incluir a maior quantidade possível de países, independentemente sua orientação política e de sua vinculação (ou não) à ONU.

Segundo Cueto et al (2011), esta comissão pretendia que a OMS tivesse certa autonomia, fosse pautada em valores éticos inspirados pela Medicina Social, e não somente a simples expressão da política externa norte-americana. Entretanto, a influência europeia e a ideia de que os princípios técnicos das ações de saúde se sobreporiam às orientações políticas dos países não se confirmaria na prática da OMS nas duas décadas seguintes à sua criação (Cueto, 2001), tendo predominado o enfoque biomédico centrado nas doenças, e a saúde internacional foi subsumida por outras questões características da bipolarização mundial no período da Guerra Fria (1948-1989) (Almeida, 2014). Portanto, os ideais de desenvolvimento dos EUA perpassaram também o setor saúde (Cueto, 2008; Almeida, 2014). Segundo Cueto (2011), a decisão da Fundação Rockefeller de extinguir sua divisão de saúde internacional, em 1951, teria sido motivada também pelo cenário da Guerra Fria.

Em 1951 foi criada a Agencia de Cooperação Internacional norte americana (*International Cooperation Agency – ICA*), ligada ao Departamento de Estado dos EUA, que ficou encarregada da prestação da ajuda internacional em diferentes áreas, inclusive a da saúde. Dez anos depois (em 1961) essa agencia deu origem à USAID (*United States Agency for International Development*), que teria

importante atuação na área de saúde nas décadas seguintes, inclusive no que tange à disseminação de conhecimentos científicos (Fee, 2008).

Com a criação da OMS as outras agências intergovernamentais foram a ela incorporadas e foram os criados os seus Escritórios Regionais – África (AFRO); Sudeste da Ásia (SEARO); Europa (EURO); Leste do Mediterrâneo (EMRO); Oeste do Pacífico (WPRO). A Repartição Pan-Americana foi transformada na primeira representação regional da OMS, e a partir de 1947 passou a se chamar Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Brown et al, 2006). Entretanto, esse processo de integração não foi livre de controvérsias e resistências, uma vez que a ex-Repartição insistia em manter sua autonomia frente à OMS (Lima, 2002; Almeida, 2014). Esse foi um dos pontos centrais das negociações e uma ‘certa autonomia’ em relação à sede central em Genebra se mantém como uma das características da OPAS até hoje (Almeida, 2013, 2014).

Pode-se afirmar que o modelo de atuação das agências multilaterais e bilaterais de saúde internacional na década de 1950 não foi muito diferente daquele utilizado pela Fundação Rockefeller no início do século, sobretudo no que diz respeito à centralidade em ações de combate a doenças específicas, transmissíveis e “tropicais” na forma de campanhas sanitárias. A diferença está no fato de que no pós-guerra essas campanhas eram realizadas explicitando o argumento de que o subdesenvolvimento deveria ser combatido, pois proporcionaria que mais regiões estivessem em condições de se incorporar à economia de mercado, gerando mais consumidores. Por outro lado, a pobreza poderia atrair mais adesão ao comunismo, segundo a perspectiva norte-americana (Cueto, 2008).

A criação das Escolas de Saúde Pública (ESPs)

Desde as primeiras décadas do século XX, as Escolas de Saúde Pública (ESPs) têm sido componente chave dos sistemas de saúde em países desenvolvidos do Norte e em alguns países em desenvolvimento do Sul. Existem diferentes modelos de ESP, mas podem ser genericamente definidas como instituições dedicadas à educação em saúde pública em nível de pós-graduação e que produzem conhecimentos a partir do desenvolvimento de pesquisa nessa área (Evans, 2009).

A primeira ESP dos EUA, a *John Hopkins School of Hygiene and Public Health*, foi fundada em 1919 a partir de cooperação com a Fundação Rockefeller e, segundo Godue (1992), tinha como missão respaldar as ações norte-americanas no exterior, uma vez que esta Escola se propunha a “formar o pessoal técnico que trabalharia para a Comissão [de Saúde Internacional da FR] e realizaria investigação [em saúde pública]” (p. 117). A segunda ESP dos EUA nasceu em 1922 na Universidade de Harvard, também com o apoio da FR.

O trabalho de Fee (2008) apresenta um panorama histórico das ESPs nos EUA, *vis a vis* as políticas públicas nacionais para ensino e pesquisa, e analisa os debates que ocorreram no país sobre os diferentes modelos organizacionais e político-ideológicos que teriam orientado a criação e atuação das primeiras Escolas, onde se enfrentaram diferentes perspectivas da saúde pública – sinteticamente, a medicina social *versus* o foco biomédico nas doenças. O papel da Fundação Rockefeller nesses debates no país foi influenciado também pelo Relatório Flexner¹⁷, assim como pela reforma do ensino médico proposto por seu autor, que foi apoiado pela FR em diferentes momentos históricos (Pagliosa e Da Roz 2008).

A literatura indica que a criação das ESPs fora dos EUA, e o desenvolvimento do conhecimento científico no interior dessas instituições, foi influenciada pela cooperação internacional, de diferentes formas em momentos distintos. No início do século XX a Fundação Rockefeller, tanto pela magnitude dos recursos empregados como pela extensão territorial de suas ações, teria sido a principal fomentadora dessas instituições (Brown, 1976; Marinho, 2001). O apoio da Fundação à constituição de ESPs, tanto nos EUA, assim como em outros países, teria sido motivado pela necessidade de treinar profissionais que pudessem levar a cabo as ações propostas pela Fundação, formuladas para atender os interesses dos EUA em diferentes regiões do mundo (Brown, 1976; Godue, 1992; Marinho, 2001).

Garcia (1984) relata o apoio da Rockefeller no início do século XX para a organização de laboratórios de pesquisa centrados, principalmente, em estudos de bacteriologia e parasitologia na Colômbia, Equador, Costa Rica, Honduras, Guatemala e Nicarágua. Para esse autor, ainda que em diferentes medidas, as pesquisas desenvolvidas no interior desses espaços foram impulsionadas por interesses econômicos de grupos que controlavam a produção agroexportadora.

Para Brown (1976), essa linha de atuação da Rockefeller significou um esforço para ampliar o conhecimento das ciências médicas, mas teria também como objetivo consolidar a hegemonia norte-americana, numa perspectiva imperialista. Faria (2006), por sua vez, afirma que as atividades da FR na região latino-americana teriam sido motivadas pela constatação de que o conhecimento científico e o treinamento de pessoas eram primordiais para o combate às doenças. Para a autora, apesar da cooperação da Rockefeller ter sido organizada sob influência de padrões norte-americanos, esse modelo teria deixado um legado importante para os países que o receberam, sobretudo no que tange à consolidação desses espaços institucionais.

¹⁷ O relatório Flexner (elaborado em 1910) ficou conhecido por ter orientado a reforma da educação médica nos EUA e no mundo, no início do século XX. Ressaltava a importância da pesquisa científica biomédica no ensino da medicina, ignorando os aspectos sociais, coletivos, públicos e comunitários da determinação do processo saúde-doença (Pagliosa e Da Roz 2008).

Da mesma forma, a primeira ESP da Europa, a *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM), foi criada em 1922 com o apoio e cooperação da Rockefeller, que impulsionou o desenvolvimento dessas instituições também em outras partes da Europa, Ásia e América do Sul¹⁸ (Marinho, 2001; Fee, 2008; Evans, 2009).

A cooperação da FR no ensino e pesquisa em saúde pública no Brasil teve início em 1916 quando a recém-criada Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo recebeu a primeira visita de uma comissão da Fundação. As negociações entre as duas instituições resultaram na criação, em 1918, de um departamento de higiene na faculdade. Em 1922 esse departamento ganhou autonomia e passou a se chamar Instituto de Higiene, e, em 1945, foi transformado na Faculdade de Saúde Pública da USP (Marinho, 2001).

Segundo Marinho (2001), entre 1918 e 1925, foi intensa a presença de especialistas da FR na Faculdade de Medicina de São Paulo, o que teria contribuído significativamente para adequar o modelo de organização de ensino e pesquisa da Faculdade ao proposto pela Fundação¹⁹. Para essa autora, em troca da adoção desse modelo o Instituto de Higiene recebeu uma soma considerável de recursos para a construção de prédios e laboratórios, que foram inaugurados em 1931. Essa dinâmica teria possibilitado também um aumento relevante da produção científica da instituição. (Marinho, 2001).

Também sob a influência da Rockefeller e da perspectiva flexneriana foi criada, em 1922, a *Escuela de Salubridad* do México. Descrevendo a criação dessa Escola, Gudiño-Cejudo et al (2013) informam que:

“[...] los salubristas mexicanos debían conocer lo que acontecía en otros países, particularmente Estados Unidos. Indirectamente se perfilaba el modelo sanitarista estadounidense como un referente para México ya que en 1922 la Fundación Rockefeller (FR) inició sus trabajos contra la fiebre amarilla en Veracruz”. (p.85)

Esses autores informam ainda que essa Escola também teve a influência de políticas sanitárias norte-americanas para a região, ao longo do tempo:

“Además de atender las necesidades nacionales en materia sanitaria y formar técnicos para el ámbito local, el desarrollo de la Escuela se vio influenciado por acontecimientos internacionales como el fin de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) y el inicio de la Guerra Fría (1947-1991) que en materia sanitaria impulsaron la puesta en marcha de una serie de programas promovidos desde Estados Unidos para América Latina. El más destacado, después de la instalación de las Training Stations, formadas por la Fundación Rockefeller a finales de 1930 y activas en las dos décadas subsecuentes, fue aquél organizado por la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos (OIAA). Preocupado por la penetración nazi en el continente americano, el presidente Franklin D. Roosevelt fundó esta oficina en

¹⁸ A Fundação apoiou a criação de ESPs nas seguintes localidades: Praga, Varsóvia, Toronto, Copenhague, Budapeste, Oslo, Belgrado, Zagreb, Madri, Sofia, Roma, Tóquio, Atenas, Estocolmo e Calcutá (Marinho, 2001).

¹⁹ Constituíam esse modelo: a redução no número de vagas na escola, a dedicação em tempo integral dos profissionais à pesquisa e à docência e a criação de um hospital-escola que funcionaria como base para o ensino clínico (Marinho, 2001).

agosto de 1940 con la finalidad de coordinar las actividades del gobierno estadounidense en lo referente a los problemas comerciales y culturales de Latinoamérica. Lo que le interesaba a la OIAA era fortalecer la unidad de todo el continente, incluso recurriendo al viejo ideal bolivariano de la unidad de sus repúblicas.” (p.434).

Mais tardiamente, em 1943, a Rockefeller apoiou a constituição da Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile. Já a Escola de Saúde Pública da Faculdade de Antioquia, em Medellín, na Colômbia, foi criada em 1963 com o apoio da Aliança para o Progresso, proposta pelos EUA, e se desenvolveu com apoio da Fundação Kellogg.

Fee (2008) destaca que nos EUA, durante a década de 1950, as ESPs teriam sido negligenciadas pelos programas de fomento governamentais, devido à Guerra Fria, pois, ideologicamente, se associava a defesa de temas de saúde pública à “medicina socializada” e ao comunismo. Segundo essa autora, isso teria levado as ESPs norte-americanas a competirem por recursos nos institutos nacionais de pesquisa e, como consequência, a se dedicarem mais à essa atividade, distanciando-se da docência e do cotidiano do trabalho em saúde pública.

Ainda segundo Fee (2008), essa dinâmica teria mudado na década de 1960, com a emergência de novos paradigmas sobre a importância dos recursos humanos em saúde e o aumento da cooperação internacional:

*“A [então] recém-criada *Agency for International Development*–AID (Agência Internacional para o Desenvolvimento) [1951] incentivou as escolas de saúde pública a realizarem programas internacionais de treinamento em saúde, cujos alunos se tornariam ‘embaixadores da ciência norte-americana’ no exterior” (p.848).*

Para Godue (1992), o financiamento da USAID para atividades em países em desenvolvimento, a partir do início dos anos 1960, teria motivado a criação de divisões de “saúde internacional” dentro das ESPs norte americanas, moldadas segundo os paradigmas rockefellerianos e os interesses geopolíticos norte-americanos.

Pode-se afirmar, portanto, que a criação e o desenvolvimento de ESPs, tanto nos EUA como em diferentes países, inclusive latino-americanos, sofreram a influência da cooperação internacional norte-americana e dos paradigmas que a norteavam.

Numa análise um pouco mais recente do panorama das Escolas de Saúde Pública em nível mundial, Evans (2009) informa as assimetrias observadas na sua distribuição geográfica:

“Existem 112 [ESPS] nas Américas, incluindo as maiores e com mais recursos [...], mas apenas 50 na África, sendo que muitas [dessas] são pequenas e contam com poucos recursos. Em vinte e nove países africanos atualmente não há programas de treinamento em saúde pública em nível de pós-graduação.” (p. 447. tradução livre)

Afirma ainda que os maiores desafios para o fortalecimento da educação em saúde pública no mundo são: a construção de capacidades em países em desenvolvimento, a adoção de enfoques multidisciplinares para tratar a saúde pública e o equilíbrio entre pesquisa e ensino.

Hegemonia norte-americana, sistema de serviços de saúde e reformas contemporâneas

Durante as décadas de 1950 e 1960 a ciência foi um importante instrumento de disseminação da supremacia norte-americana no mundo, pois o desenvolvimento científico e tecnológico dos EUA durante o período das guerras foi impressionante, beneficiando-se inclusive do fato de não ter sido destruído pela guerra, ainda que tendo participado nela (Almeida, 1995, 1996, 2002, 2013, 2014). Assim, para essa autora, área de saúde também foi incluída nessa dinâmica, com grandes investimentos governamentais em pesquisa básica e em desenvolvimento de equipamentos médico-hospitalares. A incorporação tecnológica proporcionada então, entre outros fatores, foi importante para o foco hospitalocêntrico que orientou a organização dos sistemas de saúde no pós-guerra, paralelamente à valorização das especialidades médicas, aumentando os custos da assistência e reafirmando a centralidade do modelo biomédico nos serviços de saúde.

Brown et al (2006) informam que, a exemplo do cenário mais amplo da saúde internacional, desde o início do século XX a OMS incorporou a tensão entre as duas diferentes abordagens da questão da saúde – a social e a biomédica – que, por sua vez, defendiam duas possibilidades diferentes de organização de sistemas de serviços de saúde e do ensino em saúde pública. Segundo os mesmos autores:

“No interior da OMS, sempre houve tensões entre as abordagens social e econômica da saúde da população, de um lado, e a abordagem focada em tecnologia e doenças, de outro. Essas tendências não são necessariamente contraditórias, embora tenham estado frequentemente em disputa. A ênfase em uma ou outra aumentou ou diminuiu ao longo do tempo, dependendo do equilíbrio de poder mais amplo, das mudanças de interesses dos atores internacionais, dos compromissos intelectuais e ideológicos de indivíduos-chave, e do modo como todos esses fatores interagem com o processo de decisão de políticas de saúde.” (p. 631).

Os movimentos sociais dos anos 1960 e 1970 e os debates entre os profissionais da saúde mundo afora, particularmente acirrados nas Américas, geraram críticas contundentes ao modelo centrado no médico e na doença, e possibilitaram a emergência de novas ideias, como a da Medicina Comunitária, nos EUA, e impulsionaram a “redescoberta da prevenção” e o desenvolvimento da atenção primária em saúde (APS) (Almeida 2014, grifo da autora). Entretanto, apesar da ratificação por 175 países da Declaração final da Conferência de Alma Ata²⁰, realizada em 1978 pela OMS, a

²⁰ A declaração propunha o foco nos cuidados primários como base de um sistema de assistência à saúde, considerando aspectos sociais como determinantes do processo saúde, além do direito à participação social na elaboração das ações sanitárias (Alma Ata, 1978).

abordagem intersectorial e multidimensional da saúde não prevaleceu nas décadas seguintes, sendo substituída pela ideia da “atenção primária seletiva à saúde”²¹, que reduzia as propostas de Alma Ata a um conjunto de intervenções técnicas, pragmáticas e de baixo custo (Brown et al 2006; Almeida, 2014).

Nesse processo paulatinamente o Banco Mundial (BM) tomou a dianteira nas políticas setoriais em nível mundial. Apesar de sua atuação no setor ter se iniciado anteriormente, é a partir do fim dos anos 1970 que o Banco emergiu como ator importante na área, quando ampliou e enfatizou sua atuação nas áreas sociais (Pereira, 2010; Brown et al 2006; Almeida, 1995, 2014). Segundo Pereira (2010), nesta fase o Banco se consolidou como uma agencia de ajuda ao desenvolvimento e formulou política e ideologicamente o “foco na pobreza” e. sob os argumentos de combate-la, propôs uma “remodelagem na política social” dos países em desenvolvimento, cunhadas obre a noção de “benefícios mínimos” e ancorada em políticas econômicas de ajuste estrutural setoriais bastante restritivas (Almeida, 1995, 2014).

O BM passou a conceder empréstimos diretos para determinados serviços de saúde e, em contrapartida, exigia maior eficiência nos gastos, passando a questionar a atuação pública, sobretudo do Estado, na provisão de serviços, e priorizando a participação privada (Almeida, 1995, 1996, 2002, 2014). Uma nova agenda de reforma para a saúde, denominada por Almeida de “agenda pós-welfare na saúde”, foi elaborada e implementada mundialmente, como condicionalidades impostas pelos ajustes estruturais macroeconômicos, com graves impactos negativos no desenvolvimento social.

Segundo Almeida (2013),

“Essas reformas dos sistemas de saúde dos anos 1980 e 1990 não ajudaram a superar as desigualdades existentes, seja no Norte ou no Sul; mas prejudicaram ainda mais, sobretudo no Sul, a já precária capacidade de resolução de problemas dos sistemas de saúde, agravando as desigualdades. Enquanto isso, a cooperação internacional deslocou-se para intervenções tecnológicas e de produtos (novas drogas e vacinas, novos equipamentos), enquanto enfraquecia-se consideravelmente o apoio ao fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde. Na segunda metade dos 1990 os resultados dessas décadas de sub-investimento eram evidentes.” (p. 40)

Para Giovanni Berlinguer (1999), a emergência do consenso de que a saúde gerava custos incompatíveis com o desenvolvimento representou um enorme retrocesso no setor.

Formação de recursos humanos em saúde pública e cooperação internacional

Durante a década de 1960, o tema dos recursos humanos para a saúde entrou na agenda latino-americana, num contexto de expansão da educação médica na região e de desenvolvimento de

²¹ A proposta da “atenção seletiva” surgiu em uma conferência organizada pela Fundação Rockefeller com o apoio do Banco Mundial e participação de representantes da USAID, Fundação Ford e Unicef, em Bellagio, Itália em 1979 (Brown et al, 2006; Almeida, 2014).

princípios e mecanismos operacionais para a organização dos sistemas de saúde, como a descentralização e o planejamento (Fonseca, 2004; Pires-Alves, 2008).

A questão da relação entre planejamento e desenvolvimento e o papel do Estado, por sua vez, vinha sendo elaborado pela CEPAL desde os anos 1940, a partir de críticas à dinâmica centro-periferia e à posição subalterna (imposta e assumida) dos países da América Latina. O planejamento setorial (incluindo em saúde) foi desenvolvido, mais especificamente, a partir da Reunião de Ministros da Organização dos Estados Americanos em Punta del Leste, no Uruguai, em 1961, onde foi aprovado como condição para que os países latino-americanos pudessem receber o apoio da Aliança para o Progresso²² (Uribe-Rivera, 1989; Almeida, 2006; Pires-Alves, 2008). Almeida (2006) lembra que o governo norte-americano assumiu, entretanto, o tema do planejamento numa perspectiva bem diferente daquela preconizada pela CEPAL.

A OPAS teve papel importante na incorporação dos ideais do planejamento em saúde, com o desenvolvimento, em 1965, do método CENDES-OPS²³ e com a assessoria aos países para sua implementação (Uribe-Rivera, 1989).

A partir do final dos anos 1960, mais especificamente na década de 1970, as teorias do capital humano e da economia da educação motivaram um novo olhar sobre a formação de recursos humanos para a saúde, que se expressaria na necessidade de uma maior integração entre a formação e a prática nos serviços de saúde (Pires-Alves, 2008, 2010). Essa perspectiva ficou conhecida como Integração Docente Assistencial–IDA, que orientou vários projetos de cooperação com agências internacionais (mais especificamente com a OPAS e a Fundação Kellogg) e teve repercussões importantes na institucionalização da reflexão sobre o tema dos recursos humanos em saúde no Brasil (Castro, 2008; Pires-Alves, 2010).

De acordo com Pires Alves (2008), o conceito de integração ensino-serviço teria encontrado sustentação teórica na agenda internacional a partir dos anos 1960, mas se expressaria em programas concretos a partir da década de 1970, integrando as estratégias de mudança do sistema de saúde implementadas pelo movimento brasileiro de reforma setorial (Escorel, 1999; Pêgo e Almeida, 2002). Evans (2009) destaca que foi nesse mesmo período que começou a ganhar impulso a ideia da importância de se tratar o tema da saúde sob uma perspectiva multidisciplinar, em contraposição à perspectiva biomédica flexneriana, amplamente presente nos estudos e na formação das profissões

²² A Aliança para o progresso foi um plano para a modernização da América Latina lançado pelo presidente Kennedy, dos EUA, em 1961. Executado pela USAID, o plano é reconhecido como uma tentativa de evitar o avanço do comunismo na América Latina após a revolução cubana em 1959 (Almeida, 2006).

²³ O Método Cendes é um recurso metodológico que utiliza um enfoque sistêmico para a programação de recurso em saúde, baseado em análises de custo-benefício. Foi desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES) na Venezuela, em 1965, e apoiado e divulgado pela OPAS (Uribe-Rivera, 1989).

da área de saúde até então. Outros autores reiteram essa constatação, enfatizando o papel da Fundação Kellogg na área de educação em saúde no Brasil e na América Latina, especialmente no fomento a programas de IDA, nas décadas de 1970 e 1980, como uma estratégia que questionava o modelo biomédico hegemônico (flexneriano) do ensino médico no país e estimulava a perspectiva multidisciplinar e multiprofissional na formação em saúde pública (Gonzalez e Almeida 2010; Albuquerque et al 2007; Nunes, 1998).

Essas ideias embasaram a formulação do Programa de Preparação de Pessoal Estratégico em Saúde (PREPS) em 1975, uma parceria entre a OPAS e o governo brasileiro (Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura). O PPREPS é amplamente reconhecido no país, tanto pelo modelo de cooperação utilizado como por seu legado, que inclui a maior articulação entre as instituições do setor saúde e as universidades em nível regional; a criação de núcleos de formação de recursos humanos nas secretarias de estaduais de saúde; e a promoção da consolidação do próprio campo dos Recursos Humanos em Saúde no Brasil (Pego e Almeida, 2002; Pires-Alves, 2008; Castro, 2008; Nunes, 1998).

Esses programas impulsionados pelas organizações internacionais foram utilizados pelo movimento de reforma setorial no Brasil. Como referem Pêgo e Almeida (2002, p. 976):

“Para eso [los sanitaristas-colectivistas] se valieron de las propuestas de los organismos internacionales y de sus financiamientos, tanto las racionalizadoras como las de extensión de cobertura em salud, de medicina comunitaria y de integración docente-asistencial. Estas propuestas fueron, em su gran mayoría, apropiadas de forma instrumental como um vehículo de promoción de experiencias alternativas de atención, de organización de la población y de una renovación de la salud pública.”

Na década de 1990 a Fundação Kellogg, ampliando a perspectiva da IDA, lançou o programa UNI – Uma Nova Iniciativa em Educação das Profissões da Saúde: União com a comunidade –, que incluía também a participação comunitária e a atenção primária em saúde. Esse programa integrava um movimento “pró-mudança” na educação em saúde, que aproximava a universidade, os serviços de saúde e comunidades, e foi implantado pela Kellogg em 11 países da América Latina, incluído o Brasil (Gonzalez e Almeida 2010). Essas iniciativas (IDA e UNI), patrocinadas pela Fundação Kellogg, contribuíram para a constituição da REDE UNIDA no Brasil²⁴.

Da saúde internacional à saúde global

Apesar da saúde ser objeto das relações internacionais e da diplomacia desde o início do século XIX, vários autores indicam que o tema adquire novas dimensões a partir das últimas décadas

²⁴ A Rede Unida é uma parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias interessadas em discutir a formação dos profissionais de saúde. Para mais informações consultar: <http://www.redeunida.org.br> (Acesso em 06/04/2015).

do século XX, num contexto de globalização e mudanças no cenário geopolítico internacional (Feldbaum et al 2010; Fidler, 2005, 2009; Almeida, 2013 e 2014).

De uma maneira geral, a literatura refere uma inflexão no *status* político da saúde que teria se iniciado ao final da Guerra Fria e se consolidado na primeira década do século XXI. Para Fidler (2009) quatro fatores teriam contribuído para isso: 1) o fim do regime de bipolaridade, que teria determinado uma mudança no significado que a questão da segurança adquire na política externa dos países, abrindo espaço para a discussão de ameaças à saúde como questões de segurança nacional; 2) o avanço da globalização, que teria desafiado noções convencionais de soberania, iluminado novas formas de interdependência e acirrado o sentimento de vulnerabilidade às ameaças à saúde que transcendem fronteiras; 3) a crescente atuação política de atores não governamentais na área internacional da saúde; e 4) a proliferação de doenças emergentes e re-emergentes, como HIV/AIDS, gripe asiática, tuberculose e malária que, juntamente com outras associadas a estilos de vida, tais como doenças relacionadas ao uso do tabaco e à obesidade – as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) – teriam exigido medidas de “governança global” da saúde.

Nessa perspectiva, enfoca-se a questão das doenças como parte de uma agenda global que passa a ter significado geopolítico (Ingram, 2005; Almeida, 2013). Esse cenário se intensifica depois dos ataques terroristas aos EUA em 11 de setembro de 2001, quando a perspectiva da segurança adquire ainda mais relevância na saúde global e vai influenciar o aumento da destinação de recursos para tal na primeira década do século XXI (Ravishankar, 2009; Almeida, 2011, 2013;).

Na opinião de alguns autores, essas mudanças marcariam a passagem da “saúde internacional” para a “saúde global” (Brown et al, 2006), termo que, para outros autores, ainda necessita mais elaboração e maior precisão conceitual (Almeida, 2008, 2013).

Embora a literatura não compartilhe as mesmas explicações para o surgimento do termo saúde global, parece existir algum consenso em torno da ideia de que os desafios em saúde estariam acima dos interesses nacionais ou de grupos específicos, não podendo ser resolvidos somente no plano nacional, necessitando do comprometimento político de diferentes atores em nível mundial. Ao mesmo tempo, esse cenário teria motivado a priorização da saúde na agenda da política externa dos diferentes países, sobretudo a partir dos anos 1990 (Kickbush et al, 2007; Fidler, 2009; Feldbaum, 2010).

Fidler (2009) analisa que isso teria acontecido pela percepção exacerbada das ameaças das doenças (principalmente as emergentes e re-emergentes), uma vez que a intensidade com que os países tiveram que lidar com essas questões foi inédita historicamente nesse período, impactando os objetivos centrais da política externa dos países (que seriam o de manter a segurança nacional, prover ajuda externa, preservar e fomentar o bem-estar, o poder econômico e a dignidade humana).

Como parte desse processo, em 2007, os ministros das relações exteriores de Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia, reunidos em Oslo, Noruega, declararam que “a saúde é uma das mais importantes questões de política externa de longo prazo do nosso tempo”. No documento então assinado, os ministros afirmam é preciso encorajar novas ideias, procurar e desenvolver novos mecanismos de parceria e criar novos paradigmas de cooperação (Declaração de Oslo, 2007). E, em 2011, foi aprovada a Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Saúde Global e Política Externa, que reconheceu o papel da saúde na realização dos objetivos internacionais do desenvolvimento e encorajou os Estados a tratarem o tema como “questão política prioritária” (ONU, 2011).

Apesar dessas iniciativas e do apelo à saúde como questão global e objeto de política externa, os autores destacam que é preciso análises mais aprofundadas sobre essa relação (Almeida, 2013; Feldbaum, 2010; Fidler, 2009). Fidler (2009) informa que a preocupação com a saúde seria uma questão marginal, orientada por crises e ameaças sanitárias, sem as quais o tema não teria apelo na política externa; Felbaum (2010), ao examinar as relações entre saúde global, ajuda externa, comércio, diplomacia e segurança nacional, afirma que a saúde é frequentemente direcionada “pelos interesses da política externa e não por um desejo de se promover a equidade ou atingir benefícios humanitários” (p. 88). E, para outros autores, essa dinâmica entre saúde e política externa estimularia também os debates sobre a governança global da saúde, levando ao surgimento de um novo termo – diplomacia em saúde²⁵ (Kickbusch et al 2007; Kickbusch 2010; Fidler, 2007, 2010; Feldbaum, 2010).

Uma das concepções subjacentes a este debate seria que a dimensão mais contemporânea da articulação entre saúde e relações internacionais questionaria a noção de que o Estado é o ator central nessa dinâmica, apregoando a necessidade de novos arranjos internacionais para lidar com esse “novo status” da saúde, diferentes daqueles observados no funcionamento da OMS (Fidler, 2007, 2009).

Para Almeida (2011, 2013), na realidade houve uma reaproximação entre as relações internacionais e a saúde a partir do fim da guerra fria, como parte da revisão dos preceitos que orientaram as políticas de segurança nacional no mundo bipolar. Assim, uma das dimensões da saúde global seria uma nova forma de associação entre saúde e segurança (*health security*). Para a autora os ataques terroristas aos EUA em 11 de setembro de 2001 foram mais uma oportunidade para a instrumentalização da saúde para fins geopolíticos e para o fortalecimento da perspectiva neoconservadora na ajuda externa e na cooperação internacional (Almeida, 2011).

Fidler (2007), analisando o ambiente da governança global da saúde na primeira década do século XXI, e a multiplicidade de atores e questões nele presentes, chama atenção para a dificuldade

²⁵ Vários autores têm se referido a essa nova expressão, sem, entretanto, muita precisão em relação à sua definição e à uma elaboração conceitual mais acurada (Almeida, 2010, 2013).

dos governos em enfrentar isoladamente a dinâmica contemporânea da saúde global, o que estimularia particularmente a cooperação internacional em saúde.

Por outro lado, de maneira geral, o aumento do financiamento para a saúde global na última década privilegia os programas verticais de combate a doenças específicas (Malária, Tuberculose e HIV/AIDS) ao mesmo tempo em que os fluxos de recursos destinados a apoiar os sistemas de saúde mantem-se muito baixos (Ravishankar et al 2009)

Política Externa Brasileira (PEB) e cooperação internacional

Tradicionalmente formulada e conduzida pelo Itamaraty, com a transição democrática nos anos 1980, a política externa brasileira (PEB), assim como outras políticas públicas, passou a ser influenciada também pela nova dinâmica social e política da sociedade. Nos anos 1990, durante os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002), caracterizou-se pela atuação importante do presidente (a chamada diplomacia presidencial), orientada pela perspectiva denominada “autônoma pela participação” (Vigevani & Cepaluni, 2007), ou seja, por um lado, defendia a liderança do Brasil no hemisfério Sul e a aspiração brasileira de tomar assento no Conselho de Segurança da ONU, mas, por outro, considerava que, como um país em desenvolvimento, não teria força suficiente para essas conquistas, que só seriam possíveis como a participação do Brasil nos foros multilaterais e na arena internacional aproximando-se das grandes potências e fortalecendo suas posições. Nesse período, a PEB caracterizou-se por conjugar o alinhamento com os EUA, Inglaterra e outros países desenvolvidos com a promoção da integração regional sul-americana, promovendo as primeiras negociações para a construção da Comunidade Sul-Americana de Nações (CASA)

Na primeira década do novo século, e principalmente depois da eleição de Luis Inácio Lula da Silva (2003-2010), a nova inserção do Brasil no sistema mundial e o status de potência emergente impulsionou também a cooperação internacional, sendo que o setor saúde, entre outros, passou a ser prioridade na PEB. Durante o governo do presidente Lula, as características da PEB mudaram completamente, ainda que mantendo suas metas históricas: se, por um lado, a diplomacia presidencial continuou muito forte, o país intensificou suas relações com os países do Sul geopolítico, ampliando as coalizões com outras potências emergentes e intensificando a aproximação com países africanos e sul americanos, adotando a perspectiva denominada “autonomia pela diversificação” (Vigevani & Cepaluni, 2007). Lula defendia que o Brasil tinha condições de se recolocar no sistema mundial e tornar-se respeitado e influente, mantendo sua autonomia e diversificando seus parceiros, privilegiando as relações diplomáticas e de cooperação com outros países em desenvolvimento e construindo força política para poder influir de forma mais decisiva nas decisões globais.

Alguns autores destacam que teria havido não uma ruptura com os preceitos da PEB dos governos anteriores de FHC, mas sim elementos importantes de inflexão, proporcionados pelos governos de Luis Inácio Lula da Silva que se caracterizariam pela adoção de uma postura mais crítica com relação ao sistema internacional de poder, pela busca de alianças com países emergentes e pela adoção de uma política externa mais assertiva e pró-ativa (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010).

Para essas autoras, o destaque para a cooperação internacional, tanto Sul-Sul como triangular, durante os governos de Lula teria sido possibilitado pelo crescimento econômico que permitiu que o Brasil se tornasse um prestador de cooperação, assim como pela decisão política de instrumentalizar as atividades cooperativas, com prioridade para a área social, na atuação brasileira em nível internacional. Essas novas formas de atuação internacional influenciaram uma mudança na execução PEB: tradicionalmente centrada no Itamaraty, políticas ações internacionais passaram a ser objeto também de outras instituições do poder executivo, com agendas próprias ou complementares à ação do MRE (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010; Milani & Pinheiro, 2013), com aumento significativo de projetos e atores diversos. Apesar da multiplicidade de atores acarretar descoordenação e dispersão entre diferentes atividades de cooperação executadas pelo governo brasileiro, em diferentes níveis (Buss e Ferreira, 2012; Kleimann, 2012; Almeida, 2013). Essa diversidade contribuiu, por outro lado, para tornar mais acessível o diálogo com a sociedade civil sobre a atuação internacional do Brasil (Pinheiro & Milani, 2012; Milani & Pinheiro, 2013; Almeida, 2013).

Nesse contexto a saúde teve papel importante, juntamente com iniciativas na área da agricultura e relações comerciais, entre outras. Das instituições participantes da cooperação brasileira na área de saúde, em 2010 o Ministério das Relações Exteriores concentrava 49% dos recursos investidos em projetos de Cooperação Técnica Científica & Tecnológica, seguido pelo Ministério da Saúde (24%) e pela Fundação Oswaldo Cruz (20%) (Ipea, 2010). Como a Fiocruz é do Ministério da Saúde, pode-se afirmar que cerca de 44% desses recursos foram destinados para a área de saúde.

Essa dinâmica proporcionou uma aproximação sem precedentes entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde (ABC, 2007), e a Fundação Oswaldo Cruz se destacou como executora de vários projetos de cooperação internacional em saúde nesse processo (Buss, 2011). Essa articulação é explicitada no Programa Mais Saúde (Brasil, 2008), entre outros documentos, que incorporou um eixo relativo à Cooperação Internacional. A inauguração do Escritório Regional de Representação da Fiocruz na África (“Fio África”), com sede em Maputo, Moçambique, desde 2008, é um exemplo da participação expressiva da Fiocruz no cumprimento da missão internacional do Brasil na área de saúde (Hirst, Lima & Pinheiro, 2010; Almeida, 2013). Entretanto, a contribuição dessa institucionalização ainda está em discussão e não é claro se a PEB do governo Dilma (2011-2018) endossou essa prioridade (Cervo & Lessa, 2014).

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E A ENSP/FIOCRUZ

Breve histórico da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

“A postura crítica que foi construída pela Ensp em sucessivos ciclos revela que a interação com a realidade, de forma inquieta e produtiva, favorece a renovação e a abertura de diálogo com os novos ambientes, deles retirando matéria fundamental aos novos ciclos de criação.”

(Tania Celeste Nunes. A Valorização do ‘Instituinte’ na Construção do Modelo de Escola Nacional, 2004, p. 170).

A literatura disponível sobre as origens e desenvolvimento da ENSP é escassa, mas alguns dados encontrados permitem uma recuperação histórica preliminar.

A ideia de criar uma Escola de Saúde Pública em Manguinhos remete à 1925, quando Carlos Chagas, à época diretor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC)²⁶ e do Departamento Nacional de Saúde Pública (instância de gestão da saúde em nível nacional), teria solicitado (sem sucesso) o apoio da Fundação Rockefeller para criar uma escola de saúde pública no Rio de Janeiro (Lima e Fonseca 2004; p. 28). Segundo essas autoras, tendo o pedido negado pela Rockefeller, Carlos Chagas teria investido na criação do curso de especialização em higiene e saúde pública anexo à Faculdade de Medicina da Praia Vermelha que, apesar de ligado à universidade, teria sido formulado pelo próprio Carlos Chagas, no IOC. Esse programa de formação iniciou um processo de institucionalização da especialização em saúde pública no Brasil, que se desenvolveu no decorrer das décadas de 1920, 1930 e 1940 (Lima e Fonseca, 2004).

A Escola Nacional de Saúde Pública foi fundada em 1954, vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil²⁷ (criado em 1953), como parte do projeto nacionalista-desenvolvimentista do segundo governo de Getúlio Vargas²⁸.

Segundo Eduardo Costa,

“[...] o projeto da década de 50 do governo Vargas marcou uma arrancada desenvolvimentista não só no aspecto econômico, mas também na dimensão social. A ENSP, portanto, tem essa simbologia: nasce no cerne do desenvolvimento

²⁶Originalmente o IOC era o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, na Fazenda de Manguinhos, Zona Norte do Rio de Janeiro; depois, passou a se chamar Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos e, em 1908, foi rebatizado de Instituto Oswaldo Cruz-IOC.

²⁷ Ver linha do tempo da ENSP, disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/linha-do-tempo/> (Acesso em 22/10/2014).

²⁸ O projeto da ENSP foi construído durante o Governo de Getúlio Vargas, entretanto a lei que criou a Escola foi assinada 10 dias após o seu suicídio, por seu sucessor João Fernandes Campos Café Filho (Lima et al 2004).

brasileiro como um projeto de nação”²⁹.

Essa arrancada fez surgir, no mesmo período, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Petrobras e o próprio Ministério da Saúde. Para o jornalista José Augusto Ribeiro, nessa época, entretanto, era pouca a mobilização política sobre temas relacionados à saúde: “as controvérsias na época eram de outra ordem e a saúde não levou à mobilização popular como o monopólio do petróleo”.³⁰

O funcionamento concreto da ENSP se iniciou somente ao longo da década de 1960, uma vez que o início de suas atividades teria sido adiado por conta do contexto de instabilidade e transição política ocasionado pelo suicídio de Vargas em 1954 (Fonseca, 2004).

Essa autora informa que:

“O processo de estruturação e consolidação institucional da ENSP, implementado a partir dos anos de 1960, acompanhou as diretrizes que vinham sendo debatidas e aplicadas em outros países da América Latina, destinadas ao fortalecimento do ensino das ciências da saúde. Este movimento foi patrocinado por organismos internacionais, como a OMS e a OPAS, que dedicaram especial atenção ao investimento e à supervisão do desenvolvimento das atividades deste setor, com crescente prioridade para o tema da formação de recursos humanos e para a incorporação das ciências sociais na [reflexão em] saúde.” (Fonseca 2004. p. 50).

Vale lembrar que a partir de 1964 o golpe militar impôs ao Brasil um regime ditatorial que, entre outras coisas, tentou controlar a atuação das instituições nacionais, inclusive com forte repressão e censura política e ideológica.

Apesar dessa conjuntura nacional desfavorável, o desenvolvimento da ENSP foi intenso sob a liderança de Edmar Terra Blóis (1964 a 1969) (Fonseca, 2004), que era amigo de Marcolino Candau, então diretor geral da OMS³¹, e mantinha boas relações com o governo militar (Entrevista de Eduardo Costa, 2014 e Jorge Valadares³²). O prédio da ENSP em Manguinhos foi construído em 1965 sob a batuta de Blóis. O que era um “esqueleto” de obra abandonado, pensado inicialmente para ser um hospital de tuberculose, foi cedido à ENSP pelo Ministério da Saúde. Nesse local Blóis estruturou a

²⁹ Depoimento de Eduardo Costa (médico e epidemiologista) durante as comemorações do 60º aniversário da ENSP no salão internacional da Escola. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/146/reportagens/seis-decadas-de-ciencia-saude-e-cidadania> Acesso: 29/06/2015)

³⁰ Na mesma entrevista, Ribeiro cita como exemplo que a falta de informações sobre saúde pública no período foi observada também pelo escritor Lira Neto, que, em sua obra sobre Getúlio [*Getúlio: 1882 - 1930: dos Anos de Formação à Conquista do Poder*], faz apenas duas citações sobre o tema.” Revista Radis disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/146/reportagens/seis-decadas-de-ciencia-saude-e-cidadania>. (Acesso: 29/06/2015)

³¹ O médico carioca Marcolino Gomes Candau ocupou o cargo de diretor geral de OMS de 1953 a 1973. Disponível em: http://cvirtual-ex-func-nu.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=63 (Acesso em: 07/07/2015).

³² Entrevista de Eduardo Costa para as comemorações dos 60 anos da ENSP; e de Jorge Valadares, engenheiro, professor e pesquisador da Escola (atualmente aposentado) e que se formou também como psicanalista. Disponíveis em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/36183> (Acesso em 22/10/2014).

Escola, com corpo docente próprio que incluía profissionais das ciências sociais, estruturando “uma proposta completamente nova” (Entrevista Eduardo Costa, 2014).

De acordo com depoimento de Luis Fernando Rocha Ferreira da Silva (Lima et al, 2004, p. 162), o novo prédio foi organizado em alojamento, departamentos e setores, alguns dos quais permanecem no mesmo andar até hoje³³, e recebia alunos do Brasil inteiro, inclusive de São Paulo, pois oferecia o único curso de Especialização em Saúde Pública no país.

Lima et al (2004) destacam que a criação da ENSP marcou a efetiva institucionalização da especialização profissional em saúde pública no Brasil. Para Fonseca (2004),

“A ENSP nasceu [...] como um espaço de agregação, de inter-relação entre profissionais de diversas instituições em torno de um objetivo comum – consolidar o processo de ensino e especialização em saúde pública. Esta marca de seu momento fundador, ou seja, uma escola aberta às mais diversas experiências e concepções, permaneceria como uma de suas mais importantes características ao longo das décadas seguintes” (p.41).

Em 1966 a ENSP passou a se chamar Fundação de Ensino Especializado em Saúde Pública (FENSP), criada neste mesmo ano, e começou a operar em 1967, continuando sob a direção de Blóis. Esse processo foi acompanhado de uma reestruturação organizacional. Conforme informa Fonseca (2004),

“A nova proposta organizacional era ambiciosa e com ela instituíram-se oito departamentos, ficando a Escola Nacional de Saúde Pública subordinada a um deles, o Departamento de Ensino. Os outros departamentos criados foram: Ciências Sociais; Ciências Biológicas; Estatística; Epidemiologia; Saneamento; Administração em Saúde e Metodologia do Planejamento. Com esta alteração, formalizou-se a incorporação de duas novas áreas de conhecimento: ciências sociais e planejamento.” (p.56)

Em 1969, a FENSP passou a ser denominada Fundação de Recursos Humanos para a Saúde.

Em 1967 foi realizada, na sede da ENSP, a 4ª Conferência Nacional de Saúde, com a presença de Abraham Horwitz, então diretor da OPAS, que em sua palestra ressaltou o papel da Organização no desenvolvimento das Escolas de Saúde Pública na região, assim como da saúde como condição “indispensável ao desenvolvimento” (Horwitz, 1967 *apud* Fonseca 2004, p. 52).

³³ Para uma descrição detalhada sobre a organização da ENSP no novo prédio ver depoimento de Luiz Fernando Rocha Ferreira da Silva em Lima et al (2004, p. 162). Vale destacar que, segundo este ator, os dois últimos andares (oitavo e nono) eram alojamento para alunos e professores visitantes, com cerca de 108 vagas. Os demais andares abrigavam depts. e setores, sendo que alguns permanecem até hoje: o Departamento de Ciências Biológicas no sexto; o Laboratório de Engenharia Sanitária no quinto; salas para aulas teóricas no quarto; administração geral e de ensino no terceiro; refeitório no segundo andar; e o anfiteatro Achiles Scorzelli Junior, com capacidade para 300 pessoas no térreo, assim como a Biblioteca Lincoln de Freitas Filho. Por fim, a Unidade Sanitária Germano Sinval de Farias foi construída anexa ao edifício da Escola, mas já existia então em funcionamento uma Unidade Sanitária de tipo rural, localizada em Jacarepaguá, que atendia uma população de 11.000 pessoas e operava em convênio com a Fundação SESP e o governo do Estado da Guanabara (Lima et al, 2004, p. 162). Em relação às mudanças posteriores na estrutura da ENSP, criação dos departamentos de Ciências Sociais e de Administração e Planejamento em Saúde, não encontramos registros na instituição.

Arlindo Fábio Gomez de Souza, em entrevista à Revista RADIS (no. 136, janeiro de 2014) relata que em 1967, quando ingressou na ENSP, recém-formado em Sociologia,

“[...] as Ciências Sociais não eram uma disciplina trivial no campo da saúde. Mas na direção da ENSP existia um maluco genial — como todo maluco, gênio, e, como todo gênio, maluco — chamado Edmar Terra Blóis. Além de chamar para a Escola uma equipe extremamente competente, [Szachna Eliazsz] Cynamon, Elza Paim, Joir [Gonçalves da Fonte], Luiz Fernando [da Rocha Ferreira da Silva], Akira [Homma], Acássia [Mendonça], Lenita [Vasconcelos], Hélio [Huchôa], Sávio [Antunes], entre outros, ele resolveu introduzir na ENSP as Ciências Sociais, o que queria dizer sociologia, política, antropologia, educação, economia e psicologia. A Sociologia, fora do espaço acadêmico da própria Sociologia, era malvista, e os sanitaristas, dentro da área médica, considerados de segunda classe. Pensei comigo: ‘Sou duplamente marginal: sociólogo e sanitaria. Já é um bom começo’³⁴.

Sob a direção de Blois a ENSP se constitui como uma escola aberta à diversidade, próxima à comunidade, com corpo docente próprio, aulas multidisciplinares e recursos pedagógicos inovadores (como aulas de teatro, por exemplo), onde predominava a preocupação com os serviços de saúde (Fonseca, 2004; Depoimento de Eduardo Costa, 2014).

Nos fins dos anos 1960, sob o acirramento da repressão pelo governo ditatorial, a ENSP sofreu cortes significativos em seu orçamento e a maioria dos profissionais das ciências sociais foi demitida³⁵.

Segundo Eduardo Costa, a primeira década da Ensp foi marcada pela participação de seus estudantes na oposição ao golpe militar de 1964 (ele identificou pelo menos cinco alunos presentes na Passeata dos Cem Mil organizada pelo movimento estudantil em junho de 1968 no Rio de Janeiro) o que sinalizaria que a escola não esteve “alheia ao que acontecia nas ruas”. Em 1970, a Fiocruz sofreu forte repressão do governo ditatorial, quando dez pesquisadores da instituição foram perseguidos, impedidos de trabalhar e tiveram seus direitos políticos suspensos. Líderes de grupo de pesquisas foram cassados e laboratórios desmontados. O episódio ficou conhecido como o “Massacre de Manguinhos” (*Radis* 120). E a ENSP também foi atingida, conforme mencionado por Arlindo Fabio na entrevista acima. Este mesmo ator informa ainda³⁶:

“No final dos anos 1960, éramos na ENSP oitenta e poucos professores. Desses, fruto das pressões e repressões, acabamos ficando 18 no início dos anos 1970. O processo de repressão em cima da Escola e de esvaziamento foi muito violento. Tenho a veleidade de dizer que, por uma questão de resistência, esses 18 resolvemos segurar a barra. Fizemos, digamos, um pacto político. Mesmo as pessoas que não tinham posição política mais definida, mas que também achavam que era importante

³⁴ Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/136/reportagens/um-cavaleiro-na-tomada-do-castelo> (Acesso em: 02/11/2014).

³⁵ Depoimento de Eduardo Costa em vídeo comemorativo dos 60 anos da escola. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=EU5Z5KFf4HA\(06/04/2015\)](https://www.youtube.com/watch?v=EU5Z5KFf4HA(06/04/2015))

³⁶ Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/136/reportagens/um-cavaleiro-na-tomada-do-castelo> (Acesso em: 02/11/2014).

que a Escola se mantivesse, se juntaram em torno desse mesmo objetivo. Assim como os 18 do Forte de Copacabana, nós nos apelidamos de ‘Os 18 de Manguinhos’ “[...] alguns de nós fomos convidados a tirar férias em instituições militares. Alguns fomos presos. Claro que havia, dentro da Escola, e também em sala de aula, gente que informava o conteúdo do que ministrávamos. Imagina o que era dar aula de Sociologia e Política... Quando a Aeronáutica me convidou para conhecer suas instalações por dentro, eu entendi que tinha alguém assistindo minhas aulas e que fazia esse papel”.

A integração com o Instituto Oswaldo Cruz aconteceu durante a ditadura, em 1970, por decreto, quando foi criada a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) abarcando o IOC, a Fundação de Recursos Humanos para a Saúde e o Instituto Fernandes Figueira, entre outras instituições³⁷. Nesse momento a ENSP passou a se chamar Instituto Presidente Castelo Branco. Em 1974, a Fiocruz foi rebatizada de Fundação Oswaldo Cruz, e em 1976 a ENSP voltou a se chamar Escola Nacional de Saúde Pública³⁸.

Arlindo Fabio Gomez de Souza informa, na mesma entrevista, que na década de 1970, durante os governos militares, a ENSP foi profundamente atingida:

“[...] Chegamos a um determinado ponto de esvaziamento da Escola, em 1971/72, em que tínhamos só três cursos. Aí, suspendemos um, o Curso Básico, para avaliar até que tivéssemos um mínimo de clareza de para onde a saúde pública iria. Os anos de 1973 e 1974 são importantes para nós. Até ali, apesar de sermos uma Escola Nacional de Saúde Pública, de nacional mesmo restava pouco. ”

Esse quadro começou a mudar a partir de 1974:

“[...] Em 1974, fizemos um seminário e trouxemos Elisa Sá, de Belém, e o [Jorge] Ossanay, do Rio Grande do Sul, entre outros companheiros. Ali, pactuamos a descentralização dos cursos de saúde pública que em 1975 começaram em Belém e Porto Alegre. Internamente começamos a trabalhar no regimento interno da escola, na carreira de professores e pesquisadores, montamos nossos quadros obedecendo às categorias do ensino superior no Brasil, fizemos o regulamento de ensino, criamos um conselho interno com representação... Quando começamos os cursos descentralizados, tínhamos por objetivo ampliar a formação de diferentes profissionais para a saúde pública, recuperar o caráter nacional da Escola e, entre outras razões, obviamente, nossa sustentação política. Isso nos fortalecia tanto quanto fortalecia nossos companheiros. [...] Houve um ministro da saúde que tentou acabar com os cursos descentralizados da Ensp. ”

As estratégias de fortalecimento e crescimento institucional

Em novembro de 1975 a ENSP firmou um convenio com a Finep para o desenvolvimento de dois projetos de pesquisa: o Peses (Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde) e o PEPE

³⁷ O objetivo da Fundação Instituto Oswaldo Cruz era realizar pesquisas científicas no campo da medicina experimental, biologia e patologia, formar e aperfeiçoar pesquisadores, além de elaborar e fabricar remédios e vacinas para atividades da própria Fundação e do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/linha-do-tempo-em-texto> . (Acesso em: 06/04/2015)

³⁸<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/linha-do-tempo/>(Acesso em: 06/04/2015)

(Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos). Esses dois programas foram responsáveis pela fase de “reformulação da ENSP”³⁹, caracterizada pela realização de programas de formação de quadros em saúde pública em diversos estados brasileiros e pela articulação política que iria contribuir para o desenvolvimento do Movimento pela Reforma Sanitária. Fonseca (2004) e outros autores relatam que esta reestruturação da ENSP foi influenciada também pelos princípios contidos na Declaração de Alma Ata, sobre a atenção primária em saúde, e pela estreita relação com a OPAS (Escorel, 1999; Lima et al 2005).

Graças ao generoso volume de recursos com que contavam, esses projetos possibilitaram a incorporação à ENSP de profissionais oriundos de outras partes do Brasil (principalmente de Campinas-SP) e da América Latina, assim como de profissionais egressos de cursos de mestrado de Medicina Social, como o da UERJ, entre outros: ao final dos projetos 52 profissionais passaram a fazer parte do quadro de funcionários da ENSP⁴⁰.

Arlindo Fábio confirma⁴¹: “trouxemos aqueles companheiros [de Campinas/SP] para cá e realizamos concursos públicos para novos professores da Escola”⁴². Ao mesmo tempo, devido à repressão das ditaduras em outros países latino-americanos, como Argentina e Chile, a ENSP recebeu também profissionais da área de saúde pública oriundos desses países, que também se integraram ao processo de reforma institucional que se pretendia. Esses profissionais fortaleceram o grupo dos “18 resistentes” na ENSP.

“É um grupo que vai, eu diria, fertilizar com o seu pensamento o restante da instituição [Fiocruz], [...] em momentos subsequentes [...]. Por exemplo, Akira em Biomanguinhos, Luiz Fernando [Radis 130], Sérgio Coutinho e Herman Schatzmayr, no Instituto Oswaldo Cruz.” (Entrevista de Arlindo Fabio Gomez de Souza à Revista RADIS, janeiro 2014)⁴³.

Foi nesta época (final de 1975) que Sergio Arouca ingressou na ENSP, juntamente com alguns profissionais do “grupo de Campinas” e foi coordenar o Peses⁴⁴. Esse programa incorporava os

³⁹Relato verbal de Ana Maria Tambelini, Sergio Góes e outros, nas comemorações do aniversário de 60 anos da ENSP em 04/09/2014 no Salão Internacional da Escola.

⁴⁰ Depoimento Sergio Goés de Paula nas comemorações do aniversário de 60 anos da ENSP no Salão Internacional da Escola, na Mesa Redonda : Período 1970-1979 (De Médici à anistia) – Do esvaziamento à retomada. Realizada dia Dia 04/09/2014 Anotações pessoais.

⁴¹ Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/136/reportagens/um-cavaleiro-na-tomada-do-castelo> (Acesso em: 02/11/2014).

⁴² Essa incorporação foi realizada a partir de um “concurso interno”, desenhado exatamente como os concursos públicos, que àquela época estavam proibidos. Essa estratégia permitiu, posteriormente, nos anos 1980, a reivindicação da Escola para que esses profissionais fossem incorporados à Fiocruz como funcionários públicos, pois as regras para a seleção haviam sido rigorosamente seguidas segundo os critérios e cânones burocráticos e administrativos pertinentes.

⁴³ Idem.

⁴⁴ Posteriormente, Arouca foi chefe do Depto. de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS), da ENSP (1982-1985), e presidente da Fiocruz (1985-1989). Sergio Arouca é amplamente reconhecido como liderança fundamental do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Para um breve e conciso relato de sua trajetória e personalidade, vale a

princípios da Medicina Social e constituiu uma iniciativa que associava a pesquisa acadêmica à prática política. Para Escorel (1999), “[o Peses] teve como produto direto a produção de novos conhecimentos, e como produto indireto, a articulação de um conjunto de núcleos acadêmicos e de profissionais de saúde espalhados pelo Brasil, em uma espécie de ‘rede’ da Medicina Social” (p. 114)”. Esse programa funcionou na ENSP de novembro de 1975 a 31 de dezembro de 1977.

“Em 1975 eu estava em Campinas, no Departamento de Medicina Preventiva, com um grupo em que o grande desafio era a reforma do currículo médico, com a introdução das ciências sociais e a participação no movimento latino-americano para repensar a teoria da saúde, com Garcia e Zé Roberto Ferreira. Nesse ano levamos trombadas na Unicamp e viemos para a Ensp. Tínhamos teses e formação de cientistas. Tinha grupo de resistência na Escola. O encontro desses dois grupos é o novo.” (Entrevista com Antônio Sergio da Silva Arouca, 1998, citada por Nunes, 2004, p. 179.)

Buss (2004), que ingressou na ENSP em 1976, relata:

“Iniciava-se uma experiência definitivamente transformadora para a ENSP e para a saúde pública brasileira: a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), no âmbito do I Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (I PBDCT), criada no governo do ‘déspota esclarecido’, general Ernesto Geisel, passava a financiar o ressurgimento de Manguinhos, que se refletia na ENSP com a criação do Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses) e do Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (Peppe), sob a batuta de Eduardo Costa [já professor da ENSP], Sergio Arouca e seu time, recém-chegados da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), de onde haviam sido ‘expulsos’.

A ENSP com que então entrei em contato era uma instituição cheia de promessas: uma interessante mistura de sanitaristas mais tradicionais, muitos deles oriundos da excepcional tradição do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), com um grupo de vanguarda, academicamente bem titulado e originado de uma jovem universidade paulista.” (Lima et al 2004, p. 11-12)

Castro (2008) refere que, em 1973, Carlos Vidal Layseca, peruano e professor de medicina preventiva da Universidade Caetano Heredia, assumiu o projeto de desenvolvimento de recursos humanos da OPAS/Escritório do Brasil e, apesar da sede da organização ter sido transferida para Brasília, Carlos Vidal fixou seu escritório no prédio da ENSP, no Rio de Janeiro. Nessa época, o brasileiro José Roberto Ferreira ocupava o cargo de chefe do Departamento de Recursos Humanos da OPAS em Washington e, junto com Carlos Vidal, se empenhou na articulação da organização com as escolas de medicina e de saúde pública na América Latina.

Carlos Vidal e José Roberto Ferreira, juntamente com Ernani Braga (sanitarista pernambucano que, em 1980, assumiu a direção da ENSP e permaneceu no cargo até 1983) foram os idealizadores no Brasil do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (Ppreps), lançado em 1975, cuja coordenação teria sido oferecida inicialmente à ENSP, mas recusada por

pena ler ALMEIDA, Celia. Prefácio – Por que recordar Sergio Arouca?. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.8, pp. 0-0.

Oswaldo Costa, então diretor da ENSP (1973 a 1978) sob os argumentos de que a Escola não tinha estrutura administrativa para tal empreitada. Essa coordenação foi então assumida pelo Escritório de Representação da OPAS no Brasil, sob a liderança de Carlyle Guerra de Macedo (Scorel, 1999; Castro, 2008)⁴⁵.

Para Scorel (1999), o Ppreps foi um dos pilares do movimento da reforma sanitária brasileira. Ao analisar a relação da OPAS com esse movimento, Castro (2008) desnuda a teia de relações entre os diversos atores que integraram os quadros da OPAS (ou mantiveram estreitas relações com a instituição) e que tiveram papel importante no processo de reforma setorial no Brasil. Dentre eles a autora destaca Sergio Arouca⁴⁶, que foi consultor da OPAS e atuou no México, Colômbia, Honduras, Costa Rica, Peru, Cuba e Nicarágua. Além de Arouca, refere que outros profissionais⁴⁷ que integravam (ou viriam a integrar) os quadros da ENSP ou da Fiocruz tiveram relações com a OPAS e foram atores da reflexão crítica em saúde no Brasil nas décadas de 1970 e 1980.

Em 1985, Sergio Arouca assumiu a presidência da Fiocruz, cargo que ocupou até 1989, iniciando um processo de significativas mudanças institucionais.

Ainda de acordo com Arlindo Fabio⁴⁸,

“Até determinado momento, não tínhamos outra pretensão além de conquistar a Vice-presidência de Ensino da Fiocruz. Nessa época, eu era diretor da ENSP [1983 a 1985], e disse ao Guilardo [Martins Alves, então presidente da Fiocruz – 1979 a 1985] que queríamos que a Escola pudesse indicar o vice. Ele achava que isso seria muito difícil e que não poderia aceitar compromisso dessa ordem. Levei isso para o nosso grupo, que decidiu pensar, então, na presidência da Fiocruz.

[...] Depois da morte de Tancredo [Neves], o ministro da Saúde do [José] Sarney era o [deputado] Carlos Sant’anna. Com um grupo de professores da ENSP fui a Brasília reivindicar a presidência da Fiocruz para o Arouca. Com seu jeito peculiar Sant’Anna ouviu e disse que trouxéssemos um nome que fosse unanimidade, apontado pelo PMDB do Rio. O candidato do partido, antes desse encontro com Sant’Anna, não era o Arouca. Na verdade, era eu, por força do apoio de militantes daquele partido. Mas naquele momento, por muitas e variadas razões, entendi que não tinha condições de assumir esse compromisso. Disse isso ao Arouca em um telefonema que ele me deu perguntando se eu era o candidato. E disse que o apoiaria. Ao que me respondeu: ‘Eu só vou se você for comigo’. Respondi que uma vice com

⁴⁵ Entrevista de Carlyle Guerra de Macedo ao Observatório de História da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=1> (acesso em 06/04/2015)

⁴⁶ Em 1971, Sérgio Arouca tornou-se consultor da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e, nos anos seguintes, representou o Brasil no Comitê Assessor de Investigações da entidade para a América Latina. Nesta condição, desempenhou, em 1972, funções no México, Estados Unidos e Colômbia e, em 1973, no Peru, Honduras e Costa Rica. Com relação a trajetória profissional de Sergio Arouca, vale a pena mencionar também que entre 1980 e 1982 o sanitarista viveu na Nicarágua onde, a serviço da OPAS, atuou como consultor do governo Sandinista na reorganização do sistema de saúde daquele país. Nesta fase, Arouca teria indicado alguns funcionários do Ministério da Saúde daquele país para realizarem cursos na Ensp. (Projeto Memória Social: o legado de Sergio Arouca. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/desdobramentos/olegado.htm> . Acesso em 29/06/2015).

⁴⁷Entre eles estão: José Paranaguá de Santana, Francisco Campos, Alberto Pellegrini Filho, Francisco Salazar e José Roberto Ferreira.

⁴⁸ Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/136/reportagens/um-cavaleiro-na-tomada-do-castelo> (Acesso em: 02/11/2014).

ele eu aceitava. Foi então que assumi a coordenação da campanha. Fui à sede do PMDB no Rio onde fiz discurso em busca da unanimidade requerida ao nome do Arouca, fui a Brasília, coordenei internamente as articulações e também junto ao ministro. ”

“Depois de nossa chegada na presidência em 1985, se intensifica a presença dos sanitaristas na condução da Fiocruz. ”

Vale mencionar que essas articulações políticas foram acompanhadas de um movimento interno à própria Fiocruz de aproximação entre as diferentes unidades institucionais e seus respectivos dirigentes e funcionários, conduzido por Sergio Arouca e outros profissionais da ENSP engajados no movimento pela reforma sanitária, na perspectiva tanto de construir força política interna e apoio para a candidatura de Arouca à sua presidência, quanto para discutir um projeto de renovação da Fiocruz. Até então não havia praticamente nenhuma comunicação ou troca de informações entre as unidades da instituição.

Para Santos et al (2004),

“A partir de 1985, com a nomeação de Sergio Arouca para a presidência da Fiocruz, muitas das ideias defendidas no âmbito interno à Escola puderam se expressar e se viabilizar no contexto institucional mais amplo. Propostas de gestão participativa, ampliação da agenda de pesquisa a partir de abordagens interdisciplinares, ênfase em programas de difusão da informação científica e de formação de recursos humanos em diferentes níveis de ensino, entre outras ações inovadoras, passaram a integrar as novas diretrizes institucionais [...derivando] em ampla mobilização política. ” (p. 107).

Arlindo Fabio Gomez de Souza é enfático nesse ponto, ao relatar os meandros da articulação política com o então único partido de esquerda no Brasil, o PMDB, além das estratégias do movimento pela reforma para divulgar nacionalmente e conseguir adesões à proposta de mudança:

“Toda essa base foi fundamental para a discussão na Assembleia Nacional Constituinte. Lembro que, ao final dos trabalhos da Comissão [Comissão de Saúde da Câmara Federal], quando fiz a leitura de seu relatório, o Mosconi [Carlos Mosconi, à época, presidente da Comissão] abriu o discurso dizendo que tinha absoluta certeza de que o texto que estava sendo apresentado ali era o que iria para a Constituição, porque refletia não só o pensamento da sociedade e do governo, pactuado através de uma comissão ampla, como também o debate que estava acontecendo na Constituinte. A esse relatório se soma uma emenda popular defendida pelo Arouca na Constituinte. Não fomos os únicos, obviamente, mas os cursos descentralizados, a 8ª Conferência, o Radis, com o Jornal Proposta [Proposta para a Reforma Sanitária Brasileira] e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, foram importantes para os resultados alcançados. ”⁴⁹

O Radis – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde foi criado em 1982, como um projeto de educação continuada do Departamento de Ciências Sociais da Escola, idealizado pelo economista e sanitarista Sergio Góes, que anos antes foi um dos formuladores do Peses/Peppe, como

⁴⁹ Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/136/reportagens/um-cavaleiro-na-tomada-do-castelo> (Acesso em: 02/11/2014).

já mencionado. Inicialmente o Radis tinha como missão monitorar as notícias sobre saúde veiculadas na mídia (principalmente em grandes jornais) e produzir análises críticas, funcionando como uma espécie de “Observatório da Saúde”. A difusão dessas análises e de informações qualificadas foi, desde o início, efetivada em três publicações – Súmula, Tema e Dados – que eram distribuídas gratuitamente por todo o país.

Em 1985, com Arouca na presidência da Fiocruz, durante a transição democrática e no auge da efervescência e ampliação do movimento sanitário, o Radis estava à mingua e foi então vinculado à presidência da Fiocruz, como mais uma das estratégias de difusão e discussão do projeto de reforma setorial. Para tal, foi “profissionalizado” como um projeto jornalístico, isto é, incorporou profissionais da mídia escrita na perspectiva de torna-los especializados nas questões setoriais. Inicialmente sob a coordenação de Célia Almeida (1985 a 1987), pesquisadora da ENSP e então assessora da presidência da Fiocruz, o Radis contratou jornalistas, alguns com experiência em grandes jornais, que passaram a trabalhar no Programa. A ideia era, em pouco tempo, passar a coordenação editorial do Radis para os profissionais da área, o que ocorreu, entretanto, em 1992 quando Álvaro Nascimento assumiu a coordenação, após a gestão de Ary Miranda (1989 a 1991)⁵⁰. Como lembra Rogerio Lannes (Radis N.120, 2012),

“Quem introduziu o jornalismo no Radis foi o sanitarista Sérgio Arouca, para ampliar o universo com o qual o programa se comunicava” [...] o jornalismo se estabeleceu como atividade precípua do Radis a partir de 1985, quando Arouca e a então coordenadora, Celia Almeida, acordaram que o programa optaria por um formato jornalístico em suas publicações, de maneira a atingir número cada vez maior de pessoas da sociedade civil. A decisão acompanhava as modificações no cenário político, em tempos de redemocratização: José Sarney tomava posse como primeiro presidente pós-ditadura à frente de um governo de composição conformado por Tancredo Neves, que tentava instaurar o clima de nova República e ensaiava uma aproximação com os movimentos sociais.”

[...] A linguagem e o modo de produção jornalísticos se adaptaram melhor à nova função que se colocava para o programa, que era de interlocução com a sociedade”⁵¹

Em 1987 o projeto Radis passou a editar também o Jornal Proposta–Jornal da Reforma Sanitária, dedicado especificamente a acompanhar e influenciar os debates na Assembleia Nacional Constituinte, além de entrevistar atores institucionais e políticos relevantes e veicular as propostas para a reforma na saúde dos diferentes partidos nacionais, difundindo essas informações pelo país afora.⁵²

⁵⁰ Mais informações sobre a trajetória do Radis pode ser encontrada nas edições número 56, 60, 100 e 120 da revista.

⁵¹ Revista Radis. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/espaco-mobilizado-pelo-leitor> (Acesso: 29/06/2015)

⁵² Hoje a Revista Radis conta com uma edição mensal de cerca de 72 mil exemplares, com distribuição nacional que inclui, entre outros, todos os Conselhos de Saúde e Secretarias Municipais do Brasil (revista Radis disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/100/reportagens/uma-revista-que-ja-nasce-com-historia> Acesso: 29/06/2015)

“O jornal noticiava antecipadamente o que ainda seria votado, acompanhava as reuniões do movimento e informava resultados numa velocidade que não era usual na mídia setorial, permitindo a intervenção e pressão dos movimentos sociais no Congresso. O Radis também reafirmava seu compromisso com o conceito ampliado de saúde, publicando matérias sobre seguridade social, educação e reforma agrária”.⁵³

No total, as quatro publicações – Súmula, Proposta, Tema e Dados – somaram 167 edições até 1994, que fizeram toda a diferença para os leitores por seu pioneirismo. Entretanto, por conta das oscilações do orçamento disponível e das ingerências políticas, não conseguiu manter a periodicidade de todas elas e as publicações se extinguíram, paulatinamente, em momentos distintos: até 1988 as publicações saíram com regularidade, totalizando 25 edições, um recorde dos primeiros dez anos do Radis; mas, em 1992, o Governo Collor suspendeu o Programa e somente uma edição de Súmula circulou; o Jornal Proposta saiu de circulação em 1994 e Dados em 1996. A periodicidade mensal foi retomada no segundo semestre de 2001, após uma reformulação total da gestão do Radis. Tema e Súmula mantiveram-se até 2002.

“Os vinte anos de produção das quatro publicações iniciais representaram o amadurecimento crescente do Programa Radis, nascido ainda no apagar das luzes da ditadura militar e que, com espírito independente e linha editorial crítica, conseguira ganhar fôlego para fazer frente ao objetivo de se tornar uma espécie de “arauto” da Reforma Sanitária” (Radis N. 60, 2007).

A gestão de Frederico Simões Barbosa, (eleito por votação na ENSP para o período 1985-1988) contribuiu para fortalecer “a posição da ENSP no cenário acadêmico” (Santos et al, 2004). Entre as iniciativas implementadas na sua gestão ressalta-se a parceria com a Fundação Kellogg, que possibilitou a implementação, na segunda metade da década de 1980, do Programa de Apoio à Reforma Sanitária (Pares), graças à intermediação de Mário Chaves, colaborador da Escola no período compreendido entre 1986-1989. O Pares contou com volume importante de recursos financeiros, possibilitando várias inovações na ENSP que promoveriam seu desenvolvimento institucional, ao mesmo tempo em que fomentavam e ancoravam o movimento pela reforma sanitária, agora já em âmbito nacional (Santos et al, 2004, p; 108). Segundo este autor,

“Convidado por Sergio Arouca para elaborar o programa, Mário Chaves destacou que a concepção do projeto enfatizava o trabalho com a comunidade do bairro de Manguinhos, dele participando também os diversos departamentos da Escola. Com um volume de recursos significativos repassados pela Kellogg, a ENSP pôde desenvolver tecnologias apropriadas à gestão e às práticas de saúde no âmbito dos Sistemas Locais de Saúde [SILOS]. O Pares iniciou suas atividades com a análise dos modelos municipais/distritais de atenção à saúde, a cargo dos departamentos estaduais de saúde, sendo também responsável pela criação de um laboratório de tecnologias educacionais (hoje Secretaria de Desenvolvimento Educacional-SDE), do parque gráfico e da modernização da biblioteca Lincoln de Freitas Filho (Fiocruz, 2003). Financiou também a implementação do Programa de Educação Continuada

⁵³ Revista Radis disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/100/reportagens/uma-revista-que-ja-nasce-com-historia> (Acesso: 29/06/2015)

(PEC/Ensp), voltado para a produção de material impresso destinado a apoiar o desenvolvimento dos profissionais da área da saúde pública em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, e a expansão do Centro de Documentação (Cedoc). Sua linha editorial incluía o Boletim da Escola Nacional de Saúde Pública, textos de apoio, Cadernos de Saúde Pública, material instrucional – manuais, normas” (Santos et al, 2004, p; 108).

Para Paulo Buss⁵⁴, vice-diretor da ENSP na gestão de Frederico Simões Barbosa,

“[...] o Pares, a eleição da diretoria [da Escola], o convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) e o programa de Pesquisador Visitante foram ações importantes que contribuíram também para a reestruturação do programa de pós-graduação. A gestão de Frederico Simões Barbosa foi a primeira na ENSP a resultar de um processo eletivo.” (p. 107-108).

Em 1989, na primeira gestão de Paulo Buss na direção da ENSP (1989-1992), foi implementado um programa de pesquisador visitante em parceria com o CNPq e se iniciou o Doutorado em Saúde Pública, desenvolvido por Maria Cecília Minayo, então coordenadora da pós-graduação, que criou uma comissão encarregada da reestruturação desta área na Escola. Essa reestruturação teve como um de seus objetivos a formação de quadros da própria instituição (que contava então com reduzido número de doutores) e contribuiu também para o desenvolvimento da pesquisa acadêmica (Santos et al, 2004; Buss, 2014)⁵⁵. Buss (2004) afirma que: “como diretor da Escola (1989-1992), tratamos de finalizar o que tínhamos iniciado nos cinco últimos anos de 1970; qual seja, agregar à qualidade técnica e política da Ensp um *status* acadêmico” (Lima et al 2004. P. 13).

Segundo Adauto Araújo, diretor da Ensp de 1994 a 1997⁵⁶, essa estratégia visava priorizar a qualificação dos quadros acadêmicos da ENSP, com o propósito de obter, a médio e longo prazos, melhoria da qualidade do ensino e incrementar a pesquisa. Estimulou-se a formação de doutores tanto no país quanto no exterior. Nessa gestão, intensificaram-se os investimentos na pós-graduação e diversas outras iniciativas destinadas à formação de recursos humanos começaram a ser esboçadas, como os cursos de mestrado profissional.

Como resultado desse processo, durante os anos 1990, verificou-se na ENSP uma multiplicação de áreas de interesse e de experiências que buscavam aliar pesquisa, ensino e cooperação (por ex. projetos Elos e Dlis⁵⁷), fortalecendo a inter e a multidisciplinaridade e

⁵⁴ Antes de assumir o cargo de vice-diretor da ENSP Paulo Buss foi secretário da Abrasco de 1981 a 1989.

⁵⁵ Depoimento de Paulo Buss no vídeo “*ENSP: uma história de cidadania*”. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jBjOPUt1hU4> (Acesso em: 06/04/2015)

⁵⁶ Adauto Araújo disputou a eleição para a direção da ENSP com Maria Cecília de Sousa Minayo e venceu com a diferença de 1 voto. (Vídeo “*ENSP: uma história de cidadania*”).

⁵⁷ Iniciado em 1995 o Elos – Núcleo de Estudos Locais de Saúde tinha como objetivo desenvolver metodologias de educação popular e saúde orientadas a facilitar a participação da população local na gestão de sua realidade de saúde, numa perspectiva de se agregar pesquisa, ensino e cooperação; o DLIS – Projeto Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável iniciou em 1999 com o objetivo de realizar pesquisas e desenvolver tecnologias e metodologias nos campos

diversificando seu escopo temático. Foram criadas novas instâncias que refletem essa perspectiva, como o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência (CLAVES), o Núcleo de Doenças Endêmicas Samuel Pessoa⁵⁸ e o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) (Santos et al, 2004).

Para esses autores,

“Constata-se, pois, que não apenas os desafios da implantação do SUS, mas também a diversidade e a complexidade inerentes à abordagem da saúde pública nas duas últimas décadas do século XX constituíram-se em temas de reflexão e contribuição incorporados ao projeto institucional da Ensp.” (p. 16-17).

Durante a gestão de Aduino Araújo, a ENSP inaugurou a área de educação a distância (EAD) com a realização do curso de Gestão em Saúde direcionado a secretários municipais de saúde, constituindo o primeiro curso na área de saúde no Brasil realizado nesta modalidade; e a Fundação de Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Cooperação, vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública – FENSPTEC cujo objetivo era apoiar projetos da ENSP⁵⁹.

Sobre a sua gestão na direção da ENSP, Aduino destaca:

“A nossa direção, minha e do Paulo Sabroza⁶⁰, que era o vice diretor, durou de 1994 até 1997, [...] foi uma eleição bastante tumultuada, o que é sempre desconfortável, mas ao mesmo tempo interessante, disputar com colegas muito próximos uma campanha de direção da Escola [...] e acabou que vencemos por um voto de diferença e a decorrência disso foi um período de início de administração bastante difícil, com a Escola super dividida [...] daí surgiram por [iniciativas de] diversos colegas e a gente apenas estimulava, a primeira coisa foi a ENSPTEC, que surgiu por uma ideia do Moreira Nunes, Adolfo Chorny, Maria Infante e Pedro Barbosa, que se juntaram, trouxeram a proposta, a gente abraçou isso, e tivemos um período assim bastante interessante de discussão e de convencimento com o Conselho Deliberativo da Fiocruz; a outra foi a ideia do Antônio Ivo, que queria criar o ensino a distância, que não havia, e a gente não tinha recursos para dar o início, o pontapé inicial, e nós conseguimos convencer a presidência a financiar esse começo e foi um sucesso também.”⁶¹

Em 1996, a convite de Paulo Buss, então vice-presidente da Fiocruz (1996-1998), José Roberto Ferreira ingressou na instituição, após chefiar por 21 anos o Departamento de Recursos Humanos da Oficina da OPAS em Washington (1975-1996). Em 1998, Paulo Buss foi eleito para a

da geração de trabalho e renda, habitação e urbanização, saúde e alimentação e desenvolvimento social e educação, visando incorporá-las aos seus cursos e incrementar sua capacidade de cooperação técnica em promoção da saúde. (Santos et al, 2004)

⁵⁸ Esse núcleo passou a ser um departamento da ENSP – Departamento de Endemias Samuel Pessoa – durante a gestão de Maria do Carmo Leal (1993-1994) na direção da ENSP, que substituiu Paulo Buss.

⁵⁹ Em 2000, por deliberação da plenária extraordinária do III Congresso Interno da Fiocruz a FENSPTEC passou a ser denominada Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – FIOTEC, destinada a apoiar os projetos de todas as unidades da Fiocruz.

⁶⁰ Nessa época, as eleições para a direção da ENSP eram para diretor e vice-diretor.

⁶¹ Entrevista de Aduino Araújo no vídeo “ENSP: uma história de cidadania”. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jBjOPUt1hU4> (Acesso em: 06/04/2015)

sua segunda gestão na direção da Escola (1998-2000) e convidou José Roberto para fundar a Coordenação de Cooperação Internacional da ENSP.

Nesta fase, a ENSP ampliou a articulação com outras Escolas de Saúde Pública da região latino-americana, firmando-se convênios e participando-se mais ativamente da Associação Latino Americana de Escolas de Saúde Pública – ALAESP (Arquivo morto ACI-ENSP).

No prefácio do trabalho de Lima et al (2004, p. 14) Buss relata que, em 1997, uma cooperação internacional promoveu a introdução dos estudos sobre promoção da saúde na ENSP, a partir de um projeto conjunto entre a ENSP e a *Canadian Public Health Association* (CPHA), com apoio financeiro da *Canadian International Development Agency* (CIDA).

Em 1998⁶², na segunda gestão de Paulo Buss na direção da ENSP, foi criada na ENSP a Escola de Governo em Saúde. Concebida como uma “atualização” da Escola frente ao contexto nacional, significava uma reorientação estratégica dos programas de pesquisa, ensino e cooperação para o fortalecimento da capacidade de governo em saúde no Brasil. A iniciativa tinha como proposta central formar recursos humanos para responder aos desafios epidemiológicos, epistemológicos e dos serviços de saúde do Brasil, e fortalecer a gestão do SUS. Propunha como estratégia central a inserção da promoção da saúde nos currículos dos cursos e a educação a distância como principal recurso metodológico (Buss, 1999).⁶³

Paulo Buss relata:

[...] quando eu volto para a direção [da ENSP] eu percebo que a Escola [...] puxava muito para a área acadêmica, nós estávamos esmagados por aquela lógica acadêmica de ter que produzir *papers* e [...] eu senti um certo afastamento do SUS, um SUS que nós estávamos construindo e que precisava da contribuição da Escola para se fortalecer, e volto com a proposta de criar uma Escola de Governo” (vídeo ENSP: uma história de cidadania)

Para Egov (2010) esta proposta alinhava-se, em certa medida, ao contexto nacional de Reforma do Estado, formulada e implantada durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, construída, porém, na perspectiva de fortalecimento da política de saúde como uma política de Estado e não apenas a partir da ideia de aumentar a eficiência e eficácia do Estado, como rezava essa proposta de reforma administrativa do governo FHC. Segundo Egov (2010):

“Em que pese a inegável especificidade do campo da saúde pública, a ideia de criar uma Escola de Governo em Saúde da ENSP (expressa pela primeira vez em 1996) buscou dialogar com os princípios enunciados na Reforma do Estado, traduzindo-os, porém, à luz dos compromissos históricos da Escola com a consolidação do SUS

⁶² Paulo Buss foi eleito e assumiu por duas vezes a direção da ENSP, entretanto, não completou nenhuma das duas gestões. Na primeira vez ele deixou a direção da Escola para assumir a vice presidência da Fiocruz, e em seu lugar assumiu Maria do Carmo Leal, por um ano. Na segunda vez, Paulo Buss foi eleito para a presidência da Fiocruz, e em seu lugar assumiu Odir Clecio da Cruz Roque, por 06 meses, até a realização de nova eleição, na qual venceu Jorge Bermudez.

⁶³ Atualmente a Escola de Governo é uma Vice-direção da ENSP.

universal, público, gratuito, efetivo, resolutivo e de qualidade.” (p. 11).

Durante a gestão de Jorge Bermudez na direção da ENSP (2001-2004), que anteriormente havia sido diretor de Farmanguinhos (1985-1987), ocorreu a transição do governo de Fernando Henrique Cardoso (duas gestões, 1994-2002) para o de Luis Inácio Lula da Silva (duas gestões, 2003-2010), eleito em 2002, e Bermudez participou do “grupo de transição” de governo que, na área social, foi chefiado por Humberto Costa, que se tornou o Ministro da Saúde do primeiro governo Lula (2003-2005)⁶⁴. Bermudez afirma que:

“[...] tínhamos uma relação muito próxima com o governo que estava assumindo e a Escola se colocou também como um dos grandes baluartes, uma das grandes instituições que podiam dar fortaleza, respaldo às ações de governo na área de saúde” (depoimento de Jorge Bermudez para o vídeo “*ENSP: uma história de cidadania*”).

Em 2003 a Escola passou a se chamar Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em homenagem ao líder sanitarista que faleceu naquele ano. Após deixar a direção da ENSP, Jorge Bermudez chefiou (2004-2007) a Unidade de Medicamentos, Vacinas e Tecnologias em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e, de 2007 a 2011, foi diretor da Unitaid (uma agência internacional de compra de medicamentos para países em desenvolvimento).

Em 2004, Antônio Ivo de Carvalho assumiu a direção da ENSP e iniciou um novo ciclo de reflexões sobre sua identidade institucional.

“Foi um momento em que o país vivia grandes transformações [...] logo no início da gestão nós nos dedicamos muito a promover um debate conceitual sobre o que era a Escola [...] e acabamos construindo um arcabouço conceitual que tentava definir a Escola dos anos 2000. Isso permitiu o papel pioneiro da Escola, que foi a primeira na área de saúde a trabalhar com educação à distância; permitiu a formação da Rede de Escolas de Saúde Pública do país, compartilhando a responsabilidade de formar [quadros] para o SUS [...] uma obsessão nesse período foi associar excelência à inovação” (Depoimento de Antônio Ivo para o vídeo “*ENSP: uma história de cidadania*”).

Nessa fase foi fortalecida a articulação com o Ministério da Saúde do Brasil e a ENSP realizou diversos projetos de abrangência nacional, em parceria com unidades desse ministério, fortalecendo a perspectiva de “Escola de Governo”. Durante a gestão de Antônio Ivo (duas gestões, 2004–2012), além da Rede de Escolas de Saúde Pública do Brasil, foi fundada a Rede de Escolas de Saúde Pública da América do Sul – RESP UNASUL e a ENSP foi eleita para sediar a secretaria executiva da rede, quando teve a oportunidade de se utilizar da experiência nacional para gerir o projeto internacional.

⁶⁴ Além de Humberto Costa, foram ministros da saúde do governo de Luis Inácio Lula da Silva: José Saraiva Felipe (2005-2006); José Agenor Álvares da Silva (2006-2007); e José Gomes Temporão (2007-2011).

Em 2013, Hermano Castro assumiu a direção da ENSP, após eleição bastante disputada, iniciando-se um novo ciclo de adequações às novas conjunturas e perspectivas institucionais, dinâmica inerente à trajetória da ENSP.

Importante ressaltar que vários profissionais que fizeram (e fazem) parte da história da ENSP reiteram que, além do compromisso com a saúde das populações, com o ensino e com o desenvolvimento científico, uma das características principais da Escola é sua abertura ao enfrentamento de novos desafios e a propostas inovadoras, como também a diferentes correntes de pensamento, às vezes contrapostas.

A estrutura organizacional da ENSP e o lugar da cooperação internacional

Como mencionado anteriormente, a gestão de Sergio Arouca na presidência na Fiocruz foi responsável por mudanças na estrutura de gestão institucional, que expressaram os princípios democráticos defendidos pelo sanitarista e o movimento pela reforma na saúde.

Nesta fase, a associação de servidores da Fiocruz, que anteriormente se ocupava principalmente de organizar atividades de lazer para os funcionários, ganhou dimensão mais política com a elaboração de um estatuto e a realização do primeiro processo eleitoral para a direção geral do agora sindicato, em 1987. Neste mesmo ano foi criado o Congresso Interno da Fiocruz, constituído por delegados de todas as unidades da instituição e encarregado de discutir e deliberar sobre assuntos estratégicos e os rumos da política institucional. A partir daí outras instâncias de gestão colegiada foram criadas, na presidência da Fiocruz e nas unidades técnicas, em momentos distintos, resultando em uma estrutura de gestão democrática onde os diretores de unidades e chefes de serviços/departamentos são eleitos pelos servidores a eles ligados (Radis nº 33, 2005).

O quadro a seguir sintetiza essas instâncias (Quadro 1).

Quadro 1 – Instâncias de gestão da Fiocruz

Congresso Interno	Composto de delegados eleitos em todas as unidades, conforme princípio de representações mínima, média e máxima de acordo com o número de funcionários, o Congresso Interno ocorre no início de cada mandato presidencial (de 4 anos) da Fiocruz, com o objetivo de atualizar diretrizes do projeto institucional e pactuar os termos de compromisso entre gestores e o conjunto da comunidade.
Conselho Deliberativo	O Conselho Deliberativo é formado pela presidência, pelos diretores das Unidades Técnico-Científicas (UTC) e Técnicas de Apoio (UTA), e de um representante dos trabalhadores. Apenas o presidente, os diretores eleitos e a Asfoc votam. Sua função é

	detalhar e operacionalizar as macropolíticas definidas no Congresso Interno, também discutindo e aprovando os programas e os respectivos orçamentos anuais e plurianuais
Câmaras Técnicas	O Conselho Deliberativo da Fiocruz (assim como a presidência) é apoiado, tecnicamente, quanto aos programas da instituição (pesquisa e desenvolvimento tecnológico, ensino, assistência e serviços de referência, produção, informação e comunicação e gestão) pelas Câmaras Técnicas, organizadas com representantes das UTCs e UTAs e presididas pelos respectivos vice-presidentes setoriais. Sua função principal é propor arranjos programáticos e procedimentos técnicos e gerenciais ao CD/Fiocruz para a implementação dos programas.
Coletivo de Dirigentes	O Coletivo de Dirigentes é o primeiro escalão ampliado da instituição, implantado em outubro de 2001. Reúne cerca de 130 dos principais dirigentes da Fiocruz, incluindo os integrantes do CD/Fiocruz (diretores das unidades), vice-presidentes, diretores e chefes de departamento da administração central (Dirad, Dirac, Direh, Procuradoria, Auditoria e Assessorias da Presidência) e chefes de departamento ou equivalentes de todas as unidades técnicas da Fiocruz. O coletivo não tem caráter deliberativo. É voltado para a implementação e execução das decisões das instâncias superiores.

Fonte: Radis n 33, 2005.

As instancias de gestão coletiva estão presentes em todas as unidades, e também na ENSP, onde as decisões são tomadas pelo Conselho Deliberativo da unidade. A estrutura organizacional atual da ENSP, publicado no site da Escola, está no Anexo 2.

No que concerne à cooperação internacional, inicialmente, quando coordenada por José Roberto Ferreira, estava diretamente vinculada à direção da ENSP, assim permanecendo com a criação da ACI-ENSP em 2006.

Ainda que sem uma designação formal por meio de portaria da direção, a partir de 2009, na segunda gestão de Antônio Ivo de Carvalho, as atividades de cooperação internacional passaram a ser coordenadas pela Vice Direção de Cooperação e de Escola de Governo. Este novo arranjo teve o objetivo de dar ênfase às atribuições políticas do setor, valorizando os processos de negociação e formulação dos projetos com a adoção dos conceitos propostos para a atuação da Fiocruz na CI. Neste sentido, a área de cooperação internacional da ENSP atuaria mais diretamente nos espaços políticos institucionais de negociação nessa área, além deter uma participação mais ativa na implementação da política institucional de CI (EGOV-ENSP, 2010). **A Institucionalização da Cooperação Internacional na Fiocruz**

Relações com instituições e pesquisadores de outros países esteve presente no cotidiano de trabalho da Fiocruz desde a sua criação no início do século XX. Para Buss e Gadelha (2002) o modelo organizacional adotado à época da criação do Instituto Oswaldo Cruz (então denominado Instituto Soroterápico Federal), em 1900, foi inspirado no Instituto Pasteur de Paris, onde Oswaldo Cruz se aperfeiçoou nos estudos de bacteriologia. A Fiocruz se constituiu como uma organização destinada a realizar atividades de pesquisa, ensino, produção e prestação de serviços, mas localizada fora da

universidade⁶⁵ (p. 73).

Ao longo de todo o século XX os intercâmbios e colaborações de pesquisadores da Fiocruz com profissionais de outros países (principalmente da Europa e Estados Unidos), a divulgação dos resultados de pesquisas em congressos internacionais e o recebimento de visitas de cientistas reconhecidos internacionalmente fizeram parte do trabalho da instituição.

Para citar alguns exemplos dessa dinâmica, em 1911, o Instituto Oswaldo Cruz ganhou diploma de honra na Exposição Internacional de Higiene e Demografia de Dresden, na Alemanha, pela descoberta da doença de Chagas; em 1925, físico alemão Albert Einstein visitou o IOC; em 1937, a Fundação Rockefeller inaugurou o Laboratório do Serviço Especial de Profilaxia da Febre Amarela dentro do Instituto Oswaldo Cruz; em 1950, por ocasião da comemoração de seu cinquentenário, o Instituto Oswaldo Cruz recebeu a visita de Alexander Fleming, descobridor da penicilina; e, em 1985, de Albert Sabin, descobridor da vacina oral contra a poliomielite⁶⁶. Todos esses eventos foram articulados a partir de contatos e trabalhos conjuntos entre pesquisadores e gestores da Fiocruz com instituições acadêmicas de diferentes países.

Entretanto, o primeiro esforço institucional para organizar atividades de cooperação internacional na Fiocruz se deu em 1984 na gestão de Guilardo Martins Alves como presidente, com a criação da Assessoria de Cooperação Internacional (ACI-FIOCRUZ) pela portaria nº 05/84-PR. Neste primeiro momento a ACI-FIOCRUZ tratava somente dos registros dos convênios internacionais da instituição, das autorizações de afastamento de servidores do país e do recebimento de visitantes estrangeiros.

Em 1988 o primeiro Congresso Interno da Fiocruz, realizado sob a gestão de Sergio Arouca na presidência (1985 a 1989), apontou para uma mudança na área de cooperação internacional da Fiocruz, atribuindo-lhe uma atuação mais proativa na captação de recursos financeiros para além da sua atuação cartorial. No II Congresso Interno, realizado em 1994, na gestão de Carlos Morel (1992a 1997), as discussões apontaram para a importância de uma participação mais ativa da instituição nas ações compartilhadas com outros países e instituições, nos âmbitos Norte-Sul e Sul-Sul. Nos anos seguintes a ACI-FIOCRUZ se dedicou prioritariamente a organizar a captação de recursos; formulação, administração, monitoramento e avaliação de acordos, protocolos e projetos; e à organização da participação institucional em fóruns e seminários internacionais (Brandão, 2009).

Em 2000, com Paulo Buss na presidência da Fiocruz, cargo que exerceu por dois mandatos (2000-2008), José Roberto Ferreira passou a dirigir a ACI-FIOCRUZ.

⁶⁵ Garcia (1984) ressalta que esse modelo foi utilizado também em outros países latino-americanos.

⁶⁶ Informações disponíveis no site da Fiocruz. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/linha-do-tempo-em-texto> (acesso em 08/04/2015)

Em 2003, a presidência da Fiocruz instituiu a Câmara Técnica de Cooperação Internacional (055/2003-PR), cujo objetivo explicitado na portaria era “subsidiar a política de cooperação internacional do órgão, estender a cada unidade técnico-científica o apoio às ações de intercâmbio internacional, em toda a sua amplitude, e assegurar a representação das mesmas nas atividades correlatas em nível central”. Segundo Brandão (2009), com a criação dessa instância pretendia-se reduzir a fragmentação das atividades de cooperação internacional na Fiocruz e proporcionar maior articulação entre as unidades técnico-científicas e administrativas da instituição. A 1ª Reunião dessa Câmara Técnica foi realizada em 25 de agosto de 2005, à qual se sucederam algumas outras até 2008, quando essa Câmara Técnica deixou de se reunir.

No Plano Quadrienal da Fiocruz 2005-2008 (Fiocruz, 2005) a cooperação internacional era referida como uma atividade alinhada à área de “Gestão de Políticas de Saúde”. O documento definia as seguintes proposições para essa área: 1) desenvolver um sistema de informação sobre a cooperação internacional na Fiocruz, que disponibilizasse um calendário de eventos, missões e reuniões internacionais, os convênios, os acordos e demais informações acerca das ações oficiais de cooperação internacional; 2) implantar um sistema de estudos e investigação em saúde internacional com vistas a subsidiar a Câmara Técnica de Cooperação Internacional no desenvolvimento de suas ações, com ênfase nos países que integram a América Latina, a África e a Ásia; 3) ampliar os acordos negociados e assinados com instituições de grande envergadura e importância internacional, considerando as prioridades nacionais e tendo como uma das estratégias prioritárias a consolidação de demandas regionais com países fronteiriços; 4) ampliar as ações de cooperação horizontal, objetivando o aprimoramento da qualidade e efetividade das relações entre a Fiocruz e as instituições dos países em desenvolvimento que mantêm Acordos de Cooperação com o Brasil; 5) implantar um sistema de monitoramento e avaliação de impacto das atividades de Cooperação Internacional. (p. 37).

A partir de 2006 a Fiocruz abriu vagas nos seus concursos públicos para o perfil de cooperação internacional (o que se repetiu em 2010 e 2014), ampliando a institucionalização dessa área. Em 2008 foi inaugurado o Escritório de Representação da Fiocruz na África (Fio-África), em Maputo, Moçambique, com a presença do então presidente Lula, de seu ministro das relações exteriores, Celso Amorim, do então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, e de Paulo Buss, então presidente da Fiocruz⁶⁷.

⁶⁷ Celia Almeida, pesquisadora e docente da ENSP foi a primeira diretora do Escritório, cargo que exerceu por quase três anos (de agosto de 2008 a março de 2011). José Luiz Telles, também pesquisador dos quadros da ENSP, foi seu segundo diretor, de março de 2011 a fevereiro de 2015. E, atualmente, Lícia de Oliveira, de Farmanguinhos, é a nova diretora, cargo que acumula com a coordenação do projeto de instalação de uma fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Maputo, Moçambique. Vale mencionar, entretanto, que durante todos esses anos, a institucionalização do Fio-África ainda não se efetivou e a atual conjuntura suscita especulações e questionamentos sobre sua continuidade.

Em 2009, foi criado o Centro de Relações Internacionais da Fiocruz (CRIS) (Portaria n.º 22/2009-PR), dirigido por Paulo Buss, após ter deixado a presidência da Fiocruz. O CRIS tem como missão

[...] “promover a articulação internacional da Fiocruz, apoiando as vice-presidências e as unidades técnicas em seus atos de promoção da saúde e seus eventos internacionais, atuando sempre de acordo com as diretrizes do Conselho Deliberativo da Fiocruz, assim promovendo a consolidação da instituição como instrumento estratégico do Estado brasileiro na interação diplomática em saúde e apoiando a absorção de políticas e de experiências de saúde no campo internacional e também a difusão dessas políticas e experiências, através da transmissão da teoria e prática da cooperação técnica junto a outros países”⁶⁸.

Já o Plano Quadrienal da Fiocruz para o período 2011–2014 (FIOCRUZ, 2011) trata o tema da cooperação internacional como um dos eixos estratégicos da instituição, com o título “Saúde, Estado e Cooperação Internacional”, e define como objetivos: 1) consolidar a FIOCRUZ como instituição de Estado no campo da diplomacia da saúde e da cooperação Sul-Sul; 2) participar do desenvolvimento da Agenda Sul-Americana de Saúde no âmbito da União das Nações Sul-americanas (UNASUL⁶⁹); 3) participar do desenvolvimento do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde–PECS no âmbito da CPLP/Palops; 4) ampliar a vocação da cooperação internacional da FIOCRUZ como instrumento de alavancagem da pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde *vis-à-vis* o diverso potencial em P&DI da FIOCRUZ (p. 51). Esse documento explicita ainda que:

“A estratégia, os macro-objetivos e projetos da Fiocruz para o médio e o longo prazos relacionados com a cooperação internacional em saúde ou diplomacia da saúde, demandam o devido alinhamento aos desafios e tendências assumidas pelo Brasil enquanto nação que constrói e pratica uma política externa soberana e de solidariedade entre os povos.” (p. 45).

Em agosto de 2013 a presidência da Fiocruz instituiu novamente a Câmara Técnica de Cooperação Internacional, desta vez com o objetivo de

[...] “prestar assessoria técnica e científica à Presidência e ao Conselho Deliberativo da Fiocruz, na área de cooperação internacional, visando à formulação e avaliação de políticas institucionais e à promoção da articulação horizontal entre os diversos programas da instituição” (Portaria Fiocruz, 913/2013-PR).

A primeira reunião dessa nova Câmara Técnica aconteceu em 21 de novembro de 2013, com a participação um número maior de profissionais vinculados à área, absorvidos nos concursos anteriores, e continua em atividade até o momento (2015).

⁶⁸ Site do CRIS / FIOCRUZ. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/cris/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>> (Acesso em: 27/01/2014).

⁶⁹A UNASUL é um bloco regional criado em 2008 e formado pelos 12 países da América do Sul (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Equador, Guiana, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela) que tem como objetivo construir, de maneira participativa e consensual, um espaço de articulação no âmbito cultural, social, econômico e político entre seus povos. Possui 10 conselhos ministeriais, dentre eles o da Saúde.

Em 31 de março de 2014 o CRIS/FIOCRUZ foi designado “Centro Colaborador da OMS para Saúde Global e Cooperação Sul–Sul”, tendo como termo de referência as seguintes atividades: 1) apoiar a OMS no fornecimento de suporte técnico aos países membros na implementação da Declaração Política do Rio em Determinantes Sociais da Saúde; 2) apoiar o Programa *ePortuguese* da OMS; 3) apoiar os Países Membros da OMS no fortalecimento da vigilância, prevenção e controle de doenças⁷⁰.

A institucionalização da cooperação internacional na ENSP

Após a saída de José Roberto Ferreira da coordenação de cooperação nacional e internacional da ENSP, em 2000, quando foi trabalhar na ACI da Fiocruz, na primeira gestão de Paulo Buss na Presidência, não foram encontrados registros oficiais sobre a nomeação de um novo coordenador para essa área, ainda que existam referências a projetos de cooperação internacional desenvolvidos na Escola nesse período.

Em 2006, na primeira gestão de Antônio Ivo de Carvalho como diretor da ENSP (2004-2008), foi criada a Assessoria de Cooperação Internacional da ENSP (ACI-ENSP)⁷¹, articulada à ACI-Fiocruz e com o objetivo de assessorar a direção na coordenação das ações de cooperação internacional.

Dentre as atividades iniciais da ACI ENSP estava a elaboração de um plano de trabalho para o setor, que foi apresentado ao Conselho Deliberativo (CD-ENSP) no dia 06 de março de 2007 e trazia como missão da ACI ENSP:

“Desenvolver, em parceria com as coordenações, o Campo de Cooperação Técnico-Científica Internacional da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca por meio do planejamento, acompanhamento e difusão das informações, visando ao fortalecimento da política institucional”⁷².

Segundo Maria Eneida de Almeida, que ocupou esse cargo de 2006 a 2009, as atribuições da coordenação foram divididas da seguinte forma: 1) atribuições políticas: acompanhamento das atividades e negociações internacionais e seus desdobramentos interinstitucionais; representatividade em espaços relacionados; suporte às Coordenações para articulação com a ACI-Fiocruz; articulação inter-setorial com o Programa Acadêmico de Saúde Internacional⁷³; 2) atribuições técnicas:

⁷⁰ Site da OMS, Disponível em: <http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=BRA-76&cc_code=bra&cc_city=rio%20de%20janeiro&> (Acesso em 06/05/2014).

⁷¹ Portaria GD-ENSP (nº 032/2006).

⁷² Slide 21 da apresentação de Maria Eneida de Almeida ao CD-ENSP em 06/03/2007 (arquivo na ACI ENSP).

⁷³ Não foram encontrados documentos na ACI-ENSP sobre esse programa, mas segundo depoimentos orais (de Celia Almeida, pesquisadora e docente da ENSP, coordenadora do grupo de trabalho e de ambos os cursos), estava voltado para as atividades de capacitação de profissionais que atuam na área de cooperação internacional em instituições do aparelho de Estado, na área social (incluindo saúde) ou em universidades e centros correlacionados. A primeira atividade desse programa foi a criação de um Grupo de Trabalho na ENSP, com participação de vários profissionais da Fiocruz,

alimentação do banco de dados sobre cooperação internacional; sistematização dos documentos internacionais; regulamentação dos documentos oficiais; atualização permanente de *links* específicos sobre o tema no site da ENSP. Este esforço alinha-se à dinâmica mais geral de institucionalização da área de cooperação internacional da Fiocruz como parte das atividades estratégicas institucionais.

Um mecanismo de cooperação da Fiocruz com a OPAS/Escritório do Brasil (TC-41)

O Termo de Cooperação 41 (TC-41) foi firmado entre a OPAS e o governo brasileiro em 2005, 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). O Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (CRIS Fiocruz), juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e a Assessoria Internacional (AISA) do Ministério da Saúde (AISA) são as instituições técnicas responsáveis pela execução de projetos no âmbito do TC41, cuja vigência se encerrou em 2015.

Esse Termo de Cooperação, cujos recursos são oriundos do governo brasileiro, abarca vários projetos executados por diferentes unidades da Fiocruz, que foram responsáveis por operacionalizar muitas das ações de CSS executadas pela instituição na África e América do Sul.

Pires Alves et al 2012 destacam que

“O que o TC-41 possui como característica singular é que o conjunto das ações previstas tem por foco o estabelecimento de um Programa de Saúde Internacional (PSI), em colaboração com a pasta ministerial da saúde e a Fiocruz [...] Sua formatação orienta-se para a realização de operações de cooperação triangular, em que são partícipes o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde e suas agências, a Representação da OPAS/OMS no Brasil e os países receptores e suas instituições” (p.448).

A ENSP realizou a primeira atividade no âmbito do TC41 em 2006, com um projeto que levou a metodologia e os currículos do CADRHU⁷⁴ aos países da Região Andina. O CIRHUS (Curso Internacional de Especialização para Gestores de Recursos Humanos em Saúde) foi o primeiro curso internacional da ENSP realizado fora da sede, que titularia exclusivamente alunos estrangeiros. Essa primeira edição do CIRHUS contou com a participação de profissionais de Equador, Colômbia, Chile,

com o intuito de pensar essa nova atividade, considerada estratégica. Além da realização de um Seminário entre a Fiocruz e o Itamaraty, em junho de 2006, onde decidiu-se pela realização primeiro do I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia em Saúde, realizado de março/2008 a março/2009, pela ENSP/Fiocruz (Almeida, 2010), seguido do Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia em Saúde, de 2012 a 2014. Esses cursos se constituíram como uma opção estratégica da ENSP/Fiocruz e foram financiados e realizados em cooperação com o CRIS/Fiocruz e a OPS/Escritório do Brasil. Ambos os cursos contaram com a participação e o apoio da direção da ENSP.

⁷⁴ O Projeto de Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU), foi executado no Brasil entre os anos de 1987 e 2000, constituindo 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).

Peru, Venezuela e Bolívia, e apesar de utilizar a guia curricular do CADRHU a proposta foi que o foco da aprendizagem fosse o contexto nacional de cada país (Castro, 2008).

Segundo Castro (2008), quatorze anos antes do CIRHUS, em 1992, a ENSP teria participado de uma iniciativa semelhante promovida pela Oficina Central da OPAS em Washington, MS Brasil e o Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/Brasil: o Curso Latino Americano de Recursos Humanos em Saúde (CLARHUS).

Depois do CIRHUS, a ENSP realizou outros projetos no marco do TC-41, que estão descritos a seguir, a partir do ano de início:

1) 2006– Mestrado em Epidemiologia na Associação Nacional de Laboratórios e Insumos em Saúde–ANLIS da Argentina: a primeira versão do curso da ENSP, destinado a profissionais argentinos e realizado naquele país, foi financiado com recursos deste termo, já o financiamento da segunda edição do curso foi assumido pela ANLIS.

2) 2008–Implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Paraguai: iniciou-se a partir de uma solicitação da Ministra da Saúde daquele país, que havia sido aluna da ENSP. O trabalho da cooperação desenvolveu-se a partir de uma assessoria técnica da ENSP à recém-criada Direção Geral de Atenção Primária do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai, que incluiu a realização de visitas temáticas da equipe paraguaia a experiências brasileiras, e o auxílio à elaboração de protocolos organizacionais e clínicos em APS (Campos et al, 2013).

3) 2008 – Realização do I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia em Saúde, pela ENSP/Fiocruz, em Brasília, no período de maio de 2008 a abril de 2009, e contou também com a colaboração do CRIS/Fiocruz e da DIREB–Fiocruz Brasília, formando 26 alunos.

3) 2011 –Constituição da Rede de Escolas de Saúde Pública da UNASUL: A RESP UNASUL é uma deliberação do Conselho de Saúde da UNASUL, sendo em abril de 2011, em atendimento à Resolução 07/2009 do Conselho de Saúde da UNASUL. Destina-se a promover o intercâmbio entre escolas de saúde pública indicadas pelos Ministérios da Saúde dos países membros do bloco. Na reunião de constituição da RESP foi deliberado que a ENSP sediaria a secretaria executiva desta rede.

4) 2011–Curso de Especialização em Biossegurança no Instituto Nacional de Saúde do Peru: o projeto foi desenvolvido no âmbito da UNASUL, constituindo uma parceria entre a Rede de Escolas de Saúde Pública (RESP-UNASUL) e a Rede de Institutos Nacionais de Saúde (RINS-UNASUL).

5) 2011–Curso de Mestrado em Saúde Pública no Instituto Nacional de Saúde do Peru: constitui, também, uma parceria entre a RESP e a RINS-UNASUL e tem como objetivo qualificar os profissionais do Instituto Nacional de Saúde–INS e do Ministério da Saúde do Peru.

6) 2012–Primeiro curso de Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia em Saúde, realizado pela ENSP/Fiocruz, com duas turmas assistindo aulas ao mesmo tempo– uma no Rio de Janeiro e outra em Brasília –, com a utilização do recurso de videoconferência. As instalações da estrutura tecnológica de videoconferência apropriada para este curso (e outras atividades) foram financiadas e montadas pela ENSP nas duas unidades da Fiocruz (ENSP e Fiocruz-Brasília). O curso contou com o apoio financeiro da ENSP, do CRIS/Fiocruz e do TC-41, além do apoio logístico e operacional da Fiocruz/Brasília, sendo realizado de 2012 a 2014⁷⁵.

Além desses projetos com a participação da OPAS, entre 2007 e 2013 a ENSP realizou também dois outros projetos de cooperação internacional em parceria com a Agência Brasileira de Cooperação–ABC, do MRE: o Mestrado de Saúde Pública em Luanda, capital de Angola; e o projeto de Desenvolvimento Institucional do Instituto de Altos Estudos em Saúde Dr. Arnoldo Gabaldón, em Maracay, na Venezuela. E, em 2012, foi convidada pelo Instituto Nacional de Saúde (INS), do Ministério de Saúde de Moçambique (MISAU) a participar, como executora, do Mestrado em Sistemas de Saúde, realizado em Maputo e financiado pelo *International Development Research Center* (IDRC), do Canadá, numa cooperação triangular. Para a operacionalização desse Mestrado fora da sede a ENSP se articulou com o programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, da Fiocruz/Pernambuco, inaugurando a cooperação internacional horizontal na própria instituição.

Em 2011 a ENSP promoveu, em parceria com a Divisão de Recursos Humanos do Ministério da Saúde do Paraguai, as articulações iniciais para a constituição da Rede de Escolas de Saúde Pública – RESP – da UNASUL⁷⁶, e desde a fundação da Rede (2011), sedia a sua secretaria executiva. A partir daí novas parcerias regionais começaram a ser construídas, como por exemplo com a Escola de Saúde Pública da Universidade Nacional do Chile, a Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba, o Instituto Nacional de Saúde do Paraguai, a Divisão de Recursos Humanos do Ministério da Saúde do Peru e com o Ministério da Saúde do Uruguai.

Em 2010 a ENSP foi convidada a participar de um projeto de cooperação triangular envolvendo a agência japonesa de cooperação (JICA – *Japan International Cooperation Agency*) e o Ministério da Saúde de Angola. O objetivo do projeto foi realizar um programa de capacitação de profissionais de quatro Centros de Saúde em Luanda, capital do país, e gerar um modelo de organização de serviços de Atenção Primária em Saúde que subsidiasse o desenvolvimento de uma política nacional nessa área. Nesta parceria a ENSP foi responsável pelo desenvolvimento do

⁷⁵ Note-se que esse foi o primeiro mestrado no mundo a formar profissionais nesses temas.

⁷⁶ A RESP UNASUL atende à resolução 007/09 do Conselho de Saúde da UNASUL, que dispõe sobre a criação de “Redes de Instituições Estruturantes para os Sistemas de Saúde da Região”, dentre elas a de Escolas de Saúde Pública, integradas por instituições indicadas pelos Ministérios da Saúde dos Estados Membros da UNASUL.

programa de formação e a JICA pela reforma das unidades físicas e da gestão local do projeto. O projeto foi bem-sucedido e terminou em 2014.

A ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS RECENTES SOBRE A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NA ENSP/FIOCRUZ

Como mencionado na metodologia, os dados quantitativos disponíveis foram organizados em bancos, especificamente para os objetivos desta pesquisa, e continham informações sobre diferentes atividades de cooperação institucional, coletadas em períodos distintos. Cada banco apresenta características particulares, descritas a seguir.

A organização dos dados quantitativos

Banco 1 – Alunos estrangeiros egressos da ENSP

Esse banco de dados contém informações disponibilizadas pela Secretaria Acadêmica da ENSP (SECA) para a ACI-ENSP, com o seguinte detalhamento: número de alunos, país de origem, nome do curso, categoria (lato ou estrito senso), modalidade (presencial ou a distância), tipo de curso (regular ou fora da sede), local de realização (na sede, fora da sede ou EAD) ano de ingresso e de conclusão.

A nomenclatura utilizada é a da SECA-ENSP: cursos de “demanda espontânea” são aqueles ofertados regularmente pela ENSP e que recebem alunos estrangeiros a partir de convênios nacionais (do CNPq ou da CAPES) ou opções individuais; e cursos “por demanda” são aqueles negociados no âmbito de projetos de cooperação governo a governo. Algumas inconsistências internas dos dados fornecidos pela SECA (possíveis erros de digitação?) foram corrigidas a partir de outros documentos. Definimos também as regiões onde se localizam os países de origem dos alunos, de modo a possibilitar outras análises e comparações com os dados de afastamentos do país

Foram considerados somente os dados dos alunos que concluíram todos os requisitos necessários para a titulação (402 alunos).

Banco 2 – Iniciativas de cooperação acompanhadas pela ACI-ENSP

Este banco contém informações sobre as iniciativas que envolveram atividades de cooperação internacional monitoradas pela ACI-ENSP. Estas ações configuram tanto visitas técnicas de representantes de governos, ou de pesquisadores de outros países, que não configuraram processos de cooperação propriamente ditos, assim como demandas dirigidas à ENSP para oferta de cooperação, solicitação da ENSP por cooperação com outros países e ainda solicitações à ACI-ENSP

de formalização de cooperação prospectada e desenvolvida por pesquisadores da ENSP em determinadas áreas. Essas informações eram utilizadas pela assessoria para monitorar a dinâmica dos processos de trabalho nessa área.

A planilha encontrada continha dados a partir de 2008, com os seguintes campos: país, data de início, instituições envolvidas, contato técnico na ENSP, objetivo e área da cooperação (ensino, pesquisa, assessoria técnica ou combinações destes), objeto da cooperação e situação atual do projeto (agendamento, formulação, execução, concluído e sem informação). A maioria destes dados foram mantidos para análise.

À essa informação foram acrescentados dados disponíveis em outros documentos dos arquivos da ACI-ENSP, para completar as informações até 2004. Como a assessoria contava com outra planilha de arquivo morto, referente ao período 1991 a 2001, esses dados também foram computados, mas de forma separada, pois o documento não continha todas as informações existentes no período posterior. Assim, não encontramos dados referentes aos anos 2002 e 2003.

Para este trabalho denominamos essas informações de “iniciativas de cooperação” e as classificamos segundo a natureza das atividades que envolviam, pesquisa, ensino ou assessoria técnica⁷⁷, independentemente se foram ou não efetivamente realizadas.

Algumas iniciativas configuravam demandas por cooperação à ENSP e tinham mais de um objetivo, por exemplo, combinavam processos de formação com assessorias técnicas para o desenvolvimento de instituições, que previam o envolvimento de técnicos da ENSP não só para ministrar aulas e orientações na organização de cursos e capacitações, mas também para participar em discussões relativas a temas definidos pelas instituições demandantes. Esses diferentes objetivos também foram destacados.

Banco 3 – Afastamentos do país

⁷⁷Por pesquisa designamos as ações de investigação científica que se desenvolvem nas duas instituições parceiras podendo ser desenvolvimento de projetos ou publicações conjuntas, intercâmbio de profissionais (pesquisadores) ou de alunos e organização de seminários interinstitucionais, no Brasil ou no exterior. O termo ensino designa ações em que a ENSP realizou a formação ou capacitação de profissionais estrangeiros na Escola (sede) ou em outros países. E por assessoria técnica denominamos as atividades em que, por solicitação, foram disponibilizados para outros países profissionais ou equipes de profissionais especializados da ENSP/Fiocruz para trabalhos de apoio em assuntos específicos, tais como formulação e implementação de políticas e programas de saúde, processos de gestão do ensino e pesquisa em saúde, entre outros. As atividades que combinam assessoria técnica/ensino se caracterizam por articular capacitação profissional e construção/fortalecimento institucional, como por ex., realização de mestrado em saúde pública com vistas a criação de ESPs. Institucionalmente, considera-se como assessoria técnica o apoio aos Ministérios da Saúde ou a centros públicos de formação em Saúde Pública de outros países para a formulação e implantação de políticas, além de ações de desenvolvimento institucional que envolve intercâmbios e visitas técnicas, desenvolvidos, em geral como missões internacionais.

O banco de dados de afastamentos de pesquisadores ou docentes da ENSP para a realização de atividades no exterior foi construído com base nos documentos da ACI-ENSP, que continham informações a partir de 2009 fornecidas pelo Serviço de Recursos Humanos da ENSP (SRH).

Com base nesses dados construímos uma planilha com as seguintes variáveis: “macrorregiões” do mundo (classificadas como América Latina e Caribe, América do Norte, Europa, Ásia e África), país, cidade, motivo da viagem, nome do evento e do pesquisador, departamento e mês da viagem. Agregamos também dados referentes aos anos de 2006, 2007 e 2008, que encontramos em outros arquivos na ACI-ENSP.

Com relação ao motivo da viagem buscamos adequar as informações disponíveis à lista de motivos construída pelo CRIS-Fiocruz e incluída no formulário que o pesquisador deve preencher quando solicita o afastamento (Quadro 1).

Importante mencionar que antes de 2010 não havia uma padronização dos motivos de afastamentos do país. Uma lista com esses motivos foi construída por Brandão (2009) e adotada pelo CRIS-FIOCRUZ em 2010. Como constata essa autora, o sistema anterior desses registros tinha por finalidade apenas o controle administrativo, não tendo sido construído com objetivo de possibilitar análises mais apuradas. Sendo assim, o profissional descrevia livremente no formulário de então o motivo de sua viagem.

Quadro 2 – Motivos Padronizados para Caracterizar os Afastamentos de Servidores da Fiocruz, a partir de 2010

Motivo (CRIS-Fiocruz, 2010)	Descrição
<i>Reunião Internacional</i>	O servidor viaja como delegado institucional para participar de reunião organizada por instituições internacionais (OMS/OPS e outras) ou a convite de órgãos governamentais de outros países, com ônus ou sem ônus para o governo brasileiro.
<i>Evento Científico</i>	O servidor viaja a convite institucional para participar de evento científico (congressos, seminários, oficinas de trabalho, entre outros), seja na qualidade de conferencista, palestrante ou participante, com “ônus limitado” (apenas com a manutenção do salário do servidor) ou não (com manutenção do salário e financiamento da participação).
<i>Formação</i>	O servidor se afasta do exercício de suas atividades para participar, como aluno, de treinamento curto, estágio, intercâmbio, cursos de Especialização, Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado no exterior
<i>Missão de Prospecção</i>	O servidor se afasta como representante institucional para realização de reunião no exterior com a finalidade de discutir ou negociar novas oportunidades de cooperação.
<i>Missão Técnica Institucional</i>	O servidor se afasta como representante institucional para realizar atividades de interesse da Fiocruz.

<i>Assessoria/Consultoria/Treinamento Ofertado</i>	O servidor se afasta para atividades específicas de assessoria, consultoria ou treinamento no exterior, atividades caracterizadas como de colaboração ofertada e não prevista em projetos ou suportada por convênios de cooperação internacional
<i>Atividade de Projeto</i>	O servidor se afasta para a realização de atividades de projeto de cooperação internacional, suportados ou não por convênios de cooperação internacional com a Fiocruz.

Fonte: CRIS/Fiocruz. Disponível em: <http://www.afastamento.fiocruz.br> (Acesso em: 31/11/2014).

Aparentemente essa classificação pode induzir a erro de registro, pela falta de clareza em algumas definições, levando a inconsistências no banco de dados da ACI-ENSP. Para minimizar esse problema, revisamos todo o conteúdo do banco adequando a atividade descrita pelo profissional à nomenclatura institucional. Por exemplo algumas atividades de docência dos profissionais nos cursos da ENSP “fora da sede” (ofertados no exterior) constavam como “treinamento ofertado” ou “docência”, que haviam sido descritos conforme percepção do pesquisador no sistema de afastamento anterior a 2010. Essas atividades foram então classificadas como “atividade de projeto”.

As atividades de implantação e implementação do Escritório Regional de Representação da Fiocruz na África (“Fio-África”), que começou a operar em agosto de 2008, foram classificadas como “missão técnica institucional” e as reuniões com instituições de governo em outros países, que estavam previstas em projetos de cooperação dos quais a ENSP participa (por exemplo, em Moçambique, no Haiti, no Peru etc.), foram classificadas como “atividades de projeto”. A participação de profissionais da ENSP nas reuniões da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e da União de Nações Sul Americanas (UNASUL) foram consideradas como “reunião internacional”. Por fim, as atividades pontuais de pesquisadores sem registro nos documentos da ENSP (como por exemplo a participação em bancas no exterior ou o desenvolvimento de produtos para a OMS, incluída a OPAS) foram classificadas como “assessoria/consultoria/treinamento ofertado”.

Foram analisados um total de 739 processos de afastamento.

Banco 4 – Pesquisa

Este banco foi construído ao longo do ano de 2013, com base num levantamento feito pela ACI-ENSP em parceria com a Vice direção de pesquisa da Escola, considerando o período de 2003 a 2013. Os dados foram extraídos do Diretório de Grupos de Pesquisa cadastrados na Plataforma Lattes, utilizando-se o programa Scriptlattes⁷⁸, e foram registrados os projetos dos líderes de grupos

⁷⁸Segundo o documento, o ScriptLattes é um programa para a extração e compilação automática de dados dos currículos Lattes. O programa compila listas de produções, separadas por tipo de publicações e diferentes pesquisadores pertencentes a um mesmo grupo, criando grafos (redes) de co-autoria entre os membros do grupo e um mapa de geolocalização dos membros e alunos. Os relatórios gerados permitem avaliar, analisar ou documentar a produção de grupos de pesquisa.

de pesquisa da ENSP que indicavam ter relação com instituições internacionais ou organismos multilaterais. Nesse levantamento, a relação com instituição ou organismo internacional foi inferida da descrição do projeto, ou do campo relativo ao financiamento, e estavam classificados com as seguintes categorias — auxílio, remuneração, bolsa, apoio, cooperação e parceria — sem definir, porém, cada uma delas (ENSP, 2014).

Esse levantamento identificou 600 projetos de pesquisa, entretanto, não permitiu distinguir os projetos que receberam somente financiamento externo (por ex., após concorrer em editais específicos e sendo contemplados), ou pequenos auxílios (como bolsas dos órgãos nacionais de fomento à pesquisa), daqueles projetos que, efetivamente, foram realizados em colaboração com instituições ou organizações (nacionais ou internacionais) e receberam (ou não) recursos externos.

Para tentar refinar um pouco esses dados, definimos categorias adicionais, que possibilitassem alguma diferenciação, ainda que inicial, da cooperação nessa área. Foram então identificados o tipo de parceiro referido em cada projeto, com as seguintes opções: organismo multilateral, fundação (pública ou privada), ONG, empresa (pública ou privada), universidade ou instituto ou centro de pesquisa (públicos ou privados), órgãos do aparelho de estado (por ex., ministério da saúde) e sem identificação (s/i). Para a identificação das instituições/organizações não facilmente reconhecidas no banco recorremos ao Google. O objetivo foi conhecer as características dos parceiros da ENSP no campo da pesquisa, classificados também segundo país e região geográfica a que pertencem, de modo a permitir comparações com os outros bancos de dados.

Todos os dados, qualitativos e quantitativos foram articulados na perspectiva de tentar identificar as distintas formas que estas atividades adquirem, possíveis inflexões ao longo do tempo e como, a partir delas, podemos entender a adequação da Escola à política de internacionalização da Fiocruz e à Política Externa Brasileira (PEB).

Apresenta-se a seguir uma análise construída a partir de categorias descritivas utilizadas pela própria ACI-ENSP, segundo o que foi possível extrair, de forma preliminar, da documentação disponível. É importante ressaltar que estes bancos possibilitam outras análises a partir de cruzamentos dos registros disponíveis no interior de cada um deles, que poderão ser realizadas segundo necessidades específicas da ACI ou de outros setores da ENSP. Entretanto, esse refinamento não foi objeto deste estudo.

Alguns resultados

Alunos estrangeiros (egressos) titulados pela Escola

A formação de alunos estrangeiros nos cursos de pós-graduação da ENSP ocorre de duas maneiras: a primeira é a formação desses alunos presencialmente em cursos regulares da Escola; a

segunda é a realização de programas de formação de profissionais no seu próprio país a partir de cursos (também presenciais) ministrados e titulados pela ENSP (chamados cursos “fora da sede”). Esses últimos projetos de cooperação são negociados institucionalmente governo a governo e são objeto de acordos de cooperação entre instituições públicas (acadêmicas ou governamentais) dos países parceiros do governo brasileiro (e da ENSP/Fiocruz).

O ingresso de alunos estrangeiros em cursos regulares da ENSP se dá a partir das chamadas públicas anuais (Editais) para candidatos à seleção para os cursos de pós-graduação da Escola que, uma vez aprovados, podem receber bolsas de estudo do governo brasileiro⁷⁹. Essa modalidade de cooperação acontece na ENSP com regularidade e por “demanda espontânea”, sendo que o primeiro registro desse tipo de egresso na Secretaria de Gestão Acadêmica da Escola (SECA) data de 1978.

A realização de cursos da ENSP em solo estrangeiro (“fora da sede”), em cooperação com instituições de países parceiros, é uma atividade mais recente. O primeiro desses cursos, um Mestrado em Saúde Pública em Luanda, Angola, teve início em 2007⁸⁰. Essa cooperação foi resultado de uma parceria entre a ENSP e o Ministério da Saúde de Angola no âmbito da cooperação técnica do Governo Brasileiro com os Países de Língua Original Portuguesa na África (PALOPs), e teve como objetivo:

“[...] formar pesquisadores e docentes em Angola, numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, para apoiar a criação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola, assim como de outras unidades de ensino do Ministério da Saúde, buscando com isso, contribuir para o aprimoramento e desenvolvimento do Sistema de Saúde de Angola” (Edital do curso, 2007, p.1).

Na modalidade lato sensu é pioneira a iniciativa da ENSP, em 2006, em cooperação com a OPAS, de realizar o CIRHUS, com uma edição destinada à sub-região andina e outra à sub-região do Cone Sul da América Latina⁸¹, cujos primeiros egressos são de 2007, seguidos de novos egressos em 2008 e 2009, quando terminou o programa. Já os cursos à distância (EAD), por sua vez, são todos lato sensu⁸², desenvolvidos a partir de demandas de instituições brasileiras, mas acolhem alunos estrangeiros por demanda espontânea. Não temos ainda na ENSP cursos de EAD formulados por

⁷⁹Neste caso existe convênio de colaboração do Brasil com os países, em parceria com: a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Superior – CAPES, do Ministério da Educação; o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico—CNPq, do Ministério de Ciência e Tecnologia; e o Ministério das Relações Exteriores—MRE no âmbito do Programa Estudantes Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG). Este programa oferece bolsas de estudo de para cursos de mestrado e doutorado para alunos oriundos de países em desenvolvimento com os quais o Brasil mantém acordo de Cooperação Educacional, Cultural ou de Ciência e Tecnologia (IPEA, 2010).

⁸⁰ Vale registrar que o Instituto Oswaldo Cruz-IOC, da Fiocruz, já desenvolvia em Maputo, Moçambique um Mestrado em Ciências da Saúde, com foco em pesquisa básica, no Instituto Nacional de Saúde—INS, do Ministério da Saúde de Moçambique-MISAU, desde 2008.

⁸¹ Nas duas edições o curso contou com alunos dos países das duas regiões (Equador, Venezuela, Colômbia, Peru, Chile, Bolívia, Argentina, Paraguai e Uruguai) e de estados brasileiros que fazem fronteira com estes países, e Os cursos foram realizados em algumas cidades de cada sub-região, com módulos presenciais itinerantes e à distância.

⁸² No Brasil não é permitida a formação à distância em cursos de pós-graduação estrito sensu (Mestrado Acadêmico e Profissional; e Doutorado).

demanda de instituições ou organizações estrangeiras. Do total de 402 alunos estrangeiros egressos da ENSP, 117 (29%) foram formados na modalidade EAD.

Alguns cursos da ENSP – regulares ou fora da sede, lato ou estrito senso – utilizam o mecanismo de videoconferência (online), com turmas de alunos presentes em locais diferentes, que assistem aulas e participam de todas as atividades docentes ao mesmo tempo. O mesmo recurso vem sendo utilizado também para a realização de bancas de qualificação de projetos ou de defesa de dissertações, assim como para reuniões entre orientadores e alunos. O primeiro curso que utilizou esse mecanismo na ENSP foi o Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia em Saúde (2012-2014), voltado apenas para profissionais brasileiros, com parte da turma no Rio de Janeiro e parte em Brasília, como já mencionado⁸³.

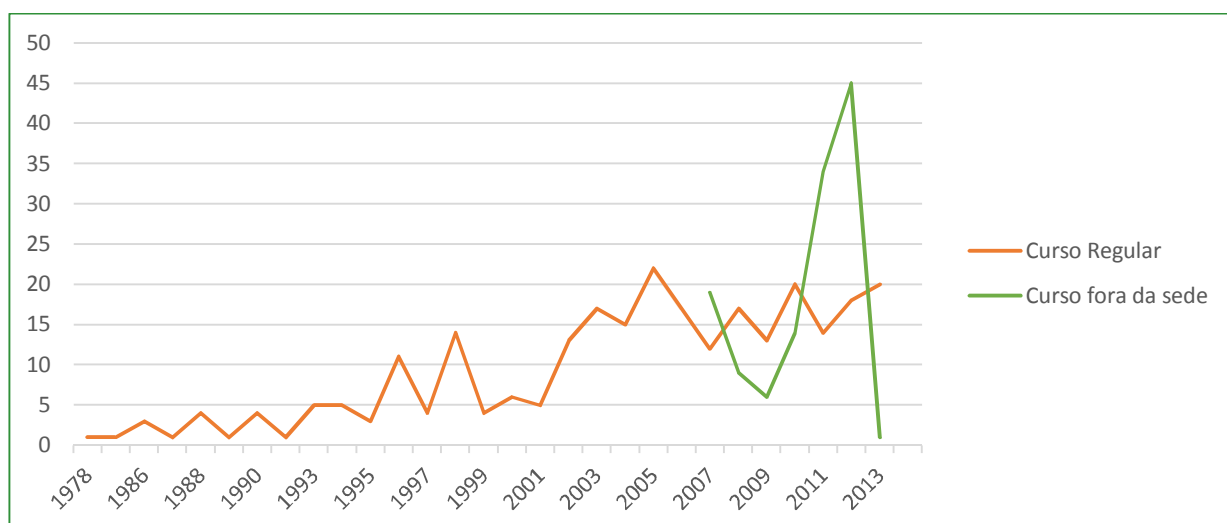
Os dados disponíveis e analisados neste estudo se referem aos registros de egressos estrangeiros contabilizados pela SECA/ENSP e indicam que, desde 1978, a ENSP formou, no total, 402 alunos procedentes de outros países, em cursos lato ou estrito senso.

Entre 1978 e a segunda metade da década de 2000, a formação de alunos estrangeiros aconteceu somente nos cursos regulares da ENSP, cursados na sede no Brasil, isto é, no Rio de Janeiro. De 1978 até meados da década de 1990 o número de alunos estrangeiros formados nessa modalidade se mantém mais ou menos constante, não ultrapassando 5 alunos por ano. A partir de 1996 esse número aumenta progressivamente, sendo que o maior número se registra na década de 2000 (2001 a 2007), permanecendo mais ou menos nesse patamar até 2013 (Gráfico 1).

Entre 2009 e 2013 observa-se um aumento importante de alunos estrangeiros formados “fora da sede”, que corresponde aos alunos egressos do curso de Mestrado em Saúde Pública realizado em Luanda, Angola (17); do curso de Especialização em Planejamento e Gestão Estratégica de Instituições Públicas de Ciência e Tecnologia em Saúde, realizado em Buenos Aires, na Argentina (17); e do curso de Especialização em Biossegurança em Saúde, que ocorreu em Lima, Peru (39) (Gráfico 1).

⁸³ Atualmente, vários outros cursos da ENSP (regulares e fora da sede) utilizam esse recurso.

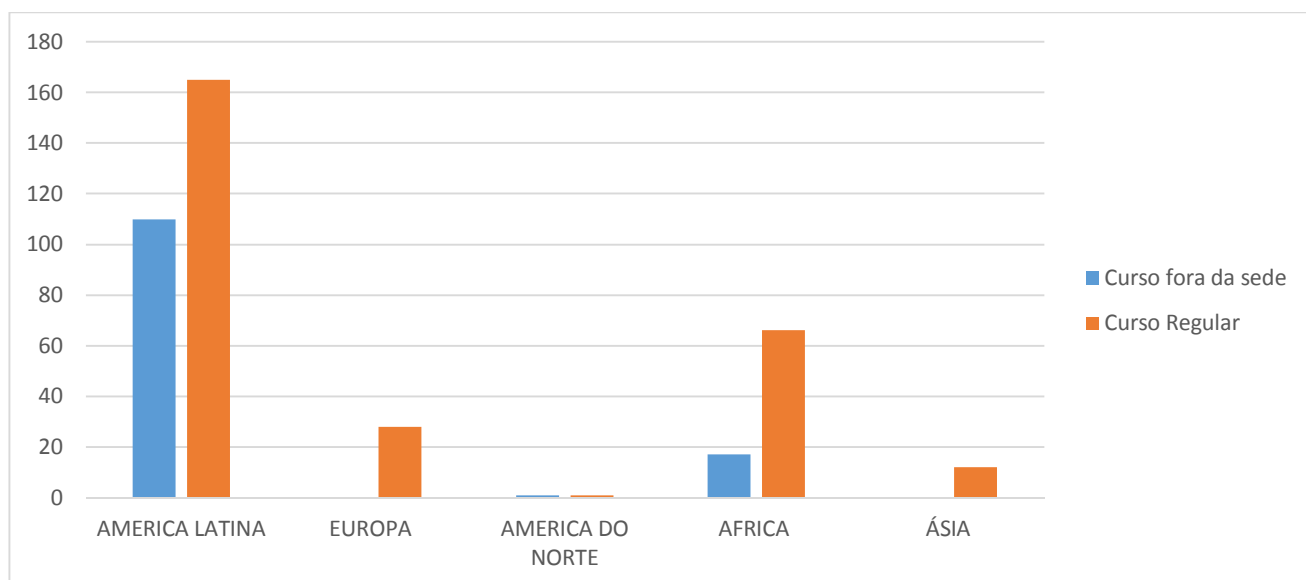
Gráfico 1 – Total de egressos estrangeiros titulados pela ENSP de 1978 a 2013 por modalidade de curso (lato e estrito senso, na sede e fora da sede)



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Verifica-se que a grande maioria desses egressos estrangeiros, seja em cursos na sede ou fora dela é latino-americana, seguida pelos africanos. Entre os alunos europeus, 50% é procedente de Portugal. Essa concentração se explica, provavelmente, pela identidade linguística (Gráfico 2).

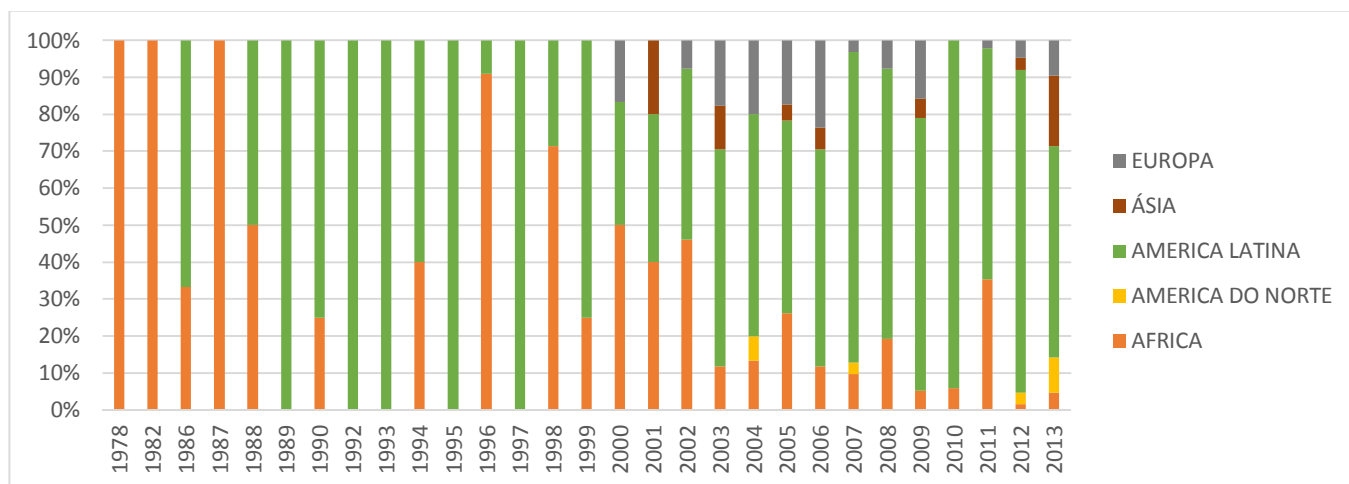
Gráfico 2 – Número de Egressos Estrangeiros da ENSP por região de origem e tipo de curso de 1978 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

O primeiro registro de aluno europeu é de 2000 e de aluno de um país asiático é de 2001. A participação de alunos destas regiões é pequena quando comparada à América Latina e África, mas aparece com certa regularidade de 2000 a 2013 (Gráfico 3).

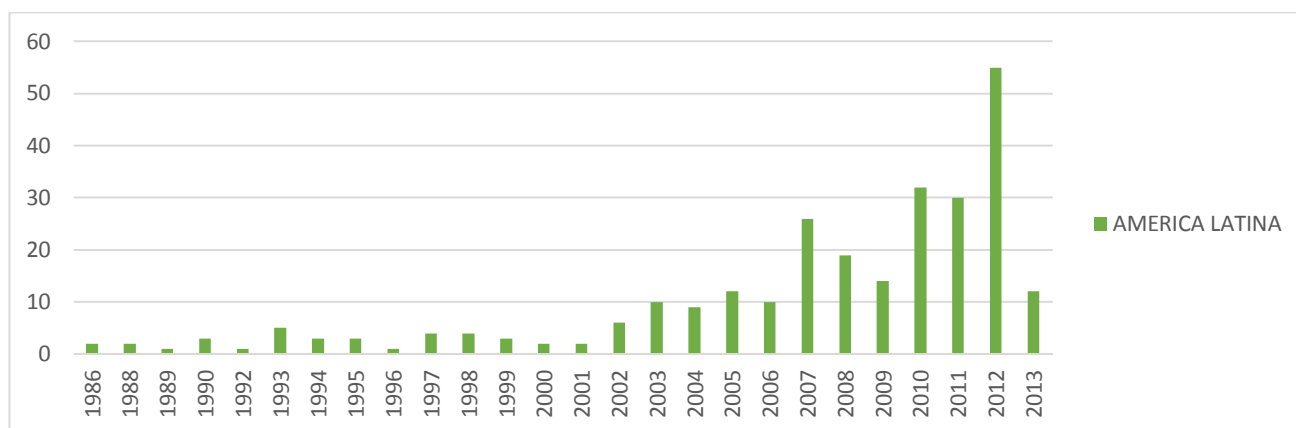
Gráfico 3 – Total de Egressos Estrangeiros da ENSP por ano e por região de origem, de 1978 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

O número de alunos procedentes de países latino-americanos que concluíram cursos na ENSP apresenta aumento a partir de 2002, sendo mais expressivo a partir de 2007, quando se formam os primeiros alunos em cursos realizados fora da sede (Gráfico 4).

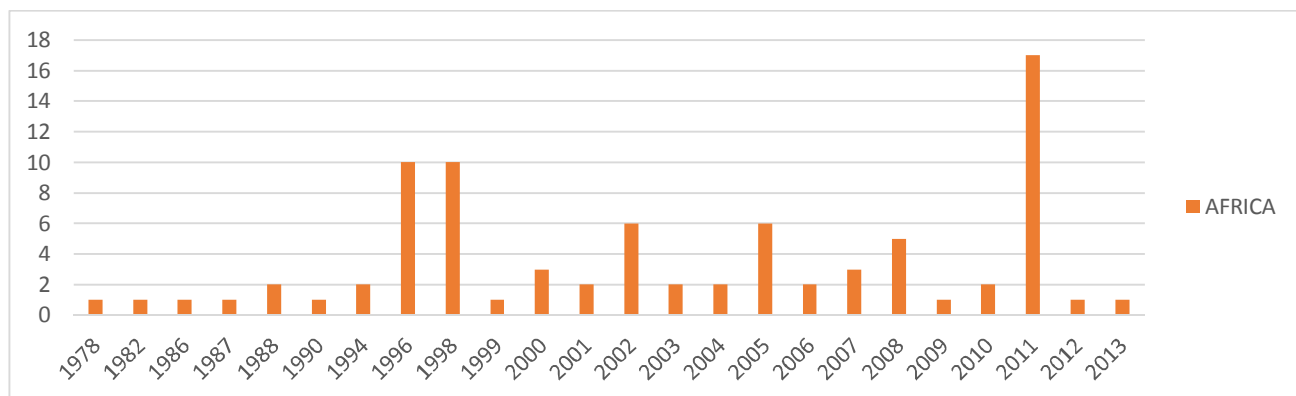
Gráfico 4 – Número de Egressos Estrangeiros da ENSP de países latino-americanos por ano, 1978 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

No caso dos alunos africanos, observam-se picos específicos em 1996 e 1998. Do total de 20 alunos formados nesses dois anos, 18 frequentaram cursos lato sensu e somente 2 alunos cursaram mestrado acadêmico. O grande número de alunos egressos em 2011 é referente ao mestrado de Angola, finalizado nesse ano (Gráfico 5).

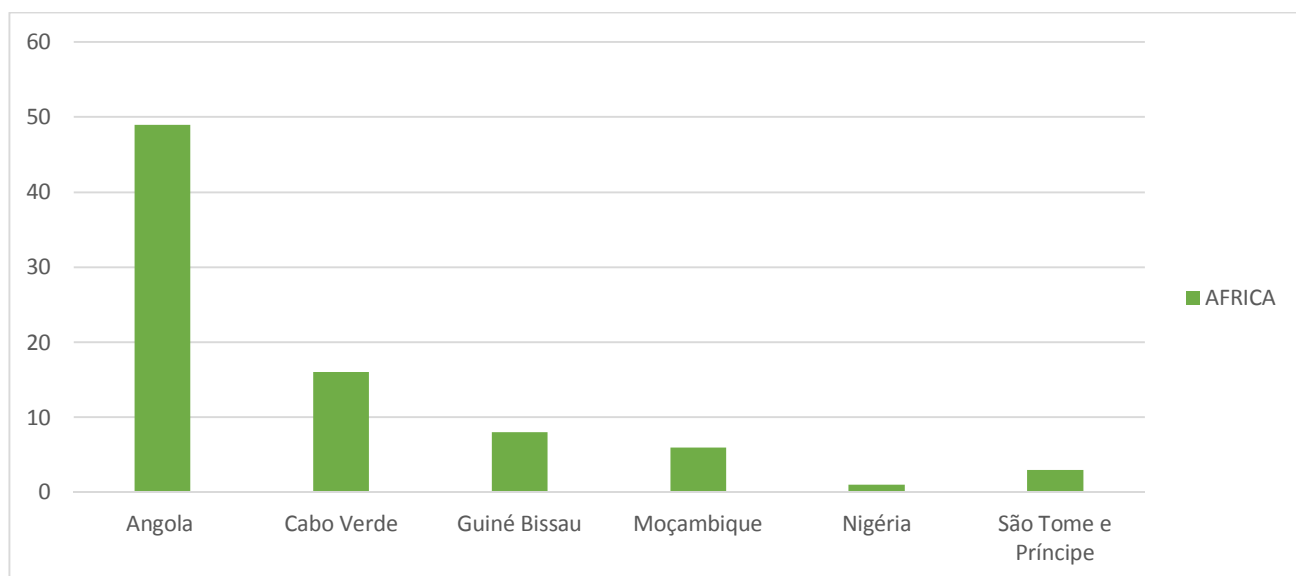
Gráfico 5 – Número de Egressos Estrangeiros da ENSP de países africanos, por ano, 1978 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Dentre os alunos africanos, à exceção de um aluno de origem nigeriana, todos os demais são oriundos dos PALOPs (Gráfico 6).

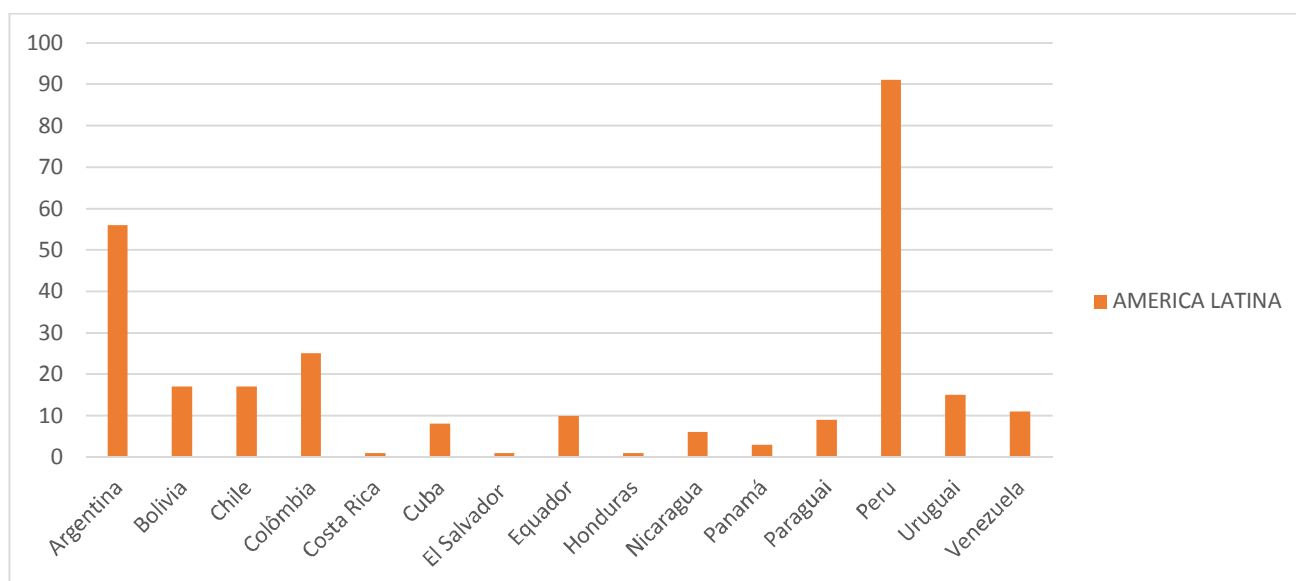
Gráfico 6– Total de Egressos Estrangeiros da ENSP de origem africana por país, 1978 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Dentre os alunos latino-americanos, a maioria é procedente de países que integram a UNASUL (gráfico 7).

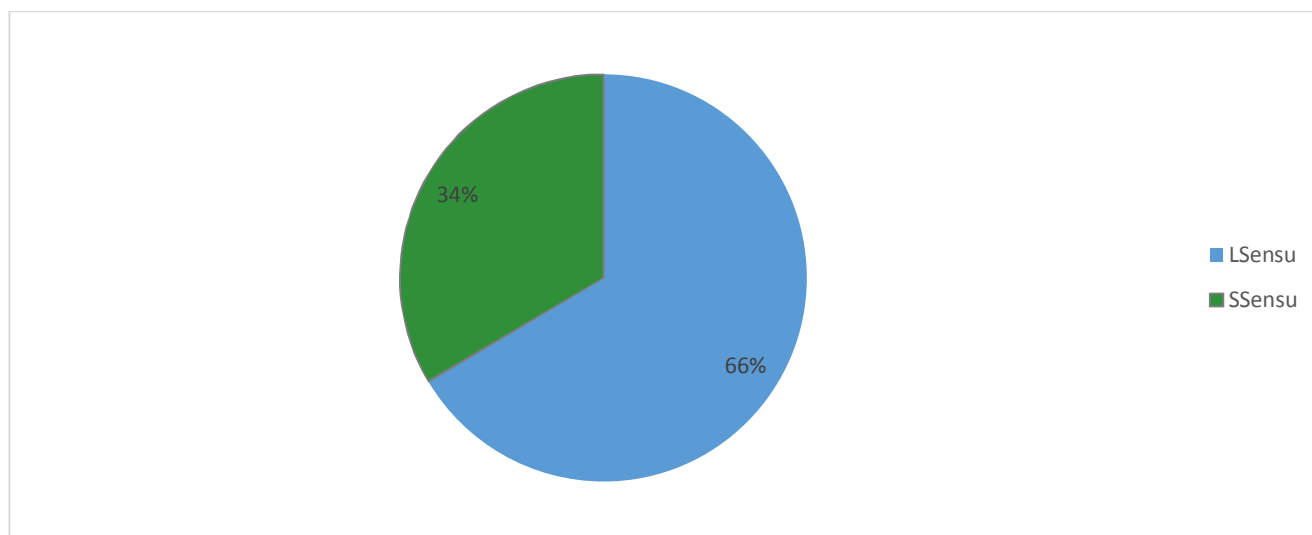
Gráfico 7 – Total de Egressos Estrangeiros da ENSP de origem latino-americana por país, 1978 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

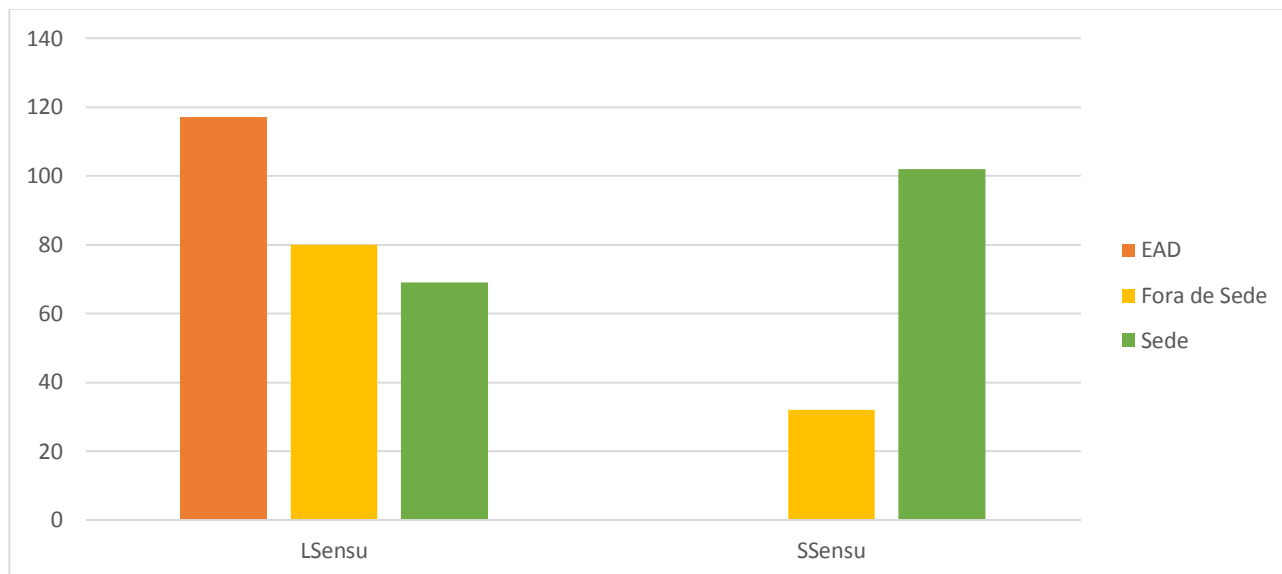
Os cursos de pós-graduação lato sensu têm maior número de egressos estrangeiros (66%) do que os de estrito sensu. Nos primeiros, o número é maior na modalidade à distância, que se destina, potencialmente, à qualificação para o trabalho em saúde e não necessariamente para a docência e a pesquisa, como nos casos dos cursos de mestrado e doutorado (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Percentual de Egressos Estrangeiros por Categoria de Curso, 1978 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Gráfico 9 – Número Egressos Estrangeiros segundo categoria e local de realização do curso, 1978-2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

A seguir, vêm os alunos de cursos realizados fora da sede e, depois, os alunos de cursos regulares realizados na sede da ENSP. Na categoria estrito senso a maioria dos alunos foi formada na sede, uma vez que a realização dos cursos fora da sede é bem mais recente (Gráfico 9).

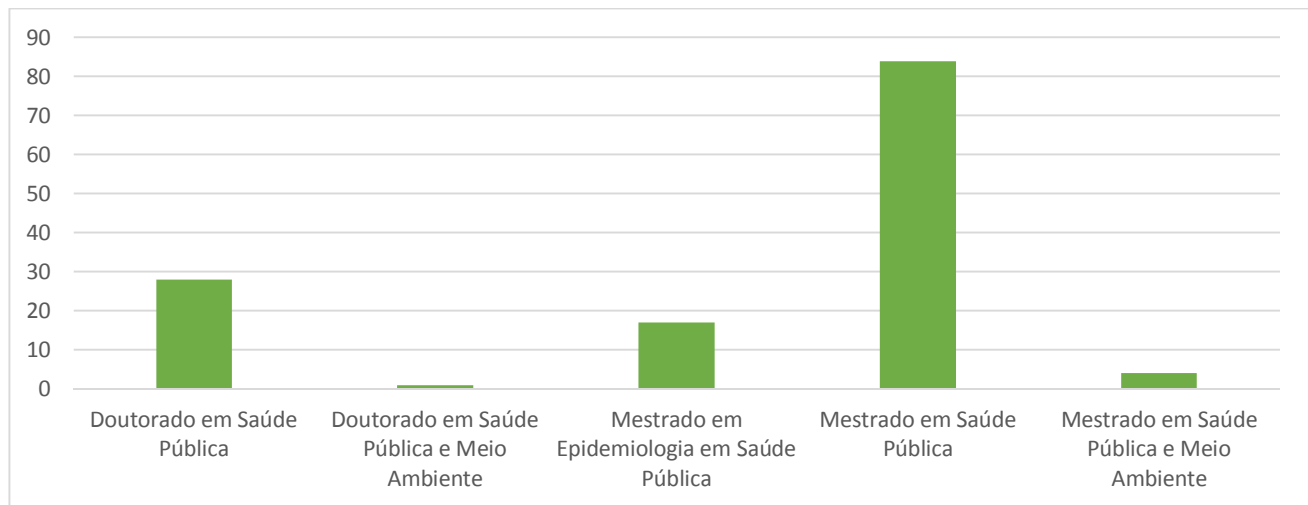
Ressalta-se que os cursos a distância só acontecem na modalidade lato senso, pois no Brasil não é autorizada a realização de cursos de mestrado (acadêmico ou profissional) ou doutorado nessa modalidade. Até 2013 os egressos de cursos estrito senso fora da sede computados são oriundos do Mestrado em Saúde Pública, realizado em Angola, e de Epidemiologia, na Argentina. Entretanto, existem dois outros cursos de Mestrado fora da sede cujos egressos não foram contabilizados neste estudo: o curso de Mestrado em Saúde Pública do Instituto Nacional de Saúde do Peru, que terminou em 2014 (nosso período de análise vai até 2013); e o Mestrado em Sistemas de Saúde do Instituto Nacional de Saúde (INS), do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), que está em curso⁸⁴.

A maioria dos egressos estrangeiros da ENSP em cursos de pós-graduação estrito senso se insere no Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública, pois os demais Programas – Mestrado e Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente; e Mestrado e Doutorado em

⁸⁴ O edital desse mestrado foi lançado em 2013 e o curso iniciou em abril de 2014, prevendo-se seu término para abril de 2016. Vale a pena ressaltar que esse mestrado em sistemas de saúde é o primeiro oferecido em Maputo, Moçambique, assim como o primeiro coordenado pelo Brasil nessa área, pois na saúde pública e na saúde coletiva no Brasil não encontramos cursos de pós-graduação lato senso denominados “em sistemas de saúde”, assim como em Moçambique, que conta com alguns mestrados em saúde pública ou áreas correlatas. O financiamento desse projeto é do *International Development Research Centre, do Canadá (IDRC)*, o que configura uma cooperação internacional triangular típica, pois o financiador não participa da execução do curso e a gestão financeira é realizada diretamente pelo INS/MISAU. Registra-se também que a negociação com o Canadá foi conduzida e negociada pelo MSAU em Moçambique, sem a participação direta do Brasil; e a Fiocruz foi convidada, posteriormente, para a execução do projeto em cooperação com o INS, a exemplo do que já vinha ocorrendo com o outro mestrado com o IOC/Fiocruz.

Epidemiologia – foram criados mais recentemente, tendo suas atividades iniciadas em 2006 e 2007, respectivamente (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Distribuição do número total dos egressos estrangeiros por Programa de Pós-Graduação da ENSP, 1978 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Outras situações

Existem iniciativas de cooperação internacional em ensino que estão registradas em documentos do arquivo da ACI-ENSP, mas que não são cursos titulados nem registradas pela SECA/ENSP, isto é, aparentemente, não se constituíram como cursos da Escola. Estas ações se configuram como participação de docentes e pesquisadores da ENSP em programas de formação titulados por organismos internacionais (OPAS, por exemplo) ou pela instituição parceira no exterior. Entretanto, os registros são incompletos e não permitem melhor identificação ou caracterização da capacitação realizada, nem mesmo do local onde ocorreu (na sede ou fora dela), e sem explicitação clara da forma de participação dos docentes da ENSP nesses cursos. Alguns exemplos, descritos abaixo, merecem atenção.

1) O Núcleo de Assistência Farmacêutica da ENSP (NAF) é, desde 1998, um Centro Colaborador da OMS na área de medicamentos. Dentre suas atividades internacionais estão capacitações que são realizadas em parceria com a OPAS/OMS, tais como:

- 2009 – Participação no Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica com foco na Atenção Primária à Saúde para profissionais farmacêuticos, realizado na Costa Rica em parceria com a OPAS, o “Centro Colaborador em sistemas de medicamentos e insumos hospitalares essenciais” da Organização e a Cooperativa de Hospitais de Antióquia (COHAN), Colômbia.
- 2008 e 2009 – Coordenação do Módulo de Acesso a Medicamentos no Curso de Líderes em Saúde Internacional da OPAS em Washington DC (EAD).

- 2005 – Realização do *First Caribbean Drug Policy Course*, iniciativa do THS/EV/PAHO Washington DC, como parte integrante do Projeto *EC - WHO Partnerships on Pharmaceutical Policies*. O curso foi realizado em Boca Chica, República Dominicana, em parceria com o centro colaborador da OMS em Políticas Farmacêuticas da Universidade de Boston.
- 2) A Agencia de Cooperação Internacional do Japão-JICA financiou e foi parceirada ENSP em uma série de programas de formação para profissionais estrangeiros (latino-americanos e africanos) na área de saúde do trabalhador, em cooperação com o CESTEHE ENSP, entre 2001 e 2005, como desdobramento de uma cooperação recebida pelo CESTEHE da JICA⁸⁵.
 - 3) A ENSP recebe, usualmente, grupos de alunos estrangeiros (em geral de pós-graduação, mas há casos de alunos de graduação) para estágios de curta duração na sede, no âmbito de convênios com outras escolas, como por ex. com a Escola de Enfermagem e Estudos de Saúde da *Georgetown University*⁸⁶, dos EUA, ou por demanda eventual de outros países ou instituições.
 - 4) Alguns professores da ENSP implementam cursos de curto prazo (ou seminários, oficinas etc.) para profissionais estrangeiros nas instalações da ENSP, a partir de demandas (ou contatos) diretos de profissionais de outras instituições do exterior, mas os detalhes dessas cooperações “individuais” não estão registrados nos arquivos da ACI/ENSP. Um exemplo foi o curso desenvolvido e ministrado por pesquisadores da área de habitação saudável, do Depto. de Saneamento e Saúde Ambiental-DSSA, para 10 técnicos do Ministério da Habitação do Marrocos, realizado em outubro de 2008.

Iniciativas de cooperação internacional dirigidas à direção da ENSP ou à ACI-ENSP

As iniciativas de cooperação dirigidas à direção da Escola ou à ACI/ENSP, durante os anos 2004 e 2013, e documentadas nos arquivos institucionais, se referem a atividades diversas e constituem tanto visitas técnicas de delegações de governos de outros países, onde se discutiram possibilidades e/ou demandas de cooperação à ENSP, como iniciativas de articulação entre pesquisadores da Escola e colegas em outros países, que geraram demandas específicas para a área institucional ACI-ENSP, como a formalização da cooperação (memorandos de entendimento, protocolos de intenção, convênios, entre outros), por ex., na área de pesquisa.

A organização deste banco de dados revela aspectos específicos do processo de trabalho da ACI-ENSP, que inclui tanto atividades cartoriais – recebimento de solicitações de formalização de

⁸⁵ Encontramos esta informação no Relatório Anual da ENSP 2006-2007, sem maiores detalhes sobre a origem desses alunos ou o tipo e forma de realização do curso.

⁸⁶ O Centro de Saúde Germano Sinval Faria (CSEGSF), da ENSP recebe de 2 ou 3 alunos por ano dessa escola para estágios de 4 meses, desde 2008.

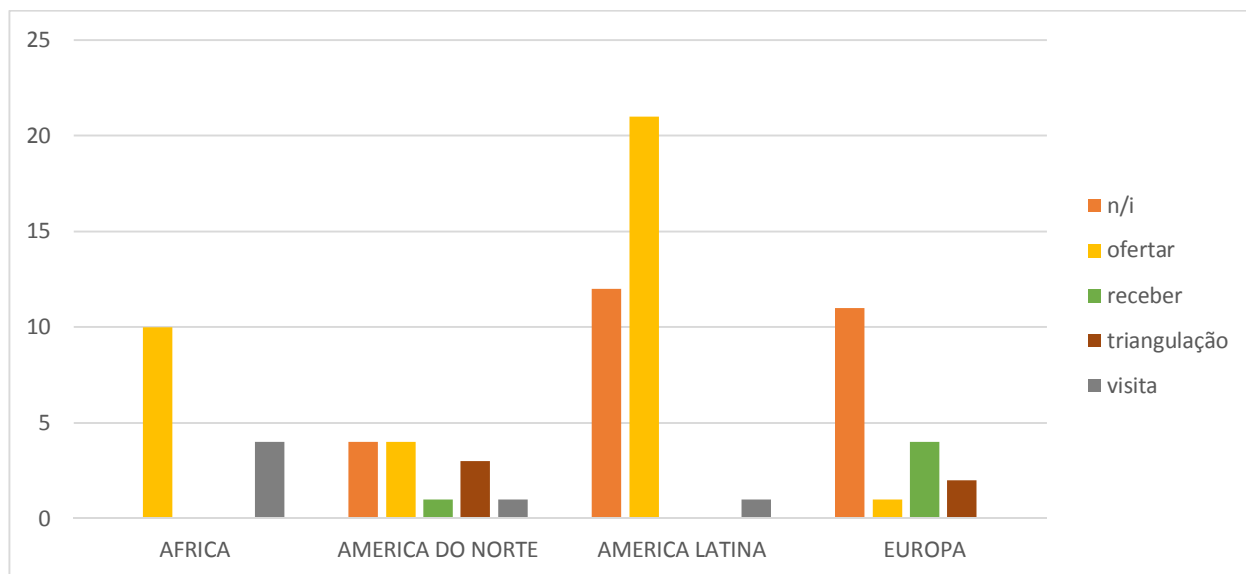
atividades de cooperação já em curso prospectadas e desenvolvidas pelos pesquisadores da ENSP –, assim como a preparação do recebimento de visitas de profissionais estrangeiros – oriundos de governos ou instituições de ensino e pesquisa, sistematização do conteúdo das conversas, posterior interlocução com os parceiros –, além da difusão e negociações das demandas ou das possibilidades de cooperação no interior da ENSP, com os profissionais interessados ou convocados segundo tema, que podem se constituir atividades de caráter estratégico.

Das iniciativas que envolveram países africanos, a maioria teve como objetivo solicitar cooperação à ENSP; entretanto, houve um número significativo dessas visitas que não resultaram em ações concretas de cooperação. Nesse banco de dados, a África é a que tem mais informações registradas, em relação à natureza da iniciativa e seus desdobramentos, por conta de ser a região onde a direção da ENSP e a ACI acompanharam mais diretamente os processos

Todas as iniciativas onde não foi possível identificar o tipo de relação envolvida (n/i) são relativas a solicitações de formalização de cooperação na área da pesquisa (gráfico 11).

Na América Latina é alto o número de iniciativas onde o registro coloca a ENSP como ofertante de cooperação. O mesmo acontece com o número de iniciativas não identificadas quanto ao tipo de relação, da mesma forma que com a Europa. As iniciativas de cooperação triangular aconteceram com América do Norte e Europa, sendo que nas 6 iniciativas identificadas 4 envolviam ações nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs) (gráfico 11).

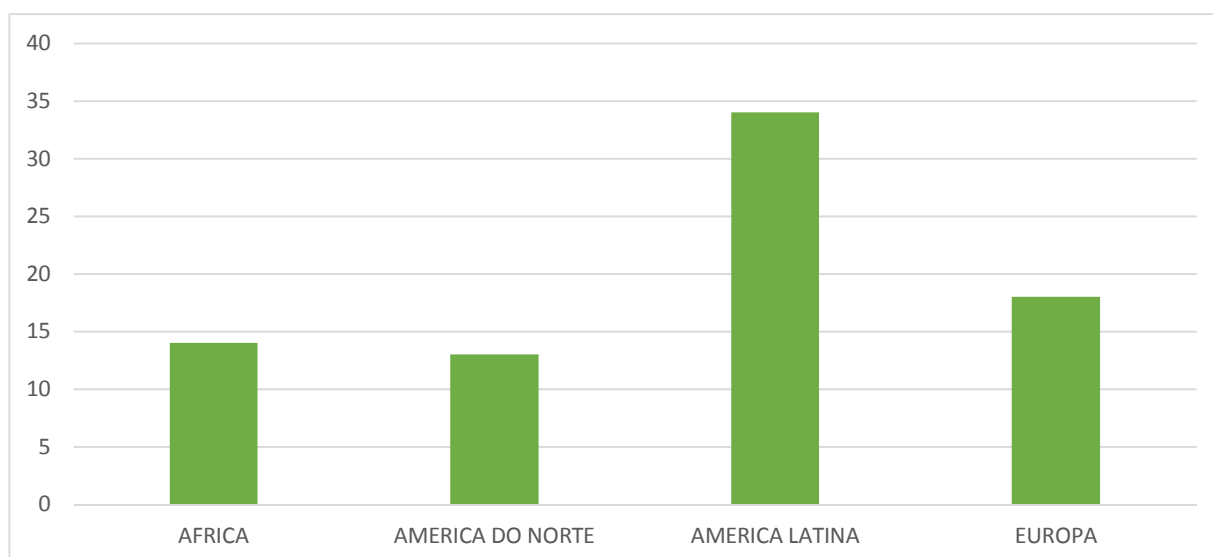
Gráfico 11 – Total de Iniciativas de cooperação internacional na ENSP, por tipo de relação e por região, 2004 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Considerando o total dessas iniciativas de cooperação, o maior número envolveu países da América Latina (38), seguida de países da Europa (17), da África (14) e da América do Norte (10) (Gráfico 12).

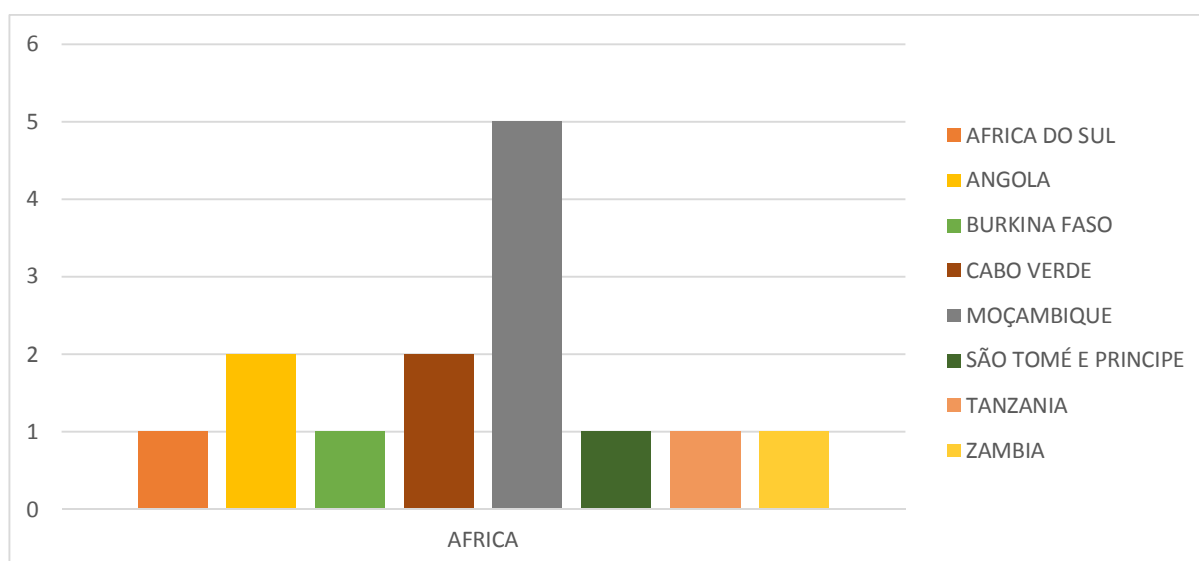
Gráfico 12 – Total de Iniciativas de Cooperação na ENSP por Região, 2004 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

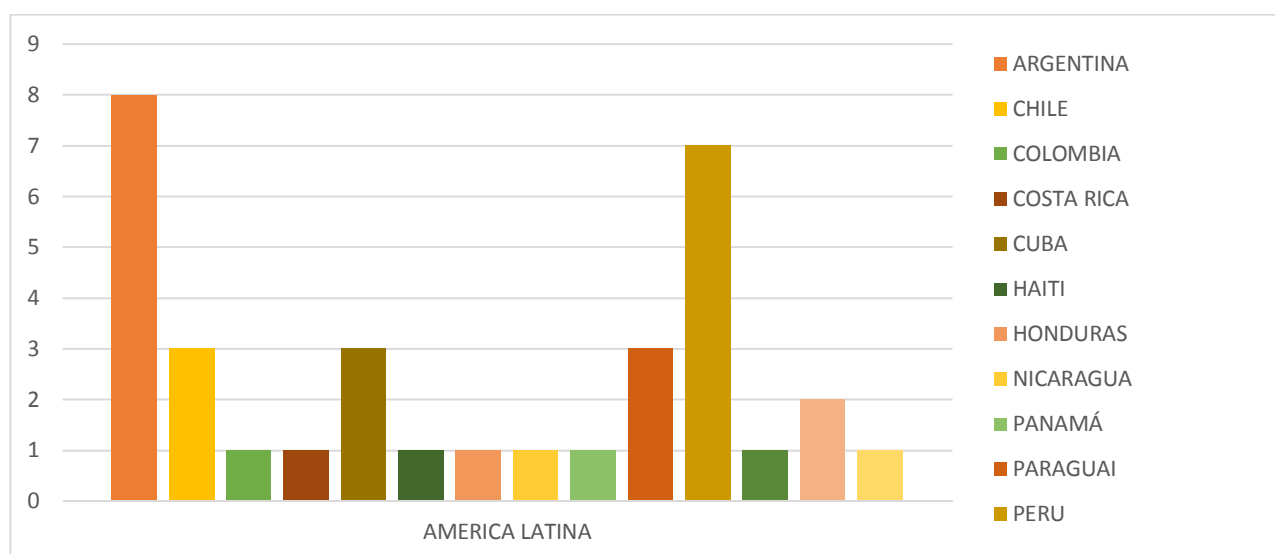
Na África, a maior parte das iniciativas de cooperação da ENSP foi com Moçambique, e depois com Angola e Cabo Verde, também Palops. Das 5 iniciativas com Moçambique, em 2013 uma estava concluída, uma estava em execução, duas não avançaram e, sobre a quinta, não havia nenhuma informação. Com relação aos países da América Latina, a maioria das iniciativas envolveu países da UNASUL (Argentina – 8; Peru – 7; Chile – 3; Paraguai – 3), e Cuba – 3 (Gráficos 13 e 14).

Gráfico 13 – Total de Iniciativas que envolveram países da África, por país, 2004 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

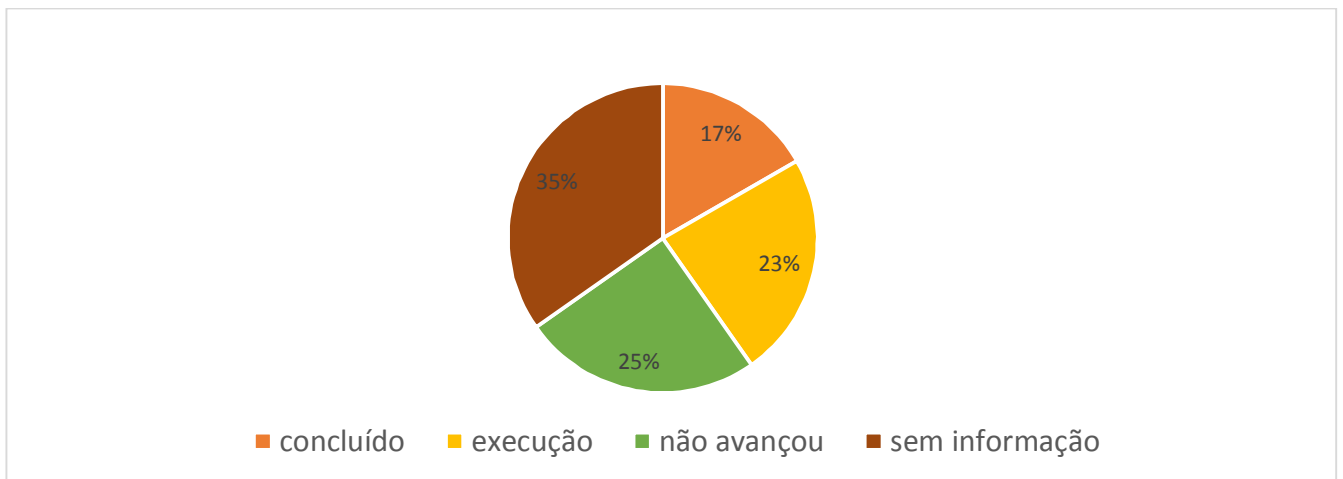
Gráfico 14– Total de Iniciativas que envolveram países da América Latina por país, 2004 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013

No total deste banco de dados, foram contabilizadas 77 iniciativas, sendo que em 35% dos casos a ACI/ENSP não tinha informações em relação ao desenvolvimento ou não de atividades; e, em 25% dos casos, existia a informação de que a cooperação não avançou (Gráfico 15). Consequentemente, só encontramos registros de realização de atividades em 40% das iniciativas.

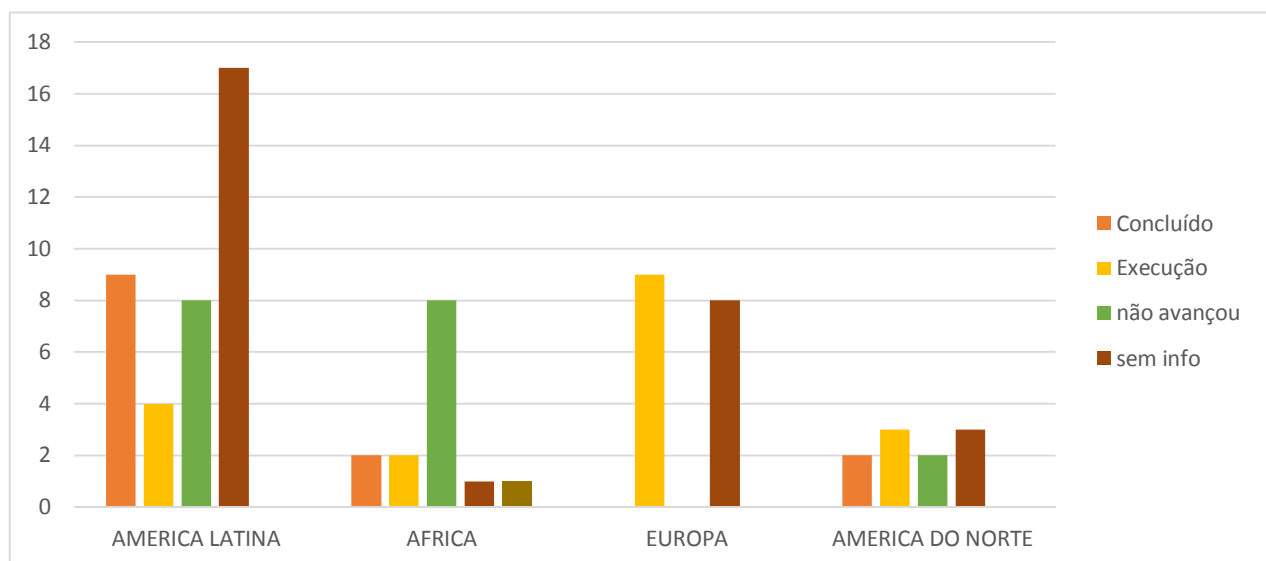
Gráfico 15 – Divisão percentual em relação ao desenvolvimento do total das iniciativas de cooperação, 2004 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013

Em síntese, a organização dos dados segundo o desenvolvimento do total de ações de cooperação por região evidencia que as demandas oriundas dos países da América Latina são as que têm menos informação detalhada sobre seus desenvolvimentos, embora seja a região que também apresenta o maior número de demandas e de projetos de cooperação concluídos. As iniciativas de cooperação com países da África, por sua vez, são as que menos se desdobraram em projetos concretos, ao mesmo tempo em que são as que têm informação mais completa. As iniciativas dos países da Europa, por sua vez, praticamente coincidem em relação aos projetos em execução e aqueles sem informação; e as de países da América do Norte têm pouca diferença entre as categorias analisadas (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Situação do desenvolvimento das iniciativas por cooperação por região, 2004 a 2013



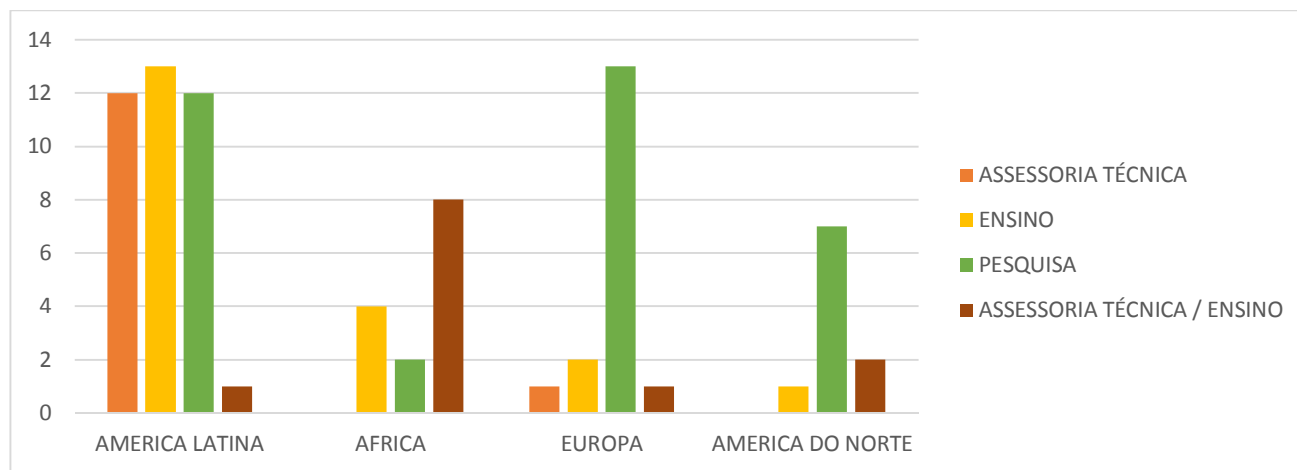
Fonte: ACI-ENSP, 2013

Em relação ao perfil do total das iniciativas de cooperação da Escola, segundo diferentes regiões do mundo, independentemente de sua concretização ou não, verifica-se que na América

Latina a distribuição é mais ou menos uniforme nas áreas de assessoria técnica, ensino e pesquisa. Na África, a maior parte das iniciativas combinava dois objetivos – assessoria técnica e ensino –, com apenas um registro relativo à pesquisa, que envolvia uma organização não governamental na Tanzânia, financiada pelo Governo da Suíça⁸⁷. Já com países da Europa e da América do Norte o maior número de iniciativas foi no campo da pesquisa, o que, na grande maioria dos casos, foi registrada a partir da solicitação de pesquisadores da ENSP para a formalização da cooperação (cartas de intenção, protocolos, memorandos de entendimento, entre outros) para a realização das atividades de pesquisa desenvolvidas em parceria com instituições desses países.

Houve dois casos de solicitação de apoio da ACI-ENSP para receber cooperação da ENSP – um de uma ESP do governo francês, e outro de uma universidade na Espanha para assessoria técnica e ensino. Com os países da América do Norte o perfil é semelhante: uma solicitação à ENSP de assessoria técnica e ensino, da agência de cooperação canadense (*Canadian International Development Agency—CIDA*), para apoio a municípios brasileiros na implementação e avaliação de ações de promoção da saúde. Por fim, os dois projetos de cooperação com os EUA que envolvem ensino são triangulares: com o CDC, para desenvolvimento de programas de formação em Moçambique e na Etiópia (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Total de iniciativas de cooperação da ENSP, por área de atuação e por região, 2004 a 2013.



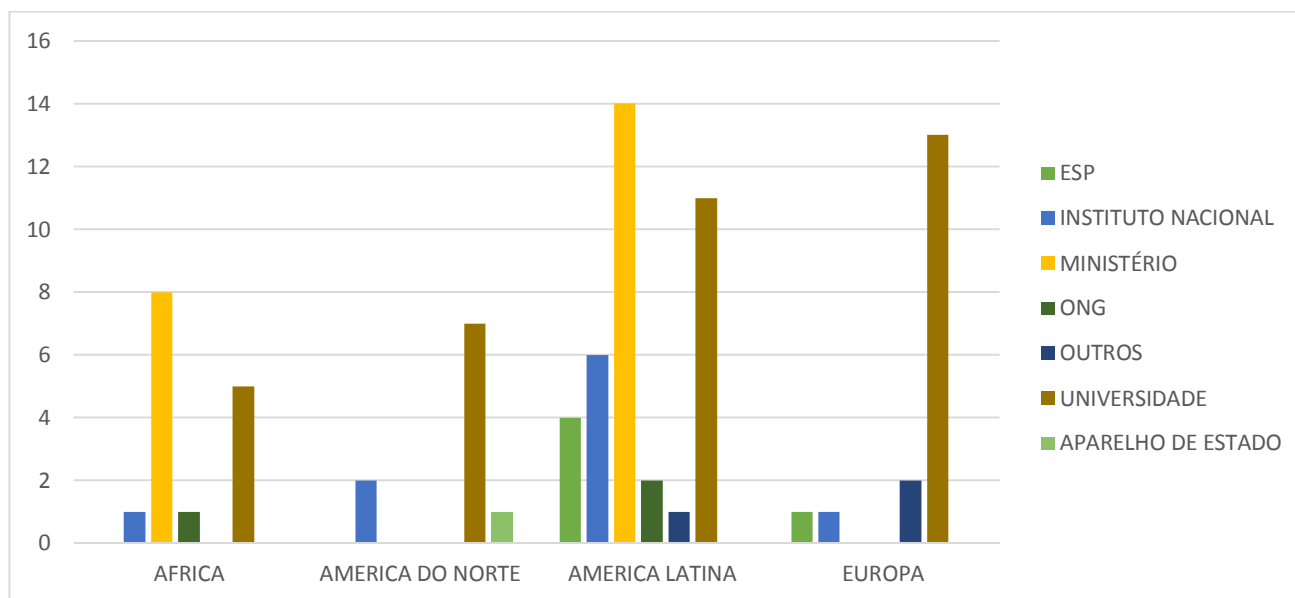
Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Na Europa e na América do Norte as instituições envolvidas nas iniciativas de cooperação eram, na grande maioria, universidades ou centros de pesquisa. Das 14 iniciativas de cooperação com países africanos, 8 negociações foram com representantes dos Ministérios da Saúde. E, na América

⁸⁷ O CRIS/Fiocruz tem uma diretriz (não formalizada) de não desenvolver projetos com instituições não governamentais e vale ressaltar que esta demanda motivou debates internos. Mesmo assim, verifica-se que essas parcerias ocorreram (e continuam ocorrendo) na ENSP.

Latina, houve grande número de iniciativas oriundas de Ministérios da Saúde (14), assim como também foi alto o número de iniciativas envolvendo universidades ou centro de pesquisa (11) (Gráfico 18).

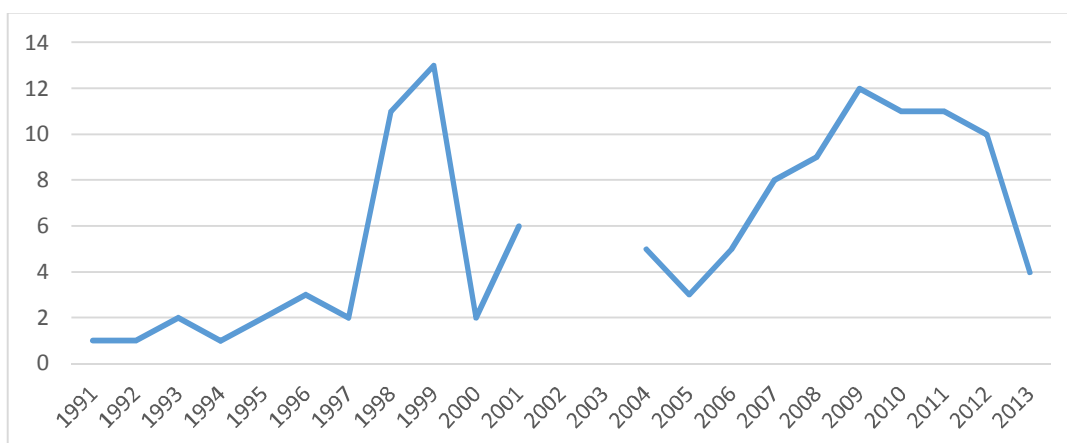
Gráfico 18 – Total de Iniciativas de cooperação, por tipo de instituição envolvida e por região, 2004 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

A distribuição temporal das iniciativas de cooperação na ENSP, considerando as informações relativas aos anos de 1991 a 2001 disponíveis no arquivo morto da ACI-ENSP, indica que durante os anos de 1998 e 1999 o número aumentou muito. Esses anos coincidem com a segunda gestão de Paulo Buss como diretor da ENSP (1998-2000) e com a inauguração, na ENSP, da coordenação de cooperação nacional e internacional, sob a responsabilidade de José Roberto Ferreira. Nesses anos, o aumento do número de iniciativas tem grande participação da América Latina, sendo as instituições parceiras, em sua grande maioria, ESPs. Não havia registros referentes a projetos de cooperação nos anos 2002 e 2003. Em 2006 foi criada a ACI-ENSP e os dados evidenciam um aumento do número de iniciativas, que se manteve crescente até 2010 (Gráfico 19).

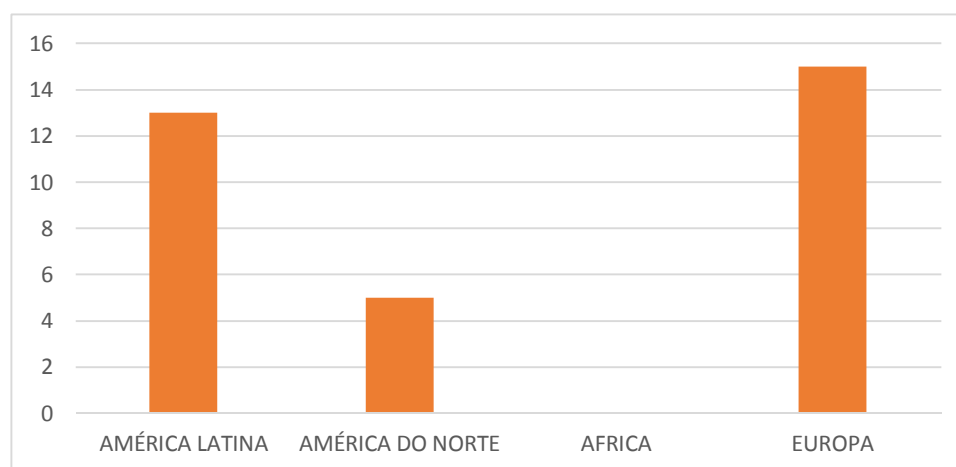
Gráfico 19 – Total de Iniciativas de Cooperação, por ano, 1991 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

No período 1991-2001 as iniciativas que envolviam instituições da Europa predominaram sobre as que envolviam países da América Latina, e não houve iniciativas de cooperação com países da África.

Gráfico 20 – Total de Iniciativas de Cooperação, por região, 1991 a 2001.



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

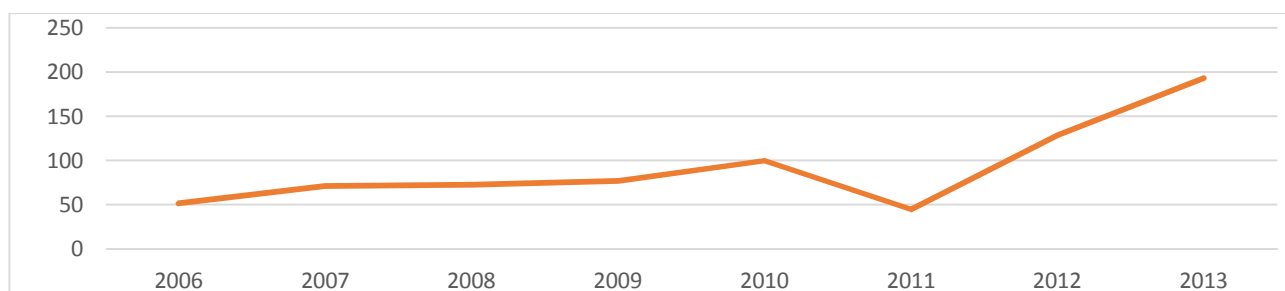
Afastamentos do País

A análise dos afastamentos do país de pesquisadores da ENSP pretendeu complementar os dados dos demais bancos, identificando o perfil da atuação dos profissionais da ENSP em outros países, segundo o registro efetuado nos formulários de solicitação de afastamento⁸⁸. Privilegiou-se a distribuição geográfica, temporal e o motivo alegado para o afastamento.

⁸⁸ Reitera-se que foi utilizada a lista de motivos definida pelo CRIS/Fiocruz, conforme descrito na Metodologia: *Reunião Internacional, Evento Científico, Formação, Missão de Prospecção, Missão Técnica Institucional, Assessoria/Consultoria/Treinamento Ofertado, Atividade de Projeto.*

O total de afastamentos de pesquisadores da ENSP apresentou crescimento ao longo do período analisado, sobretudo nos anos 2012 e 2013 (Gráfico 21).

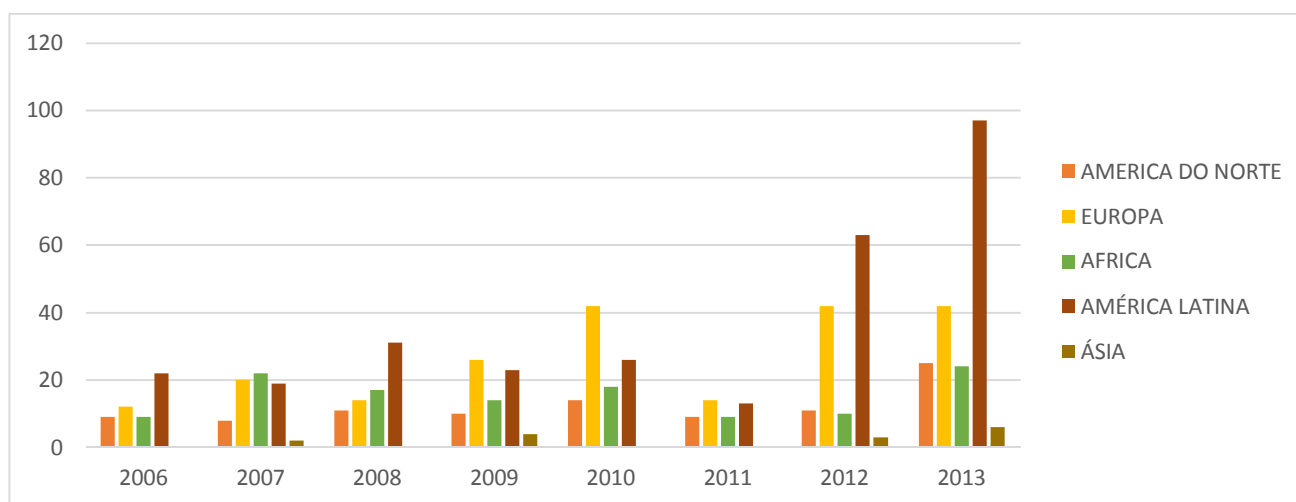
Gráfico 21 – Total de afastamentos do país de servidores da ENSP por ano, 2006 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Nos anos de 2006 e 2007 os afastamentos se destinaram a todas as regiões, de maneira relativamente homogênea, à exceção da Ásia, que não é um destino comum para os pesquisadores da ENSP. Destaca-se que em 2007 os afastamentos para a África foram ligeiramente maiores do que os para a América Latina, mantendo-se mais ou menos no mesmo nível nos três anos subsequentes (2008 a 2010). Diminuíram em 2011 e 2012, anos em que cresceram muito os afastamentos para a América Latina, e voltaram a crescer em 2013. (Gráfico 22).

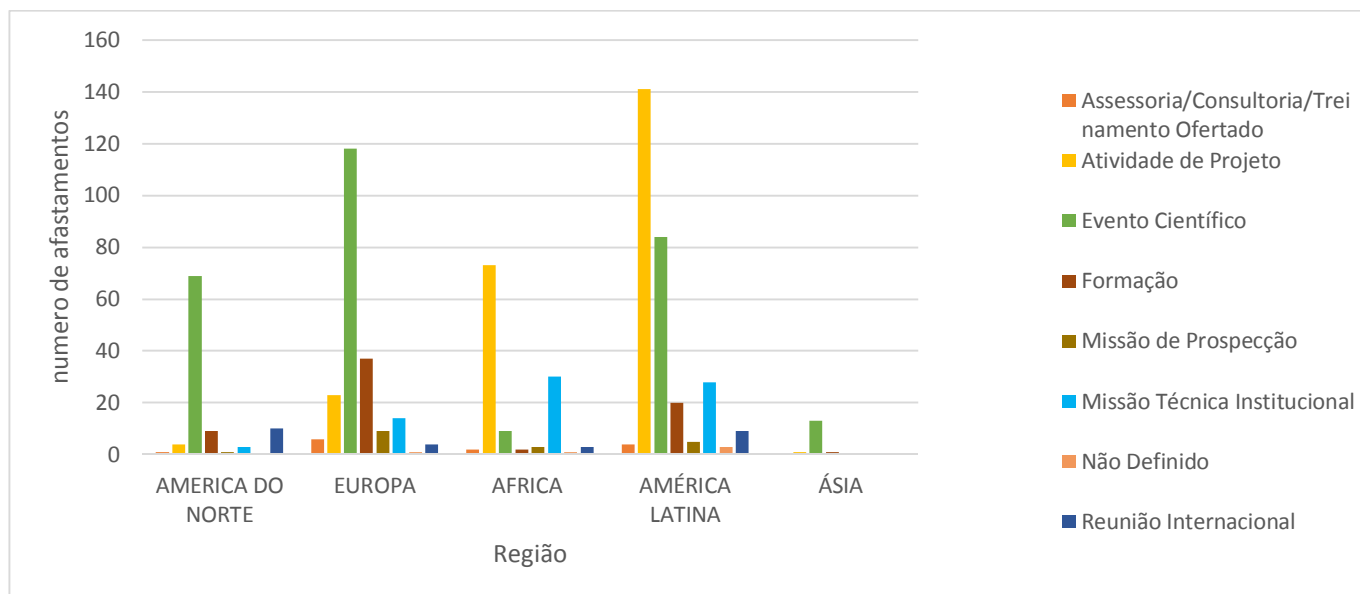
Gráfico 22 – Total de afastamentos do país de servidores da ENSP por ano e região, 2006 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013

Considerando os motivos dos afastamentos segundo regiões, destaca-se que para a África e América Latina os motivos foram, prioritariamente, atividades de projetos de cooperação, enquanto para a Europa e América do Norte predominaram a participação em eventos científicos. A maioria dos afastamento para formação de profissionais da ENSP teve como destino a Europa (Gráfico 23).

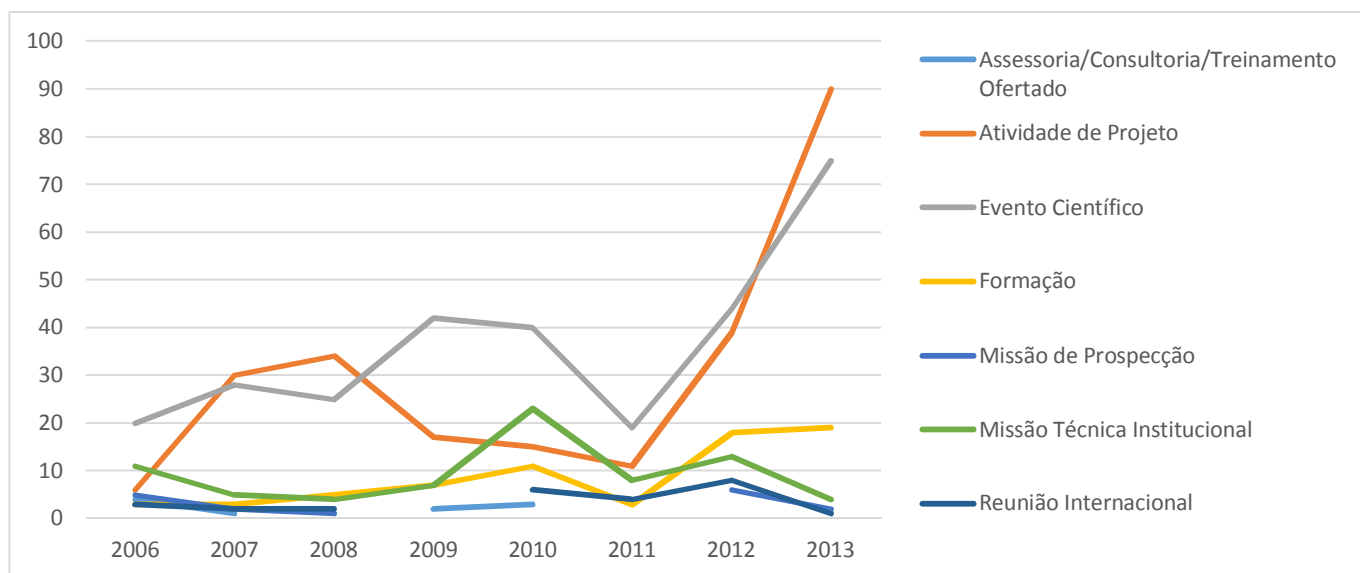
Gráfico 23 – Total de afastamentos do país de servidores da ENSP, por região e motivo do afastamento, 2006 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Os afastamentos que tiveram como motivo “atividade de projeto” foram os que apresentaram maior crescimento – principalmente em 2007 e 2008 e no período 2011–2013. A participação em eventos científicos se manteve relativamente alta entre 2006 e 2010, com menor incidência em 2011, mas também com crescimento expressivo em 2012 e 2013 (Gráfico 24).

Gráfico 24– Linha do tempo dos afastamentos do país de servidores da ENSP por motivo, 2006 a 2013

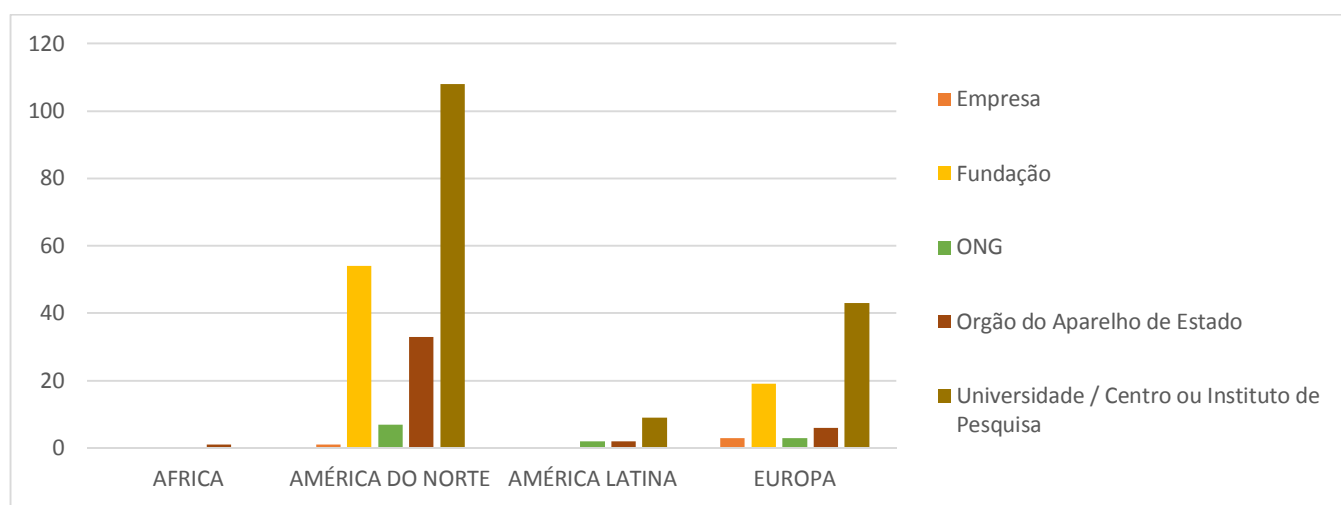


Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Pesquisa

Com relação ao tipo de parceiros da ENSP nos projetos de pesquisa, na análise por região verificamos que o maior número, em todas as regiões, é de universidades, centros ou institutos de pesquisa, à exceção da África, onde os parceiros prioritários são os Ministérios da Saúde dos países, com destaque para Moçambique. A cooperação em pesquisa com órgãos do aparelho de Estado dos países parceiros é mais numerosa com a América do Norte, sendo que no Canadá as parcerias registradas são com o *International Development Research Center*–IDRC ou com a CIDA (Gráfico 26).

Gráfico 26 – Total de Projetos de Pesquisa com Cooperação Internacional por Tipo de Parceiro e por Região, 2003 a 2013

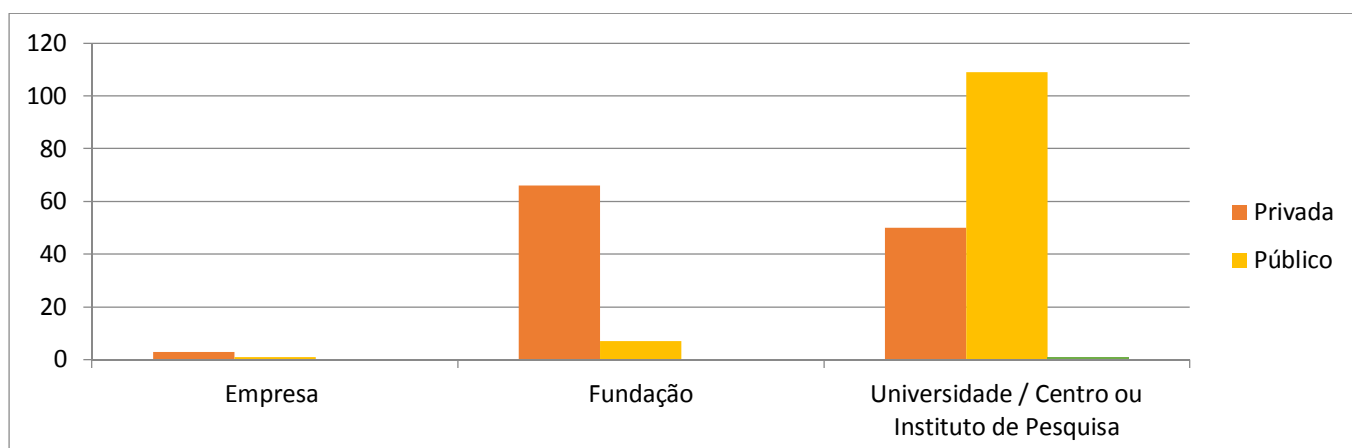


Fonte: ACI-ENSP, 2013.

Na América do Norte e Europa o segundo maior número de parceiros são as fundações (pública e privadas). Observa-se que a maioria das universidades ou centros/institutos de pesquisa são majoritariamente públicos e as fundações majoritariamente privadas. Algumas pesquisas são realizadas em parceria com empresas (públicas ou privadas), situadas na América do Norte ou na Europa. Estão registrados 12 projetos com o Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária⁸⁹. (Gráfico 27).

⁸⁹O Fundo Global (*Global Fund*) é uma Parceria Pública Privada (PPP) e conta com doações de 9 países (Estados Unidos, França, Inglaterra, Alemanha, Japão, Canadá, Itália, Suécia e Holanda), da Comissão Europeia, de organizações não governamentais e do setor privado, como a Fundação Bill e Melinda Gates, a Chevron e a *Coca Cola Company*.

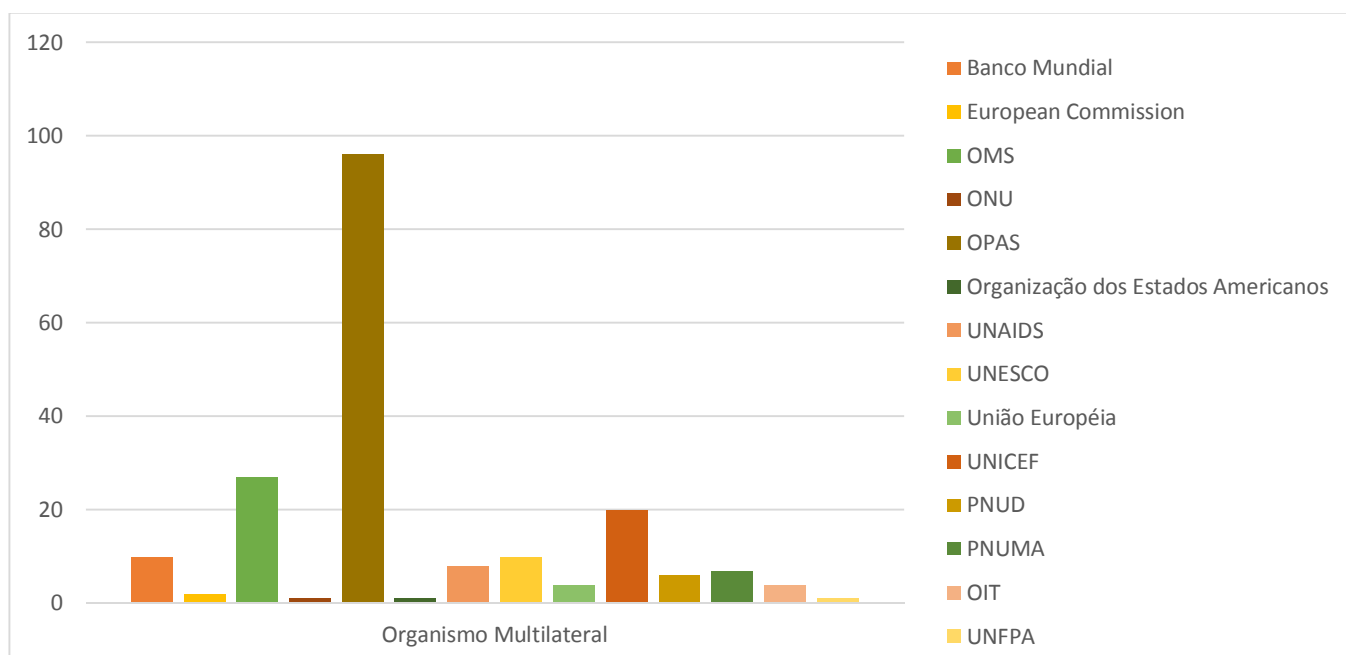
Gráfico 27 – Total de projetos de pesquisa com cooperação internacional, por tipo de parceiro (fundação, universidades, centro/instituto de pesquisa ou empresas) e por natureza (público ou privado), 2003 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013

Nas pesquisas com organismos multilaterais o principal parceiro da ENSP é a OPAS (96), em seguida vem a OMS (27) e depois o UNICEF (20) (Gráfico 28).

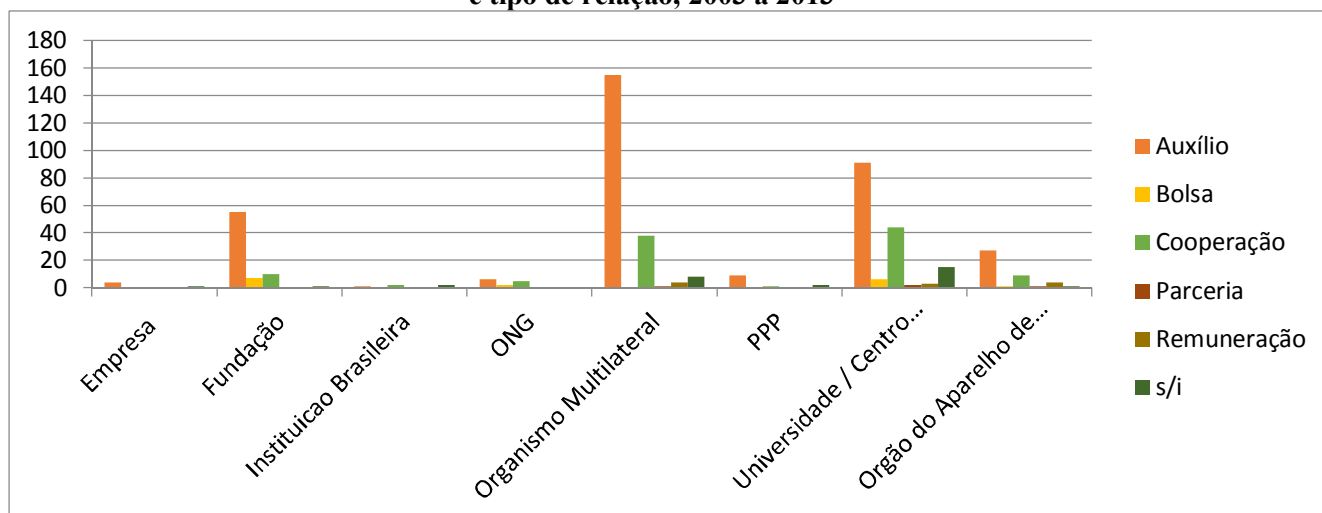
Gráfico 28 – Total de Projetos de Pesquisa com Cooperação Internacional com Organismos Multilaterais por nome, 2003 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013

No que se refere ao tipo de relação com os parceiros, segundo o banco de cooperação em pesquisa, os dados indicam que na maioria dos projetos a cooperação foi denominada de “auxílio” (ou *grants*), com todos os tipos de parceiros; em seguida indica-se “cooperação”. Vale destacar que essas opções foram selecionadas pelos pesquisadores quando preencheram a Plataforma Lattes e que na consulta a essa plataforma não há indicação do significado de cada uma dessas classificações (Gráfico 29).

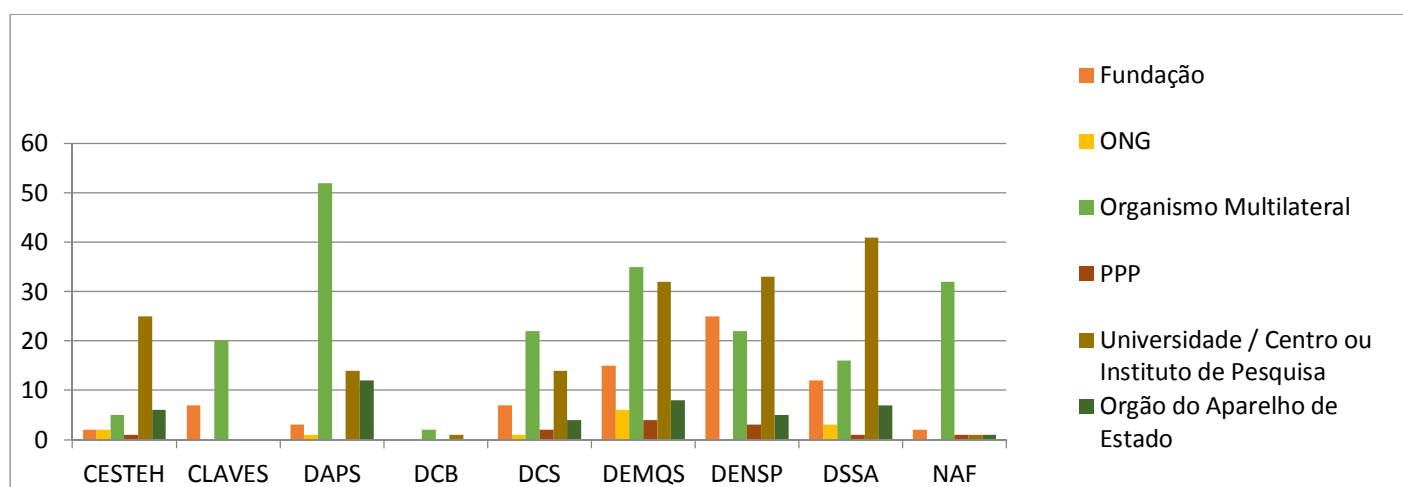
Gráfico 29 - Total de Projetos de Pesquisa com Cooperação Internacional por tipo de parceiro e tipo de relação, 2003 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013

Com relação aos Departamentos, Centros ou Núcleos da ENSP, verificamos que o DAPS e o NAF são as instâncias onde se localizam o maior número de pesquisas com organismos multilaterais, o que difere bastante do CESTEHE e do DSSA, onde predominam as colaborações em pesquisa com Universidades, Centros ou Institutos de Pesquisa e há pouca relação com organismos multilaterais. No CLAVES não há registro de colaborações com universidades, centros, ou institutos de pesquisa estrangeiros. No que toca às pesquisas em parceria com as fundações, o maior número está no DENSP, seguido pelo DEMQS. O DCB aparece com um número bem pequeno de pesquisas com cooperação internacional (Gráfico 30).

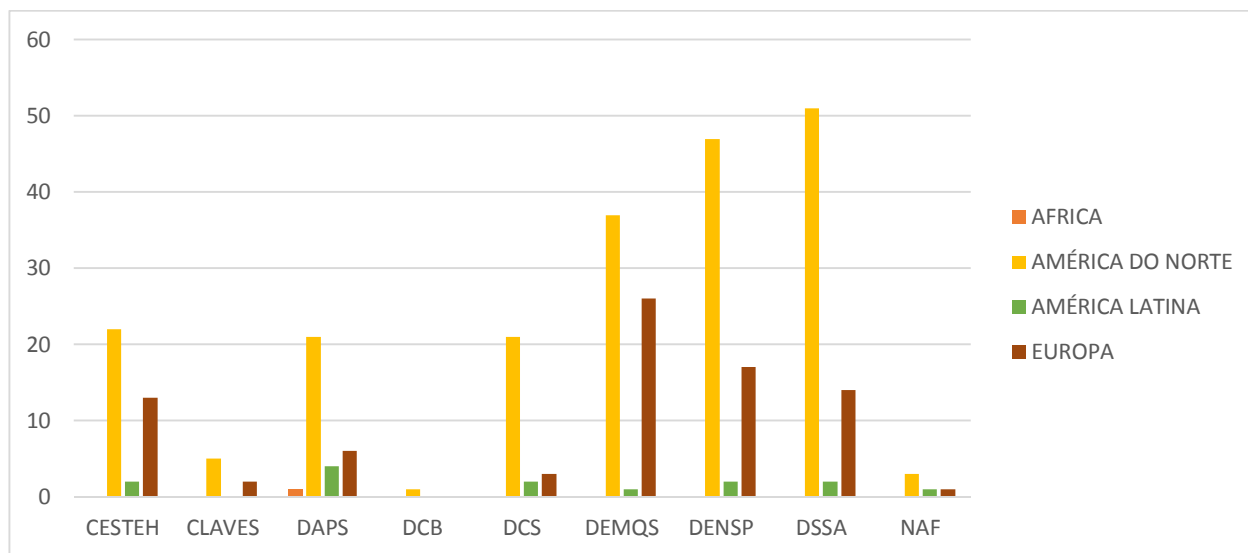
Gráfico 30 – Total de projetos de pesquisa com cooperação internacional por departamento, centro ou núcleo da ENSP e por tipo de parceiro, 2003 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013

Em relação às regiões, verificamos que em todos os departamentos da ENSP a maior parte da cooperação em pesquisa é realizada com instituições da América do Norte, sendo o maior número no DSSA e no DEMQS. No caso da América Latina, predomina a relação com pesquisadores do DAPS (Gráfico 31).

Gráfico 31 – Total de projetos de pesquisa com cooperação internacional por departamento, centro ou núcleo da ENSP e por região, 2003 a 2013



Fonte: ACI-ENSP, 2013

Comentários adicionais

A busca em relatórios da ACI-ENSP, em atas de reuniões e outros registros indicou que a interlocução da ENSP com parceiros estrangeiros apresenta características diferentes dependendo do tipo de parceiro e do projeto de cooperação. Por exemplo, no período analisado, quando a ENSP recebeu delegações de governos estrangeiros, em geral essas missões foram planejadas em colaboração com o CRIS/Fiocruz e com a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA) e, em alguns casos, com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores (MRE). Nesses casos a ACI-ENSP se encarregou de organizar as visitas, mobilizar os especialistas da ENSP para discutir as demandas dos visitantes e conduzir as interlocuções posteriores.

Porém, o mesmo não aconteceu nos projetos de cooperação em pesquisa, onde todos os contatos foram feitos diretamente pelos pesquisadores, sem a participação ou conhecimento da ACI-ENSP ou da direção nessa relação, seja sobre seu início ou sobre como se estabeleceu, sendo que a ACI-ENSP só foi consultada para apoiar a formalização dessas interlocuções. Essa dinâmica não nos permitiu análises mais detalhada sobre as características da cooperação internacional nessa área – pesquisa.

Um aspecto, registrado em anotações pessoais e relatórios institucionais feitos pela ACI-ENSP, relativo às cooperações na área de ensino, foi que a proliferação de demandas por cursos fora da sede parece ter gerado certa resistência por parte dos pesquisadores e docentes da ENSP, que demonstraram receio de se comprometer com muitas iniciativas simultâneas. Ao mesmo tempo, os relatórios do mestrado de Angola evidenciaram várias dificuldades na realização do curso, que variavam desde a heterogeneidade referente ao nível de conhecimento dos alunos, às dificuldades logísticas de acomodação dos professores e a instalações inadequadas para a realização das aulas. Estes fatos podem ter contribuído para essa aparente resistência. .

DISCUSSÃO

Os achados desta pesquisa confirmam a perspectiva de Lima et al (2005) de que a ENSP, desde a sua criação, foi influenciada por contextos históricos e movimentos políticos da saúde no Brasil e na América Latina. As evidências também apontam o importante papel desempenhado pela ENSP nos debates críticos sobre a saúde em nível regional. Enfatizam ainda que, a exemplo do que ocorreu com outras ESPs na região latino-americana, a cooperação internacional foi um elemento importante na criação e desenvolvimento institucional da ENSP, apresentando, porém, contornos distintos em diferentes momentos históricos.

De uma maneira geral, no início do século XX, a Fundação Rockefeller foi o braço estratégico setorial dos EUA na região, realizando campanhas de erradicação de doenças (malária e febre amarela, por ex.) e fomentando a constituição de institutos de pesquisa e ESPs focadas nas enfermidades que atravancavam o comércio internacional e a implementação dos interesses econômicos norte-americanos na América Latina, além de difundir abordagens de saúde pública informadas pela perspectiva biomédica, disseminadas pela cooperação internacional norte-americana. A USAID e fundações filantrópicas privadas também atuaram nesse processo, em outros momentos.

A orientação biomédica na organização dos sistemas de serviços de saúde, a valorização das especialidades e do modelo hospitalocêntrico prevaleceram posteriormente, entre as décadas de 1950 e 1960, quando a área de saúde sofreu impacto da incorporação tecnológica fruto do desenvolvimento científico dos EUA no período pós-guerra. Diferente desse panorama histórico, a ENSP foi, desde a sua consolidação nos anos 1960, influenciada pelos preceitos da Medicina Social e se constituiu como uma Escola engajada e aberta à diversidade.

Ao mesmo tempo, especificamente na América Latina, surgiam movimentos de ideias contra hegemônicas que preconizavam a importância da prevenção (Medicina Preventiva) e os aspectos sociais na determinação da saúde e da doença (Medicina Social).

A identidade da ENSP, que se mantém até os dias atuais, foi fortemente influenciada por essas perspectivas. É caudatária também, em grande medida, da influência de profissionais como Edmar Terra Blóis, médico, grande empreendedor e responsável pela construção da Escola, assim como a uma série de outros atores, que integraram seus quadros em momentos distintos, cujas trajetórias profissionais impactaram de forma importante a saúde pública no Brasil e na América Latina, tecendo-se uma ampla e complexa teia de relações.

A história da ENSP foi permeada por essa rede de articulações em torno da abordagem social da saúde e pela relação com o Estado brasileiro. Em seu cotidiano a Escola agregou à reflexão

científica, a realização de projetos e ativismo político, sendo que cada uma dessas vocações se expressou mais significativamente em momentos específicos de sua história. Essa combinação possibilitou também o papel da ENSP no Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e na construção do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Constata-se que esse movimento aconteceu num momento (década de 1980) em que o debate internacional sobre os sistemas de saúde era influenciado por preceitos neoliberais, expressos pelas condicionalidades das políticas de ajustamento estrutural propostas pelo Banco Mundial, onde se entendia o investimento público na provisão de serviços de saúde como incompatível com o desenvolvimento econômico. O processo de reforma setorial no Brasil foi praticamente antagônico ao observado na América Latina na mesma década.

Sob esse prisma, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira parece ter sido essencialmente nacional, ainda que influenciado por um movimento regional em torno da Medicina Social, que floresceu, também, sob os auspícios da OPAS.

Nos anos 1990, o desenvolvimento institucional da ENSP voltou a se beneficiar, em grande medida, da cooperação internacional acadêmica, científica e tecnológica. A formação de profissionais no exterior, e a multiplicidade de novos temas e abordagens trazidos à ENSP, fez com que a Escola, ainda que profundamente ligada ao contexto nacional, fortalecesse suas relações com instituições de pesquisa localizadas em outros países, num momento em que o SUS se consolidava no Brasil.

A partir da segunda metade dos anos 1990 tem início um processo de internacionalização da ENSP, quando se amplia a presença de alunos estrangeiros em cursos ofertados pela Escola, assim como as iniciativas de cooperação internacional.

A agenda internacional de valorização da saúde como objeto de política externa se materializa no Brasil, mais especificamente, nos anos 2000, quando se verifica a valorização da cooperação internacional como instrumento da PEB. A partir daí o Brasil passa a priorizar a cooperação Sul-Sul, a partir da formação de alianças e coalizões com outros países emergentes, e da oferta de cooperação técnica a países em desenvolvimento ou com menor nível de desenvolvimento. Esse processo inaugura uma nova forma de relação da Fiocruz (e da ENSP) com a cooperação internacional em saúde, onde a instituição passa a figurar como executora da Política Externa Brasileira nesse campo.

Os resultados desta pesquisa confirmam que a CI executada pela ENSP atende às duas orientações institucionais do último plano quadrienal, que destrincha duas vocações da cooperação internacional na Fiocruz: a de alavancar a pesquisa e a de apoiar a PEB com a realização de projetos de CSS em saúde.

Esses achados permitiram questionar nossa hipótese inicial de que existem duas agendas de

cooperação internacional na ENSP que se desenvolvem de maneira paralela em termos de finalidades e de processos de trabalho. De fato, essas duas institucionalidades, embora paralelas e com trajetórias particulares, guardam estreita relação entre si, uma vez que as trajetórias acadêmicas dos pesquisadores são responsáveis pelo acúmulo de conhecimento e pelo desenvolvimento institucional da ENSP, e por seu reconhecimento como instituição acadêmica no campo da saúde pública no Brasil e na América Latina.

Portanto, embora a atuação da ENSP na CSS não derive diretamente de sua cooperação acadêmica, estes processos estão intimamente relacionados: a cooperação acadêmica e o desenvolvimento de pesquisas, que em ampla medida se beneficiou da cooperação internacional, possibilitou o desenvolvimento da ENSP e reafirmou sua identidade, o que, aliado à sua relação histórica com o SUS e com o Estado brasileiro, legitimou a Escola para atuar como executora da PEB a partir de 2005.

A organização dos dados institucionais em perspectiva histórica nos possibilitou descrever a dinâmica de ampliação da cooperação Sul-Sul na ENSP, destacando que entre os anos de 2005 e 2013 a relação com países africanos e latino-americanos se ampliou, e foram realizados projetos onde a Escola ofereceu cooperação à outras instituições de países dessas regiões. Os dados de alunos estrangeiros confirmam esta linha de atuação, com o aumento do número de egressos oriundos desses países e a realização de cursos da ENSP em países dessas regiões. Da mesma maneira, a análise dos motivos dos afastamentos do país de servidores da ENSP para “atividade de projeto” foi o que apresentou maior crescimento no período.

Nesse processo verifica-se uma mudança no perfil de atuação da ENSP na cooperação internacional na área de ensino. Ao invés de apenas receber alunos estrangeiros em cursos oferecidos regularmente, a partir de 2005 a ENSP passou a realizar cursos em outros países, desenvolvidos no âmbito de programas de cooperação.

Em algumas das iniciativas foram discutidas possibilidades de se realizar programas de formação articulados com a constituição ou o fortalecimento de Escolas de Saúde Pública, conforme a “proposta alternativa da cooperação internacional brasileira” denominada por Almeida et al (2010) de “cooperação estruturante em saúde”. Entretanto, a maioria dessas iniciativas não se desdobrou em projetos concretos, apesar da existência de recursos para tal. Não encontramos evidências que permitam inferir possíveis razões para este fato, que merece aprofundamento em investigações posteriores.

Alguns projetos foram realizados e se alinham à esta proposta alternativa, uma vez que a realização de programas de formação objetiva essencialmente desenvolver pessoas e gerar capacidades para que desenvolvam soluções para os desafios da saúde de seus países. Este tipo de

cooperação difere daquela centrada no combate a doenças específicas e constituem ações potencialmente estruturantes para os sistemas de saúde. Considerando as conclusões do Estudo de Ravishankar et al (2009), de que os fluxos de investimentos para a saúde global cresceram nas últimas décadas, mas se destinam a combater doenças, verifica-se o caráter “alternativo” da cooperação desenvolvida pela ENSP.

CONCLUSÕES

Contornos específicos da cooperação internacional influenciaram a história da ENSP em momentos históricos distintos. Desde a sua criação a Escola foi influenciada pelos preceitos da Medicina Social e essa identidade, que se mantém até os dias atuais, foi construída por atores e projetos que foram fruto da articulação da ENSP com movimentos nacionais e internacionais (principalmente patrocinados pela OPAS), que construíram visões sobre a relação entre a saúde, doença, questões sociais e a prática médica.

Este processo possibilitou que ideias cultivadas dentro da Escola contribuíssem para a construção, no Brasil, de um sistema de saúde orientado para a equidade e baseado em uma visão social da saúde, ao mesmo tempo em que, na América Latina, muitos países realizavam reformas em seus sistemas de saúde pautadas por princípios neoliberais.

A cooperação acadêmica, desenvolvida principalmente a partir dos anos 1990, contribuiu para que a ENSP adotasse novos temas e abordagens nos campos da pesquisa e do ensino, e para consolidar o reconhecimento da Escola no Brasil e na América Latina. A dinâmica de cultivar relações acadêmicas com instituições em outros países ou com organismos multilaterais para o desenvolvimento de pesquisas se mantém até os dias de hoje e caracteriza uma das agendas da cooperação internacional na Escola.

Uma outra vertente da cooperação internacional na ENSP é a atuação na cooperação Sul-Sul, desenvolvida a partir da segunda metade dos anos 2000. Essa dinâmica se alinha a um cenário internacional onde a saúde é entendida como questão de política externa, e a uma opção da PEB de tomar a cooperação internacional em saúde como um instrumento importante para a atuação internacional do Brasil. Neste marco, a Fiocruz buscou orientar suas ações e estrutura organizacional para atuar como executora dessa premissa, e a ENSP realizou projetos que tinham como parceiros prioritários países africanos e latino-americanos.

Os dados sistematizados indicaram que nesse período as iniciativas de cooperação com América Latina e África se ampliaram, e a ENSP figurou como ofertante de cooperação especialmente para países da UNASUL e CPLP.

A pesquisa realizada e os resultados encontrados nos permitem formular algumas recomendações.

A análise dos dados de pesquisa utilizados neste trabalho merece ser aprofundada, de modo a diferenciar aquelas pesquisas que são realizadas em parceria com outras pessoas e instituições em outros países, ou com organizações internacionais, daquelas que simplesmente recebem financiamento de agências ou organizações multilaterais. Da mesma maneira, as iniciativas de

cooperação internacional poderiam ser desdobradas em categorias mais específicas e contabilizar, separadamente, as visitas técnicas, solicitações de formalização de pesquisa e demandas por cooperação técnica. Para tal seria necessário um trabalho de construção/aperfeiçoamento de um banco de dados mais completo e detalhado.

O trabalho de cooperação internacional voltado para alavancar a qualidade da pesquisa na ENSP, ou superar *gaps*, na linha indicada por Adams (2013) e Carvalho et al (2013), e preconizada no PQ Fiocruz 2011-2014, envolveria estreitar a parceria com a Vice direção de Pesquisa, no sentido de se conhecer os trabalhos em curso e prospectar possíveis grupos que trabalhem linhas de pesquisa semelhantes no exterior. Uma possível mudança no processo de trabalho da ACI-ENSP para responder a este desafio passaria por imprimir à sua atuação cartorial uma perspectiva prospectiva e estratégica, o que dependeria tanto de decisão institucional como de um processo de sensibilização dos pesquisadores da ENSP para as possíveis vantagens desta reorientação.

A organização das informações sobre a cooperação internacional na ENSP e os resultados desta pesquisa permitem uma análise, ainda que preliminar, das características da atuação internacional da Escola, e podem servir de base para uma discussão interna que possa delinear caminhos a serem seguidos, impedindo que o setor fique à mercê de demandas de diferentes naturezas.

Num exercício de contribuição para este debate, indicamos que o papel da ACI-ENSP seria, então, de mobilizar e articular setores, pesquisadores e docentes para elaboração, coordenação e participação em atividades ou projetos, e participar ativamente da formulação destes, de modo a manter sintonia entre ações passadas, em andamento e futuras, e direcionar modelos de atuação de modo a imprimir conceitos norteadores para a relação com os parceiros internacionais. A área de cooperação internacional da ENSP deveria atuar, portanto, de forma transversal às atividades da Escola, com especificidades e expertise próprias.

Entretanto, para que este trabalho seja realizado seria oportuno uma revisão das categorias de análise dos dados coletados pelo setor e utilizados nesta pesquisa, no sentido de que possam responder a questionamentos pertinentes, tanto do processo de trabalho como da atuação política da ENSP no campo internacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, J; Collaborations: The fourth age of research. *Nature* 497:557–560.30 May 2013
- AGENCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. ABC/MRE. Site Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Conceito>> (Acesso em 08/05/2014).
- ALBUQUERQUE, VS; GOMES, AP; REZENDE, CHA; SAMPAIO, MX; DIAS, OV; LUGARINHO, RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 2 (3): 356–362; 2008
- ALMEIDA, C. As reformas de saúde nos anos 80: crise ou transição. Um estudo dos países centrais – EUA, Reino Unido, Alemanha, Suécia, Itália e Espanha. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/Fiocruz, defendida em 5/7/1995.
- ALMEIDA, C. 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, C. 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, C. M. Política e Planejamento: O Plano de Saúde Leonel Miranda. *Revista de Saúde Pública*, v.40, p. 381 - 385, 2006
- ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.4, p. 905-25, 2002
- ALMEIDA, C., HAINES, A. F. & CAMPOS, R. P. C. Salud Global: Un nuevo objeto de estudio en salud colectiva *Revista Palimpsestus*, Bogotá, n. 6, pp. 49-68, 2008.
- ALMEIDA, C.M. Novos Modelos de Atenção à Saúde: bases conceituais e experiências de mudanças; em Costa, Nilson do Rosario (org.), Ribeiro, José Mendes (org) Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro. Secretaria de Desenvolvimento EduCacional / ENSP, 1996.
- ALMEIDA, C.M., CAMPOS, R. P, BUSS, P; FERREIRA, J.R; FONSECA, L. E. A concepção brasileira de ‘cooperação Sul-Sul estruturante em saúde’. *RECIIS–Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, pp. 25–35, 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/343>>
- ALMEIDA, CM. O Banco Mundial e as Reformas Contemporâneas do Setor Saúde, 2014. Mimeo no Prelo.
- ARISTIZABAL, AB; FERNANDEZ, IC; AGUILLAR, JFL; BALBUENA, JMM; MARTINEZ. La Cooperación Internacional para el Desarrollo. Orgs: Ajt. Tormo, Cc; Torres, Mllg. Editorial Universitat Politecnica de Valência; 2010.
- AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BECKER, HS. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 3a edição. Editora Hucitec, São Paulo, 1997.
- BERLINGUER, G. Globalização e saúde global. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, Abril 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a03.pdf> (Acesso em: 13/05/2014).

- BIRN A-E.; PILLAY Y.; HOLTZ T. H. International Health Agencies. In: Textbook of International Health. Oxford, 3r. ed., p.62-3. 2009.
- BIRN, A-E. The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history? Global Public Health, 2009
- BRANDÃO, NCC. Análise de redes internas de cooperação internacional na FIOCRUZ como ferramenta de gestão do conhecimento: a cooperação da FIOCRUZ com a França e com a África (PALOP). 2009. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- BROWN, RE. Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Programs at Home and Abroad. AJPH September, 1976, Vol. 66, No. 9
- BROWN, T.; CUETO, M, FEE, E. 'A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. História, Ciência, Saúde - Manguinhos, vol.13, no.3, 2006,.
- BUSS, P. GADELHA, P. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ experiência centenária em biologia e saúde pública. SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, 16(4): 73-83, 2002
- BUSS, P. M. & FERREIRA, J. R. Brasil e saúde global. In: Leticia Pinheiro e Carlos Milani (Org.), Política Externa Brasileira: As práticas das políticas e a política das práticas. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2012 (p. 241-265).
- BUSS, P. M., Ferreira JR, 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). 2010. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.351pt
- BUSS, P. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):177-185, 1999.
- BUSS, P.M. Brazil: structuring cooperation for health. Lancet, 2011
- CABRAL, L. Cooperação Brasil-África para o Desenvolvimento: caracterização, tendências e desafios. Rio de Janeiro: CINDES, 2011. (39 pp.). Disponível em: <<<http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2012/09904.pdf>>> (Acesso em: 30/10/2012).
- CAMPOS, ALV. "Combatendo nazistas e mosquitos: militares norte-americanos no Nordeste brasileiro (1941-45)." História, Ciências, Saúde-Manguinhos 5.3 (1999): 603-620.
- CAMPOS, CEA; FREITAS, R; BRANDÃO, AL; KASTRUP, E. Cooperação Técnica entre Brasil e Paraguai para a implantação do Programa Saúde da Família no Paraguai. Brasília, DF: OPAS, 2013.
- CARVALHO, MS; TRAVASSOS, C; COELI, C. A internacionalização da ciência. Cadernos de Saúde Pública. Volume 30; Número 8, 2014
- CASTRO, J. L; Protagonismo silencioso, a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal-RN: Observatório RH-NESC UFRN; Ministério da Saúde; OPAS-OMS, 2008.
- GUDIÑO-CEJUDO, MR; MAGAÑA-VALLADARES, L. La Escuela de Salud Pública de México y su interacción continental: 1945-1982. Salud Pública Méx 2013; Vol. 55(4):433-441
- GUDIÑO-CEJUDO, MR; MAGAÑA-VALLADARES, L; HERNÁNDEZ ÁVILA, M. La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945 Salud Pública de México, vol. 55, núm. 1, enero-febrero, 2013, pp. 81-91 Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México
- CERVO, A. L. Socializando o desenvolvimento: uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. Brasília, Rev. Bras. Polít. Int, v. 37, n. 1, p.37-63, 1994
- COLGROVE J.; FRIED, L; NORTHRIDGE, M; ROSNER, D; Schools of public health: Essential infrastructure of a Responsible Society and a 21st-Century Health System; Public Health Reports, 2010.
- CPLP. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa; 2009. Disponível em: file:///C:/Users/Nupes/Downloads/DOC5_PECS2009-2012_15Maio.pdf

(acesso em 23/03/2015)

CUETO, M. "Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940". In: CUETO, M. (ed.), *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina*. Lima, IEP/OPS, 1996.

CUETO, M. *International Health, the Early Cold War and Latin America*. CBMH/BCHM / Volume 25:1 2008 / p.17-41

CUETO, M; Brown T; Fee, E. *El Proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fria*. Apuntes, 69, segundo semestre, 2011.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Editora FIOCRUZ, 1999.

EVANS, D. *Journal of Public Health* | Vol. 31, No. 3. Advance Access Publication 2 July 2009

FARIA, L e COSTA, MC. *Cooperação Científica Internacional: Estilos de Atuação da Fundação Rockefeller e da Fundação Ford*. DADOS, Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 49, No. 1, 2006.

FARIA, LR. *Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária no Brasil e a Atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920)*. *Physys-Revista de Saúde Coletiva*; Vol.5, Número1,1995

FEE E. *Divorce between theory and practice: the system for public health training in the United States*. *Ciencia e Saude Coletiva* 2008.

FELDBAUM, H; LEE, K. & MICHAUD, J. *Global Health and Foreign Policy*. *Epidemiologic Reviews*, v. 32, pp. 82-92, 2010

FIDLER DP. *Health in Foreign Policy: An analytical overview*. *Canadian Foreign Policy Journal*, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/11926422.2009.9673489> (Acesso em 31/01/2014)

FIDLER, D. *Rise and Fall of Global Health as a Foreign Policy Issue*. *Global health governance*, volume IV, no. 2, 2011

FIOCRUZ 2010. *Plano Quadrienal*. Julho 2010

FIOCRUZ, 2005. *Plano Quadrienal*. Outubro 2005

FONSECA, CMO. *A Criação da ENSP: integração e diversidade na formação em saúde pública; em Uma Escola para a Saúde*. / organizado por Nísia Trindade Lima, Cristina M.O. Fonseca e Paulo Roberto Elian dos Santos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

FOSTER, Mick. *New Approaches to Development Co-operation: What can we learn from experience with implementing Sector Wide Approaches?*. London: Overseas Development Institute, 2000.

FOUCALT, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

GALÁN, M. G; PINO, BA; CALVO, M. A; *Reflexiones prácticas sobre cooperación triangular*. Cideal, Madrid, 2011

GARCIA, JC; *Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930*. *EdcMed Salud*, Vol. 15, No. 1 (1981)

GODUE, C. *Salud Internacional : Un Debate Norte-Sur*. . Organización Panamericana de la Salud

GOLDENBERG M. *Estudos de Caso; e O método bibliográfico em ciências sociais*. In: Mirian Goldenberg, *A arte de pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. 2a Edição. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1997.

GONZALES, A.D.; ALMEIDA, M.J. *Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 551-570, 2010

- GRANDA, E. ALAMES turns 24; *Social Medicine in Practice* Volume 3, Number 2, July 2008
- 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. Disponível em: http://www.nuso.org/upload/articulos/p6-2_1.pdf (acesso em 03/11/2014)
- INGRAM, A. The new geopolitics of diseases: between global health and global security. *Geopolitics*, v. 10, n. 3, pp. 522-545, 2005
- INSTITUTE OF MEDICINE. The future of the public's health in the 21st century. Washington: National Academies Press; 2003
- IPEA. Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional:2005-2009 / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. - Brasília Ipea : ABC, 2010
- KASTRUP, E; PESSÔA, LR. "Desafios da cooperação internacional Sul-Sul: Brasil e Venezuela, um processo horizontal, sustentável e estruturante." *Divulg. saúde debate* 49, 2013.
- KEOHANE, R; NYE, J. *Power and Interdependence*: Little Brown, 1989
- KICKBUSCH, I, SILBERSCHMIDT G & BUSS P. Global Health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull of the WHO*, March 2007, vol. 85, no.3. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636243/pdf/06-039222.pdf> (Acesso em: 31/01/2014)
- LABRA, ME. O Movimento Sanitarista nos Anos 20: Da Conexão Sanitária Internacional à Especialização em Saúde Pública no Brasil. Tese de Mestrado, EBA/FGV, 1985.
- LEITE, I. Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. *Observador Online*, v.7, n.3, mar, 2010.
- LIMA, M. R. S. de. A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 48, n. 1, 2005.
- LIMA, NT, PARKER, AL; MELO, EC. "O Brasil ea Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões." 2002.
- LIMA, NT. FONSECA, CMO. SANTOS, PRE (orgs). *Uma Escola para a Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 2004
- LIMA, NT; FONSECA, CMO.; História da Especialização em Saúde Pública no Brasil: nota introdutória. In: Nísia Trindade Lima, Cristina M.O. Fonseca e Paulo Roberto Elian dos Santos (Org.), *Uma Escola para a Saúde*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- LOYOLA, M.A; CORRÊA, M.C.D.V; GUIMARÃES,E.R.D.B. Cooperação Internacional na área de Saúde Coletiva: proposta para um debate. *Ciênc. saúde coletiva* vol.15 no.4 Rio de. Janeiro July 2010
- MARINHO, MG. Norte Americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952) – Campinas, SP: Autores Associados, São Paulo: Universidade São Francisco, 2001.
- MARRARA, T; Internacionalização da Pós-Graduação: objetivos, formas e avaliação; R B P G, Brasília, v. 4, n. 8, p. 245-262, dezembro de 2007
- MILNER, H. International Theories of Cooperation among Nations: Strengths and Weaknesses. *World Politics*, Vol. 44, No. 3 (Apr,1992). Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2010546?origin=JSTOR-pdf>(acesso em 14/05/2014).
- NUNES, ED. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César Garcia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9):1752-1762, set, 2013.
- NUNES, ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade* 3(2):5-21, 1994.

- NUNES, TCM. Especialização Em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz. Defendida em 07 de dezembro de 1998
- NUNES, TCM. A Valorização do ‘Instituinte’ na Construção do Modelo de Escola Nacional. In. Uma Escola para a Saúde. / organizado por Nísia Trindade Lima, Cristina M.O. Fonseca e Paulo Roberto Elian dos Santos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- OPAS. Relatório dos Termos de Cooperação: 2010./Organização Pan Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011.
- PAGLIOSA LF; DA ROS, MA. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA; 32 (4) : 492–499; 2008
- PAIM, J. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Saúde e democracia: a luta do CEBES. Org. Fleury, S. Lemos Editorial, 1997.
- PEGO, RA; ALMEIDA, C. Teoría y práctica das reformas em los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):971-989, jul-ago, 2002.
- Pêgo, Raquel Abrantes, and Célia Almeida. Âmbito y papel de los especialistas en las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Helen Kellogg Institute for International Studies, 2002.
- PEREIRA, JMM. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do combate à pobreza”, Topoi, v. 11, 2010. Disponível em http://www.revistatopoi.org/numeros_anteriores/topoi21/Topoi21_14Artigo14.pdf
- PINO, BA. Os debates sobre a eficácia da cooperação e o papel dos emergentes: o Brasil e a cooperação triangular. Carta Internacional. Vol. 5, No 2 Dezembro de 2010
- PIRES-ALVES, F; PAIVA, CHA; HOCHMAN, G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. Ciência e Saúde Coletiva 13(3):819-829, maio-jun. 2008.
- PIRES-ALVES, F; PAIVA, CHA; SANTANA, JP; MEJÍA, DV. A cooperação técnica Opas-Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: Trajetórias históricas e agendas contemporâneas. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.68-77, mar., 2010
- 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.
- RAVISHANKAR, N.; GUBBINS, P.; COOLEY, R. J.; LEACH-KEMON, K.; MICHAUD, C. M.; JAMISON, D. & MURRAY, C. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. The Lancet, v. 373, p. 2113-2124, jun 20, 2009.
- ROEMER, M. I., 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, 1993
- SADANA R, MUSHTAQUE A, CHOWDHURY R. Strengthening public health education and training to improve global health. Bull World Health Organ, 2007
- SANTOS, PRE; BRITO, VM; LIMA, NT; FONSECA, CMO. A Ensp e as transformações na sociedade e no Sistema de saúde no Brasil: 1970-1985. In. Uma Escola para a Saúde. / organizado por Nísia Trindade Lima, Cristina M.O. Fonseca e Paulo Roberto Elian dos Santos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- SANTOS, PRE; BRITO, VM; LIMA, NT; FONSECA, CMO. A Escola Nacional de Saúde Pública

- Sergio Arouca: um laboratório de Odeias para a saúde. In: Nísia Trindade Lima, Cristina M.O. Fonseca e Paulo Roberto Elian dos Santos (Org.), *Uma Escola para a Saúde*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- SATO, E. Cooperação Internacional: uma componente essencial das relações internacionais. RECIIS–Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (Edição em português. Online), v. 4, n. 1, p. 46-57, 2010.
- SILVA, LMV; PAIM, J; SCHAIBER, LB. O que é Saúde Coletiva?. In: Saúde Coletiva: teoria e prática. Orgs.: PAIM, J; FILHO, NA. 1ªed. – Rio de Janeiro MedBook, 2014.
- SOGGE, D. Dar y tomar: ¿qué sucede con la ayuda internacional?. Barcelona: Icaria Editorial, 2004.
- TAJER, D. Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s and Current Challenges. American Journal of Public Health, Vol 93, No. 12, December 2003
- UNASUL, 2010. Plano Quinquenal Unasul Saúde, 2010. Disponível em: http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?cat=1&lg=1&bb=67 (acesso em 23/03/2013)
- VALENTE, RC. A GTZ no Brasil: uma etnografia da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. Rio de Janeiro: LACED–Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento/Museu Nacional–UFRJ / e–Papers, Coleção 5, Antropologias. 2010, (230 pp).
- VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. Contexto internacional, v. 29, n. 2, p. 273-335, 2007.
- WALTZ, K. Theory of international politics. Addison-Wesley Publishing Company, Inc. 1979. Washington, D.C.OPS, 1992.
- YIN, Robert. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Sage Publications, Inc. 1994.

ANEXO 1

DOCUMENTOS LEVANTADOS E ANALISADOS				
Nº	Tipo	Data	Síntese do conteúdo	Arquivo
1	Relatório de viagem	Ago/2009	Relatório dos técnicos da AISA (Thaiza e Luciano) sobre as negociações do acordo trilateral em Moçambique	ACI-ENSP
2	Projeto ABC	Out/2009	Projeto ABC de cooperação trilateral para fortalecimento de resposta de Moçambique à epidemia de HIV AIDS	ACI-ENSP
3	Emails	Jul/08	Troca de emails da Fiocruz sobre posicionamento quanto a solicitação do Dr. Marinho Dgedge - Diretor nacional dos Recursos Humanos do MS de cooperação para fortalecimento da Escola Politécnica e realização de um programa de EAD	Arquivo morto
4	Ofício	Mai/11	Solicitação do ministério da saúde de Moçambique para cooperação na área de saúde mental	ACI-ENSP
5	Relatório de viagem	Jun/08	Relatório do ministério da saúde de Moçambique sobre a visita à Fiocruz	ACI-ENSP
6	Pasta	2003/2010	Pasta com documentação da cooperação com CDC no Brasil e na África	ACI-ENSP
7	Relatório	Out/07	Relatório de atividades de cooperação do DENSP na Etiópia	ACI-ENSP
8	Relatório de visita	Jan/13	Relatório de visita de delegação da Tanzânia	
9	Relatório	Jun/09	Relatórios sobre negociações quanto à realização de curso de doutorado em Cabo Verde	ACI-ENSP
10	Relatório	Ago//2006	Relatório de visita do diretor da ESP da Universidade de Cape Western na África do Sul	ACI-ENSP
11	Relatório	Jun/2009	Relatório de participação da ENSP em reunião sobre cooperação triangular promovida pela AISA; contém sínteses de todos os painéis	ACI-ENSP

12	Relatório	Jul/2009	Relatório de participação da ENSP em reunião do GT de cooperação internacional em saúde da AISA	ACI-ENSP
13	Publicação e apresentações	Out/07	Publicação sobre o IANPHI e apresentações realizadas no Encontro da Instituição que aconteceu na ENSP em outubro de 2007	Arquivo morto
14	Publicação e apresentações	Jul/2011	03 protocolos organizacionais e 01 protocolo clínico produzidos no âmbito da cooperação com Paraguai	ACI-ENSP
15	Relatório	Ago/2006	Relatório de visita do diretor da ESP da Universidade de Cape Western na África do Sul	ACI-ENSP
16	Ata	Jan/2008	Resumo Executivo do Plano de Trabalho. Curso Internacional de Especialização em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde - CIRHUS - MERCOSUR.	ACI-ENSP
17	Relatório	Abr/2009	Relatório técnico final da Fase I do Projeto de Mestrado em Angola Março 2007 – março 2008	ACI-ENSP
18	Edital	Fev/2007	Edital do Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública em Angola	ACI-ENSP
19	Projeto	Mar/2009	Revisão do Projeto BRA/04/044 - Capacitação do Sistema de Saúde da República ABC/MRE	ACI-ENSP
20	Projeto	Mai/2010	Projeto ABC/MRE BRA/04/044 para o Desenvolvimento Institucional do Instituto de Altos Estudos de Saúde Pública Dr. Arnoldo Gabaldón	ACI-ENSP
21	Pasta Afro	2006-2007-2008	Pasta com relatórios de visitas de delegações de países africanos à Fiocruz	ACI-ENSP
22	Boletim	Dez/2008	Boletim Técnico Internacional da ENSP FIOCRUZ, PAHO/AL. Fruto de pesquisas nos arquivos da ENSP e no informe ENSP,	ACI-ENSP

			contém resumo das atividades de cooperação realizadas com a região.	
23	Boletim	Dez/2008	Boletim Técnico Internacional da ENSP FIOCRUZ, PAHO/AN. Fruto de pesquisas nos arquivos da ENSP e no informe ENSP, contém resumo das atividades de cooperação realizadas com a região.	ACI-ENSP
24	Boletim	Dez/2008	Boletim Técnico Internacional da ENSP FIOCRUZ, PAHO/EURO. Fruto de pesquisas nos arquivos da ENSP e no informe ENSP, contém resumo das atividades de cooperação realizadas com a região.	ACI-ENSP
25	Boletim	Dez/2008	Boletim Técnico Internacional da ENSP FIOCRUZ, PAHO/AFRO. Fruto de pesquisas nos arquivos da ENSP e no informe ENSP, contém resumo das atividades de cooperação realizadas com a região.	ACI-ENSP
26	Boletim	Dez/2008	Boletim Técnico Internacional da ENSP FIOCRUZ, EMRO/SEARO/WPRO. Fruto de pesquisas nos arquivos da ENSP e no informe ENSP, contém resumo das atividades de cooperação realizadas com a região.	ACI-ENSP
27	Relatório	Mar /2007	Relatório de Atividades Internacional ACI ENSP	ACI-ENSP
28	Banco de dados	Ago/2014	Banco de dados egressos estrangeiros	ACI-ENSP
29	Banco de dados	Set/2014	Banco de dados afastamentos do país	ACI-ENSP
30	Banco de dados	Set/2014	Banco de dados demandas à ACI ENSP	ACI-ENSP
31	Banco de dados	Out/ 2014	Banco de dados pesquisa na ENSP	ACI-ENSP
32	Declaração da ONU	2004	Declaração da Assembleia Geral da ONU sobre Cooperação Técnica e Econômica entre os Países em Desenvolvimento. Esta resolução reconhece que a cooperação Sul-Sul pode ter um	Site do Nethis: http://bioeticaediplomacia.org/doc

			impacto positivo sobre as políticas globais, regionais e nacionais e as acções nos domínios económico, social e de desenvolvimento nos países em desenvolvimento, e insta esses países e seus parceiros para intensificar a cooperação Sul-Sul e a cooperação triangular nestas áreas.	mentos-sobre-diplomacia-em-saude/
33	Declaração de Paris	2005	Destaca cinco princípios fundamentais para tornar a ajuda mais eficaz: apropriação, harmonização, alinhamento, resultados e responsabilidade mútua.	Disponível em: http://www.oecd.org/dac/effectiveness/38604403.pdf (Acesso em 25/10/2014).
34	Declaração de Oslo	2007	Baseados na iniciativa sobre Saúde Global e Política Externa , os Ministros das Relações Exteriores do Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia emitiram estadeclaração, que busca aumentar a consciência sobre os problemas de saúde nas arenas de discussões e decisões de política externa.	Disponível em: http://www.who.int/trade/events/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf (Acesso em 25/10/2014)
35	Agenda de Accra	2008	Destaca a necessidade de acelerar a eficácia da ajuda em três áreas: fortalecimento da apropriação por parte dos países, construção de parcerias mais eficazes e inclusivas, e apresentação e prestação de contas de resultados para o desenvolvimento responsabilizando-se publicamente por eles.	http://www.oecd.org/dac/effectiveness/41202060.pdf (Acesso em 25/10/2014)
36	Resolução da ONU	2011	Encoraja os Estados-Membros a considerar a relação estreita entre política externa e a saúde global e a reconhecer que os desafios da saúde mundial exigirão esforços concertados e sustentados, a fim de promover um ambiente de política global de apoio de saúde global.	Site do Nethis, disponível em: http://bioeticaediplomacia.org/documentos-sobre-diplomacia-em-saude/ (Acesso em 25/10/2014)
38	Declaração de Busan, Coreia	2011	Estabelece um acordo marco para a cooperação para o desenvolvimento que abarca os doadores tradicionais, os cooperadores Sul-Sul, os BRICs, CSOs e as fundações privadas.	http://www.effectivecooperation.org/files/outcome_document_final_por.pdf (Acesso em 25/10/2014)

39	PECS CPLP	2009-2012	Estabelece projetos de cooperação em saúde entre os países da CPLP	ACI-ENSP
40	Plano Quinquenal Unasul Saúde	2010-2015	Estabelece as diretrizes e projetos para a cooperação em saúde entre os países da UNASUL	ACI-ENSP
41	RELATÓRIO DE GESTÃO 2013 – ENSP	2013	Descreve o perfil dos setores da ENSP de 2010 a 2013 e indica algumas propostas da direção da Escola para o período 2013-2017.	

ANEXO 2 – ORGANOGRAMA DA ENSP (conforme publicado no portal da Escola (<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/organograma/>. Acesso em 06/07/2015)

- **Direção**

- Assessoria de Cooperação Internacional
- Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde
- Coordenação de Comunicação Institucional
- Coordenação de Educação a Distância
- Gabinete
- Serviço do Projeto Radis

- **Vice-Diretoria de Pós-Graduação**

- Programa de Epidemiologia em Saúde Pública
- Programa de Pós-graduação em Bioética Ética aplicada e Saúde Coletiva
- Programa de Saúde Pública
- Programa de Saúde Pública e Meio Ambiente

- **Vice-Diretoria de Escola de Governo em Saúde**

- Cooperação com o SUS
- Ensino e Formação Profissional em Saúde
- Núcleo de Tecnologia e Logística em Saúde
- Rede de Escolas em Saúde

- **Vice-Diretoria de Desenvolvimento Institucional e Gestão**

- Secretaria de Apoio aos Cursos
- Serviço de Gestão da Qualidade
- Serviço de Compras Materiais e Contratos
- Serviço de Gestão Acadêmica
- Serviço de Gestão de Compras
- Serviço de Informática
- Serviço de Infra-Estrutura
- Serviço de Orçamento e Finanças
- Serviço de Planejamento Orçamento e Finanças
- Serviço de Protocolo
- Serviço de Recursos Humanos

- **Vice-Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico**

- **Centro de Referência Professor Hélio Fraga**
- **Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana**
- **Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria**
- **Departamento de Administração e Planejamento em Saúde**

- **Departamento de Ciências Biológicas**
- **Departamento de Endemias Samuel Pessoa**
- **Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental**
- **Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde**
- **Núcleo de Assistência Farmacêutica**
- **Departamento de Ciências Sociais**
- **Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli - CLAVES**