

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Competências estratégicas na internacionalização da pós-graduação da Fiocruz: o programa de Moçambique”

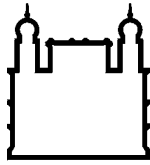
por

Márcia Mello da Silveira

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

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Virginia Alonso Hortale

Rio de Janeiro, julho de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

***“Competências estratégicas na internacionalização da pós-graduação da
Fiocruz: o programa de Moçambique”***

apresentada por

Márcia Mello da Silveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Alvaro Hideyoshi Matida

Prof.^a Dr.^a Nísia Verônica Trindade Lima

Prof.^a Dr.^a Virginia Alonso Hortale – Orientadora

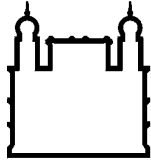
Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S587 Silveira, Márcia Mello da
Competências estratégicas na internacionalização da pós-
graduação da Fiocruz: o programa de Moçambique. / Márcia
Mello da Silveira. -- 2011.
106 f.

Orientador: Hortale, Virginia Alonso
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

1. Cooperação Internacional. 2. Internacionalidade.
3. Competência Organizacional. 4. Estratégias.
5. Programas de Pós-Graduação em Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 378.072



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 27 de julho de 2011.

Márcia Mello da Silveira

*Dedico este trabalho ao meu filho João Pedro,
benção maior da minha vida, que do alto de seus sete anos
enfrentou com galhardia minhas muitas ausências,
e a Sérgio, meu companheiro querido, participante fundamental
em mais esta realização, pelo incentivo, pelo apoio, por partilharmos
unidos sucessos e dificuldades.*

AGRADECIMENTOS

Tenho muito a agradecer a Deus, sempre e mais uma vez, por suas inúmeras dádivas. Hoje quero agradecer particularmente a dádiva de contar com pessoas que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Um “muito obrigada” especial à minha orientadora, Dra. Virginia Hortale, por seu cuidado, por seu carinho, incentivo e paciência ao longo do tempo que trabalhamos juntas.

À minha turma do mestrado, formada por pessoas raras, amigas e competentes, a quem muito devo.

Aos professores do curso, pela valiosa contribuição para minha formação profissional.

Aos profissionais da secretaria do Mestrado Profissional em Política e Gestão de CT&I em Saúde, aqui representados por Marluce, Wellington e Sônia, por sua gentileza e apoio.

À minha mãe Teresinha e minhas irmãs, Cristina e Andréia, exemplo e torcida, desde o início.

Ao meu primo Haroldo, por suas leituras e conselhos.

Ao amigo Mário, por sua confiança, por seu carinho e generosidade.

À amiga Lúcia, parceira de todas as horas, por suas contribuições e pela disponibilidade para ouvir.

Aos amigos Cristina e André, por seu acolhimento, incentivo e carinho.

À Luciana, pelas nossas proveitosas conversas e por suas indicações.

À Ana Luisa, por sua disponibilidade em ajudar.

À amiga Anita, por sua amizade, pela leitura atenta e pelas contribuições, essenciais para a finalização do texto.

À Letícia e Gabriela, por sua ajuda nos arremates finais do texto.

Aos muitos amigos que, embora não citados nominalmente, contribuíram para a realização do trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
ACI	Assessoria de Cooperação Internacional
ANLIS	<i>Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	Conselho Deliberativo
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CEPD	Cooperação entre Países em Desenvolvimento
CI	Congresso Interno
CIS	Complexo industrial da Saúde
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CNCTIS	Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COC	Casa de Oswaldo Cruz
CRIS	Centro de Relações Internacionais em Saúde
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DIPLAN	Diretoria de Planejamento Estratégico
EGS	Escola de Governo em Saúde
EMBRAER	Empresa Brasileira de Aeronáutica S. A.
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IED	Investimento Externo Direto
IES	Instituição de Ensino Superior
IFF	Instituto Fernandes Figueira
ILMD	Instituto Leônidas e Maria Deane

INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
INS	Instituto Nacional de Saúde
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
ISF	Instituto Soroterápico Federal
JICA	<i>Japan Internacional Cooperation Agency</i>
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Milênio
OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PDP	Política de Desenvolvimento Produtivo
PECS/CPLP	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa
PETROBRAS	Petróleo Brasileiro S.A.
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
Prodirs	Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária
SNIS	Sistema Nacional de Inovação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i>
VBR	Visão Baseada em Recursos
VPEIC	Vice-presidência de Ensino, Informação e Comunicação

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Modelo para a Estruturação da Cooperação para a Saúde	53
Figura 2	– Definições de Competência Coletiva	72

LISTA DE ANEXOS

Anexo I	– Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para Implementação do Projeto “Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola”	90
Anexo II	– Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República Popular de Moçambique	93
Anexo III	– Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique para Implementação do Projeto “Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique”	96
Anexo IV	– Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde	99
Anexo V	– Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para a Instalação da Sede do Escritório Regional da Fiocruz para a África	100
Anexo VI	– Projeto de Decreto Legislativo – Aprovação do Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para a Instalação da Sede do Escritório Regional da Fiocruz para a África	105

RESUMO

Um dos principais focos da cooperação Sul-Sul em saúde realizada pelo Brasil é a formação e qualificação profissional. Congregando atividades fortemente embasadas no conhecimento, chave-mestra da economia contemporânea, o setor saúde tem-se mostrado um importante catalisador de desenvolvimento, com papel essencial na economia. A saúde pode ser considerada, no Brasil, como elemento primordial na cooperação entre países. De caráter exploratório, o presente estudo se utilizou da pesquisa bibliográfica e levantamento documental para a identificação das bases da formação das competências organizacionais na internacionalização da pós-graduação *strictu sensu* da Fiocruz na África, tomando-se como referência o Programa de Moçambique. Intrinsecamente unida à cooperação Sul-Sul em saúde realizada pelo Brasil, a pós-graduação efetivada pela Fiocruz na África integra elementos de diferentes áreas, sempre embasada nos princípios da solidariedade. No campo da política externa, colabora com o projeto de inserção do país no cenário internacional. No campo da internacionalização acadêmica, colabora para o desenvolvimento da educação e da ciência com a parceria e a troca de experiências com agentes estrangeiros. Sob o ponto de vista organizacional, constitui importante estratégia de desenvolvimento da Fiocruz. Desta forma, o trabalho conjugou a abordagem das competências a um panorama do contexto maior no qual se configura a pós-graduação levada a cabo pela Fiocruz na África: a cooperação Sul-Sul realizada pelo Brasil, em particular a cooperação estruturante em saúde, e a diplomacia da saúde. Levar a efeito este estudo intenta colaborar para o êxito e a consolidação do processo de internacionalização da Fiocruz.

Palavras-chave: Cooperação internacional. Competência organizacional.
Internacionalização.

ABSTRACT

One of the main objectives of the south-south health cooperation developed in Brazil is training and professional qualification. Gathering activities that are strongly based on knowledge, which is crucial in modern economy, the health sector is an important catalyst for development with an essential role in economy. In Brazil, health can be considered as a cardinal element in cooperation between countries. With an investigative nature, this study used the bibliographic research and document survey to identify the basis of the formation of organizational competencies in the internationalization of *strictu sensu* postgraduate education of Fiocruz in Africa, taking the Mozambique Program as a reference. Basically related to the south-south health cooperation developed by Brazil, the postgraduate education implemented by Fiocruz in Africa integrates elements from different areas, always established on solidarity principles. Concerning the foreign policy area, the present work contributes to the country's insertion project in the international scenario. Regarding the academic internationalization area, it contributes to the development of education and science exchanging experience with foreign partners. From the organizational point of view, it is an important development strategy for Fiocruz. Thus, the work has combined the competencies approach with a broader context overview in which it configures the postgraduate education carried out by Fiocruz in Africa: the south-south cooperation developed by Brazil, in particular the health structural cooperation, and the health diplomacy. The implementation of this study intends to collaborate to the success and consolidation of the internationalization process of Fiocruz.

Keywords: International cooperation. Organizational competence.
Internationalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	18
2 FIOCRUZ: INSTITUIÇÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE	21
2.1 TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL – ANTECEDENTES NA FORMAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS	21
2.2 INTERNACIONALIZAÇÃO DA FIOCRUZ	31
2.2.1 Pós-graduação Internacional: O Programa de Moçambique.....	33
3 INTERNACIONALIZAÇÃO ACADÊMICA	37
4 RELAÇÕES INTERNACIONAIS	41
4.1 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL.....	41
4.1.1 Cooperação Sul-Sul em Saúde ou Cooperação Horizontal em Saúde	44
4.1.2. Desafios da Cooperação Internacional em Saúde no Século XXI.....	46
4.1.3 Cooperação Internacional em Saúde: A Abordagem Brasileira	51
4.2 DIPLOMACIA DA SAÚDE GLOBAL.....	55
4.3 RELAÇÕES BRASIL-ÁFRICA.....	56
4.4 INTERNACIONALIZAÇÃO DE EMPRESAS	61
4.4.1 Escola Nórdica: Modelo da Escola de Uppsala e <i>Networks</i>	62
4.4.1.1 Escola de Uppsala.....	62
4.4.1.2 Teoria de internacionalização das <i>Networks</i>	63
4.5 ABORDAGEM DAS COMPETÊNCIAS ESTRATÉGICAS.....	64
4.5.1 Visão Baseada em Recursos	65
5 COMPETÊNCIAS	68
5.1 COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS	69
5.2 COMPETÊNCIAS COLETIVAS.....	71
5.3 COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

As mudanças advindas da terceira revolução tecnológica, a globalização e expansão mundial do capitalismo permeiam diferentes dimensões do viver. A adaptação à hegemonia capitalista tem conduzido, na área da saúde, a expressivas transformações, refletindo a adoção de lógicas de obtenção de competitividade e de eficiência econômica em suas atividades¹.

Tradicionalmente vista sob o prisma do gasto público, sobretudo devido à demanda social crescente e ao alto custo das novas tecnologias, a percepção do campo da saúde passa por reconfigurações significativas. Um dos aspectos da mudança diz respeito ao reconhecimento do potencial catalisador de desenvolvimento do setor e sua importância para a economia.

Congregando atividades fortemente embasadas no conhecimento, chave-mestra da economia contemporânea (Economia do Conhecimento ou Economia do Aprendizado), o setor saúde tem demonstrado papel essencial na geração de desenvolvimento. Em uma nova perspectiva, percebe-se que os mesmos fatores motivadores dos altos custos podem ser posicionados de forma a contribuir para o crescimento, para a geração de empregos e de capital².

No Brasil, a recente inclusão da saúde na Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP)³, bem como o destaque do Complexo Industrial e de Inovação em Saúde no Programa Mais Saúde^{a 4}, revelam o direcionamento do Estado no sentido de contemplar a saúde tanto como um direito de cidadania quanto uma frente de desenvolvimento e de inovação estratégica na sociedade do conhecimento².

Outra faceta da mudança na percepção do campo da saúde diz respeito à importância da integração das políticas de saúde no cenário internacional. Reconhecida como direito fundamental^{5,6} e, simultaneamente, foco de vultosas transações que impactam fortemente as economias nacionais, amplia-se a participação do setor na política externa. A saúde pode ser considerada, no Brasil, como elemento-chave na cooperação entre países, passando a colaborar efetivamente para a construção de uma agenda internacional do País⁴.

^a “Mais Saúde: direito de todos” é o plano, lançado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2007, que reuniu as prioridades da gestão e estabeleceu metas para ações e investimentos da área. Contempla 86 metas e 208 ações, distribuídas em oito eixos de intervenção.

O reconhecimento de que as questões de saúde ultrapassam fronteiras nacionais e relacionam-se às diferentes dimensões — comerciais, políticas e de segurança entre outras — das relações entre países, fundamenta a recente concepção de diplomacia da saúde global, que “trata dos processos de negociação que configuram e gerenciam o ambiente da política global para a saúde e seus determinantes⁷.”

Compreende-se que, perante a crescente interdependência do mundo globalizado, a política de saúde não pode permanecer exclusivamente nacional. Para lidar com esta nova dinâmica, a política externa e a diplomacia podem oferecer ferramentas valiosas, funcionando como prolongamentos das iniciativas da política nacional⁸.

Como resultado da nova abordagem da saúde, a Cooperação Internacional aparece como um dos eixos de intervenção do Programa Mais Saúde⁴, dentre as prioridades da gestão e das metas para ações e investimentos da área. E é em simetria com esta orientação que a Fiocruz, instituição estratégica de Estado para a saúde, amplia sua atuação internacional.

Traduzida em ações diversas, a expansão internacional da Fiocruz destaca-se nas atividades de cooperação técnica em saúde no âmbito da Cooperação entre Países em Desenvolvimento^b (CEPD), na qual tem exercido papel de liderança⁹. Uma das áreas de relevo neste campo é a da formação e qualificação de profissionais, realizada com atuação expressiva da Vice-presidência de Ensino, Informação e Comunicação (VPEIC).

A primeira turma do programa de pós-graduação internacional *stricto sensu* da Fiocruz, o Mestrado em Saúde Pública em Angola, teve início no ano de 2007, com 33 alunos, a partir de Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola (anexo 1). Em 2008, como parte do Acordo Brasil-Moçambique (anexos 2 e 3), uma parceria entre Ministério da Saúde de Moçambique e Fiocruz resultou na primeira turma do Mestrado em Ciências da Saúde, com 17 alunos. No mesmo ano, a partir de Convênio entre a *Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud* (ANLIS) da Argentina e a Fiocruz — e

^b A CEPD é também conhecida como Cooperação Sul-Sul ou Cooperação Horizontal¹⁰. Conforme Buss e Ferreira, “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 sul¹¹.”

com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) — dois novos cursos foram oferecidos: o Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública, com 17 alunos, e o Mestrado em Biologia Celular e Molecular, com 15 alunos. Em 2010, a parceria com o Ministério da Saúde de Moçambique teve continuidade com a abertura da segunda turma de Mestrado em Ciências da Saúde, com 10 alunos. A expectativa é de que até 2012 sejam titulados 65 profissionais desses países.

O êxito do Mestrado em Ciências da Saúde em Moçambique atraiu o interesse da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa^c (CPLP), que recentemente decidiu pela criação de um Programa de Doutorado para os países de língua portuguesa. Encaminha-se neste sentido uma parceria da Fiocruz com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, de Portugal, para oferecimento de turmas de doutorado nas áreas da Saúde Pública e Biomedicina.

Em consonância com a estratégia da CEPD prestada pelo Brasil, os projetos desenhados articulam-se a outras ações e ultrapassam o âmbito meramente acadêmico, auxiliando diretamente a estruturação e o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países envolvidos¹².

Os programas de pós-graduação internacional *stricto sensu* da Fiocruz alinham-se ao que tem sido conhecido como “cooperação estruturante em saúde”, proposta cujo cerne reside em aliar a geração de conhecimento à construção de capacidades locais, à formação de quadros técnicos, ao fortalecimento organizacional e ao desenvolvimento institucional. Almeja-se desta forma possibilitar a autonomia, o protagonismo dos parceiros nas iniciativas no setor saúde e a sustentabilidade do processo como um todo¹³.

Nesta linha, todas as ações realizadas no decurso da implementação dos programas da pós-graduação internacional são efetivadas em parceria com atores locais, em articulação com o Ministério da Saúde e instituições universitárias, possibilitando que docentes e pesquisadores dessas instituições realizem a coorientação das teses ou dissertações. Concorre-se assim para o aproveitamento das capacidades e recursos endógenos existentes em cada país, bem como para a assunção da liderança na construção de uma agenda para o desenvolvimento em

^c A CPLP é composta de oito Estados membros: Brasil na América do Sul, Portugal na Europa; Timor Leste na Ásia e cinco países na África — Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe — que constituem os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)¹¹.

saúde.

Com características singulares, convergem na implementação da pós-graduação internacional da Fiocruz tanto a estratégia da organização, quanto a política externa; tanto a política de saúde — em especial a diplomacia da saúde — quanto a política de educação, uma vez que, como responsável pela certificação, a Fiocruz subordina-se às normas da Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES), órgão do Ministério da Educação encarregado da regulação e do fomento da pós-graduação. Assim, o ensino internacional em nível de pós-graduação da Fiocruz congrega uma diversidade de fatores e relações que precisam atuar de forma sincrônica e sinérgica.

Do contexto apresentado, que dá forma à iniciativa do ensino internacional em nível de pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz emergiram as questões: como se conjugam, na Fiocruz, as diferentes ações e relações implicadas na iniciativa do ensino internacional em nível de pós-graduação *stricto sensu*? Que mecanismos podem auxiliar a identificação das competências organizacionais estratégicas para a realização desta iniciativa?

Desta perspectiva partiram o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo, apresentados a seguir. O foco do trabalho dirige-se às competências estratégicas na internacionalização da pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz na África, tomando-se como referência o Programa de Moçambique.

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a formação das competências estratégicas para o processo de internacionalização da pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz na África.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) descrever o contexto de implementação do curso de pós-graduação *stricto sensu* internacional referido à experiência de Moçambique;
- b) mapear as instâncias relacionadas à internacionalização da pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz;
- c) descrever o papel da internacionalização do ensino em nível de pós-graduação na estratégia de internacionalização da Fiocruz;

d) identificar as bases para a formação das competências estratégicas no processo de internacionalização da pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz em Moçambique.

O estudo visa contribuir para a consolidação do processo de internacionalização da Fiocruz, instituição responsável pelo desenvolvimento e implementação de ações do Programa de Ciência, Tecnologia e Inovação no Complexo da Saúde do Plano Plurianual do Governo Federal para o período 2008-2011. As ações compreendem, entre outras, a Cooperação Técnica Nacional e Internacional em Ciência e Tecnologia em Saúde – pautada nos valores de solidariedade e compartilhamento de saber com outros órgãos públicos do país e do estrangeiro⁹.

A centralidade da área da saúde na política externa brasileira e o papel da Fiocruz como organização estratégica de Estado, com atuação destacada na cooperação internacional em saúde, ressaltam a importância do tema. Especificamente no campo do ensino destaca-se, na chamada Era do Conhecimento, a importância da formação e qualificação de profissionais na promoção do desenvolvimento, pontos nucleares no processo de internacionalização da Fiocruz.

A utilização do conceito de competência foi considerada pertinente ao estudo, uma vez que pode facilitar o entendimento da internacionalização como um processo e subsidiar a análise de quais e de que forma são mobilizados os recursos na consecução das operações referentes à internacionalização¹⁴. Além disso, a experiência na área do ensino sugere a necessidade de aprimoramento na integração de recursos para a otimização dos processos e funções implicados nos projetos desenvolvidos em âmbito internacional. Prioritariamente, trata-se do incremento da capacidade de combinar, misturar e integrar recursos em produtos e serviços. Em outras palavras, trata-se de aprimorar competências¹⁵.

Pretende-se que o trabalho, embora ainda de caráter exploratório, faça as vezes de uma primeira pedra atirada ao lago que, esperançosamente seguida de outras, venha a proporcionar efeitos mais amplos. Entende-se que os programas de pós-graduação propostos, de cunho inovador, reforçam o elo entre saúde e desenvolvimento, constituindo-se como importante elemento da CEPD. Formulados a partir da concepção de uma cooperação estruturante em saúde, favorecem a

fixação dos profissionais nos países de origem. Um dos pontos de destaque é, assim, a minimização da “drenagem” ou “fuga de cérebros” (*brain drain*), efeito perverso comumente associado aos projetos anteriores.

Em cooperações realizadas sem a necessária estruturação e coligação a um projeto estratégico local, formavam-se profissionais que não permaneciam em seus países de origem. Em consequência, muitos dos mestres e doutores egressos da Fiocruz em anos passados deixaram as universidades de seus países atraídos por melhores empregos no estrangeiro ou mesmo em organismos internacionais¹².

Tal fato mostra que a internacionalização das ações, apresentada como uma das principais estratégias de desenvolvimento da Fiocruz⁹, requer instrumentos que possibilitem o êxito de sua execução. Na implementação da pós-graduação internacional, a multiplicidade e complexidade das relações estabelecidas e a necessária convergência de ações para o sucesso dos projetos, mais claramente percebidas por esta autora como analista de gestão da VPEIC da Fiocruz na área da pós-graduação *stricto sensu* internacional, impõem novas exigências para a organização. Colaborar para o atendimento de tais exigências, com vistas à consolidação do processo de internacionalização da Fiocruz, é o que se pretende com o estudo.

O porte e a diversidade de ações da Fiocruz proporcionam diferentes possibilidades para a abordagem da internacionalização. Sob uma perspectiva mais focal, este trabalho privilegia a análise da internacionalização a partir do ponto de vista da pós-graduação *stricto sensu* internacional. Neste sentido, poder-se-ia optar exclusivamente pelo suporte teórico de modelos utilizados para a análise da internacionalização do ensino superior. Entretanto, numa observação mais acurada, percebe-se que características distintivas, históricas e fundamentais da pós-graduação internacional estão diretamente associadas à cooperação em saúde no cenário internacional e ao papel da Fiocruz como instituição estratégica de Estado em saúde. Em vista disso, opta-se por incluir, somando-se à abordagem das competências, um referencial que contemple o contexto maior no qual se configura a pós-graduação levada a cabo pela Fiocruz na África: a cooperação Sul-Sul realizada pelo Brasil, em particular a cooperação estruturante em saúde, e a diplomacia da saúde.

1.3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A unidade de análise do estudo é o Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Fiocruz em Moçambique, tomada como referência na internacionalização da pós-graduação da Fiocruz na África. De acordo com Gil¹⁶, o objeto da análise remete ao perfil descritivo, na medida em que expõe características de determinada situação ou fenômeno e pode vir a estabelecer correlações. Por outro lado, sob o ponto de vista da internacionalização, o trabalho apresenta também características exploratórias, dado que visa a proporcionar maior familiaridade com uma temática ainda relativamente pouco investigada.

Para alcance dos objetivos, foram utilizados como meios de investigação a pesquisa bibliográfica e o levantamento documental. A pesquisa bibliográfica referiu-se à cooperação internacional em saúde, à internacionalização de países, à Visão Baseada em Recursos e às competências estratégicas. A utilização do levantamento documental, de forma complementar, possibilitou analisar o desenvolvimento do processo de internacionalização da pós-graduação, visto que “a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros”¹⁷. Com isso, acrescenta-se à compreensão do social a dimensão temporal.

Na descrição do contexto de implementação do curso de pós-graduação *stricto sensu* internacional referido à experiência de Moçambique, com a finalidade de apreender sobre que bases e com quais propósitos se estabelece a pós-graduação *stricto sensu* internacional, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e o levantamento documental. Esta última tomou como fontes os Acordos internacionais, conforme sítio do Ministério das Relações Exteriores, os documentos do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da Fiocruz referidos ao Programa de Moçambique, os documentos de registro da ABC referidos ao Programa de Moçambique, os documentos CAPES referidos à internacionalização, o Projeto de Curso de Mestrado aprovado pela CAPES, as notícias publicadas no sítio institucional da Fiocruz relacionadas à pós-graduação internacional e o Plano Quadrienal 2005-2008 da Fiocruz.

No mapeamento das instâncias relacionadas à internacionalização da pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz, com o intuito de identificar fluxos e linha do tempo na internacionalização da pós-graduação da Fiocruz e analisar a

consolidação de estratégias de internacionalização, a pesquisa documental incluiu: a) documentos institucionais – relatórios de gestão, de atividades e do Congresso Interno da Fiocruz do período 2000/2009; b) documentos dos Congressos Internos da Fiocruz 2010 e 2011.

Os documentos foram sintetizados a fim de propiciar a reelaboração dos conhecimentos e a melhor compreensão do fenômeno em pauta¹⁷.

A descrição do papel da expansão do ensino em nível de pós-graduação para outros países na estratégia de internacionalização da Fiocruz foi realizada com auxílio dos referenciais oferecidos pela Escola Nórdica e pela Visão Baseada em Recursos, estabelecendo-se paralelos com o processo de internacionalização da pós-graduação da Fiocruz. Para esta contraposição, foram tomados como ponto de partida os registros/documentos da Fiocruz referentes à internacionalização na África, verificando-se aspectos convergentes entre as teorias e o processo de internacionalização da Fiocruz. O propósito aqui foi, ressaltando tratar-se tão somente de uma aproximação, agregar informações que facilitem o entendimento do *modus operandi* da Fiocruz em seu processo de internacionalização e o papel da internacionalização da pós-graduação da Fiocruz na estratégia organizacional.

Nesta introdução foram sucintamente abordadas questões concernentes à temática em estudo, descritos o objetivo geral e os objetivos específicos. Em continuidade, o texto é estruturado como segue.

Após a introdução, em um segundo capítulo, apresenta-se um histórico da Fiocruz, dando a conhecer a trajetória que referenciou o desenvolvimento das competências estratégicas da organização até a implementação da pós-graduação internacional. São também apresentados os programas de pós-graduação *stricto sensu* internacional realizados pela Fiocruz.

O terceiro e o quarto capítulos visam apresentar os elementos que compõem o fundo que dá forma à internacionalização da Fiocruz: a internacionalização acadêmica e as relações internacionais. Na internacionalização acadêmica são relacionadas fases e características da internacionalização das universidades, destacando-se uma possível aproximação entre a cooperação acadêmica aos princípios da cooperação Sul-Sul.

A apresentação das relações internacionais principia por uma síntese de aspectos considerados pertinentes ao estudo, particularmente os concernentes à cooperação Sul-Sul, com destaque para cooperação estruturante em saúde e para a

diplomacia da saúde. Logo após, um breve resumo das relações Brasil-África no período compreendido entre os anos de 1990 e 2010 ilustra a contextualização da implementação do programa da pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz em Moçambique.

Na sequência, ainda estreitamente associadas às relações internacionais, as abordagens em internacionalização de empresas auxiliam, ainda que numa aproximação, a compreensão do *modus operandi* adotado pela Fiocruz em seu processo de internacionalização.

Em um segundo nível, no quinto capítulo busca-se apreender a inserção da internacionalização da pós-graduação como parte integrante e singular da estratégia organizacional. Este é o propósito imbuído na utilização dos conceitos de competência que, intrinsecamente associados à estratégia, encimam o suporte teórico do trabalho.

Finalizando o texto, são tecidas considerações atinentes ao estudo realizado.

2 FIOCRUZ: INSTITUIÇÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE

Apresentar a trajetória de uma instituição centenária como a Fiocruz em poucas páginas não é tarefa fácil. Necessariamente serão priorizados estes ou aqueles fatos, em detrimento de tantos outros^d. No texto que ora se inicia, priorizam-se aqueles considerados de maior peso na formação das competências essenciais para internacionalização da pós-graduação, intimamente relacionadas à trajetória institucional. Destacam-se, sobretudo, o papel da Fiocruz na saúde pública, a cooperação técnica, a atuação na representação internacional do Brasil e o desenvolvimento do ensino realizado pela Fundação. Muito embora o Ensino seja um ponto central do estudo opta-se por apresentá-lo, face à estruturação indissociável da tríade ensino-pesquisa-produção na história da Fiocruz, inserido na trajetória geral da Instituição.

2.1 TRAJETÓRIA INSTITUCIONAL – ANTECEDENTES NA FORMAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS

Uma das mais antigas instituições de saúde do Brasil, a Fiocruz tem como marco inicial a criação, no ano de 1900, do Instituto Soroterápico Federal (ISF). Concebido com o objetivo de fazer frente à iminente propagação da epidemia de peste bubônica de Santos para o Rio de Janeiro, à época capital do país, tinha como finalidade primordial a produção e o aprimoramento de soros e vacinas, de maneira a substituir os produtos importados^{18,19}.

A direção geral do ISF, inicialmente a cargo do Barão de Pedro Afonso, foi assumida em dezembro de 1902 por Oswaldo Cruz^{19,20,21}. Em 1903, nomeado Diretor Geral de Saúde Pública, Cruz propõe ao Congresso a transformação do ISF a fim de que, na mesma linha do Instituto Pasteur de Paris, o Instituto fosse voltado para o estudo das doenças infecciosas tropicais, reunindo atividades de pesquisa, ensino, produção e prestação de serviços. A proposta foi rejeitada; entretanto, mesmo sem a aprovação do Congresso, Cruz fez uso das verbas de sua Diretoria para propiciar ao Instituto condições técnicas e materiais que suplantassem seu desenho original²².

^d Recomenda-se a quem desejar um estudo mais completo do histórico da instituição a leitura, entre outras, dos textos citados na bibliografia.

Como Diretor Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz recebeu a incumbência de promover a reforma sanitária da capital, combatendo principalmente a febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Criticado por seus métodos muitas vezes antidemocráticos, foi alvo de crescente hostilidade por parte da população, que se insurgiu contra as medidas sanitárias propostas²⁰. Apesar dos contratempos enfrentados, a atuação resoluta nas campanhas sanitárias foi um fator decisivo para que Manguinhos^e se tornasse referência em saúde pública²³.

Os limites de Manguinhos expandiam-se sob três perspectivas: a fabricação de produtos biológicos, a pesquisa e o ensino. Seus cientistas reuniam-se semanalmente para discutir artigos de periódicos científicos estrangeiros, mantendo-se em consonância com as mais recentes descobertas da microbiologia e da medicina tropical.

A partir de 1905, cientistas de Manguinhos começam a embrenhar-se pelo interior do país a fim de estudar e combater doenças, principalmente a malária^{22, 23}. A primeira expedição foi realizada por Oswaldo Cruz, que percorreu 23 portos no norte do país com o fito de delinear um grande plano de modernização e saneamento. Com os conhecimentos obtidos, o cientista elaborou um dos primeiros levantamentos sobre as condições de saúde do Brasil²².

Em seus relatórios, Cruz defendia a ampliação das atividades do ISF, opondo-se à visão imediatista e utilitarista que o Estado e grupos dirigentes tinham a respeito do papel da ciência na saúde²⁴. Assim, em junho de 1906, o cientista pede novamente ao Congresso a transformação do ISF em Instituto de Medicina Experimental. Manguinhos encontrava-se em uma posição difícil, uma vez que havia excedido, sem respaldo legal, seu arcabouço original. Não obstante o prestígio angariado por Oswaldo Cruz, o projeto perigava malograr²².

A vitória viria a ser alcançada, em grande medida, pela participação da Diretoria e do Instituto liderados por Oswaldo Cruz no XIX Congresso Internacional de Higiene e Demografia, acontecido em setembro de 1907 em Berlim. A medalha de ouro obtida representou um duplo trunfo: para Oswaldo Cruz que, recebido como herói, finalmente concretizaria seu projeto de transformação do ISF; e para o governo que, interessado na propaganda externa, incumbiu Oswaldo Cruz de

^e O Instituto Soroterápico Federal, dada a sua localização, era também conhecido o “Instituto de Manguinhos”¹⁹. É recorrente a utilização da forma “Manguinhos” em textos, acadêmicos ou não, como sinônimo de Fiocruz ou de suas denominações antecedentes.

missões diplomáticas com vistas a atrair imigrantes e capital²².

Em dezembro de 1907 é criado o Instituto de Patologia Experimental, renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC) em março de 1908. Integrando pesquisa, ensino e produção, a renda^f obtida pelo comércio de soro e vacinas era reinvestida na qualificação de novos cientistas e em investigações científicas, propiciando o incremento da produção, o que por sua vez revertia em mais recursos para o ensino e a para a pesquisa²⁰.

Ainda em 1908 foi criado o Curso de Aplicação de Manguinhos, voltado para a formação de profissionais em medicina experimental²⁵. O curso recebia egressos da Faculdade de Medicina e pesquisadores de diferentes países da América Latina, formando especialistas tanto para o próprio IOC quanto para outras instituições do Brasil e do exterior. No Brasil, entre os muitos exemplos de instituições que se beneficiaram da colaboração de ex-alunos do Curso, podem ser citados o Instituto de Biofísica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Instituto Butantã, em São Paulo e o Instituto Nacional de pesquisas Amazônicas, em Belém. Na América Latina muitos dos pesquisadores, ao retornar a seus países de origem, vieram a fazer parte de importantes quadros das instituições de pesquisa e ensino²⁶.

O ano de 1909 é palco de fatos marcantes na história do Instituto: Carlos Chagas descreve o ciclo completo da tripanossomíase americana (posteriormente batizada como Doença de Chagas), façanha sem par na área de ciências biomédicas; tem início a publicação das Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, primeiro periódico científico de Manguinhos; novos pesquisadores, dentre os quais se destaca Adolpho Lutz, ingressam no Instituto. Prospera, numa via de mão dupla, o intercâmbio com cientistas estrangeiros^{22,23}. Já desde então, conforme Vieira¹⁹:

A política de intercâmbio com instituições estrangeiras e o envio de pesquisadores do Instituto para fazer curso de aperfeiçoamento nos laboratórios da Europa e Estados Unidos, assim como a contratação de renomados cientistas para realizar pesquisas e ministrar cursos eram as formas utilizadas para adquirir competências científicas e colocar o Instituto na vanguarda da saúde pública.

A descoberta da Doença de Chagas rende ao IOC, em 1911, um diploma de honra na Exposição Internacional de Higiene e Demografia de Dresden, na

^f O recém-criado Instituto recebeu autorização para vender com lucro as vacinas e soros que fabricava¹⁹, à exceção dos períodos de epidemia, quando os produtos eram gratuitamente providos ao governo²⁰.

Alemanha e, em 1912, o prêmio Schaudin, concedido pelo Instituto Naval de Medicina de Hamburgo^{23,24}.

Ainda em 1909, Oswaldo Cruz deixa o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública, permanecendo, entretanto, à frente de Manguinhos. A partir deste momento, intensificam-se as expedições dos cientistas do Instituto ao interior do país, empreendidas muitas vezes por meio de contratos privados, inclusive com o próprio Estado²²:

Uma das ações mais conhecidas foi a expedição de Oswaldo Cruz e Belisário Penna à Amazônia, com o propósito de combater a malária. Apesar do fracasso da campanha, muitas outras expedições foram realizadas pelos cientistas do IOC nos anos subsequentes, propiciando o conhecimento de novas patologias e ampliando as perspectivas da medicina tropical no Brasil. Mais que isso, “os relatórios escritos pelos cientistas, ricos em fotografias e em observações sociológicas e antropológicas, constituem o primeiro inventário moderno sobre as condições de vida das populações rurais do Brasil”²².

As expedições científicas colaboraram para as bases de um movimento – que tinha em Carlos Chagas um de seus principais defensores –, que preconizava a modernização dos serviços sanitários em todo o país, e não apenas na Capital²⁰. A esta altura²⁴:

(...) Manguinhos era uma instituição consolidada dentro e fora do país. Era também o centro de gravidade de uma combativa geração de sanitaristas que iria protagonizar vigoroso movimento pela modernização dos serviços sanitários do país, sob o lema da “valorização do homem e da terra”, e sob a liderança de Carlos Chagas, o sucessor Oswaldo Cruz na direção do Instituto de 1918 até sua morte, em 1934, e Belisário Pena, que se destacaria como incansável publicista à frente da Liga Pró-saneamento.

Em 1920, Carlos Chagas é nomeado diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, novo órgão federal que veio a substituir a Diretoria Geral de Saúde Pública. No cargo até 1926, Chagas dedicou-se a montar uma base para prevenção de doenças em regiões anteriormente esquecidas do país²⁰. Concretizou, assim, a pretensão de Oswaldo Cruz de reestruturar os serviços sanitários do país, delegando à União a responsabilidade pela promoção e regulação desses serviços em todo o Brasil²³.

No âmbito do IOC, Carlos Chagas promove a ampliação das atividades de ensino e pesquisa, bem como do quadro funcional, inovando também em produtos.

No campo do ensino foi criado, em 1925, o Curso de Higiene e Saúde Pública na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sob a coordenação do Instituto²⁵. Logo, entretanto, a crise que afetava o Brasil nos estertores da República Velha⁹ atingiria também o IOC: infraestrutura tecnológica obsoleta, subfaturamento de produtos, salários defasados, duplo emprego, esta era a realidade em Manguinhos²⁰.

A situação piora continuamente após a Revolução de 1930. O IOC passa a ser um departamento do Ministério da Educação e Saúde Pública²¹ e vivencia uma intensa fragmentação interna, com grupos buscando alianças externas para consolidar suas propostas dentro do Instituto²⁴.

O recém-fundado Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP)^h, começa a normatizar as carreiras públicas, criando regras de admissão, estipulando salários e exigindo dedicação exclusiva. Até então, vigia no IOC o modelo familiar, com os funcionários selecionados ou por laços familiares (na área administrativa), ou por escolha pessoal do Diretor, dentre aqueles considerados promissores ou por já serem nomes consagrados. O novo modelo viria a aliar burocracia e racionalidade administrativa, alterando radicalmente o IOC²¹.

Em vista de tais mudanças, muitos cientistas optaram pela carreira universitária, outros pela área privada, pois²⁴:

As habilidades que haviam formado o perfil multivalente dos cientistas de Manguinhos transformaram-se em esferas profissionais autônomas. As novas oportunidades econômicas que se abriam à ciência de laboratório colocaram-nos face ao dilema de se dedicarem exclusivamente à pesquisa em instituição pública ou a atividades mais rendosas em laboratórios privados.

O clima de ruptura interna, que teve início no período Vargas, perdura até o golpe militar de 1964²⁰. Entra em cena um novo modelo, nem o burocrático, nem o familiar: a ideologia e o autoritarismo permeiam os anos seguintes. Transformado pelo Ministério da Saúde em uma fundação (Fundação Instituto Oswaldo Cruz), o antigo IOC passa por muitas mudanças, tais como a incorporação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), criada em 1954 como escola-padrão para instituições semelhantes, e do Instituto Fernandes Figueira (IFF), responsável pelo mais antigo centro de estudos dos hospitais do Rio de Janeiro²⁵.

⁹ Período que vai de 1889 a 1930.

^h Departamento Administrativo do Serviço Público, criado pelo Decreto-Lei n.º. 579, de 30/07/1938 (www.portalan.arquivonacional.gov.br/Media/DASP.pdf)

Embora as incorporações viessem a ser, futuramente, positivas, a situação da Fundação à época era desastrosa. A prioridade dada pelo governo à produção de insumos não impediu a obsolescência da produção de vacinas, com exceção da vacina contra a febre amarela. A corroborar a derrocada, em 1970 dez renomados cientistas do IOC são cassados, obrigados à aposentadoria compulsória e impedidos de trabalhar em qualquer instituição que recebesse financiamento do governo federal^{i,19}.

A instituição havia chegado ao nível máximo de decadência¹⁹, mas resistia em seus ideais. Alinhada aos movimentos contra-hegemônicos das instituições acadêmicas no final dos anos 60 e início dos anos 70, a ENSP viria a se constituir como base político-ideológica da Reforma Sanitária²⁶.

O surto de meningite que assolou São Paulo no início dos anos 70^j veio a ser um catalisador para o ressurgimento da Fundação. O governo militar, sob o comando do general Geisel, começava a ter uma perspectiva diferente da ciência e da tecnologia. A tecnologia, e não mais o capital, emergia como fator decisivo para o desenvolvimento econômico. Sob a ótica do desenvolvimento autossustentável, o sistema de desenvolvimento científico e tecnológico passou a ser articulado no âmbito do Ministério do Planejamento²⁷.

Foi neste contexto que o economista Vinícius da Fonseca assumiu, em 1975, a direção da Fundação Oswaldo Cruz^k. A Fundação era, na prática, um amontoado de instituições agregadas^l, cada uma com sua própria administração, seu quadro de funcionários, seus planos de carreira, seu equipamento, sem que se constituísse realmente um todo orgânico²⁷.

Inspirando-se em Oswaldo Cruz, Fonseca assume o desafio de retomar a matriz original de Manguinhos. Em suas palavras²⁷:

Eu achei que tinha uma missão a cumprir, e me vali muito da experiência de Oswaldo Cruz. O mito de Oswaldo Cruz é realmente muito forte, tem um

ⁱ O episódio ficou conhecido como “Massacre de Manguinhos”, como foi batizado por Herman Lent, um dos cassados²⁰. Os cientistas foram afastados por meio dos Atos Institucionais nº5, promulgado em 1968 e nº10, promulgado em 1969.

^j A epidemia era negada pelo governo militar, que tentou abafar o caso. Entretanto, no ano de 1972 eram registrados nos hospitais paulistas 14 óbitos e 160 novos casos de meningite por dia²⁰.

^k Em 1974 a Fundação Instituto Oswaldo Cruz passa a chamar-se Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)²³.

^l O ministro Rocha Lagoa havia reunido numa mesma Fundação o Instituto Oswaldo Cruz, o Instituto Fernandes Figueira, o Instituto de Leprologia, os núcleos do Departamento Nacional de Endemias Rurais em Salvador, Belo Horizonte e Recife, a Escola Nacional de Saúde Pública, chamada então Instituto Castelo Branco, o Instituto de Produção de Medicamentos e o Instituto Evandro Chagas, de Belém do Pará (Fonseca apud Hamilton e Azevedo²⁷).

sentido e um valor. Eu pensava que o grande segredo do instituto foi pôr em prática algo que, hoje se sabe, é a razão de ser do desenvolvimento tecnológico e econômico: a junção da pesquisa, do ensino e da aplicação em termos de produção. Tínhamos nas mãos os elementos para fazer isso na fundação. A primeira coisa que eu pensei foi: ou bem a gente desagrega tudo isso e cada um vai para o seu lugar, ou bem a gente realmente agrega e integra.

A gestão de Fonseca^m representou o começo do processo de restauração da Fiocruz²⁰. No campo do ensino, algumas conquistas significativas foram: a) a criação, em 1975, dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública, resgatando o papel nacional da ENSP; b) a transferência, em 1977, do Curso de Pós-graduação em Parasitologia Médica da ENSP para o IOC, retomando a formação de pesquisadores como uma de suas principais atribuições; c) a volta do Curso de Mestrado em Saúde Pública da ENSP, que havia sido suspenso em 1969 por mudanças na legislação²⁵.

A renovação teve continuidade com Guilardo Martins Alves, presidente da Fiocruz no período de 1979 a 1985²¹. No ensino, o ano de 1980 marcou o início da primeira turma de Doutorado e o reconhecimento do Curso de Mestrado da ENSP pelo Ministério da Educação. No mesmo ano, foi implantado o Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Biologia Parasitária no IOC. O Instituto criou ainda, em 1984, o Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Medicina Tropical²⁶.

Em 1985, assume a presidência da Instituição o sanitarista Sérgio Arouca, dando início a uma fase caracterizada pela redemocratização e pela busca da excelência da Fiocruz em seus diferentes campos de atuação²⁰. No ensino destacam-se: a) a criação, em agosto de 1985, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), destinada à formação de profissionais de nível médio na área da saúdeⁿ; b) a ampliação do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Medicina Tropical, em 1987, com o oferecimento do curso de doutorado; c) a criação, em 1988, do Programa de Pós-graduação no IFF, com o Mestrado em Saúde da Criança²⁵.

Responsável por abrir a Instituição à participação e à gestão democrática, foi durante o período de Arouca na presidência, de 1985 a 1989, que a Fiocruz realizou o seu primeiro congresso interno e incorporou muitas de suas características atuais,

^m Vinicius da Fonseca esteve à frente da Fiocruz no período de 1975 a 1979.

ⁿ A EPSJV é atualmente, por sua reconhecida qualidade, um Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Educação de Técnicos em Saúde.

tais como a eleição do presidente e dos dirigentes das unidades, e a formação de colegiados. Foram criados nesta época o Conselho Deliberativo (CD), que está acima do presidente, as Câmaras Técnicas, com função de assessoria, e a mais alta instância da Fiocruz, o Congresso Interno (CI)²¹. Este arcabouço institucional, que só viria a ser legalizado recentemente, no governo Lula, foi desde o início respeitado internamente.

Akira Homma, presidente da Fiocruz nos anos de 1989 e 1990, implementou e cumpriu fielmente as deliberações do CI, fortalecendo a instituição Fiocruz²¹. No IOC, revitalizado em suas atividades de ensino, teve início em 1989 o Programa de Pós-graduação em Biologia Celular e Molecular, nos níveis de Mestrado e Doutorado^{26,28}.

Ao longo da década de 90, o projeto de renovação da Fiocruz enfrentou a resistência dos governos Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso. O ex-ministro da Administração Federal e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Pereira^o, chegou a propor um plano no qual a Fiocruz seria desmembrada conforme a natureza das atividades, permanecendo com o Estado somente o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS). A produção seria entregue à iniciativa privada, enquanto as áreas de ensino, pesquisa e informação, consideradas de interesse público, deveriam adotar o modelo de organização social²¹.

A Fiocruz superou as resistências e manteve a integração das diferentes áreas na instituição. Frutifica, nesse período, a ideia de que “a Fundação deveria ser caracterizada como instituição estratégica para o Estado e para os brasileiros, assumindo o papel de inteligência estatal na área da saúde pública”²¹. O ensino, que esteve em vias de ser separado com o plano de Bresser Pereira, amplia-se em números e em diversidade de ações. Parte fundamental no resgate da excelência institucional, novas modalidades e parcerias reforçaram tanto o papel do ensino na consecução da missão da Fundação, quanto o papel da Fiocruz no ensino em saúde.

Dentre as realizações na área do ensino nos anos 90, podem-se destacar, em 1996: a) o Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (CPqGM), unidade da Fiocruz localizada em Salvador, iniciou parceria com a Universidade Federal da Bahia,

^o Luiz Carlos Bresser Pereira foi ministro em todo o 1º mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso (1995–1998).

realizando atividades no Programa de Pós-graduação em Patologia desta; b) outro centro regional, o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM), em Recife, deu início ao seu Mestrado em Saúde Pública; c) o Programa de Pós-graduação *stricto sensu* no IFF foi ampliado com o Mestrado em Saúde da Mulher e o Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher; d) a Fiocruz recebeu, pela primeira vez, o apoio financeiro da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) do Ministério das Relações Exteriores (MRE) e da *Japan International Cooperation Agency* (JICA) para desenvolvimento de formação profissional de curta duração voltado para profissionais dos países africanos de língua portuguesa²⁵. Naquele momento, a formação ainda se dava prioritariamente pela vinda de alunos africanos à Fiocruz¹².

Em 1997, merece destaque o começo do Programa de Educação a Distância da ENSP, realizado em parceria com a Universidade de Brasília²⁶. O Programa é uma iniciativa de formação de profissionais de saúde, compreendido como reforço do papel da Fiocruz na formação nacional de profissionais em saúde^{p,25}.

Em 1998, a Fiocruz atuou na criação da primeira Escola de Governo em Saúde (EGS). Funcionando inicialmente dentro da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), a EGS vinha em resposta à crescente demanda por novos conhecimentos e tecnologias exigidos pelo SUS, sendo responsável pelos cursos de pós-graduação *lato sensu*. Formadora de quadros de dirigentes dos SUS nos estados e municípios, a EGS veio a colaborar com a política nacional de descentralização das ações de saúde^{25, 26}.

Em 2011, foi inaugurada em Brasília a Escola de Governo em Saúde, tendo a Fiocruz como responsável pela definição das diretrizes pedagógicas. Um dos objetivos principais da Escola é a capacitação dos funcionários do Ministério da Saúde, com ênfase em saúde pública³⁰.

No ano de 1999, foi iniciado, em Recife, o primeiro curso descentralizado de Doutorado em Saúde Pública, certificado pela Ensp e realizado em parceria com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco, com a Universidade de Pernambuco e a Secretaria Estadual de Saúde^{25,28}. No mesmo ano, o antigo Escritório Técnico da Amazônia, implantado em 1994 pelo então presidente da Fiocruz, Dr. Carlos Medicis Morel, dá origem ao Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD), em Manaus³¹.

Às portas da virada do século, Eloi de Souza Garcia, presidente da Fiocruz de

^p Até 2011 o programa contabilizava 31.990 egressos e 61.256 matriculados, nas diferentes regiões do país²⁹.

1997 a 2000, sustentava²⁸:

Se, no início dos anos 70, a Fiocruz era constituída por um conjunto diferenciado de unidades, agregadas segundo uma ótica marcadamente administrativa, hoje a Instituição constitui um todo orgânico. O ideal de formar uma universidade da saúde, no sentido mais amplo do termo, está se concretizando. Quando emerge um problema de saúde, a Fiocruz pode enfocá-lo pela ótica da pesquisa biomédica, social e epidemiológica; da formação de recursos humanos em áreas essenciais relacionadas ao problema; do desenvolvimento e produção de um produto ou serviço para seu diagnóstico, combate e tratamento; da prestação de serviços assistenciais e de controle da qualidade; e da divulgação de informações essenciais para a sociedade.

Na primeira década do novo século, sob a gestão de Paulo Buss de 2001 a 2008 e de Paulo Gadelha de 2008 em diante, a Fiocruz, restabelecida em sua organicidade, buscou expandir ainda mais suas atividades em território nacional. A experiência na qualificação de profissionais, tanto direta quanto indiretamente – pela qualificação de instituições formadoras – credenciou o ensino como um dos pilares do incremento das ações institucionais.

Na pós-graduação *stricto sensu* podemos citar como exemplos, nos anos de 2001/2002, o início o Programa de Pós-graduação em História das Ciências da Saúde, coordenado pela Casa de Oswaldo Cruz (COC), a abertura do primeiro Curso de Mestrado em Saúde Pública realizado na Amazônia Ocidental, efetivado em parceria com a ENSP³¹, os cursos de Mestrado e Doutorado em Vigilância Sanitária no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) e a oferta de um total de cinco cursos de Mestrado Profissional, na ENSP e no IFF³².

Somando-se aos esforços do governo federal em apoiar cursos na região norte do país, em 2005 foi credenciado pela CAPES o Mestrado em Ciências da Saúde, oferecido na Amazônia sob o formato de “Associação Parcial”^{q,33} entre as Universidades Federais do Amazonas e do Pará e o Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD)³⁴. Outro exemplo de iniciativa em cooperação com outras instituições foi o Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública, tendo como instituição promotora a Ensp e como instituições receptoras as Universidades Federais da Paraíba e Alagoas⁹.

^q De acordo com a tipologia adotada pela CAPES³³, na Associação Parcial o programa ou curso é vinculado a uma única Instituição de Ensino Superior (IES), mas tem seu quadro docente reforçado pela participação de pesquisadores de outra instituição, para atuação sistemática e regular no desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e orientação. No Mestrado em Ciências da Saúde oferecido na Amazônia a certificação era feita pela Universidade Federal do Amazonas.

A Fiocruz ampliou sua atuação nacional também pela implantação de novas unidades. Sua abrangência no país inclui hoje, além do Rio de Janeiro, uma Diretoria Regional no Distrito Federal e unidades técnico-científicas em Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Amazônia e Paraná. No Ceará, está em andamento a construção de uma nova unidade, em terreno cedido pelo governo do Estado. Além disso, o Programa Mais Saúde do Ministério da Saúde prevê, como contribuição para a desconcentração regional e para o desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, a instalação de novas unidades da Fiocruz nos estados de Mato Grosso do Sul, Rondônia e Piauí³⁵.

Em reconhecimento ao trabalho realizado, a Fiocruz foi premiada pelo governo federal, em 2006, com a Ordem do Mérito Científico Institucional. Consolidando seu papel na política de saúde brasileira e em resposta à crescente inserção internacional do campo da saúde, nos anos 2000 a Fundação fortalece suas ações em âmbito internacional.

2.2 INTERNACIONALIZAÇÃO DA FIOCRUZ

Simultaneamente à expansão nacional, a Fundação vem incrementando e consolidando sua participação no cenário internacional. Já no quadriênio 2001-2004 foram assinados, com entidades de vários países, 44 novos convênios e realizadas 56 ações em parceria com a OMS e com a OPAS. O trabalho da Assessoria de Cooperação Internacional (ACI)^r foi ampliado, abrangendo, além do apoio ao intercâmbio para demanda, a coordenação dirigida à oferta de cooperação técnica, especialmente para a África de língua portuguesa e para a América Latina^{36,37}.

No âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul)^{s,38}, teve lugar destacado o desenvolvimento de profissionais para Ciência e Tecnologia em Saúde. Nas atividades de cooperação com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

^r A Assessoria de Cooperação Internacional foi uma das deliberações do I Congresso Interno da Fiocruz. Em um primeiro momento cuidava somente dos convênios da Fiocruz, de autorizações de afastamento do país dos pesquisadores e da recepção de visitantes na Fiocruz. A partir de 96, com a Coordenação de Cooperação Internacional, a ACI amplia gradativamente suas atividades³⁷.

^s O Mercosul é formado por quatro países membros, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai e dois Associados, Bolívia e Chile. O Mercosul tem como principal objetivo criar um mercado comum com livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos. Complementando esse objetivo maior busca-se a adoção de uma política externa comum, a coordenação de posições conjuntas em foros internacionais, a formulação conjunta de políticas macroeconômicas e setoriais, e, por fim, a harmonização das legislações nacionais, com vistas a uma maior integração³⁸.

(CPLP) foram realizadas, no quadriênio 2001-2004, atividades voltadas para o fortalecimento e o aperfeiçoamento do ensino da Saúde Pública em Angola, em Moçambique e ainda, por ensino a distância, para Guiné Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe^{32,36}.

A atuação da Fiocruz na cooperação internacional de certa forma veio a colaborar no resgate e ampliação do alcance da Reforma Sanitária, tal como proposto pelo sanitarista Sérgio Arouca no início da primeira década do século XXI. Arouca, Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde à época, propunha a internacionalização da reforma brasileira, retomando-se o debate sob uma perspectiva regional e não mais como um simples projeto nacional. Desta iniciativa resultou, em 2003, o esboço de um Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária (Prodirs), uma proposição conjunta do Ministério da Saúde e da representação brasileira da OPAS³⁹.

O Prodirs reafirmava os princípios da reforma sanitária brasileira e estava em consonância com as orientações recentes da política externa brasileira, que vinha priorizando a cooperação Sul-Sul, sobretudo com os Palop. Para Pires-Alves, Paiva e Santana³⁹:

O que se constituía então, como um aporte inovador, era a cooperação técnica internacional concebida como estratégia de afirmação dos princípios e diretrizes do sistema único da saúde, da feição brasileira da saúde como questão de Estado, tal como definida em seu texto constitucional. E esta posição, tanto correspondia, quanto ajudava a instituir uma agenda de políticas sociais como parte relevante dos temas orientadores da política externa brasileira.

A internacionalização da Fiocruz, órgão diretamente ligado ao Ministério da Saúde, realizou-se em correspondência às orientações deste. Assim, refletindo a crescente inserção da saúde na política externa brasileira, a Fiocruz foi uma das representantes do Ministério da Saúde na Comissão de Coordenação MRE/MS para a Cooperação Técnica Internacional na Área da Saúde, estabelecida no Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde em 2005 (anexo 4).

Com o aumento das ações internacionais, a Fiocruz estreitou laços com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) do Ministério das Relações Exteriores³¹ e lastreou sua representatividade internacional. Os prêmios recebidos pela Fundação – Prêmio Unesco de Ciência em 2002 e Prêmio Mundial de Excelência em Saúde

Pública 2006, outorgado pela Federação Mundial de Associações de Saúde Pública – foram estímulos à continuidade do trabalho da Fiocruz.

Crescentemente integrada às ações da Fundação, a atuação internacional destaca-se, sobretudo, na cooperação técnica. Em 2007, teve início o primeiro mestrado realizado pela Fiocruz no exterior, o Mestrado em Saúde Pública em Angola²⁵. Em 2008, tiveram início: a primeira turma do Mestrado em Ciências da Saúde em Moçambique; o Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública; e o Mestrado em Biologia Celular e Molecular na Argentina. Ainda em 2008, foi inaugurado em Moçambique o primeiro Escritório Internacional da Fiocruz/Fiocruz África, com funções de coordenação, acompanhamento e avaliação de programas de cooperação em saúde entre a Fiocruz e os países africanos (anexos 5 e 6).

Em resposta à ampliação das atividades de cooperação, em janeiro de 2009 foi formalizada a criação^t do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CRIS), com a finalidade de estruturar “as crescentes atividades de cooperação internacional em saúde da Instituição”⁴⁰.

Em 2010, a parceria com o Ministério da Saúde de Moçambique teve continuidade com a abertura da segunda turma de Mestrado em Ciências da Saúde. O Programa de Doutorado está sendo articulado no âmbito da Comissão de Países de Língua Portuguesa (CPLP) em uma parceria da Fiocruz com a Universidade Eduardo Mondlane (UEM) e com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, de Portugal, nas áreas da Saúde Pública e Biomedicina. A previsão de início das atividades é 2012.

2.2.1 Pós-graduação Internacional: o programa de Moçambique

Os programas de pós-graduação internacional da Fiocruz partiram de acordos entre países nos quais a Fiocruz foi designada como responsável pela execução das atividades de cooperação técnica (anexos 1 e 3). O programa de Moçambique foi realizado a partir da assinatura do Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para Implementação do Projeto "Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique" (anexo 3). O documento, firmado em

^t Portaria nº 22/2009 – PR

abril de 2007, nomeia formalmente a Fiocruz como instituição responsável pela execução das atividades e apresenta como finalidades:

- a) apoiar a organização e implementação do curso de Mestrado em Ciências da Saúde de Moçambique para formar futuros profissionais que atuarão no ensino e na pesquisa no país;
- b) apoiar a reestruturação da rede de bibliotecas em saúde em Moçambique; e
- c) apoiar a elaboração do Planejamento Estratégico do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique.

A coordenação geral do projeto "Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique" na Fiocruz ficou sob a responsabilidade do CRIS, órgão de assessoria da Presidência. A partir de 2007, representantes da Fiocruz realizaram viagens a Maputo com o objetivo, de acordo com as demandas locais, de elaborar planejamento conjunto das atividades. A consecução das ações foi compartilhada, na Fundação, entre as instâncias pertinentes: a Diretoria de Planejamento Estratégico (DIPLAN) participou na elaboração do Planejamento Estratégico do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique (INS); o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) atuou na reestruturação da rede de bibliotecas em saúde em Moçambique e à VPEIC coube o acompanhamento dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* em âmbito internacional. Subordinada à VPEIC, a Coordenação Geral de Pós-graduação, órgão correspondente à Pró-Reitoria universitária, garante a coerência dos projetos e atividades desenvolvidos com vistas a assegurar sua implementação e consolidação.

Em âmbito interno, as atividades envolvidas na realização da pós-graduação internacional da Fiocruz incluem: a) a Presidência, na representação institucional e na normatização das atividades internacionais; b) o CRIS, órgão de assessoria da Presidência responsável pelos contatos com agências internacionais; c) a VPEIC, responsável por coordenar as atividades de ensino da Fundação; d) as unidades, tais como a ENSP e o IOC, responsáveis pelos cursos ofertados.

A ENSP esteve à frente na execução dos mestrados em Saúde Pública de Angola, no mestrado em Epidemiologia na Argentina e participa da proposta do doutorado em Saúde Pública em Moçambique. O IOC atuou no Mestrado em Biologia Celular e Molecular na Argentina e em todo o programa de Moçambique,

com duas turmas de Mestrado em Ciências da Saúde e proposta de Doutorado em Biomedicina.

O curso de Mestrado em Ciências da Saúde em Moçambique foi organizado pela Fiocruz em parceria com o INS/Ministério da Saúde de Moçambique e é realizado por um consórcio de três programas de pós-graduação do Instituto Oswaldo Cruz: Biologia Celular e Molecular, Biologia Parasitária e Medicina Tropical. A primeira turma teve início em 2008, com apoio financeiro da CAPES e da ABC do MRE. Foram selecionados 15 alunos, em edital com perfis que atendiam às necessidades apontadas pelo Ministério da Saúde de Moçambique/Instituto Nacional de Saúde.

Durante os seis primeiros meses do curso foram oferecidas presencialmente 15 disciplinas obrigatórias, com deslocamento de docentes brasileiros para ministrar disciplinas em Maputo. Ao longo do ano de 2009, em continuidade ao processo de desenvolvimento técnico-acadêmico, 7 alunos vieram ao Brasil para um período de aproximadamente 3 meses de estágio nos laboratórios da Fiocruz. Os alunos em estágio ficaram hospedados em alojamento no Centro de Referência Hélio Fraga, recentemente incorporado à Fiocruz, e contaram com bolsas de mestrado concedidas pela CAPES durante o período de estadia. As defesas dos projetos da primeira turma foram realizadas em novembro de 2010, com temáticas que englobavam DST/AIDS, malária, protozoários e helmintos entre outros.

Os resultados obtidos na primeira turma, que teve 90% do corpo discente avaliado como apto, foram extremamente positivos, tanto em termos acadêmicos quanto em termos institucionais. Considerou-se estratégico dar continuidade ao processo com novas turmas, bem como aprimorar o desenvolvimento técnico-acadêmico dos profissionais já titulados, por meio de estadias curtas para treinamento na Fiocruz. Esta ação possibilitaria um novo salto de conhecimento, advindo especialmente do contato com outros alunos de pós-graduação da Fiocruz e um efeito multiplicador, pois o retorno desses alunos aos seus laboratórios induziria um impacto positivo na produção de conhecimento em Moçambique.

A segunda turma de Mestrado em Ciências da Saúde teve início em março de 2010, com 10 alunos selecionados de um total de 16 postulantes. Algumas modificações foram realizadas, a partir de questões percebidas na primeira turma. Sob o aspecto didático-pedagógico, decidiu-se pela modificação do cronograma de atividades, com um breve período de intervalo entre as disciplinas, de forma a

propiciar uma melhor fixação dos conteúdos programáticos.

A realização das disciplinas segue conforme Regimento Interno do programa de pós-graduação *stricto sensu* da unidade que oferece o curso, contando com uma secretaria de curso no país receptor e com a participação dos Serviços de Gestão Acadêmica da unidade brasileira para registro e implantação das normas gerais do curso. Dado o pouco tempo de existência dos programas internacionais, as unidades ainda estão se organizando nesta área, com adaptação aos modelos educacionais do país receptor – em Moçambique, por exemplo, não existe o título de especialista –, modificações no preenchimento do Sistema de Gestão Acadêmica e ampliação e redistribuição de tarefas e profissionais. Há também, pelo lado dos parceiros moçambicanos, uma solicitação reiterada de treinamento de pessoal para a organização de uma secretaria de gestão acadêmica em Maputo.

A necessidade de melhoria do conhecimento mútuo dos países e de suas culturas, bem como do intercâmbio de informações sobre conteúdos curriculares e técnicas de ensino e difusão da informação percebidos na implementação dos cursos internacionais são aspectos destacados por Schmidt e Martins⁴¹ como fundamentais no êxito de projetos de cooperação Sul-Sul em âmbito acadêmico.

Constata-se que os programas de pós-graduação internacional da Fiocruz, embora estreitamente relacionados aos aspectos da cooperação internacional em saúde, não deixam de concatenar-se também aos princípios e propósitos que fundamentam a internacionalização acadêmica. Uma breve revisão do desenvolvimento da internacionalização acadêmica, a seguir, busca auxiliar a compreensão dos pontos comuns.

3 INTERNACIONALIZAÇÃO ACADÊMICA

As universidades têm, desde sua origem, forte influência internacional. Já na Idade Média, as *universitas* congregavam professores e estudantes de distintas regiões e países em busca de conhecimento⁴². No Brasil, reuniram-se na criação das primeiras universidades docentes e pesquisadores europeus, além de cientistas brasileiros formados no exterior.

Surgidas tardiamente, as primeiras universidades brasileiras estabeleceram-se por volta dos anos de 1930 e 1940, enquanto no restante da América Latina as primeiras universidades remontam ao século XVI ou, no máximo, ao século XIX⁴³. Concebidas sob clara ascendência dos padrões europeus, sobretudo do modelo francês – napoleônico e do modelo alemão – *humboldtiano*, as universidades brasileiras passaram por transformações a partir da Segunda Guerra Mundial, quando cresceu em importância o modelo americano.

A ascensão do modelo americano deveu-se a um conjunto de condicionantes presentes no período da Segunda Guerra, que resultaram em uma nova visão da ciência, da pesquisa e do papel das universidades. A substituição das importações e a assunção da industrialização como um projeto de desenvolvimento exigiam não apenas mão de obra qualificada, mas também estimulavam a produção do conhecimento, acarretando novas demandas para a educação superior no Brasil. Além disso, ainda no período da Segunda Guerra, o Projeto Manhattan (1943-1945)^u favoreceu uma nova concepção de ciência no mundo, integrando desde a pesquisa básica até sua aplicação prática⁴⁴.

A complexificação das atividades de pesquisa e a necessidade de maiores investimentos propiciaram uma nova perspectiva do Estado em relação à ciência⁴⁴. Acreditava-se, nos anos pós-guerra, que as universidades, a ciência e a tecnologia teriam papel determinante na elevação dos patamares socioeconômicos dos países latino-americanos, crença corroborada pela ideologia desenvolvimentista disseminada com os trabalhos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)⁴⁵. Desta forma, conforme Schwartzman⁴⁶:

Después de la Segunda Guerra, se consolidó la idea de que las universidades occidentales, y particularmente las de los Estados Unidos,

^u Projeto responsável pela construção da bomba atômica.

deberían ser el modelo institucional, intelectual y profesional para todos los países que quieran modernizarse.

Tais foram as condições decisivas para a criação de um sistema de fomento à ciência e tecnologia brasileira, principiada por políticas de formação de recursos humanos de alto nível, com adoção do modelo norte-americano tanto na esfera da pesquisa quanto na conformação de um sistema nacional de pós-graduação.

Assim criaram-se, na segunda metade do século XX, as primeiras agências de fomento à capacitação de recursos humanos de nível superior e de pesquisa, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o Conselho Nacional de Pesquisa^v (CNPq), ambas fundadas em 1951. Tal como nos Estados Unidos, o fomento à ciência tornou-se preocupação do Estado no Brasil, sendo considerada instrumento fundamental para o desenvolvimento do país⁴⁴.

A constituição do sistema nacional de pós-graduação resultou de um somatório de fatores que incluía tanto a participação do Estado na sua organização e financiamento quanto a atuação de organismos representativos da comunidade científica. A pressão de atores da comunidade acadêmica, que buscavam a superação do padrão historicamente adotado no ensino superior brasileiro – escolas isoladas, voltadas para a formação de profissionais liberais e dissociação entre ensino e pesquisa – foi fundamental para a emergência e constituição do sistema nacional de pós-graduação⁴¹.

Um dos mais ativos atores foi o Professor Anísio Spínola Teixeira, que viria a se tornar o primeiro Diretor-Geral da CAPES. Teixeira era adepto convicto do modelo norte-americano pragmático de educação e favorável às mudanças na estrutura da universidade brasileira. De acordo com Rosa⁴⁴:

(...) Teixeira via a universidade brasileira como atrasada, apenas um conglomerado de escolas profissionais e, para ele, por meio da pós-graduação, poderia esta estrutura ser sensivelmente alterada, passando para uma conformação mais afeta às grandes *research universities* norte-americanas. Isto é, Anísio Teixeira tinha em mente que era possível reconstruir a universidade brasileira pela pós-graduação e a CAPES teria papel fundamental nessa transformação.

Desde o princípio, a cooperação internacional foi um dos aspectos mais valorizados na atuação da CAPES, ampliando o fluxo de pesquisadores e

^v Atualmente denominado Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

estudantes por meio de programas de intercâmbio e de cooperação internacional. Schmidt e Martins⁴¹ referem-se a três fases da cooperação internacional acadêmica no Brasil: a primeira fase, iniciada na década de 1930, corresponderia à criação das primeiras universidades, com forte presença de docentes estrangeiros. Uma segunda fase englobaria o período dos anos 1970, no qual verificou-se um grande incremento dos programas de cooperação internacional acadêmica. De forma geral, tais programas destinavam-se a suprir as deficiências brasileiras de recursos humanos para o desenvolvimento das instituições de ensino superior, apresentando um caráter claramente assistencialista. Foi também o momento de um esforço nacional para a implantação de um sistema de boa qualidade na pós-graduação brasileira.

Atualmente a cooperação acadêmica estaria em uma terceira fase, caracterizada não mais pelo assistencialismo e prestação de serviços técnicos, mas pelo trabalho conjunto em programas de pesquisa e intercâmbio de docentes e estudantes associados aos projetos. A cooperação assume então um caráter mais simétrico, com compartilhamento de recursos e responsabilidades; por outro lado, os mecanismos são mais complexos e as metas carecem ainda de maior definição.

As características da fase atual relacionam-se aos processos de globalização e integração internacional que, por sua lógica assimétrica, aguçam a competitividade por fatores estratégicos, tais como docentes, pesquisadores e estudantes. Em consequência, aumentam os casos de evasão de cérebros, resultando em fortes perdas econômicas aos países de origem⁴¹.

Para Marrara⁴⁷, as políticas brasileiras de internacionalização acadêmica devem servir para a divulgação e promoção do conhecimento guiado por um ideal de solidariedade, constituindo-se como um mecanismo essencial, não somente para a formação acadêmica (discente e docente), mas também para a solução de problemas brasileiros e comuns da humanidade. Ao discorrer sobre a internacionalização da pós-graduação sob o ponto de vista acadêmico, o autor entende que esta deve ser compreendida a partir de seus objetivos, advindo destas duas formas de atuação: a institucional, que priorizaria a internacionalização visando o próprio benefício, ou seja, como uma ferramenta de marketing; e a acadêmica, que teria na internacionalização uma ferramenta a serviço da formação de docentes, pesquisadores e discentes.

Neste último enfoque, a internacionalização decorreria da aquisição de valor

ou dimensão internacional resultante da capacidade da instituição em contribuir para o desenvolvimento científico em nível supranacional, seja por suas atividades de formação, seja pela qualidade e impacto de sua pesquisa. A internacionalização teria como escopo, neste caso, colaborar para o desenvolvimento da educação e da ciência, através da parceria e da troca de experiências com agentes estrangeiros⁴⁷.

Aproximando-se do conceito de internacionalização acadêmica descrito por Marrara⁴⁷, Schmidt e Martins⁴¹ sugerem que a cooperação Sul-Sul possa ser um excelente instrumento de auxílio mútuo, desde que exista uma efetiva integração de projetos acadêmicos e científicos, inclusive com a formatação de projetos de pesquisa que possam ser desenvolvidos até a fase de mercantilização dos produtos resultantes da atividade de pesquisa.

A reiterada presença da temática da solidariedade e da colaboração para solução de problemas comuns ao Brasil e aos outros países assinaladas por Marrara⁴⁷ na internacionalização acadêmica é uma característica básica da cooperação Sul-Sul. É a partir deste contexto que se configura a internacionalização da Fiocruz e a implantação de seus programas de pós-graduação internacional. O cenário das relações internacionais, que emoldurou o surgimento da pós-graduação internacional da Fiocruz é o tema do próximo tópico.

4 RELAÇÕES INTERNACIONAIS

O propósito deste tópico é oferecer uma análise sucinta, basicamente focada no período contemporâneo, contexto do qual emerge a pós-graduação internacional da Fiocruz na África. A apresentação circunscreve-se essencialmente, portanto, ao momento mais atual das relações internacionais, abarcando os anos posteriores ao final da Guerra Fria, compreendidos entre 1990 e 2010. Serão inicialmente salientados aspectos da cooperação internacional, com ênfase na cooperação horizontal ou cooperação Sul-Sul em saúde, as relações Brasil-África e a diplomacia da saúde. Em continuidade, noções da internacionalização dos chamados *late movers*^w, ou países emergentes, complementam o panorama proposto.

4.1 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A partir da Segunda Guerra Mundial, o advento de uma sociedade crescentemente globalizada propiciou a adoção da cooperação internacional como prática institucionalizada pelos governos, estendendo-se praticamente a todas as áreas. Mais adiante, com o final da Guerra Fria, acentuou-se o movimento da globalização, ficando progressivamente mais clara a mútua dependência e a percepção de que temas e acontecimentos geograficamente distantes poderiam interferir em questões nacionais. A dimensão internacional passou a ocupar lugar significativo na formulação de políticas e, com a progressiva integração internacional, modificou-se a agenda diplomática de lideranças e de governantes, ampliando os espaços para a cooperação internacional⁴⁸.

Em um processo ascendente e cada vez mais veloz, começaram a ser estabelecidas regras e normas internacionais com base em valores “universais”, restringindo a noção clássica de soberania nacional⁴⁹. Conforme Sato, já desde então⁴⁸:

Cooperação internacional significa governos e instituições desenvolvendo padrões comuns e formulando programas que levam em consideração benefícios e também problemas que, potencialmente, podem ser estendidos

^w Os termos *late movers*, ou “entrantes tardios”, referem-se aos países cujos processos de internacionalização, sobretudo os de internacionalização de empresas, ocorreram tardiamente. Contrapõem-se aos termos *early movers* ou “primeiros entrantes”. *Late movers* são, de forma geral, países em desenvolvimento ou representantes das grandes economias emergentes.

para mais de uma sociedade e até mesmo para toda a comunidade internacional.

Sob esta perspectiva, a globalização tornou o mundo mais integrado e concedeu a outros atores o papel anteriormente assumido pelo Estado no cenário internacional. Desta forma, muitos dos “interesses nacionais” passaram a vincular-se aos interesses de outras nações e ao panorama internacional como um todo⁴⁸.

Esta “vinculação de interesses”, entretanto, pode ser vista por diferentes ângulos. Buss e Ferreira⁵⁰, por exemplo, frisam a necessidade de que se considere o aspecto da desigualdade presente na cooperação internacional, parte integrante das relações internacionais. Ao refletir a ordem política e econômica internacional, a cooperação internacional espelha os desequilíbrios das relações de poder e recursos entre as nações.

Foi com essa percepção que começaram a se estabelecer as bases para a cooperação Sul-Sul, cujo marco político inicial foi a Conferência Ásia-África, realizada em Bandung, Indonésia, em 1955. Posteriormente, com o Movimento dos Não Alinhados, estabelecido na Conferência de Belgrado em 1961, e em 1964, com a constituição do Grupo dos 77^x, delimitaram-se os marcos essenciais para a articulação de consensos políticos entre países em desenvolvimento¹¹. Em 1978, o “Plano de Ação de Buenos Aires para Promover e Implementar a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento”, aprovado na Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), assinalou o marco histórico do lançamento do conceito e da prática da cooperação Sul-Sul^{11,48,50,51}.

Surgidos fundamentalmente nas esferas política e econômica durante os anos da Guerra Fria, os conceitos e práticas da cooperação Sul-Sul, ou cooperação horizontal, representavam parte de um movimento de países do então denominado “Terceiro Mundo”, que buscavam unir-se para fazer frente à bipolaridade existente e negociar um ordenamento econômico mais favorável. Entretanto, desde o término da Guerra Fria a política externa deixa de oscilar entre dois polos para, de inicialmente reduzida a um único polo, estabelecer-se gradativamente como multipolar⁵².

A nova configuração, com polaridades indefinidas, traz mudanças expressivas

^x O número de membros desse grupo é bem maior atualmente, mas o nome original é mantido por razões históricas, correspondendo praticamente aos países do Sul Global⁵¹.

para os Estados, que precisam rever suas estratégias de inserção internacional. Conforme descreve Ribeiro⁴⁹:

O término da Guerra Fria, simbolizada pela queda do muro de Berlim e da superação do mundo bipolar, implicou profundas transformações na ordem internacional, conseqüentemente no padrão de atuação internacional dos Estados. Os processos de globalização e transnacionalização, acompanhados da ampliação do comércio internacional, da progressiva complexidade dos meios de comunicação e da informação, bem como, da crescente importância dos atores não estatais na configuração das relações internacionais, trouxeram aos Estados a necessidade de repensar, e até mesmo, redefinir os pressupostos essenciais de suas políticas exteriores.

Dentre as muitas mudanças, destacam-se a ascensão de temas anteriormente preteridos pelo mundo bipolar, limitados que eram pelas questões ideológicas e de segurança. A interdependência global traz em seu bojo novas exigências e leva à “reformulação das tradicionais posições diante de temas e acontecimentos que, mesmo geograficamente distantes, passaram a afetar diretamente a vida nacional”⁴⁹.

Uma das principais alterações das propostas foi a agregação do componente social às concepções e estratégias de desenvolvimento, que foram reavaliadas. Com o reconhecimento da indissociabilidade entre a vertente econômica-social e a dimensão política, generalizou-se a aceitação da ideia de que era necessária uma visão integrada, que contemplasse simultaneamente as diferentes dimensões do desenvolvimento⁵³.

Foram estas as condições preliminares para a inclusão dos temas sociais na agenda internacional. Embora a temática social já mostrasse sua importância anteriormente, o investimento em segurança, desarmamento e a disputa ideológica que predominava no “mundo bipolar” relegavam a área social a um segundo plano. Com o fim da Guerra Fria, “a flexibilização da hierarquia temática que era imposta pela própria dinâmica da confrontação bipolar propiciou, enfim, o surgimento de espaços e oportunidades para a discussão dos temas sociais sem as limitações ideológicas anteriores”⁵³.

Esta perspectiva é corroborada por Sato⁴⁸, que recorda a hierarquização da agenda internacional durante o período da guerra fria. Para o autor, ao longo de aproximadamente quatro décadas, as análises indicavam que a agenda internacional dividia-se em dois planos: o da *high politics*, que englobava as questões diretamente relacionadas à segurança estratégica – particularmente das

grandes potências –, e o da *low politics*, referido aos demais temas, tais como comércio e educação.

Mudanças nas relações internacionais, contudo, fazem crescer em importância as temáticas relacionadas às *low politics*, tornando sem sentido a hierarquização anterior. Assim, desde a década de 1980, as expressões *high politics* e *low politics* deixam de aparecer nos textos de análise das relações internacionais.

O fim da bipolaridade, as mudanças no regime internacional de desenvolvimento, bem como o foco sobre o desenvolvimento humano e a erradicação da pobreza, ampliaram as possibilidades da cooperação Sul-Sul no âmbito social. É neste contexto que se consolida a cooperação Sul-Sul⁵⁰.

4.1.1 Cooperação Sul-Sul em Saúde ou Cooperação Horizontal em Saúde

Avançando, especialmente a partir da década de 1990, a Cooperação Sul-Sul nas áreas sociais tem sido alvo de crescente atenção por parte dos países em desenvolvimento¹¹. Simultaneamente, e mesmo estimulado pela importância dada à temática social, expande-se o campo de interesses do setor saúde no plano internacional. Reconhecida não apenas como direito, mas também como componente fundamental do desenvolvimento, com importante papel na economia mundial, abrem-se novas perspectivas para a cooperação em saúde⁵³.

Outros aspectos, tais como as questões relacionadas à produção, difusão, apropriação e utilização do conhecimento científico e tecnológico, a extensiva internacionalização das indústrias e do comércio de produtos para a saúde, e o reconhecimento de que as exigências em saúde transcendem fronteiras motivaram e favoreceram a expansão do interesse internacional em saúde⁵³. Em consequência, avolumaram-se em número e diversidade os atores envolvidos na cooperação internacional, “(...) incluindo as instituições acadêmicas, o complexo médico-industrial, os bancos de desenvolvimento e as fundações privadas, além, obviamente, dos já existentes nos organismos bilaterais e multinacionais e nas ONGs^{y,54}”.

O crescente interesse em saúde não significou, contudo, a redução das desigualdades. Os modelos adotados até então, muitas vezes apoiados em

^y Organizações não governamentais.

interesses político-estratégicos e em concepções neoliberais do desenvolvimento, mostraram-se incapazes de promover melhorias significativas na resolução de problemas dos sistemas de saúde⁵⁵. Diversamente, a imposição de prioridades e objetivos de cooperação predefinidos, embasados nas visões de mundo dos doadores – fossem estas agências multilaterais, governos de países desenvolvidos ou emergentes, ONGs ou outras entidades – resultou em fragmentação e baixa eficiência dos recursos locais⁵⁰.

Em vista dos resultados pífios, quando não mesmo adversos, os anos 90 foram palco de um intenso questionamento da cooperação internacional. As discussões subsequentes incluíram a ênfase sobre as preocupações sociais, ambientais e sobre os direitos humanos, tornando clara a necessidade de revisão da forma como os projetos e atividades da cooperação internacional vinham sendo implantados¹³.

Diante disso, durante a segunda metade do século XX as agências de cooperação internacional buscaram novas estratégias de cooperação que permitissem a superação dos entraves percebidos. Uma das medidas escolhidas foi a adoção da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), estimulando a maior interação entre países e possibilitando, pelo intercâmbio em um contexto de maior identidade cultural, uma melhor orientação em relação aos interesses da sociedade⁵⁴.

Ao final da década de 1990, a própria Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento^z (CTPD) passou por uma reorientação significativa quanto ao papel dos agentes e consultores internacionais na cooperação internacional, resultando, no início dos anos 2000, na incorporação da abordagem do “desenvolvimento de capacidades” nas políticas exteriores dos países em desenvolvimento¹³.

A esta altura, os países emergentes de renda média e média alta, interessados em ressaltar sua capacidade de intervenção positiva na política internacional, passaram a desenvolver uma série de iniciativas conjuntas¹¹. A CTPD constituía-se, então, instrumento de neutralização ou, ao menos, de minimização dos efeitos adversos dos processos de globalização econômica¹³.

^z A relação entre os termos Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento e Cooperação Sul-Sul é ambígua. Em alguns textos os termos são utilizados como sinônimos, enquanto em outros a CTPD é apresentada um instrumento da cooperação Sul-Sul.

Em anos mais recentes, a cooperação técnica internacional tem utilizado com relativa frequência o mecanismo de cooperação triangular, também denominada “triangulação”, na qual programas entre países em vias de desenvolvimento recebem apoio financeiro de países mais ricos para realização de colaboração técnica entre si⁵⁴. Buss e Ferreira¹¹ apresentam a triangulação como um processo de cooperação Norte-Sul-Sul, uma “(...) modalidade de cooperação técnica na qual dois países implementam ações conjuntas com o objetivo de prover capacitação profissional, fortalecimento institucional e intercâmbio técnico para um terceiro”.

4.1.2. Desafios da Cooperação Internacional em Saúde no Século XXI

Para Ferreira e Fonseca⁵⁴, o sistema de cooperação internacional em saúde vem atravessando um longo período de mudanças, com transformações que exigem reorientação nos papéis dos atores institucionais. De acordo com os autores:

Em especial, interessa analisar alternativas para o papel de liderança técnica e política das organizações no processo de interação com os países membros, na forma de mobilização e utilização do *know-how* para atender às demandas dos países, com vistas a assegurar que a cooperação se ajuste às reais necessidades da sociedade e seja amplamente aproveitada pelos cidadãos.

Iniciativas internacionais, tais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, apontaram para uma nova atitude global no que diz respeito à saúde¹³. As críticas às formas de ajuda para o desenvolvimento proporcionadas pelos países desenvolvidos e organizações multilaterais, com reconhecimento do fracasso dos modelos anteriores em promover maior igualdade, levaram à revisão das práticas da cooperação internacional⁵⁰.

Alguns eventos marcaram etapas desta transformação, tais como, por exemplo, o Fórum de Alto Nível para a Efetividade da Ajuda, realizado em Paris, em 2005, do qual resultou a Declaração de Paris sobre a Efetividade na Ajuda. O documento, firmado por centenas de países e dezenas de instituições globais, inclusive da sociedade civil, além de ratificar a necessidade de ampliação da ajuda para o desenvolvimento, propôs estratégias para melhorar sua eficácia⁵⁰.

As estratégias apresentadas foram:

- a) Apropriação, que se traduz na liderança efetiva dos países parceiros beneficiários da ajuda sobre as suas políticas e estratégias de desenvolvimento e na coordenação das ações realizadas com este fim;
- b) Alinhamento, processo pelo qual os doadores embasam o apoio nas estratégias de desenvolvimento, instituições e procedimentos dos países parceiros beneficiários da ajuda;
- c) Harmonização, de forma a coordenar as ações dos doadores em arranjos complementares e não competitivos, possibilitando maior transparência e eficácia coletiva;
- d) Gestão centrada em resultados para a tomada de decisões aplicação de recursos em consonância com este processo;
- e) Responsabilização mútua dos doadores e países parceiros na obtenção de resultados em matéria de desenvolvimento.

O Fórum de Alto Nível de Acra para a Efetividade da Ajuda, realizado em 2008, reafirma, na Agenda para a Ação de Acra, os princípios da Declaração de Paris e reitera a necessidade de reduzir a fragmentação da ajuda. No mesmo ano, a Declaração de Doha sobre o Financiamento para o Desenvolvimento confirmou, pelo menos em tese, a disposição dos países desenvolvidos em comprometer 0,7% dos seus Produtos Internos Brutos para a ajuda externa a países em desenvolvimento até 2015⁵⁰.

Os compromissos assumidos, entretanto, não reverteram em resultados concretos. A crise econômico-financeira de 2008-2009 afetou seriamente o financiamento da cooperação internacional. O orçamento regular da OMS, proveniente da contribuição obrigatória dos Estados-membros, permaneceu estagnado. Cresceram somente os recursos com finalidades específicas, determinadas pelos doadores⁵⁰.

Embora a inconstância dos recursos não seja um fato novo, isto se agrava particularmente nos momentos de crise, quando os orçamentos para a saúde e para educação são, de forma geral, os primeiros a serem cortados⁵⁵. Tal situação é especialmente séria para os países cujos orçamentos para a saúde dependem majoritariamente de ajuda externa, com é o caso, por exemplo, de Moçambique, onde os recursos externos respondem por 66% do orçamento para a saúde⁵⁶.

Diante do quadro apresentado e em acordo com as propostas de apropriação

da Agenda de Acra, Sridhar⁵⁵ sugere sete principais desafios a serem enfrentados. O primeiro destes diz respeito à fragmentação e descoordenação das iniciativas de ajuda. Embora a Declaração de Paris e a Agenda de Acra articulem princípios voltados para a uma maior eficácia de ajuda, o que se tem é um leque de iniciativas que, apesar de poderem ser bem-intencionadas, não reconhecem a importância de uma liderança efetiva dos países em desenvolvimento sobre suas políticas, estratégias e ações. Assim, tendem a focar resultados de curto prazo, baseados em agendas dos doadores, deixando de lado a questão da sustentabilidade e frequentemente carecendo de mecanismos de transparência, responsabilização e avaliação da forma como operam. Além disso, a captação de trabalhadores do sistema público para o trabalho em ONGs que oferecem melhor remuneração tem se mostrado um problema bastante sério, comprometendo ainda mais a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

O segundo desafio ressalta a dependência dos países com relação aos doadores, que estabelecem quais são as prioridades de ação. Em consequência, os países receptores padecem com a falta de alinhamento dos doadores com as abordagens nacionais, com a desarmonização entre as iniciativas de diferentes doadores e com os excessivos custos de transação. Além disso, uma vez que os doadores decidem os caminhos de implementação das iniciativas, os receptores nunca sabem exatamente quanto de recursos está realmente no país, contribuindo para o enfraquecimento dos sistemas e estratégias nacionais de saúde.

No terceiro desafio, evidencia-se a tensão entre as ações “horizontais” e “verticais”. Ainda não existe um consenso sobre a forma como o financiamento horizontal deve ser introduzido no sistema ou sobre como monitorar e avaliar os impactos de uma intervenção horizontal. A questão subjacente é que ainda não se tem boas estimativas sobre a mortalidade que não seja por fatores ou doenças específicas; assim, não há como avaliar, por exemplo, a mortalidade resultante, direta ou indiretamente, da falta de acesso aos sistemas de saúde.

O quarto desafio destaca o papel-chave dos governos na melhoria sustentável dos sistemas de saúde, muito embora os resultados possam aparecer em longo prazo. Em contraste, as iniciativas que não passam pelo governo podem ter resultados em curto prazo. O que fazer, portanto, em situações de urgência, quando a má qualidade e a falta de capacidade de instituições públicas podem dificultar enormemente a prestação de serviços, sobretudo nos países com uma

governança deficiente, é uma questão que permanece em aberto.

O quinto desafio refere-se ao direcionamento dos recursos dos doadores. Não há um consenso a respeito de onde os investimentos podem ser mais eficazes, admitindo-se várias abordagens como potencialmente positivas. Tem sido sugerido que o investimento deva ser em instituições dos países em desenvolvimento, aumentando a capacidade de pesquisa e estimulando a permanência de cientistas talentosos nos países, porém o autor considera que os estudiosos e líderes do sul são os mais capazes para avaliar como as intervenções em saúde podem melhorar.

O sexto desafio proposto por Sridhar⁵⁵ alerta para possíveis consequências indesejáveis na associação da saúde à segurança nacional e/ou à política externa. Para o autor, se por um lado tal associação pode atrair o alto nível dos governos, por outro pode conduzir a uma redução dos interesses em saúde. A questão é até que ponto os interesses nacionais coincidem com as necessidades em saúde global. Possivelmente doenças como a AIDS e a pandemia de influenza e problemas como a tsunami no Oceano Índico receberiam atenção, enquanto áreas menos atrativas, tais como os sistemas de saúde, a desnutrição e as questões sanitárias seriam deixadas de lado.

Em concordância com Sridhar⁵⁵, Ruger e NG⁵⁷ tomam como exemplo as doenças tropicais, ignoradas na pesquisa farmacêutica dos países desenvolvidos por não serem rentáveis. Na percepção das autoras, o argumento de que a crescente interdependência em saúde levaria os países ricos a agir – em benefício próprio, porém com benefícios para todos – leva a crer que os resultados em saúde podem advir simplesmente de maiores recursos, melhor governança e eficiência na implementação, e não por decisões inerentemente políticas e de distribuição de poder, obscurecendo os efeitos reais da disparidade internacional em poder econômico e político.

O segundo efeito indesejável da associação entre a saúde e a segurança nacional é, na concepção de Sridhar⁵⁵, o favorecimento de uma forma de ajuda predominantemente bilateral, mais sujeita às prioridades das políticas externas.

Um sétimo desafio destacado pelo autor é a variedade de instâncias e interesses envolvidos nas ações em saúde global. O questionamento quanto à capacidade da OMS em atuar na liderança das iniciativas em saúde, bem como a percepção disseminada de que a OMS não tem sido hábil em lidar com os desafios da globalização, abriram espaço para a entrada de novos atores. Particularmente

em relação à OMS, Buss e Ferreira⁵⁰ consideram que:

O crescimento das contribuições voluntárias, em detrimento das obrigatórias (que reforçariam o orçamento regular e, portanto, os programas institucionais de cooperação multilateral) representa possivelmente uma reação de desconfiança dos países-membros com a capacidade de implementação de projetos de cooperação por parte da OMS.

Reconhecendo as críticas feitas à OMS – burocracia, ineficiência, submissão à pressão política dos membros mais influentes entre outras –, Sridhar⁵⁵ propõe, entretanto, que em lugar de erodir o papel da OMS, devam-se buscar reformas que possibilitem maior eficiência da Organização.

A própria OMS, ciente das dificuldades enfrentadas, vem buscando novas soluções. Na região africana, propostas foram formuladas também a partir das lições aprendidas e dos desafios identificados na implementação das orientações estratégicas 2005-2009. Reconheceu-se, portanto⁵⁸:

- a) a imprevisibilidade dos fundos voluntários, muitas vezes mantendo-se abaixo dos objetivos orçamentários adotados pela OMS, até mesmo em áreas prioritárias. Isto deve ser levado em consideração juntamente com a busca de mecanismos inovadores para a mobilização de recursos durante a execução do direcionamento estratégico 2010-2015;
- b) que a arquitetura da ajuda global está mudando rapidamente, exigindo a liderança do governo e uma ampliação do papel da OMS no acompanhamento e fornecimento de opções políticas flexíveis, a fim de se adaptarem a um ambiente em evolução;
- c) que liderança em nível local é essencial para a apropriação, direcionamento, execução e avaliação;
- d) que é necessário reforçar as capacidades nacionais de execução e alinhar a ajuda internacional para a saúde, a fim de traduzir mais eficazmente compromisso em ação;
- e) que em nível de campo, a liderança pode ser reforçada por pessoal técnico altamente qualificado e pelo uso de orientações e instrumentos adequados.

A Declaração de Paris e a Agenda de Acra já enfatizavam a cooperação com a África, região que apresenta a pior evolução quanto à execução das metas dos Objetivos do Milênio (ODM)⁵⁰. Questões relacionadas à governança, ao

financiamento da saúde, aos recursos humanos para a saúde, tecnologias, sistemas de informação e prestação de serviços ainda estão por ser resolvidas.

Com base nestas análises, nos desafios e na situação atual em saúde na África, as Orientações Estratégicas da OMS para a África no período 2010-2015, tem como uma das áreas prioritárias o foco contínuo no papel de liderança da OMS no fornecimento de orientação normativa e política, buscando ainda reforçar parcerias e promover alinhamento e harmonização. A intenção é que parceiros e financiadores possam prestar um apoio coordenado aos planos estratégicos de saúde nacionais, que são consistentes com a agenda de desenvolvimento nacional⁵⁸.

O propósito de um trabalho alinhado à agenda de desenvolvimento local é um dos fundamentos da cooperação realizada pelo Brasil com países em desenvolvimento, sobre a qual discorreremos a seguir.

4.1.3 Cooperação Internacional em Saúde: A Abordagem Brasileira

O Brasil vem se tornando cada vez mais ativo na esfera internacional e na cooperação Sul-Sul em saúde. Na visão de Ruger e NG⁵⁷, os países emergentes têm um papel essencial na discussão sobre saúde e política externa, com vistas colaborar na adoção de uma abordagem global de saúde que privilegie a saúde como um bem social especial, distinta de outros bens sociais como o crescimento econômico e o comércio. Para as autoras, muitas das experiências e dos desafios enfrentados pelos países emergentes mostram que a saúde não precisa e não deve ser sacrificada em busca do crescimento econômico; deve sim, ser adotada uma abordagem inclusiva, que estabeleça prioridades e aloque recursos em concertação com as partes envolvidas e que ofereça ajuda extra para os mais desfavorecidos.

Como frisam Ruger e NG⁵⁷, os países emergentes vêm ganhando mais voz nos assuntos internacionais e podem, pelos próprios exemplos nacionais, ajudar a levar a “governança compartilhada da saúde” para o nível global. Com crescente força econômica e política, esses países podem fazer demandas mais consistentes para a ação coletiva do mundo em desenvolvimento, de modo que as necessidades e interesses dos Estados beneficiários possam ser devidamente analisados e contabilizados nas ações de saúde global e internacional. E estes países podem aumentar sua influência individual e coletiva nas organizações internacionais e

defender a necessidade de coordenar políticas setoriais, tais como comércio e saúde, para melhorar os resultados em saúde.

As convicções de Ruger e NG⁵⁷ coadunam-se com as propostas brasileiras na cooperação Sul-Sul. De acordo com Buss e Ferreira⁵⁰:

O país desenvolve um modelo de cooperação participativo, democrático, inclusivo e amplo, capaz de abrigar não apenas a dimensão da saúde, mas também seus determinantes sociais e políticas intersetoriais. Sustenta que a saúde é essencial para o desenvolvimento, que deve incluir a dimensão social, a cidadania, a qualidade de vida e a saúde, e não apenas o “crescimento econômico”.

Com estes princípios, a cooperação em saúde realizada pelo Brasil com os países em desenvolvimento centra-se no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, sendo, por suas características, denominada cooperação estruturante em saúde. A abordagem visa a colaborar na construção de capacidades para o desenvolvimento, tomando em conta as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país. Para tal, combina intervenções concretas com a geração de conhecimento e a construção de capacidades locais.

A cooperação estruturante em saúde inova ao integrar formação profissional, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional. A abordagem também supera o modelo tradicional de transferência passiva de conhecimentos e tecnologias, promovendo o diálogo entre os atores de maneira a facilitar-lhes o protagonismo nos processos e na formulação de uma agenda para o desenvolvimento futuro do setor saúde¹³. A figura 1, retirada de Buss⁵⁹, ilustra o modelo de cooperação estruturante em saúde.

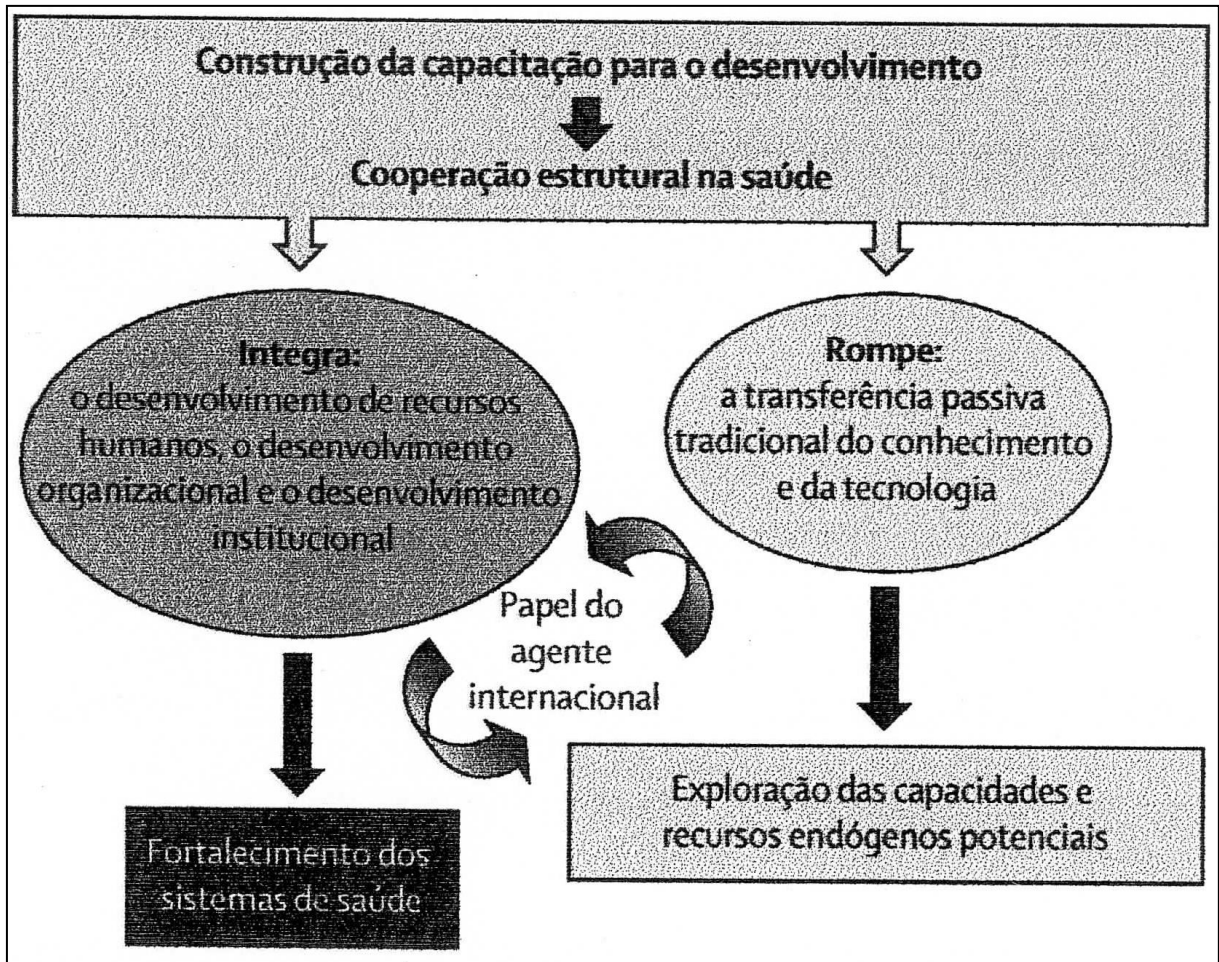


Figura 1 – Modelo para a Estruturação da Cooperação para a Saúde.

Fonte: Buss⁵⁹, 2011, p. 3.

O modelo brasileiro fundamenta-se basicamente em cinco aspectos correlacionados: a) primazia da cooperação horizontal; b) foco no desenvolvimento de capacidades em saúde; c) iniciativas coordenadas no contexto regional; d) grande envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos; e e) em âmbito nacional, incentivo à parceria entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores¹³.

O Brasil participa tanto de arranjos regionais com seus vizinhos da América do Sul, quanto de arranjos com países ligados por laços culturais, como é o caso da CPLP^{aa,50}. Recebem destaque, na cooperação brasileira, duas ações: a Unasul

^{aa} A CPLP foi criada em 1996, com os objetivos principais de: a) estabelecer a concertação político-diplomática entre os Estados membros, visando reforçar suas presenças e da Comunidade no cenário internacional; b) promover a cooperação em todos os domínios, inclusive os da educação, saúde, ciência e tecnologia, defesa, agricultura, administração pública, comunicações, justiça, segurança pública, cultura, desporto e comunicação social; e c) incentivar a promoção e a difusão da

Saúde e o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (PECS/CPLP)⁶⁰.

O PECS/CPLP é desenvolvido de maneira compartilhada, levando em conta a situação sócio-sanitária dos países, suas capacidades em responder aos principais problemas encontrados e os recursos técnicos e financeiros existentes, que possam ser solidariamente disponibilizados para os demais¹¹. Compromete-se, assim, com os princípios de apropriação, alinhamento e harmonização.

Na proposta 2009-2012 o PECS/CPLP apresenta como finalidade principal “(...) contribuir para o reforço dos sistemas de saúde dos Estados membros da CPLP, de forma a garantir o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade” e tem como um de seus eixos estratégicos a formação e o desenvolvimento da força de trabalho em saúde⁶¹.

A questão da formação e qualificação profissional é especialmente séria na África, pela escassez de profissionais, baixos salários, falta de escolas para formação e educação contínua e pela “fuga de cérebros”, resultante tanto da falta de oportunidades locais – pelas condições citadas – quanto dos esquemas de treinamento no exterior, sem garantias de retorno, um dos efeitos mais negativos do modelo tradicional^{bb} de “assistência” internacional¹¹.

Ao ocupar cada vez mais espaço nas negociações entre países, a saúde gradativamente cria pontos de aproximação com o trabalho diplomático⁵³. Compreendida em seu papel de conduzir as relações internacionais, a diplomacia, tradicionalmente responsável por questões de *hard power*, de guerra e paz e, posteriormente, de economia e comércio, vê aumentar o número de acordos internacionais em assuntos ditos *soft*, como questões ambientais e saúde. Torna-se cada vez mais evidente que questões *soft* podem ter importantes ramificações *hard* nas economias nacionais⁸. Daí principiam as ideias da “diplomacia em saúde global”, tópico abordado a seguir.

língua portuguesa.

^{bb} No modelo assistencial ou vertical de cooperação, tradicionalmente havia uma “exportação” da mão de obra excedente nos países desenvolvidos e prescrição dos comportamentos a serem adotados sem que fossem consideradas as capacidades dos locais países receptores. Em um segundo momento, com o aumento da capacitação dos profissionais locais, estes eram contratados por organizações multilaterais ou conseguiam melhores empregos em outros países, caracterizando uma “drenagem” ou “fuga de cérebros” e resultando em um processo de progressivo esvaziamento dos países receptores em suas possibilidades de desenvolvimento⁵⁴.

4.2 DIPLOMACIA DA SAÚDE GLOBAL

Os conceitos e práticas da diplomacia em saúde global carecem ainda de consolidação quanto aos seus significados. Utilizada muitas vezes em substituição à ideia de “saúde internacional”, a expressão “saúde global” pode apresentar matizes distintas com relação à primeira. Brown, Cueto e Fee⁶² buscam diferenciar os termos “saúde internacional” e “saúde global”, observando que 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”. Já o termo “saúde global”, em geral, indica a consideração das necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses de nações em particular. Kickbusch e Berger⁸ se aproximam desta compreensão ao entender que o uso do termo “saúde global”, implica o compartilhamento de suscetibilidades, experiências e responsabilidades globais pela saúde, transcendendo usos ideológicos pregressos do termo “saúde internacional”.

Recém-constituída como campo de prática nas relações internacionais^{11,63}, a diplomacia da saúde, ou diplomacia da saúde global, parte do entendimento de que as questões de saúde ultrapassam tanto os aspectos meramente técnicos quanto as fronteiras nacionais. Mais e mais são reconhecidos fatores relacionados à saúde que influenciam e são influenciados pela globalização: meio ambiente, determinantes sociais, riscos de ocorrência de pandemias pela maior mobilidade das pessoas, questões de segurança associadas ao uso de armas biológicas, tudo isso se soma para uma nova perspectiva da inserção da saúde no cenário internacional. Para Kickbusch e Berger⁸:

Isto representa uma mudança de abordagem onde a saúde internacional deixa de ser considerada principalmente no contexto da política de desenvolvimento, cujos resultados são medidos pelo fluxo dos recursos do Norte para o Sul, para uma perspectiva em que a saúde global transcende fronteiras e se caracteriza pelo sentido da responsabilidade coletiva pela saúde. Em consequência desta globalização da saúde, os problemas nacionais de saúde nacional não podem mais ser tratados de maneira isolada, mas ao contrário, exigem esforços coordenados e conjuntos pela saúde global.

Das novas exigências resultantes da configuração atual emerge o conceito de diplomacia da saúde global. De acordo com os mesmos autores, “a diplomacia da

saúde global trata dos processos de negociação que configuram e gerenciam o ambiente da política global para a saúde e seus determinantes”⁷. A diplomacia da saúde global seria ainda o principal instrumento da governança global em saúde, termo que “(...) reflete um esforço importante em nível internacional, há alguns anos, para estabelecimento de um maior controle sobre os riscos que podem afetar a saúde das populações em âmbito global e de mecanismos de coordenação de doadores e de ajudas externas”⁶³.

Para Kickbusch e Berger⁸:

A governança clássica da saúde internacional estrutura-se na crença de que os governos têm a responsabilidade primária pela saúde de seus cidadãos e está apto, em cooperação com outros países, a proteger sua população dos riscos à saúde. Há um número crescente de riscos interfronteiriços, como também da quantidade e nível de influência de agentes não vinculados ao estado na governança da saúde. Assim, a governança da saúde é necessária, mas insuficiente (sofre restrições por sua própria natureza centrada no estado) e são necessárias novas formas de governança nesses assuntos. A governança da saúde global é, portanto, a criação, conformação, orientação, fortalecimento e uso consciente das instituições internacionais e transnacionais e dos seus regimes de princípios, normas, regras e procedimentos de tomadas de decisões para fins de organizar a promoção e a proteção da saúde em escala global.

4.3 RELAÇÕES BRASIL-ÁFRICA

Ao longo dos anos compreendidos entre 1990 e 2010, as relações Brasil-África apresentaram intensidade variável, refletindo ajustes da agenda diplomática brasileira no período posterior à Guerra Fria⁶⁴. Conforme referido anteriormente, as relações internacionais pós-Guerra Fria encetaram novos desafios para as políticas exteriores dos Estados, levando-os à revisão de suas estratégias de inserção internacional^{57,40}. Neste sentido, uma soma de fatores, tanto domésticos quanto externos, tanto políticos quanto econômicos, levou a um decréscimo da importância dada ao continente africano por parte do Brasil^{64,65}.

Diante da severa crise econômica vivenciada pelos países em desenvolvimento entre as décadas de 1980-1990, mais agudamente manifesta nos Estados africanos, estes não se mostravam parceiros atrativos em uma economia globalizada. Em termos políticos, as mudanças resultantes do reordenamento internacional afetaram negativamente a capacidade de articulação dos países em desenvolvimento. O Brasil, às voltas com suas próprias dificuldades financeiras, não

poderia privilegiar o relacionamento com os países africanos, vistos então como incapazes de favorecer um intercâmbio político e comercial satisfatório⁶⁴.

No decurso da década de 90, portanto, o Governo brasileiro demonstrou pouco interesse em ampliar ou mesmo preservar relações exteriores com o continente africano. Na realidade, a política externa do Brasil com a África no período adotou um foco de concentração e seletividade, priorizando relações com alguns poucos países, tais como África do Sul, Angola e Moçambique, e investindo na consolidação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CLPL), formalizada em 1996, no governo Itamar Franco. Entretanto, os indicadores de forma geral apontam para uma menor relevância da África para a inserção internacional do Brasil. Um exemplo claro da perda de importância do continente africano nas relações diplomáticas foi o fechamento de postos e embaixadas brasileiras na África no Governo Fernando Henrique Cardoso^{64,65}.

Em busca de uma nova perspectiva de inserção internacional que possibilitasse seu ingresso na economia globalizada, o Brasil investiu, por um lado, em ampliar pontos de afinidade com os países desenvolvidos; cresceu neste sentido a adesão a regimes internacionais e arranjos cooperativos, com vistas a aumentar a projeção internacional. Simultaneamente, as condições domésticas, tais como a política de estabilização da economia e a reforma do Estado fomentaram uma política de abertura comercial que priorizava as relações com os Estados Unidos e a União Européia⁶⁴. A diplomacia orientava-se por uma maior aproximação econômica e comercial com os países desenvolvidos, percebidos como os únicos capazes de propiciar ao Brasil a inserção no eixo da economia globalizada. Na concepção crítica de Saraiva⁶⁵:

A África ficou fora do norte da política externa do Brasil nos anos 1990. O Brasil se deixou contaminar pela interpretação ingênua das relações internacionais kantianas, em torno das quais as saídas para a modernidade estavam no multilateralismo e no esforço da construção de uma agenda global consensual e na regulação de temas globais como o liberalismo econômico, o meio ambiente, os direitos humanos, entre outros.

Em outra vertente, sob uma perspectiva de integração regional e fortalecimento da capacidade negociadora do país, o Brasil cortejava, no espaço sul-americano, o Mercado Comum do Sul (Mercosul). Para Saraiva⁶⁵, “a erosão do

modelo universalista^{cc} de inserção internacional do Brasil substituiu a África pelo Mercosul, quando o ideal teria sido manter a África e abrir a brecha do Mercosul” Para Ribeiro⁶⁴, apesar disso, “o conjunto de ações descritas revelou resultados positivos para o Brasil, que passou a ser considerado como país merecedor de maior confiança no tabuleiro internacional”.

A África só voltaria a ter espaço na agenda diplomática brasileira a partir do governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva, que ampliou significativamente as relações com o continente africano. As mudanças na política externa refletiam a percepção, por parte do governo brasileiro, de oportunidades decorrentes do ordenamento internacional. Sob este prisma, existiriam brechas para uma potência média como o Brasil lograr uma presença mais afirmativa em plano global. Posto que o Brasil reconhecesse nos Estados Unidos o predomínio militar, entendia que a ordem econômica oferece oportunidades outras, sobretudo a partir da criação do euro e do conseqüente enfraquecimento do poder do dólar.

A partir de 2003, a política externa brasileira voltou-se para a construção de parcerias no âmbito das relações Sul-Sul. Tiveram continuidade as iniciativas para consolidação e ampliação do Mercosul, compreendidas como ações para a promoção internacional brasileira; em paralelo, exploravam-se novas possibilidades de parceria com países em desenvolvimento. O investimento na diversificação de parcerias não significou, entretanto, descuidar da procura de adensamento das relações com as grandes potências e da criação de condições ao Investimento Externo Direto (IED), características presentes desde o governo Sarney^{dd}. O que se dá é que, conforme define Ribeiro⁵⁸:

Apesar da importância desses dois elementos para a promoção internacional brasileira, a partir do governo Lula observam-se esforços consideráveis para a construção de acordos e espaços que garantam maiores alternativas e, conseqüentemente, maior capacidade de barganha ao país no plano global, a fim de que o Brasil seja compreendido como ator de características diferenciadas e, portanto, capaz de exercer papel de protagonista no plano internacional.

As parcerias no âmbito Sul-Sul representam para o Brasil, portanto, interesses estratégicos em alcançar uma relativa autonomia frente às economias

^{cc} A ideia de um “modelo universalista” da diplomacia brasileira refere-se à diversificação de contatos e parcerias estabelecidos pelo país de forma não excludente, com vistas à promoção da própria autonomia^{49,64}.

^{dd} José Sarney foi presidente do Brasil de 1985 a 1990.

desenvolvidas e um incremento da posição de inserção internacional. Ao aliar fatores políticos e econômicos, a cooperação com os países africanos começa a assumir, para o Brasil, um importante papel na redefinição de sua inserção internacional. Isto é válido também para o continente africano, que igualmente almeja condições de promover seus interesses domésticos em plano externo. Conforme assinala Ribeiro⁶⁴:

Nesses termos, a cooperação com os países africanos apresenta-se para o Brasil como um elemento-chave, capaz de transformar situações e condições semelhantes, ainda que muitas vezes negativas, em oportunidades de cooperação e benefício mútuo.

A África volta a representar um polo de atratividade, tanto em termos diplomáticos quanto com relação ao setor privado, que mostra interesse em iniciar ou expandir suas atividades no continente africano. Em conjunto com as ações diplomáticas, o empresariado representa condição fundamental para a conquista de maior projeção internacional^{49,64}. Trata-se, neste âmbito, do que tem sido conhecido como “internacionalização de países”, ou seja, a expansão do raio de ação, das atividades e da influência de um país para além das fronteiras geográficas.

O termo internacionalização refere-se, de forma abrangente, às formas ou características de inserção dos países no cenário internacional. Entretanto, especificidades de cada área remetem a conceitos diversos, variando em acordo com campo/tema do estudo. Por este motivo, habitualmente a palavra é seguida de um complemento que a especifica: internacionalização de empresas, internacionalização do ensino superior, internacionalização de P&D, por exemplo. No estudo da internacionalização de países, a internacionalização de empresas recebe lugar de destaque, uma vez que, para muitos autores (por exemplo, Alem e Cavalcanti⁶⁷; Ribeiro⁴⁹; Almeida⁶⁸), é vista como intrinsecamente relacionada ao desempenho do país como um todo.

Em reforço a esta proposição, Almeida⁶⁸ constata existir uma importante relação, mutuamente reforçadora, entre a imagem de uma empresa e a de seu país de origem. Para o autor, “Na perspectiva da estratégia geopolítica, ter empresas de marca e presença global é condição essencial para a afirmação de uma nação na comunidade internacional”.

A Fiocruz, embora não seja formalmente uma empresa, insere-se como uma

“marca” significativa no processo de internacionalização do Brasil. Eleita em 2006 pela Federação Mundial das Associações de Saúde Pública como a melhor instituição de saúde pública do mundo, e com um primeiro escritório no exterior em Moçambique, a Instituição participa expressivamente na ampliação da presença brasileira no cenário internacional. Aproxima-se, neste papel, a empresas nacionais tais como a Embraer^{ee} e a Petrobrás^{ff}.

A partir desta aproximação, e levando-se em conta a dificuldade de encontrar estudos específicos sobre a internacionalização de fundações públicas, recorre-se, com a finalidade de apreender o *modus operandi* adotado pela Fiocruz em sua estratégia de internacionalização, ao referencial da internacionalização de empresas. Visando atingir este objetivo, apresenta-se a seguir um breve resumo das abordagens mais representativas na internacionalização de empresas. Em prosseguimento, são delineadas aquelas perspectivas consideradas pertinentes ao estudo: a Escola de Uppsala e seus desdobramentos – Escola Nórdica –^{gg}, e a Abordagem das Competências Estratégicas.

A escolha da Escola Nórdica como um dos parâmetros para entendimento da internacionalização da Fiocruz reflete os resultados de pesquisas sobre o processo de internacionalização de empresas brasileiras, que demonstraram convergência com relação aos principais pontos assinalados pela Escola^{gg}. Particularmente no presente estudo, evidenciam-se concordâncias: a) na ideia de um processo gradual de internacionalização a partir de laços culturais, como é o caso dos países da CPLP; e b) no entendimento da gestão da aprendizagem organizacional, da gestão do conhecimento e da formação de competências como bases para a internacionalização^{hh}.

A apresentação da Abordagem das Competências Estratégicas serve simultaneamente a dois propósitos: contextualizar a internacionalização como estratégia, aproximando-se da forma descrita no Relatório de Atividades da Fiocruz⁹ e incorporar à discussão da internacionalização a dimensão das competências da empresa, tal como defendido por Fleury e Fleury^{hh}.

Ademais, conquanto seja reconhecida a importância da Escola Nórdica,

^{ee} Empresa Brasileira de Aeronáutica S. A., antiga empresa estatal privatizada em 1994.

^{ff} Petróleo Brasileiro S.A., sociedade anônima de capital aberto, cujo acionista majoritário é o Governo do Brasil.

^{gg} A Escola Nórdica sucedeu a Escola de Uppsala, ampliando suas linhas de pesquisa. A Escola Nórdica abrange duas teorias: a de internacionalização de Uppsala e a de networks^{gg, hh}.

entende-se, em concordância com Alem e Cavalcanti⁶⁷, que “a grande complexidade do processo de internacionalização que envolve empresas e países de estruturas bastante diferenciadas não permite que haja uma teoria geral sobre o processo”. Assim, em complemento à apresentação da Escola Nórdica, o texto tem continuidade com a Abordagem das Competências Estratégicas.

4.4 INTERNACIONALIZAÇÃO DE EMPRESAS

Estudos diversos buscam sistematizar a apresentação das principais teorias em internacionalização de empresas (ver, por exemplo, Neumann e Hemais⁷³; Amatucci⁷⁴; Fleury e Fleury⁷¹; Carneiro e Dib⁷⁵), com ligeiras diferenças quanto às formas de categorização dos enfoques, ao número de autores ou ao número de abordagens de eleição. Exibindo uma concordância majoritária quanto às abordagens mais significativas, as pequenas divergências refletem, de forma geral, o foco ou o escopo do estudo.

A internacionalização de empresas^{hh} brasileiras é relativamente recente, com incremento significativo a partir da década de 90^{76,77,78}. As principais abordagens reconhecidas partem dos países desenvolvidos, sendo particularmente escassa a literatura sobre a internacionalização dos países emergentes, também chamados “entrantes tardios ou *late movers*”⁷¹.

Fleury e Fleury⁷¹, em texto que propõe a necessidade de construção de um modelo teórico para os entrantes tardios ou *late movers*, classificam as abordagens em internacionalização de empresas em três enfoques principais: a abordagem de Negócios Internacionais (*International Business*), a associada à Teoria das Subsidiárias e as de Gestão de Operações Internacionais.

Na abordagem de Negócios Internacionais destacam-se três perspectivas: a primeira, da racionalidade econômica, ressalta o processo de decisão racional econômico como base para a internacionalização. A segunda, conhecida como a perspectiva dos “economistas comportamentais”, apresenta a internacionalização como processo de aprendizagem e tem como principal representação os modelos da

^{hh} No que tange à internacionalização de empresas, adota-se a conceituação utilizada por Teixeira⁷⁹, para quem “A internacionalização de mercados e empresas significa a atuação em diferentes nações conduzindo a movimento de fatores de produção, transferência de capitais, projetos de cooperação ou simplesmente comercializando seus produtos em outros países”.

Escola de Uppsala/Escola Nórdica⁷¹.

A terceira perspectiva da abordagem de Negócios Internacionais destaca a internacionalização como estratégia competitiva, sendo o jogo competitivo em mercados internacionais a justificativa para o envolvimento em operações internacionais.

Com base nos achados das pesquisas que revelam a pertinência das ideias da Escola Nórdica na internacionalização de empresas brasileiras, apresentam-se a seguir aspectos essenciais desta abordagem. Logo após, possibilitando a discussão das competências da empresa sugerida por Fleury e Fleury⁷¹, bem como uma perspectiva mais estratégica da internacionalização, enunciam-se conceitos e ideias da Abordagem das Competências Estratégicas.

4.4.1 Escola Nórdica: Modelo da Escola de Uppsala e *Networks*

4.4.1.1 Escola de Uppsala

O modelo da Escola de Uppsala, um dos primeiros estudos em internacionalização de empresas, foi inicialmente desenvolvido por Johanson e Vahlne, pesquisadores da Universidade de Uppsala, na Suécia. O estudo apresenta a internacionalização como um processo de aprendizagem no qual, por causa das incertezas e imperfeições das informações recebidas, a empresa investe recursos gradualmente, adquirindo conhecimentos sobre determinado mercado internacional de maneira incremental⁸⁰.

Nesta proposta, a seleção de mercados obedeceria aos critérios do que os pesquisadores denominaram “distância psicológica” ou “distância psíquica”, definida a soma de fatores que interfeririam no fluxo de informações entre países⁸¹. A fim de diminuir as incertezas, buscavam-se inicialmente mercados mais semelhantes em termos de desenvolvimento, idioma, sistema político e cultura, entre outras condições, ampliando-se gradativamente o raio de ação para locais mais distantes geográfica ou psicologicamente⁸⁰.

A sequência de operações seria realizada também de modo incremental, principiando por um envolvimento leve, habitualmente representado pela exportação direta, e aprofundando-se conforme aumentam os conhecimentos a respeito do novo mercado. Um alto envolvimento é representado pelo estabelecimento de subsidiárias

em um país estrangeiro.

Conforme descrito por Hemais e Hilal⁸⁰, a pesquisa da Escola de Uppsala foi grandemente influenciada pelos trabalhos da Teoria da Firma apresentados por Penrose, Cyert e March, e Aharoni, tornando-se distintiva ao propor uma relação entre o processo de internacionalização e a estrutura organizacional^{69,80,82}. Desta forma, uma das principais contribuições da Escola de Uppsala foi promover o deslocamento do eixo da abordagem dos processos de internacionalização da empresa de aspectos meramente econômicos para incluir também uma visão mais organizacionalⁱⁱ.

Tigre⁸³ ressalta que o trabalho pioneiro de Edith Penrose, ao antecipar a importância do conhecimento prático e do conhecimento tácito no desenvolvimento e na capacidade competitiva, foi uma das principais influências na formulação do modelo de Uppsala. Sob esta perspectiva, a empresa é uma coleção de recursos cujo crescimento depende da capacidade de aquisição e internalização de conhecimento, bem como da habilidade em organizar eficientemente tais recursos^{80,83}.

De acordo com Hemais e Hilal⁸⁰, os estudos de Cyert e March sugerem que as organizações constituem-se como redes de relacionamentos onde a habilidade de aprender experiencialmente é uma das principais ferramentas. Tais contribuições [de Cyert e March] foram, conforme relatam Hemais e Hilal⁸⁰, utilizadas por Aharoni no plano da internacionalização da empresa. Para ele, os investimentos no exterior raramente se baseavam em processos de decisão estruturados, mas sim no comportamento oportunista, na coincidência e na existência de um momento propício.

4.4.1.2 Teoria de internacionalização das networks

Desenvolvimentos posteriores da Escola de Uppsala, que vieram a compor a chamada Escola Nórdica, acrescentaram importantes fatores subjacentes à internacionalização de firmas, sobretudo no que diz respeito às *networks* ou redes de relacionamentos^{69,80}. Uma *network* é constituída por relações de longo prazo,

ⁱⁱ Até meados do século vinte, valorizavam-se predominantemente aspectos da macroeconomia. Os trabalhos de Penrose, Cyert e March, e Aharoni, estabelecem os fundamentos da teoria da firma como campo independente de estudos⁸⁰.

estabelecidas e mantidas por diferentes agentes econômicos que atuam no mercado, em elos variáveis em força e estabilidade. As relações podem ser desde pessoais até institucionais, e ser de natureza técnica, social, cognitiva, financeira, logística ou legal⁷².

A teoria das *networks* se concentra nos laços cognitivos e sociais, entendendo que o contexto de negócios está amplamente embasado em relacionamentos específicos com outros atores. A entrada no mercado externo resultaria, portanto, de uma coalizão de grupos de interesse, e o grau de internacionalização de uma firma dependeria não apenas dos recursos alocados no exterior, mas igualmente do grau de internacionalização da *network* na qual se insere⁷². “Assim sendo, a internacionalização deixa de ser somente uma questão de mudar a produção para o exterior e passa a ser percebida mais como a exploração de relacionamentos potenciais além-fronteiras”⁸⁰.

4.5 ABORDAGEM DAS COMPETÊNCIAS ESTRATÉGICAS

De acordo com Tidd, Bessan e Pavitt⁸⁴, as abordagens de estratégia podem ser classificadas em dois grupos: os racionalistas, representados fundamentalmente por Porter, Chandler e Ansoff, e os incrementalistas, com teóricos como Penrose, Hamel e Prahalad, Mintzberg e Teece e Pisano. No primeiro grupo a estratégia seria apresentada como um modelo linear, fortemente influenciado pelo modelo militar, que consistiria basicamente em: a) descrever, entender e analisar o ambiente; b) determinar um curso de ação de acordo com os dados analisados; e c) implementar o curso de ação decidido. Nesta perspectiva, valoriza-se o poder do gestor na implementação de estratégias, em detrimento da trajetória tecnológica e das competências tecnológicas e organizacionais. Para os teóricos racionalistas, a partir da compreensão das tendências do mercado e de seu posicionamento, as empresas poderiam se preparar para as mudanças futuras e direcionar-se de forma adequada para o longo prazo. Nesta linha, a abordagem SWOT^{jj}, de análise das forças e fraquezas da empresa frente às oportunidades e ameaças externas, defendida por Porter, é uma das mais conhecidas.

Em contraposição aos racionalistas, o grupo dos incrementalistas adverte ser

^{jj} Do inglês “strengths, weaknesses, opportunities, threats”.

impossível ter total conhecimento da complexidade e da mudança, uma vez que nossas habilidades de compreender o presente e prever o futuro são limitadas. Consideram, portanto, que a imperfeição ou a incompletude do conhecimento deve ser reconhecida na formulação de estratégias. Assim, a empresa deve estar preparada para adaptar sua estratégia face às novas informações ou conhecimentos que ela deve buscar intencionalmente. Para Tidd, Bessan e Pavitt⁸⁴, o procedimento mais eficiente seria: a) tomar medidas ou realizar mudanças deliberadas com vistas a um dado objetivo; b) medir e avaliar os resultados; e c) ajustar, se necessário, o objetivo e estabelecer o próximo passo.

A abordagem incrementalista é, na visão de Tidd, Bessan e Pavitt⁸⁴, mais adequada aos ambientes dinâmicos e globalmente competitivos, nos quais a interpretação e adaptação são essenciais para a competitividade. Neste sentido, a estratégia deve ser vista como uma forma de análise e experiência, de aprendizagem corporativa, de como lidar eficazmente com complexidade e mudança, sendo recomendável: a) dada a incerteza, explorar as implicações de uma série de possíveis negócios futuros; b) permitir a ampla participação e canais de comunicação; c) incentivar o uso de múltiplas fontes de informação, o debate e o ceticismo; e d) estar preparado para a mudança de estratégia diante de novas e, frequentemente inesperadas, evidências.

A abordagem das competências estratégicas é classificada como incrementalista, uma vez que considera a relevância da aprendizagem organizacional e da experiência para o processo estratégico e para a obtenção de vantagem competitiva⁷¹. Entretanto, não é a aprendizagem o ponto de partida da teoria, mas os recursos exclusivos da firma e sua competência organizacional⁷². Isto decorre do fato de seu desenvolvimento ter origem na Visão Baseada em Recursos (VBR), a qual confere aos recursos papel central, como elemento indutor e sustentador, na formulação da estratégia competitiva.

4.5.1 Visão Baseada em Recursos

A VBR, tal como a Escola de Uppsala, tem suas raízes na teoria de firma penrosiana, enfatizando os atributos internos da firma como fonte de vantagem competitiva sustentável. Tais vantagens, porém, não advêm estritamente do conjunto de recursos, mas utilização destes na conformação de serviços que

propiciem o aproveitamento de tendências e oportunidades de mercado. A importância da capacitação tecnológica e gerencial para a dinâmica competitiva fica evidenciada na medida em que, conforme Tigre⁸³:

A criação de novos serviços produtivos depende da capacidade de internalizar os conhecimentos necessários para desenvolvê-los e produzi-los de forma eficiente. Os serviços que são gerados a partir de novos conhecimentos dependem da capacitação dos homens envolvidos na sua utilização, enquanto o desenvolvimento da capacitação desses homens é, em parte, definido pelos recursos a que eles têm acesso. Os dois elementos combinados criam oportunidades produtivas especiais para uma determinada firma.

Cada empresa tem um portfólio singular de recursos, físicos, financeiros, organizacionais, intangíveis e humanos, o que resultará em formas diversas de operar. Esta heterogeneidade, um dos pressupostos da teoria penrosiana⁸⁵, enseja uma ambiguidade causal que impede ou dificulta em grande parte a imitação, pois os imitadores não têm clareza sobre “o que” ou “como” imitar⁸⁶. Disto resulta um segundo pressuposto, que é o da imobilidade dos recursos: recursos que podem não ser facilmente adquiridos ou copiados, ou ainda exigirem alto custo para serem copiados, consistem fontes potenciais de vantagem competitiva⁸⁷.

Na busca de vantagens competitivas sustentáveis, Barney⁸⁸ sugere que os recursos devam possuir simultaneamente quatro atributos:

- a) valor – para a eficiência e eficácia das operações cotidianas;
- b) raridade – pela dificuldade de aquisição ou de manipulação. Permite uma diferenciação em relação aos concorrentes;
- c) ser de difícil imitação;
- d) ser de difícil substituição por outro semelhante (equifinalidade).

As características de singularidade e de difícil reprodução aparecem também nas propostas de Teece e Pisano⁸⁹, para quem uma capacidade deve: a) estar a serviço do interesse do cliente; b) ser única; e c) ser difícil de reproduzir. Barney e Hesterly (1997 apud Takahashi⁸⁵) reforçam a importância dos recursos ímpares, citando exemplos, tais como a história da instituição – que é única, e a complexidade social de certos recursos, como a cultura organizacional e a reputação.

Teece e Pisano⁸⁹ contribuem ainda com a VBR ao agregar as noções de tempo e de adaptação na conceituação das “capacidades dinâmicas”⁹⁰. A teoria ressalta a necessidade de uma adaptação, reconfiguração e integração constantes

das habilidades, recursos e competências organizacionais para lidar com um ambiente em mudança⁸⁹. Não se trata somente de alcançar uma vantagem concorrencial, mas de manter a vantagem ao longo do tempo. Também não é suficiente ter a capacidade de oferecer um novo produto ou serviço, mas da capacidade de permanecer competitivo⁹⁰.

Com isso, a noção de vantagem competitiva incorpora: a exploração dos recursos e das capacidades internas e externas, o desenvolvimento de novos recursos e capacidades ou a combinação de habilidades e de recursos únicos que construa, mantenha e realce as vantagens distintivas e difíceis de imitar⁹¹.

Da percepção da necessária “combinação de recursos, habilidades ou capacidades” começa a ser desenvolvida a noção de competência organizacional. O referencial das competências, a discussão das diferentes acepções do termo e sua utilização na estratégia organizacional serão apresentados na sequência.

5 COMPETÊNCIAS

O termo “competência” abarca conceitos e dimensões diversas, seja no ambiente empresarial, seja no ambiente acadêmico. Para Fleury e Fleury⁹², as competências podem ser compreendidas no nível pessoal (competência do indivíduo), no nível das organizações (*core competences*) e no nível dos países (sistemas educacionais e formação de competências). De acordo com esses autores, a dinâmica relacional entre os diversos níveis de competência que se configuram na organização pode ser explicada da seguinte forma: em um nível mais geral, têm-se as competências organizacionais, moldadas nas unidades e funções; destas, algumas são consideradas competências essenciais, produzindo atributos que constituem as competências distintivas percebidas pelos clientes. As competências essenciais são formadas a partir da combinação dos recursos da organização e das competências individuais e são básicas na elaboração da estratégia competitiva⁹³.

Michaux⁹⁰ subdivide as competências em individuais, coletivas e estratégicas, sendo estas últimas apresentadas com sinônimo de competências organizacionais. Retour e Krohmer⁹⁴, por sua vez, propõem quatro níveis de análise na gestão de competências: a gestão das competências individuais, das competências coletivas, das competências organizacionais e das competências relativas ao ambiente^{kk}.

Grimand⁸⁶ aventa a possibilidade de uma competência estratégica remeter ao ambiente externo, entendendo que:

Toda a empresa engajada numa abordagem orientada para competências-chave deve, por um lado, mobilizar uma rede de competências complementares presentes em atores externos (competências que podem ser qualificadas de “ambientais”) e, por outro, avaliar a relação entre as competências desenvolvidas pelos clientes e seu impacto sobre a natureza das competências individuais e coletivas exigidas aos assalariados dessa empresa.

De maneira geral, a administração estratégica se interessa pela gestão das competências organizacionais, enquanto a gestão de recursos humanos elege como prioridade a gestão das competências individuais e, em menor medida, das

^{kk} Competências relativas ao ambiente seriam, para os autores, referidas às competências apresentadas por entidades ou atores fora do controle direto da organização (por exemplo: parceiros, clientes) e cuja prática influencia a mobilização das competências internas da empresa (individuais, coletivas ou organizacionais).

competências coletivas⁹⁵.

No presente texto, assume-se a perspectiva da administração estratégica, ou seja, são mais diretamente enfocadas as competências no nível das organizações, particularmente aquelas designadas por Prahalad e Hamel¹⁵ como “competências essenciais”. Entretanto, não se pode prescindir da apresentação do que sejam as competências individuais, uma vez que as competências organizacionais são, conforme Fleury e Fleury⁹³, formadas e sustentadas a partir das competências individuais, no uso e aproveitamento dos recursos organizacionais.

Pauvers e Schieb-Bienfait⁹⁵ acrescentam às competências individuais as competências coletivas, compreendendo que “(...) a competência organizacional resulta da combinação coordenada e valorizante de um conjunto de competências presentes individualmente (o indivíduo sendo o suporte físico da competência), mas também coletivamente”. Retour e Krohmer⁹⁴ vão mais além, propondo que as competências coletivas têm dois papéis fundamentais: o primeiro, ao atuar como fator de desenvolvimento de competências individuais; o segundo, como elemento constitutivo das competências-chave (ou essenciais). Grimand⁸⁶, em concordância, ressalta a importância das competências coletivas na criação de vantagem concorrencial.

Sob qualquer dos pontos de vista, porém, cabe assinalar que as competências organizacionais não devem ser consideradas como a mera soma das competências individuais, ou das individuais e coletivas, mas como um resultado da sinergia entre estas⁹⁶.

5.1 COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS

O conceito de competência, no nível do indivíduo, agrega conotações diversas, ora identificando-se mais com desempenho de tarefas ou com a qualificação, ora mais relacionado à capacidade de mobilização de recursos pessoais^{92,97}. Como elementos comuns às várias definições, publicação da Escola Nacional de Administração Pública⁹⁷ elenca os seguintes:

- 1) Trabalho – a noção de competência refere-se ao mundo do trabalho e qualquer tentativa de defini-la ou caracterizá-la pressupõe uma análise do trabalho e seu contexto.
- 2) CHA – os Conhecimentos, Habilidades e Atitudes aparecem em alguma medida nas definições.

3) Imprevisibilidade e subjetividade – essas duas características estão presentes em algumas definições, significando que, em algum momento, o indivíduo, por mais bem preparado, formado e capacitado que seja, utilizará de sua subjetividade para empreender ações em contexto de trabalho novo, que não havia sido antecipado.

Fleury e Fleury⁹² consideram que a competência individual não pode ser limitada ao conjunto de conhecimentos teóricos ou práticos dominados pelo indivíduo, nem pode ser restrita à tarefa. Para estes autores, competência pode ser definida como “(...) um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. Da definição de Fleury e Fleury⁹² já se pode inferir a estreita ligação entre competências individuais e organizacionais. Para estes autores, há uma inter-relação entre os diversos níveis de competência que resulta, pela aprendizagem intrínseca ao processo, no desenvolvimento de novas competências individuais⁹³. De forma semelhante, autores como Dutra⁹⁸ e Dutra, Fleury e Ruas⁹⁹ entendem que há, entre o indivíduo e a organização, uma troca contínua de competências.

Outro aspecto fundamental ressaltado por Fleury e Fleury¹⁰⁰ é a necessidade de que o conceito de competência seja apreendido no contexto do mundo do trabalho, seja nas empresas, seja na sociedade.

Considerando o mundo do trabalho, Zarifian¹⁰¹ destaca três mutações mais significativas como fundamentos para a emergência do modelo de competências:

- a) a noção de evento, representando tudo aquilo que ocorre de maneira imprevista, não programada, atrapalhando a capacidade rotineira de autorregulação e exigindo mobilização de recursos para a resolução;
- b) comunicação, de maneira a compreender o outro e a si mesmo, significando entrar em acordo sobre objetivos organizacionais e partilhar normas comuns para sua gestão;
- c) a noção de serviço, de atendimento aos clientes externos ou internos, deve ser central e estar presente em todas as atividades.

Zarifian¹⁰¹ introduz a noção de competência coletiva ao propor a existência de três níveis de competência na empresa: nível individual, nível funcional (ou de áreas) e nível organizacional. As competências funcionais “(...) são o desdobramento das competências organizacionais no espaço intermediário das grandes funções. Estão associadas ao exercício das principais funções coletivas da organização e são

atribuições mais específicas de grupos; uma categoria intermediária de competências, ficando entre as competências do negócio (organizacionais) e as competências individuais”¹⁰².

5.2 COMPETÊNCIAS COLETIVAS

As competências têm sido enfocadas, principalmente, sob o ponto de vista das competências individuais e das competências organizacionais, enquanto as competências coletivas ficam relegadas a um segundo plano. Contudo, alguns autores, como Michaux⁹⁰, Retour e Krohmer⁹⁴, e Pauvers e Schieb-Bienfait⁹⁵, vêm apresentando trabalhos que valorizam o papel das competências coletivas na organização.

Colin e Grasser¹⁰³ observam a dificuldade na definição de competência coletiva, que usualmente é descrita “mais do que a competência individual” ou “menos do que a competência organizacional”, sem que se alcance uma formulação objetiva. Em busca de uma apreensão do conceito e seus vínculos com outros níveis de análise, Retour e Krohmer⁹⁴ apresentam o seguinte quadro, com as principais definições de competência coletiva propostas e seus autores:

Autores	Definições
De Montmollin (1984)	Sem cair no mito do “trabalhador coletivo”, pode-se levantar a hipótese de uma competência coletiva e de sua gênese quando, no seio de uma equipe, as informações são trocadas, as representações se uniformizam, os “saberes-fazer” se articulam, os raciocínios e as estratégias são elaboradas conjuntamente. Essa competência coletiva não elimina, obviamente, mas supõe competências individuais complementares.
Nordhaug (1996)	As competências coletivas são “compostas pelos conhecimentos, pelas capacidades e pelo código genético de uma equipe”.
Wittorski (1997)	Percurso coletivo e cooperativo de resolução de problemas pela análise crítica do trabalho.
Dejoux (1998)	Conjunto das competências individuais dos participantes de um grupo, mais um componente indefinível, que é próprio ao grupo e oriundo da sinergia e da dinâmica deste grupo.
Dubois e Retour (1999)	Capacidade de um coletivo de indivíduos de inventar, no trabalho, sua organização, que vai além de um simples desdobramento de um esquema de conjunto formalizado pelas regras organizacionais.
Pemartin (1999)	Saber combinatório próprio a um grupo, o qual resulta da complementaridade e da criação de sinergia de competências individuais das quais não é a soma.
Dupuich-Rabasse	Uma combinatória de saberes diferenciados que são aplicados na

(2000)	ação, a fim de atingir um objetivo comum cujos atores apresentam representações mentais comuns e pretendem resolver conjuntamente os problemas.
Guilhon e Trépo (2000)	Conjunto de conhecimentos (aprendidos e formalizados) e de saberes (tácitos e explícitos) envolvidos em um processo de produção em ação numa organização. A CC é composta pelos produtos da interação dos indivíduos de mesmo <i>métier</i> ou de <i>métiers</i> diferentes. As CC são o resultado do encontro entre a organização e o ambiente, através da interpretação que cria e define uma linguagem e um modo de coordenação entre as pessoas.
Amherdt et al. (2000)	Conjunto dos saberes-agir que emergem de uma equipe de trabalho, combinando recursos endógenos e exógenos de cada um dos membros, criando competências novas oriundas de combinações sinérgicas de recursos.
Bataille (2001)	Capacidade reconhecida a um coletivo de trabalho de enfrentar uma situação que não poderia ser assumida por nenhum dos membros individualmente.
Michaux (2003)	Saberes e saberes-fazer tácitos (compartilhados e complementares) ou ainda trocas informais sustentadas por solidariedades que participam da “capacidade repetida e reconhecida” de um coletivo em se coordenar a fim de produzir um resultado comum ou coconstruir soluções.

Figura 2 – Definições de Competência Coletiva.

Fonte: Retour e Krohmer⁹⁴, 2011, p. 47.

Da análise das definições, postulam-se quatro atributos fundamentais constitutivos da competência coletiva⁹⁴:

- a) um referencial comum que estrutura a ação coletiva em função de informações detidas pelos membros do coletivo, do confronto de suas representações e de um compromisso elaborado para o compartilhamento das competências individuais. É operativo no sentido que se constrói com vistas à preparação e realização da ação projetada, sendo, portanto, transitório;
- b) uma linguagem compartilhada, um vocabulário particular próprio da equipe que permite uma economia cognitiva na ação, compreensão mais rápida e, simultaneamente, contribui para a conformação de uma identidade comum, distinta dos demais coletivos;
- c) uma memória coletiva, com registro de aprendizagens passadas, criação de um novo saber pela interação e orientação para aprendizagens futuras;

- d) um engajamento subjetivo, uma mobilização subjetiva dos atores envolvidos na ação comum e que integra um tratamento contingencial da atividade, ou seja resolução de imprevistos, de situações disruptivas da ação.

Os quatro atributos descritos auxiliam na diferenciação entre uma mera agregação ou justaposição de competências individuais e a existência de uma competência coletiva, inseparável da coletividade da qual emerge¹⁰³.

5.3 COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS

As competências organizacionais também apresentam terminologias, definições e perspectivas variadas, embora igualmente fundamentadas na associação dos recursos da empresa com seu desempenho¹⁴. Alguns dos autores mais conhecidos, Prahalad e Hamel¹⁵ apresentam as *core competences* ou competências essenciais como a capacidade de combinar, misturar e integrar recursos em produtos e serviços de forma a assegurar a vantagem competitiva. Para estes autores, as competências essenciais devem obedecer a três critérios: oferecer reais benefícios, que sejam percebidos pelo cliente no produto final; ser de difícil imitação pelos competidores; e prover acesso a diferentes mercados. Sob esta perspectiva, percebe-se a estreita ligação entre as competências essenciais e a estratégia organizacional.

As competências organizacionais podem, sob o ponto de vista de sua singularidade, ser classificadas como básicas, representando atributos necessários ao funcionamento da organização, mas não distintivos em relação à concorrência ou como essenciais, representando atributos de caráter distintivo, que diferenciam uma organização das demais (Nisembaum, 2000 apud Kalil et al.¹⁰⁴).

As competências organizacionais podem ainda ser classificadas como: a) emergentes – competências que podem não ser relevantes para as atividades atuais da organização, mas considerando a estratégia e visão de futuro, tendem a aumentar de importância; b) declinantes – competências que durante um tempo foram importantes para a organização e para as atividades desenvolvidas no passado, mas que tendem a ser superadas; c) transitórias – competências que, embora pontuais e menos enfatizadas na estratégia organizacional, precisam ser mobilizadas durante processos de mudança, momentos críticos ou de transição; e d)

perenes ou estáveis – competências que permanecem relevantes ao longo do tempo, seja qual for a direção estratégica da organização. Formam um grupo fundamental de competências organizacionais, intimamente relacionadas à obtenção do desempenho desejado (Sparrow e Bognanno, 1997 apud Carvalho et al.⁹⁷; Sparrow e Bognanno, 1994 apud Kalil et al.¹⁰⁴).

Teece, Pisano e Shuen (1997 apud Dal-Soto¹⁰⁵) apontam que a essência das competências organizacionais está nos processos organizacionais que são formados pelos ativos da empresa e pela sua trajetória evolucionária (ou evolucionista). A trajetória evolucionista busca explicar os acontecimentos ao longo do tempo, sendo as competências resultantes de um processo histórico de escolhas. No setor público, as competências organizacionais ultrapassam as competências legais estabelecidas no momento de criação de uma organização pública, de forma a fazer frente a novas realidades e políticas que surgem ao longo do tempo⁹⁷.

O olhar temporal e histórico no desenvolvimento das competências organizacionais remete à perspectiva apontada nos estudos de dependência de trajetória (*path dependence*), cuja lógica subjacente “é a consideração de que a história importa, que decisões anteriores poderão ter consequências aos fatos presentes, por vezes trancando (*lock-in*, no termo inglês) a empresa num curso irreversível”¹⁰⁶.

Surgido como resultado das críticas à teoria econômica neoclássica, que desconsiderava aspectos históricos, o conceito de dependência de trajetória foi posteriormente incorporado ao campo da ciência política, sobretudo pela corrente institucionalista histórica¹⁰⁷. Sob o ponto de vista do institucionalismo histórico existiriam conjunções críticas nas quais, a partir de escolhas políticas e institucionais iniciais para um setor, seriam legitimados os atores participantes das arenas setoriais e definidos os arranjos institucionais¹⁰⁸. Conjunções ou conjunturas críticas constituem momentos de mudança nos quais emerge uma nova ordem institucional – condicionante de uma trajetória dependente – e que geram estabilidade posterior¹⁰⁹.

De acordo com Damásio¹⁰⁹, pesquisas relacionadas às reformas administrativas nos governos brasileiros apontam usualmente três momentos de mudanças de grande impacto institucional: o período do Dasp, cujo principal objetivo era criar as modernas burocracias de Estado, a instituição do Decreto Lei 200 e a recente Reforma Gerencial do Estado. Estes foram, também, alguns dos pontos de inflexão na trajetória da Fiocruz.

O histórico apresentado em seção anterior descreve os principais marcos na

trajetória da Fundação, possibilitando verificar sob influência de quais políticas e em quais contextos históricos se formaram as competências organizacionais. Da leitura do texto depreende-se que algumas escolhas reafirmaram-se ao longo da trajetória da instituição: a reforma sanitária como meta; a ciência como caminho de redução das iniquidades; a saúde pública como escopo; a integração entre ensino, pesquisa e produção como alicerce; a democracia como compromisso e a vocação internacional como característica. Daí decorrerão as competências estratégicas para a internacionalização da pós-graduação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve origem em duas questões principais: como se conjugam, na Fiocruz, as diferentes ações e relações implicadas na iniciativa do ensino internacional em nível de pós-graduação *stricto sensu*? Que mecanismos podem auxiliar a identificação das competências organizacionais estratégicas para a realização desta iniciativa? A primeira questão sinalizava a necessidade de levar em conta a intercessão entre diferentes fatores, tais como as relações internacionais, a política externa, as políticas de saúde e de educação nas ações de internacionalização da Fiocruz. A segunda questão ressaltava a importância do desenvolvimento de competências organizacionais para o processo de internacionalização, parte da estratégia organizacional. Como as duas faces de uma moeda, tais questões vieram a reunir-se no objetivo do trabalho – analisar a formação das competências estratégicas para o processo de internacionalização da pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz na África.

A construção de competências está, conforme assinalado anteriormente, intimamente relacionada aos recursos existentes e à trajetória evolucionária da organização. Isto não significa, entretanto, desconsiderar a influência de fatores externos à organização, mas relacionar as forças internas à capacidade de resposta às oportunidades e à manutenção de vantagem competitiva. As competências propiciam o aproveitamento de oportunidades e orientam, de certa forma, a estratégia organizacional, ao mesmo tempo em que se desenvolvem em função das estratégias adotadas. Compreende-se, portanto, que as competências estratégicas precisam ser analisadas sob uma perspectiva dinâmica, ou seja, entendendo-se que são necessárias constantes adaptações, reconfigurações e integração de habilidades, recursos e competências organizacionais para lidar com um ambiente em mudança.

Na história da Fiocruz algumas escolhas destacaram-se e parecem modelar, conduzir a internacionalização da pós-graduação *stricto sensu* da Fiocruz na África. As competências construídas ao longo da trajetória da Fundação – o aprendizado advindo da expansão nacional, as opções pela reforma sanitária, pela saúde pública e pela utilização da ciência como instrumento de redução das iniquidades em saúde

– conjugaram-se às mudanças do cenário das relações internacionais, constituindo uma conjunção crítica que possibilitou a ampliação do papel da Fiocruz na cooperação Sul-Sul em saúde realizada pelo Brasil.

Em paralelo, a experiência no ensino em saúde, inerentemente associada à pesquisa e à produção, colaboraram no aperfeiçoamento de competências para a cooperação acadêmica internacional. A cooperação executada pela Fiocruz em Moçambique está de acordo com propostas defendidas por Schmidt e Martins⁴¹ para o momento atual da cooperação acadêmica internacional, tomando em consideração os princípios de solidariedade, compartilhamento de responsabilidades e maior simetria nas relações entre países, em clara aproximação com a cooperação Sul-Sul. Tais fatores favoreceram o estabelecimento da Fiocruz como o órgão executor da cooperação estruturante em saúde assumida pelo país na África.

Percebe-se que as competências desenvolvidas no decorrer da trajetória da organização propiciaram o aproveitamento de oportunidades externas. No que concerne à internacionalização de países, a Fiocruz tem contribuído significativamente com o processo de internacionalização do Brasil, assumindo papel semelhante a empresas nacionais como Embraer e Petrobrás. Em uma aproximação com a internacionalização de empresas, a Fiocruz atua de forma incrementalista, valendo-se de seus recursos e competência organizacional para obtenção de vantagem competitiva — neste caso o lugar de principal órgão executor da cooperação em saúde realizada entre Brasil e a África. Ainda em uma aproximação, a cooperação com a África, em especial com os países lusófonos, condiz com a ideia de um processo gradual de internacionalização a partir de laços culturais comumente adotados na estratégia de internacionalização de empresas.

A proximidade cultural com a África lusófona, embora seja ponto de aproximação para a internacionalização, é causa também de algumas generalizações indesejáveis. Nos estudos relativos às relações internacionais, é recorrente o uso da palavra “África” como se designasse um só país. No presente trabalho incorreu-se na mesma generalização, tomando-se Moçambique com representativo da diversidade de países e de realidades socioeconômicas e culturais que compõem o continente africano. Esta foi uma das limitações do trabalho.

Outras limitações decorrem do esforço de apresentar um panorama das diversas áreas e fatores que interferem na implantação da pós-graduação internacional da Fiocruz que, em contraposição ao prazo de finalização do estudo,

pode por vezes ter resultado em uma aparente simplificação das análises apresentadas. Contudo, o presente texto representa um estudo exploratório e inicial que, deseja-se, “faça as vezes de uma primeira pedra atirada ao lago que, esperançosamente seguida de outras, venha a proporcionar efeitos mais amplos”.

Sugere-se que trabalhos posteriores possam aprofundar o estudo das questões iniciais, possibilitando, por exemplo, o mapeamento das competências estratégicas, a identificação de competências emergentes e as necessidades de aprimoramento de competências na internacionalização da Fiocruz. Podem ainda ser realizadas pesquisas que se dediquem mais diretamente às questões da internacionalização acadêmica, atingindo objetivos não contemplados no estudo.

REFERÊNCIAS

1. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cien Saúde Colet.* 2003;8(2):521-35.
2. Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 Ago [acesso em 2 jun 2010]. 40(spe):11-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400003&lng=pt
3. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (Brasil). Política de Desenvolvimento Produtivo [acesso em 15 out 2010]. Disponível em: <http://www.mdic.gov.br/pdp/index.php/sitio/inicial>
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008-2011. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
5. Declaração de Alma-Ata [acesso em 15 out 2010]. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978 set 6-12, Alma-Ata, União Soviética. [S.l.: s.n.; 197-?]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
7. Kickbusch I, Berger C. Experiências e lições aprendidas no desenvolvimento de capacidades em diplomacia da saúde global. *Rev Electron Comum Inf Inov Saúde.* [periódico na Internet]. 2010 Mar [acesso em 8 out 2010]; 4(1):141-147. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/354>
8. Kickbusch I, Berger C. Diplomacia da Saúde Global. *Rev Electron Comum Inf Inov Saúde.* [periódico na Internet]. 2010 Mar [acesso em 8 out 2010]; 4(1):19-24. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/342>
9. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório de Atividades 2005-2008. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
10. Agência Brasileira de Cooperação [homepage na Internet]. CGPD - Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento [acesso em 2 jun 2010]. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/abc/coordenacoesCGPDIntroducao.asp>
11. Buss PM, 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 (CLPL). *Rev Electron Comum Inf Inov Saúde.* [periódico na Internet]. 2010 Mar [acesso em 8 out 2010]; 4(1):106-118. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/350/516>

12. Leal MC. Ciência e ensino: desafios e oportunidades [periódico na Internet]. *Gaz méd Bahia*. 2008 [acesso em 17 abr 2009]; 78 (1 supl.):90-7. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/268/259>
13. Almeida C, Campos RP, Buss PM, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *Rev Electron Comum Inf Inov Saúde*. [periódico na Internet]. 2010 Mar [acesso em 8 out 2010]; 4(1):25-35. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/343>
14. Dal-Soto F, Paiva EL, Souza YS. Análise de competências organizacionais na internacionalização de empresas da cadeia coureiro-calçadista. *Rev adm empres*. [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 15 out 2010]; 47(3):40-52. Disponível em: <http://rae.fgv.br/rae/vol47-num3-2007/analise-competencias-organizacionais-na-internacionalizacao-empresas-cadeia-cour>
15. Prahalad CK, Hamel G. The core competence of the corporation. *Harv Bus Rev*. 1990:79-91.
16. Gil AC. *Como Elaborar Projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1996.
17. Sá-Silva, JR.; Almeida, CD; Guindani, JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*. [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 9 jan 2010]; São Leopoldo, 1(1):1-15. Disponível em: http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf
18. Buss PM, Gadelha, P. Fundação Oswaldo Cruz: experiência centenária em biologia e saúde pública. *São Paulo Perspec*. [periódico na internet]. 2002 [acesso em 2 out 2010]; 16(4):73-83. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000400012&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-88392002000400012
19. Vieira VMM. *Competências para inovar no setor farmacêutico: o caso da Fundação Oswaldo Cruz e de seu instituto tecnológico em fármacos/Far-Manguinhos* [monografia na Internet]. Tese [Doutorado]. Campinas: Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas; 2005 [acesso em 2 out 2010]. Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000353029>
20. Marques F. *A construção de um ideal em saúde pública*. Agência Fiocruz de Notícias [internet]. 2005 Mai [acesso em 02 dez 2010]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ccs/media/revista_manguinhos_maio2005_HISTORIA.pdf
21. Valverde R. *Da gestão carismática à democrática, 107 anos de história em Manguinhos*. Agência Fiocruz de Notícias [internet]. 2005 Mai [acesso em 2 dez 2010]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ccs/media/revista_manguinhos_maio2005_GESTAO.pdf
22. Benchimol JL. *Pasteur, a saúde pública e a pesquisa biomédica no Brasil*. In: Lima NT, Marchand, MH (orgs.). *Louis Pasteur e Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 55-107.

23. Fiocruz [homepage na Internet]. Linha do tempo [acesso em 2 dez 2010]. Disponível em:
<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2886&sid=194>
24. Benchimol JL. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. [periódico na internet]. 2000 [acesso em 2 out 2010]; 5(2):265-292. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200005&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232000000200005
25. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz: a saúde do ensino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
26. Fundação Oswaldo Cruz. Pioneirismo e inovação: o ensino na Fundação Oswaldo Cruz. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
27. Hamilton W, Azevedo N. Um estranho no ninho: memórias de um ex-presidente da Fiocruz. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. [periódico na Internet]. 2001 Jun [acesso em 2 out 2010] ; 8(1): 237-264. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200011&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-59702001000200011.
28. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório de Atividades 1999. Rio de Janeiro: Fiocruz, [s.d.].
29. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. EAD em números. [internet]. 2011 [acesso em 2 mai 2011]. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/ead-em-numeros/>
30. Caxada A. Começam as atividades da Escola de Governo em Saúde. Agência Fiocruz de Notícias [internet]. 2011 Fev [acesso em 2 mar 2011]. Disponível em:
<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=3813&sid=9>
31. Instituto Leônidas e Maria Deane [homepage na Internet]. Histórico. [acesso em 2 mar 2011]. Disponível em:
<http://www.amazonia.fiocruz.br/institucional/historico.html>
32. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório de Atividades 2002. Rio de Janeiro: Fiocruz, [s.d.].
33. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [homepage na Internet]. APCN-2010 [acesso em 2 jun 2010]. Disponível em:
http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/Manual_APCN2010.pdf
34. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório de Atividades 2005. Rio de Janeiro: Fiocruz, [s.d.].
35. Governo do Ceará cede terreno para instalação de unidade da Fiocruz. Agência Fiocruz de Notícias [internet]. 2010 [acesso em 2 mar 2011]. Disponível em:
<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=3336&sid=9>.

36. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório de Atividades 2001-2004. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

37. Câmara Técnica soma esforços das Unidades para fortalecer cooperação internacional. Informe Esp. [internet]. 2005 Out [acesso em 2 mar 2011]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-informe/informe/materia/index.php?matid=1983&origem=4>

38. Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 1988. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/mercosul/blocos/mercosul.htm>

39. Pires-Alves FA, Paiva CHA, Santana, JP. Cooperação Internacional, Política Exterior e Saúde: contribuição ao processo de avaliação do Termo de Cooperação Opas-Brasil nº 41 (TC 41). Rio de Janeiro: Observatório História e Saúde / Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, abr. 2010. 32 p. Documento de Trabalho Disponível em: <http://observatoriahistoria.coc.fiocruz.br/local/File/contribuicaoTC41.pdf>

40. Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz [homepage na Internet]. Apresentação [acesso em 2 mai 2011]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/cris/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=6>

41. Schmidt BV, Martins CBC. O Acordo Capes / Cofecub no Contexto da Pós-Graduação Brasileira. In: Martins CB (org.). Diálogos entre o Brasil e a França: formação e cooperação acadêmica. v. 1, Recife: Massangana, 2005. p. 151-164.

42. Stallivieri L. Estratégias de internacionalização das universidades brasileiras. Caxias do Sul: Educus, 2004. 143 p. (Coleção Internacional).

43. Schwartzman, S. A universidade primeira do Brasil: entre inteligência, padrão internacional e inclusão social. Estud. av. São Paulo [periódicos na Internet]. 2006 Abr [acesso em 27 set 2011]; 20(56) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000100012&lng=en&nrm=iso

44. Rosa, LOB. Cooperação acadêmica internacional: um estudo da atuação da CAPES [monografia na Internet]. Dissertação [Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008 [acesso em 8 out. 2010]. Disponível em: <http://hdl.hand/10482/6289>

45. Schwartzman, S. Um espaço para ciência: a formação da comunidade científica no Brasil. Brasília: MCT, 2001, 276 p. [acesso em 10 mai. 2010]. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/spacept/pdf/capit8.pdf>

46. Schwartzman, S. Nacionalismo versus Internacionalismo en las políticas de formación de recursos humanos de alto nivel (Texto preparado para el Seminario Internacional “Fuga de cérebros, movilidad académica y redes científicas”, Departamento de Investigaciones Educativas del CINVESTAV e Institut de Recherche pour Le Développement, Mexico, 2-4 marzo,2009.). En Sylvie Didout Aupetit y Edtienne Gérard, editores, Fuga de Cerebros, movilidad académica y redes científicas –

perspectivas latino-americanas. Mexico, IESALC – CINVESTAV – IRD, ISBN 978-607-95013-8-9. [acesso em 10 mai. 2010]. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/sinvestav2009.pdf>

47. Marrara T. Internacionalização da Pós-Graduação: objetivos, formas e avaliação. *Revista Brasileira de Pós-graduação*. [periódico na Internet]. 2007 Dez [acesso em 8 out. 2010]; 8:245-262. Disponível em: http://www2.capes.gov.br/rbpg/images/stories/downloads/RBPG/Vol.4_8dez2007_/Debates_artigo1_n8.pdf

48. Sato E. Cooperação internacional: uma componente essencial das relações internacionais. *Rev Electron Comum Inf Inov Saúde*. [periódico na Internet]. 2010 Mar [acesso em 8 out. 2010]; 4(1):46-57. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/345>

49. Ribeiro CO. Relações político-comerciais Brasil-África (1985-2006) [monografia na Internet]. Tese [Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2007 [acesso em 8 out. 2010]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-31102007-145644/pt-br.php>

50. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Rev Electron Comum Inf Inov Saúde*. [periódico na Internet]. 2010 Mar [acesso em 8 out 2010]; 4(1):93-105. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/350/519>

51. Santana JP. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2011 Jun [acesso em 21 jun. 2011]; 16(6): 2993-3002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600037&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232011000600037

52. Jaguaribe H. O Brasil e o sistema internacional contemporâneo. In: Marcovitch J (org.). *Cooperação internacional: estratégia e gestão*. São Paulo: Ed. USP; 1994, p. 65-84.

53. Rubarth EO. A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde [monografia na Internet]. Brasília: Instituto Rio Branco; 1999. [acesso em 10 out 2010]. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/al000203.pdf>

54. Ferreira JR, Fonseca LE. Institucionalização da cooperação centrada no cidadão. In: Contandriopoulos AP, Hartz Z, Gerbier M, Nguyen, A (org.). *Saúde e cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec*. Campinas: Saberes Editora, 2010. p. 399-421.

55. Sridhar D. Seven Challenges in International Development Assistance for Health and Ways Forward. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* Volume 38, Issue 3, pages 459–469, Fall 2010 29 sep 2010.

56. WHO Regional Office for Africa. Resumo analítico – Sistema de financiamento da saúde. Disponível em:

http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:Analytical_summary_-_Health_financing_system/pt

57. Ruger JP, NG NY. Emerging and transitioning countries role in global health. *Saint Louis University Journal of Health Law & Policy* Vol. 3, Issue 2:253-290, 2010. Disponível em: http://www.slu.edu/Documents/law/SLUJHP/JHLP3-2_Ruger_and_Ng_Article.pdf

58. WHO Regional Office for Africa. Achieving Sustainable Health Development in the African Region: Strategic Directions for WHO. 2010. Disponível em: <http://www.afro.who.int/en/afro-library-services.html>

59. Buss PM. Brasil: estruturando a cooperação na saúde. *Lancet* 2011; [publicado online em 9 de maio]. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60354-1. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom2.pdf>

60. Buss PM. Cooperação entre países deve ser horizontal e estruturante [Entrevista concedida à Radis]. *Radis* out 2010; 98; 20-21. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/98/pdf/radis_98.pdf

61. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) 2009-2012. 2009 Mai Disponível em: <http://www.cplp.org/id-1787.aspx>

62. Brown TM, Cueto M, Fee E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. [periódico na Internet]. 2006. [acesso em 29 maio 2010]; 13(3):623-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000300005&lng=en&nrm=iso

63. Almeida C. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde*. [periódico na Internet]. 2010 Mar [acesso em 29 maio 2010]; 4(1):148-64. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/350/512>

64. Ribeiro CO. A política africana do Brasil no pós-guerra fria. *Rev sociol polit*. [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 20 dez 2010]; 18(35):55-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782010000100005&lng=pt&nrm=iso

65. Saraiva JFS. Política exterior do Governo Lula: o desafio africano. *Rev bras polit int*. [periódico na Internet]. 2002 Dez [acesso em 20 dez 2010]; 45(2):5-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292002000200001&lng=pt&nrm=iso

66. Ribeiro CO. A política africana do governo Lula: (2003-2006). *Tempo soc*. [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 8 out 2010]; 21(2):185-209. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702009000200009&lng=pt&nrm=iso

67. Alem AC, Cavalcanti CE. O BNDES e o apoio à internacionalização das empresas brasileiras: algumas reflexões. In: Almeida A (org.). Internacionalização de Empresas Brasileiras. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. cap. 9:259-82.
68. Almeida ALS. A relevância do investimento brasileiro direto para as empresas e para a sociedade. In: Almeida A (org.). Internacionalização de Empresas Brasileiras. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. cap. 10:283-316.
69. Hilal A, Hemais CA. O processo de internacionalização na ótica da escola nórdica: evidências empíricas em empresas brasileiras. Rev adm contemp. [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 30 out 2010]; 7(1):109-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552003000100006&lng=en&nrm=iso
70. Fleury A, Fleury MTL. Para pensar o processo de internacionalização das empresas brasileiras. Boletim Inova. Núcleo de Política e Gestão Tecnológica da Universidade de São Paulo. [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 15 out 2010]; 45:2-3. Disponível em: http://www.fundacaofia.com.br/pgtusp/publicacoes/inova_pdf/inova45.pdf
71. Fleury A, Fleury MTL. Internacionalização das empresas brasileiras: em busca de uma abordagem teórica para os *late movers*. In: Fleury A, Fleury MTL (orgs.). Internacionalização e os países emergentes. São Paulo: Atlas, 2007. p. 3-14.
72. Rocha A, Almeida V. Estratégias de entrada e de operação em mercados internacionais. In: Tanure B, Duarte RG (orgs.). Gestão Internacional. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 7-37.
73. Neumann RW, Hemais CA. Produção internacional e comportamento organizacional no processo de internacionalização: podem as teorias explicar o comércio internacional? In: Hemais CA (org.). O desafio dos mercados externos: teoria e prática na internacionalização da firma. Rio de Janeiro: Mauad, 2005. p. 15-64.
74. Amatucci M. Teorias de negócios internacionais e a economia brasileira: de 1850 a 2007. In: Amatucci M (org.). Internacionalização de empresas: teorias, problemas e casos. São Paulo: Atlas, 2009. p. 5-58.
75. Carneiro J, Dib LA. Avaliação comparativa do escopo descritivo e explanatório dos principais modelos de internacionalização de empresas. Internext: Revista Eletrônica de Negócios Internacionais da ESPM. [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 24 out 2010]; 2(1):1-25. Disponível em: <http://internext.espm.br/index.php/internext/article/viewFile/16/15>
76. Cyrino AB, Barcellos EP. Estratégias de internacionalização: evidências e reflexões sobre as empresas brasileiras. In: Tanure B, Duarte RG (orgs.). Gestão Internacional. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 221-46.

77. Tavares M, Ferraz JC. Translatinas: quem são, por onde avançam e que desafios enfrentam? In: Fleury A, Fleury MTL (orgs.). Internacionalização e os países emergentes. São Paulo: Atlas, 2007. p. 120-41.
78. Turolla FA. Quais os modelos explicam o fluxo de investimentos diretos brasileiros no exterior? In: Amatucci M (org.). Internacionalização de empresas: teorias, problemas e casos. São Paulo: Atlas, 2009. p. 59-78.
79. Teixeira CH. Identificação de Competências organizacionais brasileiras no processo de internacionalização e inserção competitiva no mercado global [monografia na Internet]. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007 [acesso em 8 out. 2010]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-30012008-102739/pt-br.php>
80. Hemais CA, Hilal A. O Processo de Internacionalização da Firma segundo a Escola Nórdica. In: Rocha A. A Internacionalização das Empresas Brasileiras: Estudos de Gestão Internacional. Rio de Janeiro: Mauad, 2002. p. 15-40.
81. Bernardes SP. Exportação ou investimento direto?: Lições da Espanha. In: Amatucci M (org.). Internacionalização de empresas: teorias, problemas e casos. São Paulo: Atlas, 2009. p. 123-43.
82. Chevarria DG. Multinacionais brasileiras e investimento externo direto: uma revisão da pesquisa nacional. Internext: Revista Eletrônica de Negócios Internacionais da ESPM. [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 24 out 2010]: 2(2):247-74. Disponível em <http://internext.espm.br/index.php/internext/article/view/27/25>
83. Tigre PB. Gestão da inovação: a economia da tecnologia no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
84. Tidd J, Bessant J, Pavitt K. Managing innovation integrating technological, market and organizational change. England. John Wiley & Sons Ltd. Baffins Lane, Chichester. West Sussex, 1997.
85. Takahashi ARW. Descortinando os processos de aprendizagem organizacional no desenvolvimento de competências em instituições de ensino [monografia na Internet]. Tese [Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo; 2007 [acesso em 2 out 2010]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-17102007-160130/pt-br.php>
86. Grimand A. Das competências individuais às competências estratégicas: uma experiência de modelagem das estratégias concorrenciais com base na gestão de recursos humanos. In: Retour D, Picq T, Défélis C, Ruas R (orgs.). Competências coletivas: no limiar da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2011, p. 23-44.
87. Martins, LAG. Visão baseada em recursos: estratégias competitivas de uma instituição privada no setor de saúde [monografia na Internet]. Dissertação

[Mestrado]. São Paulo: Universidade Paulista; 2009 [acesso em 8 out. 2010].

Disponível em:

http://www.unip.br/ensino/pos_graduacao/strictosensu/administracao/download/adm_luizalbertogmartins.swf

88. Barney JB. Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of management*. 17(1):98-120, 1991.

89. Teece D, Pisano G. The dynamic capabilities of firms: an introduction. *Industrial and Corporate Change*, 3:537-556, 1994.

90. Michaux V. Articular as competências individual, coletiva, organizacional e estratégica: esclarecendo a teoria dos recursos e do capital social. In: Retour D, Picq T, Defélix C, Ruas R (orgs.). *Competências coletivas: no limiar da estratégia*. Porto Alegre: Bookman, 2011. p. 1-21.

91. Kretzer J, Menezes EA. A importância da visão baseada em recursos na explicação da vantagem competitiva. *Revista de Economia Mackenzie*. [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 24 out 2010]; 4(4):63-87. Disponível em: <http://132.248.9.1:8991/hevila/RevistadeeconomiaMackenzie/2006/vol4/no4/4.pdf>

92. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. *Rev. adm. contemp.* [periódico na Internet]. 2001 [acesso em 15 out 2010]; 5(spe):183-196. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552001000500010&lng=en&nrm=iso

93. Fleury MTL, Fleury A. Alinhando estratégia e competências. *Rev adm empres.* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 15 out 2010]; 44(1):44-57. Disponível em: <http://www16.fgv.br/rae/artigos/1969.pdf>

94. Retour D, Krohmer, C. A competência coletiva: uma relação-chave na gestão das competências. In: Retour D, Picq T, Defélix C, Ruas R (orgs.). *Competências coletivas: no limiar da estratégia*. Porto Alegre: Bookman, 2011. p. 45-78.

95. Pauvers BC, Schieb-Bienfait N. Competências individuais e coletivas no centro da estratégia: um estudo de caso longitudinal em uma empresa cooperativa de construção civil. In: Retour D, Picq T, Defélix C, Ruas R (orgs.). *Competências coletivas: no limiar da estratégia*. Porto Alegre: Bookman, 2011. p.127-151.

96. Ruas R. Gestão por competências: uma contribuição à estratégia das organizações. In: Ruas R, Antonello CS, Boff LH (orgs.). *Aprendizagem organizacional e competências: os novos horizontes da gestão*. Porto Alegre: Bookman, 2005. p. 34-54.

97. Carvalho AI et al. *Escolas de governo e gestão por competências: mesa-redonda de pesquisa-ação*. Brasília: ENAP, 2009.

98. Dutra JS (org.). *Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas*. São Paulo: Gente, 2001.

99. Dutra JS, Fleury MTL e Ruas R (orgs.). Competências: conceitos, métodos e experiências. São Paulo: Atlas, 2008.
100. Fleury A, Fleury MTL. Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeças caleidoscópico da indústria brasileira. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004 (4. reimpressão 2008).
101. Zarifian P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.
102. Araujo ALD. A capacitação de recursos humanos em uma instituição de C e T em saúde: uma abordagem estratégica com base em competências. Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
103. Colin T, Grasser B. Das competências individuais à competência coletiva: contribuições da aprendizagem em um serviço de emergência hospitalar. In: Retour D, Picq T, Defélix C, Ruas R (orgs.). Competências coletivas: no limiar da estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2011. p.127-151.
104. Kalil AP et al. Gestão por competências em organizações de governo. Brasília: ENAP, 2005.
105. Dal-Soto F. O desenvolvimento de competências organizacionais para a inserção internacional: um estudo no setor de componentes para couro, calçados e artefatos do Vale dos Sinos. [monografia na Internet]. Dissertação [Mestrado]. São Leopoldo: Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale dos Sinos; 2004 [acesso em 2 out 2010]. Disponível em: <http://biblioteca.asav.org.br/vinculos/tede/Fabio%20Dal-Soto.pdf>
106. Gonçalves RB. Efeitos da internacionalização sobre os recursos estratégicos. [monografia na Internet]. Tese [Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Programa de Pós-Graduação em Administração; 2009 [acesso em 2 out 2010]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/17501>
107. Sousa ACA. Política de saneamento no Brasil: atores, instituições e interesses. 98 p. Tese [Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
108. Gerschman S, Santos MAB. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. Rev. bras. Ci. Soc. [periódico da internet]. São Paulo. 2006 Jun; 21(61). [acesso em 2 out 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010&lng=en&nrm=iso
109. Damásio L. Desenvolvimento institucional do INEP: conjuntura crítica e trajetória. 118 p. Dissertação [Mestrado]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2011.

ANEXOS

Anexo I

Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Econômica, científica e técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola para Implementação do Projeto "Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola"

Capacitação Sistema Saúde

Page 1 of 3



DAI - Divisão de Atos Internacionais



AJUSTE COMPLEMENTAR AO ACORDO DE COOPERAÇÃO ECONÔMICA, CIENTÍFICA E TÉCNICA ENTRE O GOVERNO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O GOVERNO DA REPÚBLICA DE ANGOLA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO "CAPACITAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DA REPÚBLICA DE ANGOLA"

O Governo da República Federativa do Brasil
e
O Governo da República de Angola
(doravante denominados "Partes Contratantes"),

Considerando o estabelecido no Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica entre a República Federativa do Brasil e a República de Angola, firmado em 11 de junho de 1980;

Desejosos de promover a cooperação técnica para o desenvolvimento;

Convencidos de que a cooperação técnica na área de saúde reveste-se de especial interesse para as Partes Contratantes,

Acordam o seguinte:

ARTIGO I

1. O presente Ajuste Complementar tem por objeto a implementação do projeto "Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola" (doravante denominado "Projeto"), cuja cooperação desenvolver-se-á nos seguintes domínios, considerados de interesse comum:

- a. apoio à organização e implementação do curso de Mestrado em Saúde Pública em Angola para formar profissionais que atuarão no ensino, investigação e cooperação técnica na Escola de Saúde Pública de Angola;
- b. apoio à estruturação de uma rede de bibliotecas em saúde em Angola;
- c. apoio à reestruturação das Escolas Técnicas de Saúde de Angola; e
- d. apoio ao fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde Pública de Angola.

2. O Projeto contemplará os objetivos, as atividades, os resultados e o orçamento.

ARTIGO II

1. O Governo da República Federativa do Brasil designa:

a) a Agência Brasileira de Cooperação do Ministério de Relações Exteriores (ABC/MRE) e a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde do Brasil (AISA) como instituições responsáveis pela coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades decorrentes do presente Ajuste Complementar, e

- a. a FIOCRUZ como instituição responsável pela execução das atividades decorrentes deste Ajuste Complementar.

2. O Governo da República de Angola designa:

- a. o Ministério da Saúde como instituição responsável pela coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades decorrentes do presente Ajuste Complementar; e

b) a Direcção Nacional de Recursos Humanos como instituição responsável pela execução das atividades decorrentes deste Ajuste Complementar.

ARTIGO III

1. Ao Governo da República Federativa do Brasil cabe:

- a. designar e enviar especialistas brasileiros a Angola para desenvolver as atividades de cooperação técnica previstas no Projeto;
- b. receber especialistas angolanos no Brasil para serem capacitados pelas instituições executoras do Projeto; e
- c. acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Projeto.

2. Ao Governo da República de Angola cabe:

- a. designar especialistas angolanos que participarão de atividades de cooperação técnica no âmbito do Projeto no Brasil e em Angola;
- b. disponibilizar instalações e infra-estrutura adequadas à execução das atividades de cooperação técnica do Projeto em Angola;
- c. prestar aos especialistas brasileiros apoio necessário à execução do Projeto; e

d) acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Projeto.

ARTIGO IV

Os custos de implementação do presente Ajuste Complementar serão compartilhados por ambas as Partes Contratantes, com base nos detalhes do Projeto.

ARTIGO V

Na execução das atividades previstas no presente Ajuste Complementar, as Partes Contratantes poderão dispor de recursos de instituições públicas e privadas, de organizações não-governamentais, de organismos internacionais, de agências de cooperação técnica, de fundos e de programas regionais e internacionais.

ARTIGO VI

As atividades mencionadas no presente Ajuste Complementar estarão sujeitas às leis e aos regulamentos em vigor na República Federativa do Brasil e na República de Angola.

ARTIGO VII

Os direitos de propriedade intelectual obtidos a partir dos resultados, produtos e publicações provenientes do presente Ajuste Complementar estarão sujeitos às leis e aos regulamentos vigentes em ambos os países.

ARTIGO VIII

1. As Partes Contratantes poderão tornar públicas para a comunidade técnica e científica internacional informações sobre os produtos e as patentes derivados das atividades de cooperação resultantes do presente Ajuste Complementar, desde que previamente acordado por escrito.

2. Em qualquer situação as Partes Contratantes deverão especificar que as informações e os produtos gerados pelo Projeto resultam do esforço conjunto das instituições executoras.

ARTIGO IX

1. As instituições executoras mencionadas no Artigo II elaborarão relatórios sobre os resultados obtidos no Projeto desenvolvido no âmbito do presente Ajuste Complementar e apresentarão às instituições coordenadoras.

2. Os documentos resultantes das atividades desenvolvidas no contexto do Projeto a que se refere o presente Ajuste Complementar serão de propriedade conjunta das Partes Contratantes. Em caso de publicação dos referidos documentos, deverão as Partes Contratantes ser consultadas e mencionadas no documento objeto de publicação.

ARTIGO X

O presente Ajuste Complementar entrará em vigor na data de sua assinatura e terá vigência de dois (2) anos, sendo renovado automaticamente, até o cumprimento de seu objeto, salvo manifestação contrária das Partes Contratantes.

ARTIGO XI

O presente Ajuste Complementar poderá ser emendado, por consentimento mútuo, mediante troca de Notas diplomáticas entre as Partes Contratantes.

ARTIGO XII

Qualquer uma das Partes Contratantes poderá manifestar, a qualquer momento, por via diplomática, a sua decisão de denunciar o presente Ajuste Complementar. A denúncia somente surtirá efeito três (3) meses após o recebimento da respectiva notificação e não afetará as atividades que se encontrem em execução, exceto se uma das Partes Contratantes manifestar o contrário.

ARTIGO XIII

As questões não previstas no presente Ajuste Complementar serão regidas pelas disposições pertinentes do Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Angola.

Em testemunho do que, os signatários devidamente autorizados pelos seus respectivos governos assinam o presente Ajuste Complementar.

Feito em Luanda, em de de 2007, em dois exemplares originais em idioma português, fazendo ambos os textos igualmente fé.

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA
FEDERATIVA DO BRASIL:

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA
DE ANGOLA:

MARCELO LEONARDO DA
SILVA VASCONCELOS
Embaixador

JOSÉ VIEIRA DIAS VAN-DÚNEM
Vice-Ministro de Saúde

Anexo II

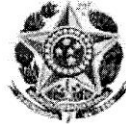
Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República Popular de Moçambique

ACORDO GERAL DE COOPERAÇÃO

Page 1 of 3



DAI - Divisão de Atos Internacionais



ACORDO GERAL DE COOPERAÇÃO

Publicado no Diário Oficial de 10 de julho de 1984.

2002

DECRETO Nº 89.929, DE 09 DE JULHO DE 1984

Promulga o Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique

O Presidente da República,

CONSIDERANDO que o Congresso Nacional aprovou, pelo Decreto Legislativo nº 94, de 14 de novembro de 1983, o Acordo Geral de Cooperação, celebrado entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, em Brasília, a 15 de setembro de 1981;

CONSIDERANDO que o referido Acordo entrou em vigor, por troca de Instrumentos de Ratificação, a 8 de junho de 1984, na forma de seu Artigo VII,

DECRETA:

Artigo 1º - O Acordo de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, apenso por cópia ao presente Decreto, será executado e cumprido tão inteiramente como nele se contém.

Artigo 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, em 09 de julho de 1984; 163º da Independência e 96º da República.

JOÃO FIGUEIREDO
R.S. Guerreiro

ACORDO GERAL DE COOPERAÇÃO ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A REPÚBLICA POPULAR DE MOÇAMBIQUE

A República Federativa do Brasil

e

A República Popular de Moçambique, a seguir designadas Partes Contratantes,

ACORDO GERAL DE COOPERAÇÃO

Page 2 of 3

Considerando o interesse em reforçar os laços de amizade, solidariedade e cooperação entre os seus respectivos povos,

Reafirmando a sua firme adesão aos objetivos e princípios da Carta das Nações Unidas,

Desejando promover, desenvolver e reforçar a cooperação entre os dois povos e países, com base nos princípios internacionalmente reconhecidos de igualdade, benefício recíproco, respeito mútuo pela soberania e integridade territorial, não-ingêrência nos assuntos internos, e de autodeterminação dos povos na livre escolha de seu sistema político-social e de seu processo de desenvolvimento,

Acordam o seguinte:

ARTIGO I

1. As Partes Contratantes estabelecerão entre si, numa base de igualdade, relações de cooperação econômica, científica, técnica e cultural.
2. As formas e condições de cooperação previstas no número anterior serão objeto de acordos ou programas especiais que concretizarão o presente Acordo.

ARTIGO II

As Partes Contratantes convêm em que a cooperação se concretize nos campos econômico, científico, técnico, tecnológico, cultural, de formação de pessoal, e em outros que eventualmente venham a ser acordados.

ARTIGO III

As Partes Contratantes concordam em estabelecer uma Comissão Mista Permanente para a Cooperação Econômica, Técnica e Científica, composta por delegações das duas Partes, dirigidas por membros a serem designados por cada uma das Partes Contratantes.

ARTIGO IV

1. À Comissão Mista Permanente compete, em especial:
 - a) acompanhar e dinamizar a execução do presente Acordo e de outros acordos concluídos ou a serem concluídos entre os dois países, analisar e propor medidas para ultrapassar as dificuldades resultantes da sua aplicação;
 - b) submeter propostas aos Governos dos dois países referentes ao desenvolvimento das relações econômicas, comerciais, científicas e técnicas entre os dois países.
2. A Comissão Mista Permanente adotará, na sua primeira sessão, o seu Regulamento Interno.

ARTIGO V

Quaisquer divergências de interpretação que possam surgir na aplicação do presente Acordo ou dos acordos que venham a ser concluídos em seu desenvolvimento, serão resolvidas por mútuo consentimento, dentro do espírito de amizade e cooperação, no âmbito da Comissão Mista Permanente, sem prejuízo de outras disposições especiais a serem incluídas nos respectivos acordos.

ARTIGO VI

As modificações ao presente Acordo Geral podem ser efetuadas por mútuo consentimento. Entrarão em vigor na forma da legislação interna de cada Parte. A intenção para tal modificação deverá ser comunicada, por escrito, à outra Parte Contratante, com pré-aviso de seis meses.

ACORDO GERAL DE COOPERAÇÃO

Page 3 of 3

ARTIGO VII

1. O presente Acordo será submetido à ratificação, de conformidade com os procedimentos constitucionais de cada uma das partes Contratantes.
2. Entrará em vigor a partir da data da troca dos instrumentos de ratificação, a ter lugar em Maputo, capital de República Popular de Moçambique.
3. Poderá ser denunciado por qualquer das Partes Contratantes, mediante notificação com a antecedência de seis meses.

Feito em Brasília, aos 15 dias do mês de setembro de 1981, em dois originais, na língua portuguesa, igualmente autênticos.

PELA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL:

PELA REPÚBLICA POPULAR DE MOÇAMBIQUE:

(Ramiro Saraiva Guerreiro)

(Joaquim Alberto Chissano)

Anexo III

Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique para Implementação do Projeto "Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique"

Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique

Page 1 of 3



DAI - Divisão de Atos Internacionais



AJUSTE COMPLEMENTAR AO ACORDO GERAL DE COOPERAÇÃO ENTRE O GOVERNO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O GOVERNO DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO "FORTALECIMENTO DO INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE"

O Governo da República Federativa do Brasil

e

O Governo da República de Moçambique

(doravante denominados "Partes Contratantes"),

Considerando que as relações de cooperação técnica têm sido fortalecidas e amparadas pelo Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique, firmado em 15 de setembro de 1981;

Considerando o desejo mútuo de promover a cooperação técnica para o desenvolvimento;

Considerando que a cooperação técnica na área de saúde reveste-se de especial interesse para as Partes Contratantes,

Ajustam o seguinte:

ARTIGO I

1. O presente Ajuste Complementar tem por objeto a implementação do projeto "Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique" (doravante denominado "Projeto"), cuja finalidade é:

- a. apoiar a organização e implementação do curso de Mestrado em Ciências da Saúde de Moçambique para formar futuros profissionais que atuarão no ensino e na pesquisa no país;
- b. apoiar a reestruturação da rede de bibliotecas em saúde em Moçambique; e
- c. apoiar a elaboração do Planejamento Estratégico do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique.

2. O Projeto contemplará os objetivos, as atividades, os resultados e o orçamento.

ARTIGO II

1. O Governo da República Federativa do Brasil designa:

- a. a Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE) e a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde do Brasil (AISA) como instituições responsáveis pela coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades decorrentes do presente Ajuste Complementar, e
- b. a FIOCRUZ como instituição responsável pela execução das atividades decorrentes deste Ajuste Complementar.

2. O Governo de Moçambique designa:

- a. O Ministério da Saúde como instituição responsável pela coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades decorrentes do presente Ajuste Complementar; e
- b. O Instituto Nacional de Saúde de Moçambique como instituição responsável pela execução das atividades decorrentes deste Ajuste Complementar.

ARTIGO III

1. Ao Governo da República Federativa do Brasil cabe:

- a. designar e enviar especialistas brasileiros a Moçambique para desenvolver as atividades de cooperação técnica previstas no Projeto;
- b. receber especialistas moçambicanos no Brasil para serem capacitados pelas instituições executoras do

- Projeto; e
- c. acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Projeto.
2. Ao Governo da República de Moçambique cabe;
- a. designar especialistas moçambicanos que participarão de atividades de cooperação técnica no âmbito do Projeto no Brasil e em Moçambique;
 - b. disponibilizar instalações e infra-estrutura adequadas à execução das atividades de cooperação técnica do Projeto em Moçambique;
 - c. prestar aos especialistas brasileiros apoio necessário à execução do Projeto; e
 - d. acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Projeto.

ARTIGO IV

Os custos de implementação do presente Ajuste Complementar serão compartilhados por ambas as Partes Contratantes, com base nos detalhes do Projeto.

ARTIGO V

Na execução das atividades previstas no Projeto objeto do presente Ajuste Complementar, as Partes Contratantes poderão dispor de recursos de instituições públicas e privadas de organizações não-governamentais, de organismos internacionais, de agências de cooperação técnica, de fundos e de programas regionais e internacionais.

ARTIGO VI

Todas as atividades mencionadas nesse Ajuste Complementar estarão sujeitas às leis e aos regulamentos em vigor no Brasil e em Moçambique.

ARTIGO VII

Os direitos de propriedade intelectual obtidos a partir dos resultados, produtos e publicações provenientes deste Ajuste Complementar estarão sujeitos às leis e aos regulamentos vigentes em ambos os países.

ARTIGO VIII

1. As Partes Contratantes poderão tornar públicas para a comunidade técnica e científica internacional informações sobre os produtos e as patentes derivados das atividades de cooperação resultantes do presente Ajuste Complementar, desde que previamente acordado por escrito.
2. Em qualquer situação as Partes Contratantes deverão especificar que as informações e os produtos gerados pelo Projeto resultam dos esforços conjuntos das instituições executoras.

ARTIGO IX

1. As instituições executoras mencionadas no Artigo II elaborarão relatórios sobre os resultados obtidos no Projeto desenvolvido no âmbito deste Ajuste Complementar e apresentarão às instituições coordenadoras.
2. Os documentos resultantes das atividades desenvolvidas no contexto do Projeto a que se refere o presente Ajuste Complementar serão de propriedade conjunta das Partes Contratantes. Em caso de publicação dos referidos documentos, deverão as Partes Contratantes ser resultadas e mencionadas no documento objeto de publicação.

ARTIGO X

O Presente Ajuste Complementar entrará em vigor na data de sua assinatura e terá vigência de 2 (dois) anos, sendo renovado automaticamente, até o cumprimento de seu objeto, salvo manifestação contrária das Partes Contratantes.

ARTIGO XI

O Presente Ajuste Complementar poderá ser emendado, por consentimento mútuo, mediante troca de Notas diplomáticas entre as Partes Contratantes.

ARTIGO XII

Qualquer uma das Partes Contratantes poderá manifestar, a qualquer momento, por via diplomática, a sua decisão de denunciar o presente Ajuste Complementar. A denúncia somente surtirá efeito 3 (três) meses após o recebimento da respectiva notificação e não afetará as atividades que se encontram em execução, exceto se uma das Partes Contratantes manifestar o contrário.

ARTIGO XIII

Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique

Page 3 of 3

As questões não previstas no presente Ajuste Complementar, serão regidas pelas disposições pertinentes do Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique.

Feito em Maputo, em 23 de abril de 2007, em dois originais, em português.

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA FEDERATIVA
DO BRASIL:
Leda Lucia Martins Camargo
Embaixadora

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA
DE MOÇAMBIQUE:
Paulo Ivo Garrido
Ministro da Saúde

Anexo IV

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



78

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 133, quarta-feira, 13 de julho de 2005

15. Caso o Governo da República Federativa do Brasil concorde com as propostas contidas nos itens de 1 a 12, esta Nota e a Nota em resposta por parte de Vossa Excelência, em que se expresse a concordância do Governo da República Federativa do Brasil, constituirão Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica, de 30 de outubro de 1972, a entrar em vigor na data da Nota de resposta de Vossa Excelência.

MICHELE VALENSISE

(Embaixador da Itália no Brasil)

Brasília, 1 de julho de 2005
ABCDC/TEC/DE-IDE/MA 001/ETEC-BRAS-ITA

Brasília, em 01 de julho de 2005.

A Sua Excelência

Michele Valensise

Embaixador Extraordinário e Plenipotenciário da

República Italiana

Senhor Embaixador,

Tenho a honra de acusar o recebimento da Nota 2536, datada de 01 de julho de 2005, cujo teor em português é o seguinte:

"Senhor Ministro,

Com referência ao Acordo Básico de Cooperação Técnica (doravante denominado "Acordo Básico"), celebrado entre o Governo da República Italiana e o Governo da República Federativa do Brasil em 30 de outubro de 1972, tenho a honra de propor a Vossa Excelência, em nome do meu Governo, o seguinte Ajuste Complementar sobre o projeto "Programa Biodiversidade Brasil-Itália", doravante denominado "Programa".

2. O Governo da República Italiana e o Governo da República Federativa do Brasil dão suporte à Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), ao Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) e ao Instituto Agronômico per l'Oltremare (IAO), durante toda a fase de execução do Programa, cuja duração será de três anos.

3. O objetivo geral do Programa é colaborar com o Governo Brasileiro a fim de aliviar a pobreza e melhorar as condições de vida e alimentação das comunidades locais, tradicionais e indígenas, detentoras da biodiversidade agrícola e silvestre nas quatro áreas geográficas de atuação do Programa Biodiversidade.

4. Contribuições do Governo da República Italiana ao Programa:

a) prover dirigentes e peritos italianos experientes nas áreas específicas de atuação para contribuir na implementação das atividades previstas e detalhadas no documento-base do Programa, cuja aprovação foi notificada na nota verbal nº ABCDC/TEC/DE-IDE-MA133/ETEC-BRAS-ITA, de 23 de setembro de 2004;

b) prover, para a realização das atividades detalhadas no documento acima mencionado, recursos em um total de 3.493.450 (três milhões e quatrocentos e noventa e três mil e quatrocentos e cinqüenta Euros) diretamente administrados no Brasil e na Itália pelo IAO como contribuição ao valor total estimado em 6.903.041 (Seis milhões e novecentos e três mil e quarenta e um Euros).

5. A este fim, a parte italiana poderá contratar os serviços de órgãos nacionais ou internacionais para administrar parte dos recursos, quando apropriado.

6. Contribuições do Governo da República Federativa do Brasil ao Programa:

a) prover contrapartida, conforme previsto no documento do Programa:

- disponibilizar dirigentes, técnicos e auxiliares qualificados para a execução do Programa;

- disponibilizar infra-estrutura e equipamentos existentes;

- estabelecer parcerias com outras instituições relevantes para a execução do Programa.

7. Os técnicos brasileiros, em parceria com os técnicos italianos, terão as seguintes atribuições:

a) coordenar as atividades dos projetos componentes;

b) executar as atividades técnico-científicas e de gestão no âmbito dos projetos componentes;

c) participar dos grupos de trabalho temáticos dos projetos componentes.

8. Os técnicos brasileiros e os técnicos enviados ou contratados "in loco" pelo Governo da República Italiana deverão observar a legislação brasileira, inclusive no que diz respeito ao meio ambiente e, especialmente, aquela referente ao acesso a componentes do patrimônio genético brasileiro ou ao conhecimento tradicional a ele associado, bem como a legislação relativa à necessidade de se proceder à assinatura de contrato para a repartição de benefícios, previamente ao acesso ao ou ao uso de recursos genéticos brasileiros ou de conhecimentos tradicionais associados a esses recursos.

9. Os bens permanentes adquiridos com os recursos do Programa serão doados para as instituições executoras brasileiras, nomeadas no item 1, com base em acordos formais entre as partes.

10. Para a consecução dos objetivos do Programa, foi criada na fase I uma estrutura gestora composta por: um Conselho Diretivo, órgão colegiado de deliberação superior e orientação técnica e administrativa; um Comitê Executivo, órgão colegiado responsável pelo processo de planejamento, gerenciamento e análise das atividades previstas no Programa e uma Secretaria Executiva, responsável por prestar serviços administrativos em apoio ao desenvolvimento do Programa;

a) o Conselho Diretivo será constituído por dois membros efetivos e respectivos suplentes do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; dois membros efetivos e respectivos suplentes do Ministério do Meio Ambiente; dois membros efetivos e respectivos suplentes do Ministério das Relações Exteriores do Brasil; um membro efetivo e seu respectivo suplente da Direção Geral para a Cooperação e Desenvolvimento do Ministério de Relações Exteriores da República Italiana e um membro efetivo e seu respectivo suplente da Embaixada Italiana;

b) o Comitê Executivo será constituído por dois membros titulares da EMBRAPA, dois membros titulares do IBAMA, dois membros titulares do IAO, totalizando seis membros titulares e seus respectivos suplentes, todos designados pela Direção Superior das Instituições executoras;

c) a Secretaria Executiva do Programa será composta por profissionais contratados pelo IAO com aprovação do Comitê Executivo;

d) as atribuições dos órgãos que compõem a estrutura gestora, bem como eventuais alterações na composição dos mesmos, serão definidas por meio de um novo Regulamento Interno a ser elaborado pelo Comitê Executivo e aprovado pelo Conselho Diretivo.

11. Designação das instituições executoras:

a) o Governo da República Italiana, por intermédio da Direção Geral da Cooperação para o Desenvolvimento (DGCS), designará o Instituto Agronômico per l'Oltremare (IAO) para a execução do Programa;

b) o Governo da República Federativa do Brasil designará a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) como instituições executoras do Programa na forma do presente Ajuste Complementar;

c) as instituições designadas para a execução do Programa estabelecerão, de comum acordo, planos de trabalho anuais ou instrumentos equivalentes, os quais deverão ser aprovados pelo Comitê Executivo e, posteriormente, pelo Conselho Diretivo. Quaisquer alterações no andamento dos Planos de Trabalho Anuais ou instrumentos equivalentes deverão ser propostas pelo Comitê Executivo e aprovadas pelo Conselho Diretivo.

12. Para as questões não previstas no presente Ajuste Complementar aplicar-se-ão as disposições do Acordo Básico.

13. O presente Ajuste Complementar é concluído nos idiomas italiano e português, fazendo ambos os textos igualmente fé.

14. Em caso de prorrogação do Programa, o presente Ajuste Complementar vigorará até a assinatura de um novo Ajuste.

15. Caso o Governo da República Federativa do Brasil concorde com as propostas contidas nos itens de 1 a 12, esta Nota e a Nota em resposta por parte de Vossa Excelência, em que se expresse a concordância do Governo da República Federativa do Brasil, constituirão Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica, de 30 de outubro de 1972, a entrar em vigor na data da Nota de resposta de Vossa Excelência."

2. Em resposta, informo a Vossa Excelência de que o Governo brasileiro concorda com os termos da Nota acima transcrita a qual, juntamente com a presente Nota, constituirá Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica, de 30 de outubro de 1972, a entrar em vigor a partir da data desta Nota.

Aproveito a oportunidade para renovar a Vossa Excelência a garantia de minha mais alta consideração.

CELSON AMORIM

Ministro de Estado das Relações Exteriores

MRE-MSAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

Resolvem celebrar o presente Protocolo, com base em estipulado a seguir:

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

2. Para esse fim, estabelece a Comissão de Coordenação MRE/MS para a Cooperação Técnica Internacional na Área da Saúde, constituída por funcionários de ambos os Ministérios.

3. A Comissão será composta por representantes, por parte do MS, da Assessoria Internacional do Ministro da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Assistência à Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, da Fundação Oswaldo Cruz, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Programa Nacional de DST/AIDS; e, por parte do MRE, da Agência Brasileira de Cooperação, da Subsecretaria-Geral Política II e da Subsecretaria-Geral da América do Sul. Outros funcionários poderão participar das reuniões da Comissão, na qualidade de convidados. Caberão à Agência Brasileira de Cooperação (ABC) a presidência e a secretaria-executiva da Comissão.

4. A Comissão deverá reunir-se pelo menos uma vez por mês e dedicar-se a apreciar e viabilizar as ações de cooperação horizontal brasileira em matéria de saúde, bem como a propor novas iniciativas que aprimorem e ampliem a atuação do Brasil nessa área, conforme as diretrizes de política externa estabelecidas pelo Governo.

5. Este Protocolo vigorará por 60 (sessenta) meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser alterado, inclusive prorrogado, mediante Termo Aditivo, por mútuo entendimento entre as Partes.

6. O presente Protocolo poderá ser denunciado ou rescindido, formal e expressamente, a qualquer momento, ficando as Partes responsáveis pelas obrigações incorridas durante o tempo de sua vigência.

7. Quaisquer dívidas relacionadas com a execução do presente Protocolo serão dirimidas através de conversações diretas entre as Partes.

Brasília, 4 de julho de 2005.

CELSON AMORIM

Ministro de Estado das Relações Exteriores

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

Ministério de Minas e Energia

AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA

RESOLUÇÃO HOMOLOGATÓRIA Nº 152,
DE 11 DE JULHO DE 2005

Homologa as tarifas de fornecimento de energia elétrica da JARI Celulose S.A.

O DIRETOR-GERAL DA AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA - ANEEL, no uso de suas atribuições regulamentadas, de acordo com deliberação da Diretoria, tendo em vista o disposto na legislação vigente pertinente, o que consta do Processo nº 48500.002008/05-01, e considerando que:

é da competência da ANEEL atuar, na forma da lei e do contrato, nos processos de definição e controle de preços e tarifas de energia elétrica, homologando seus valores iniciais, reajustes e revisões, conforme o art. 3º da Lei nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996, com a redação dada pelo art. 9º da Lei nº 10.848, de 15 de março de 2004;

a JARI Celulose S.A. atua como Produtor Independente de energia elétrica, com amparo na Portaria MME nº 151, de 25 de junho de 1997, atendendo consumidores no Distrito de Monte Dourado e nas Vilas de Manguba, Planalto e São Miguel, Município de Almeirim, Estado do Pará; e

o atendimento dos consumidores nas referidas localidades se reveste de caráter excepcional e por prazo determinado, cujo fornecimento de energia elétrica ocorre desde julho de 1997, resolve:

Art. 1º Homologar as tarifas de fornecimento de energia elétrica da JARI Celulose S.A., constantes dos Anexos I e II desta Resolução, de acordo com as especificações a seguir:

I - as tarifas constantes do Anexo I estarão em vigor no período de 15 de julho de 2005 a 14 de julho de 2006, considerando o índice de 0,69% (zero vírgula sessenta e nove por cento), que incorpora o percentual de 3,25% (três vírgula vinte e cinco por cento) relativo ao Índice de Reajuste Tarifário Anual Contratual e o percentual de -2,56% (menos dois vírgula cinquenta e seis por cento) relativo ao espolço de 50% (cinqüenta por cento) dos tributos PIS/COFINS; e

II - as tarifas constantes do Anexo II estarão em vigor a partir de 15 de julho de 2006, contemplando somente o reajuste tarifário anual e devendo constituir a base de cálculos tarifários subsequentes.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JERSON KELMAN

ANEXO I

SUBGRUPO	TARIFA CONVENCIONAL	
	DEMANDA (R\$ KW)	CONSUMO (R\$ MWh)
A4 (1,3 KV a 23 KV)	9,78	143,22
B1-RESIDENCIAL		321,19

Anexo V

Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para a Instalação da Sede do Escritório Regional da Fiocruz para a África



ACORDO ENTRE O GOVERNO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O GOVERNO DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE PARA A INSTALAÇÃO DA SEDE DO ESCRITÓRIO REGIONAL DA FIOCRUZ PARA A ÁFRICA

O Governo da República Federativa do Brasil

e

O Governo da República de Moçambique

(doravante denominados "Partes"),

Considerando o Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, assinado em 15 de setembro de 1981; o Protocolo de Intenções sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde, assinado em 20 de junho de 2001; e o Protocolo de Intenções sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área da Saúde, assinado em 5 de novembro de 2003 e a Convenção de Viena sobre Relações Diplomáticas de abril de 1961,

Acordam o seguinte:

Artigo I

Definições

Para os fins do presente Acordo, as seguintes expressões terão o sentido adiante indicado:

- a) "FIOCRUZ" significa Fundação Oswaldo Cruz;
- b) "Escritório da FIOCRUZ na África" ou "FIOCRUZ África" significam os prédios, locais, estruturas ou respectivas partes que, em qualquer momento, estejam de fato ocupados ou sejam utilizados pela FIOCRUZ em Moçambique;
- c) "Representante Residente" significa o Diretor da FIOCRUZ África e/ou seu substituto autorizado, o Diretor – Adjunto da FIOCRUZ África;
- d) "Funcionários da FIOCRUZ" significa os membros da equipe da FIOCRUZ África;
- e) "Trabalhador local" significa os prestadores de serviços recrutados localmente pela FIOCRUZ África;
- f) "Convenção de Viena" significa a Convenção de Viena sobre Relações Diplomáticas de 1961;
- g) "Autoridades competentes de Moçambique" significa o Governo da República de Moçambique e suas autoridades pertinentes segundo as leis de Moçambique; e

h) "Leis de Moçambique" incluem a Constituição, atos legislativos, ordens ou regulamentos emitidos pelo Governo da República de Moçambique ou por qualquer autoridade competente da República, ou sob a sua autoridade.

Artigo 2

Objetivo

O presente Acordo estabelece o quadro jurídico sobre o qual irá assentar a instalação da Sede da FIOCRUZ ÁFRICA em Moçambique, com a função de coordenação, acompanhamento e avaliação de programas de cooperação em saúde entre a FIOCRUZ e os países africanos, incluindo o programa de cooperação interinstitucional com o Ministério da Saúde da República de Moçambique.

Artigo 3

Sede

A Sede da FIOCRUZ África estará estabelecida em Maputo, Moçambique, onde levará a cabo as suas atividades conforme o presente Acordo, o Estatuto da Fundação FIOCRUZ e as demais leis em vigor em Moçambique.

Artigo 4

Inviolabilidade da Sede da Fiocruz

1.A Sede da FIOCRUZ África será inviolável e ficará sob o seu controle e autoridade, conforme estabelecido neste Acordo.

2.A FIOCRUZ África e todos os seus bens gozarão de imunidade de todas as formas de processo legal, exceto em qualquer caso específico em que tenha expressamente dispensado tal imunidade, de acordo com o estabelecido no presente Acordo.

3.Os locais da FIOCRUZ África serão invioláveis e estarão isentos de busca, requisição, confisco, expropriação ou qualquer outra forma de ação administrativa ou judicial. Em consequência, as autoridades competentes moçambicanas não entrarão na Sede da FIOCRUZ África para executar qualquer obrigação oficial, a não ser com o conhecimento e a licença do Representante Regional Residente ou do funcionário por ele autorizado a agir em seu nome, e nas condições que forem estabelecidas pelo presente Acordo.

4.Sem prejuízo da Convenção de Viena ou do presente Acordo, a FIOCRUZ África poderá estabelecer regras e regulamentos aplicáveis dentro da sua Sede e criar meios para aplicar e implementar essas regras e regulamentos.

5.A FIOCRUZ África terá o direito de hastear em sua Sede as bandeiras da República Federativa do Brasil e da FIOCRUZ.

6.Sem prejuízo das determinações da Convenção de Viena e do presente Acordo, a FIOCRUZ África não permitirá que a sua Sede se torne refúgio de pessoas procuradas pelas autoridades oficiais moçambicanas por terem praticado crimes ou outros ilícitos criminais à luz do direito moçambicano, e/ou solicitadas para efeitos de extradição para qualquer país.

7.As autoridades competentes moçambicanas deverão agir com a devida diligência para garantir que a tranquilidade da Sede não seja perturbada pelo ingresso não autorizado de pessoas ou grupos externos, ou por distúrbios que ocorram na sua vizinhança imediata, e providenciarão proteção policial nas imediações da Sede.

8.Se e quando solicitadas pelo Representante Regional Residente ou pelo funcionário da FIOCRUZ África devidamente autorizado a agir em seu nome, as autoridades competentes moçambicanas deverão prover agentes da lei e ordem de modo a estabelecer a lei e ordem na Sede, ou para dela remover pessoa(s), conforme solicitação feita pelo Representante Regional Residente ou pelo funcionário da FIOCRUZ África devidamente autorizado a agir em seu nome.

Artigo 5

Estatuto da Fioacruz África

- 1.A FIOCRUZ África tem personalidade jurídica internacional e prossegue fins de interesse público.
- 2.A FIOCRUZ África é órgão da estrutura regimental da Fundação Oswaldo Cruz, entidade integrante da Administração Pública Federal da República Federativa do Brasil, vinculada ao Ministério da Saúde, cuja missão institucional é a de desenvolver atividades no campo da saúde, da educação e do desenvolvimento científico e tecnológico.
- 3.A FIOCRUZ África tem a capacidade jurídica necessária para o desempenho das suas funções.

Artigo 6

Entrada e Saída

1.As autoridades competentes moçambicanas concederão o direito de entrada e saída do território moçambicano, quando tal entrada e saída forem necessárias para o desempenho das suas funções, às seguintes pessoas:

- a) ao Representante Residente e sua família;
- b) ao funcionários da FIOCRUZ África e suas famílias e parentes que com eles residam ou sejam seus dependentes;
- c) convidados em regime oficial para a Sede da FIOCRUZ África, cujos nomes devem ser informados ao Governo da República de Moçambique, pelo Representante Residente ou pelo funcionário da FIOCRUZ África devidamente autorizado a agir em seu nome;
- d) aos participantes em seminários ou outros encontros organizados pela FIOCRUZ Africa; e
- e) quaisquer outras pessoas ligadas ao trabalho da FIOCRUZ África, mas que não sejam cidadãos nacionais ou estrangeiros com residência permanente em Moçambique.

2.Os vistos para as pessoas mencionadas no parágrafo 1 acima serão concedidos gratuitamente desde que se prove que tais pessoas estão incluídas nas categorias especificadas nas alíneas (a), (b) e (c) do parágrafo 1 do presente Artigo.

3.As autoridades competentes moçambicanas abster-se-ão de tomar qualquer medida que restrinja ou torne ilegal a residência em Moçambique de qualquer das pessoas referidas nas alíneas (a), (b) e (c) do parágrafo 1 do presente Artigo que estejam atuando a serviço da FIOCRUZ África e com objetivo oficial. No entanto, se qualquer uma das pessoas mencionadas cometer abuso dos privilégios concedidos no âmbito do presente Acordo, o Governo da República de Moçambique poderá tomar as medidas apropriadas para proibir a sua continuidade em Moçambique.

4.Os vistos para as pessoas referidas neste Artigo são concedidos de acordo com a legislação moçambicana.

Artigo 7

Comunicações e Transporte

1.O Governo moçambicano permitirá e protegerá a liberdade de comunicação para todos os fins oficiais da FIOCRUZ África. No que se refere à comunicação e à transferência de todos os seus documentos, a FIOCRUZ África gozará em Moçambique do tratamento dispensado às Organizações Internacionais.

2.Os arquivos e documentos da FIOCRUZ África serão invioláveis, assim como a respectiva correspondência oficial. Todavia, se as autoridades competentes do Governo moçambicano tiverem sérios motivos para crer que se trata de algo diverso de correspondência oficial, tais autoridades poderão pedir que a mala seja aberta na presença de um oficial designado pela FIOCRUZ África para o efeito.

3.Os volumes ou pastas da FIOCRUZ África deverão ser providos de sinais exteriores, visíveis e indicadores da sua natureza, e só poderão conter correspondência e documentos oficiais ou objetos destinados exclusivamente ao uso oficial.

4. Nada neste Artigo obsta a adoção de medidas de precauções apropriadas, a serem estabelecidas por um Acordo entre as Partes, para evitar o abuso de imunidades, isenções e privilégios estipulados neste Artigo.

Artigo 8

Privilégios e Imunidades

1. O Governo da República de Moçambique tratará os funcionários da FIOCRUZ África com o devido respeito e tomará todas as medidas adequadas para evitar qualquer atentado às suas pessoas, liberdades ou dignidade.

2. O Representante Residente e os funcionários da FIOCRUZ África terão, na sede do Escritório, os mesmos privilégios e imunidades aplicáveis aos funcionários de Organismos Internacionais. Em consequência, o Governo da República de Moçambique compromete-se a conceder ao Representante Residente o mesmo reconhecimento e as mesmas facilidades dadas aos Diretores de Organismos Internacionais.

3. De conformidade com o parágrafo 2 do presente Artigo, os funcionários da FIOCRUZ África gozam, em particular, dos seguintes privilégios e imunidades:

a) inviolabilidade dos seus direitos, estando isentos de qualquer forma de detenção ou prisão, sendo que as autoridades competentes moçambicanas tomarão todas as providências necessárias para impedir qualquer ofensa à sua dignidade e liberdade pessoal;

b) isenção de taxas sobre os salários ou emolumentos pagos pela FIOCRUZ África, bem como a isenção do pagamento de contribuições fiscais;

c) inviolabilidade e proteção concedidas ao local de sua Sede para a residência particular dos funcionários da FIOCRUZ África;

d) isenção de qualquer processo judicial, exceto em caso de:

i) processo relativo a imóvel particular situado no território moçambicano, salvo esteja em nome da FIOCRUZ África para os fins de seu mandato;

ii) ação relacionada à sucessão, envolvendo um funcionário como executante, administrador, herdeiro ou legatário na condição de pessoa privada e não

em nome da FIOCRUZ África; e

iii) ação relacionada com qualquer profissão ou atividade comercial exercida pelo funcionário fora das suas funções oficiais;

e) nenhuma ação de execução poderá ser movida contra funcionário da FIOCRUZ África exceto nos casos previstos pela alínea d), itens (i), (ii) e (iii) do parágrafo 3 do presente Artigo, sem infringir a inviolabilidade da sua pessoa ou da sua residência;

f) não-obrigatoriedade em atuar como testemunha em qualquer procedimento legal;

g) isenção de restrições aplicáveis à imigração, assim como de todas as formalidades para o registro de estrangeiros em relação ao seu cônjuge, dependentes, e parentes que com ele residam; e

h) o início de qualquer ação judicial por funcionário da FIOCRUZ o impedirá de invocar imunidade de jurisdição.

4. Todos os funcionários da FIOCRUZ África e seus dependentes designados às autoridades competentes moçambicanas e pelo Embaixador do Brasil em Moçambique, como titulares dos privilégios e imunidades, receberão um cartão de identidade especial, emitido pela autoridade moçambicana competente, certificando serem funcionários da FIOCRUZ África ou titulares dos privilégios e imunidades especificados no presente Acordo.

5. O patrimônio, rendimentos e outros bens da FIOCRUZ África e de seus funcionários gozarão de isenção de impostos e taxas ou quaisquer outros privilégios e isenções.

2.A denúncia deste Acordo não deverá afetar as obrigações assumidas pelas Partes antes da referida denúncia.

Artigo 15

Emendas

Qualquer das Partes poderá consultar a outra Parte, por escrito, com o objetivo de modificar ou emendar o presente Acordo ou qualquer acordo suplementar.

Artigo 16

Solução de Controvérsias

1.Quaisquer controvérsias relativas à interpretação e/ou implementação do presente Acordo ou de qualquer acordo suplementar será resolvida por meio de negociação entre as Partes.

2.Se não for possível resolver a controvérsia por meio de negociação, esta será arbitrada por uma Comissão de Arbitragem composta por um representante do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, um representante do Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação de Moçambique, e um terceiro membro designado pelos dois outros membros da Comissão de Arbitragem.

Artigo 17

Entrada em Vigor

O presente Acordo entrará em vigor na data de recebimento, por via diplomática, da última notificação de uma das Partes, informando que foram cumpridas as formalidades legais internas necessárias para a entrada em vigor do presente Acordo.

Feito em Brasília, em 4 de setembro de 2008 , em dois exemplares originais, na língua portuguesa, sendo ambos os textos igualmente autênticos.

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA
FEDERATIVA DO BRASIL

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA
DE MOÇAMBIQUE

CELSO AMORIM

Ministro das Relações Exteriores

OLDEMIRO BALOI

Ministro dos Negócios Estrangeiros

Anexo VI

Projeto de Decreto Legislativo – Aprovação do Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para a Instalação da Sede do Escritório Regional da Fiocruz para a África



CÂMARA DOS DEPUTADOS
COMISSÃO DE RELAÇÕES EXTERIORES E DE DEFESA NACIONAL

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº , DE 2011 (Mensagem nº 645/10)

Aprova o texto do Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para a Instalação da Sede do Escritório Regional da FIOCRUZ para a África, celebrado em Brasília, em 4 de setembro de 2008.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica aprovado o texto do Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para a Instalação da Sede do Escritório Regional da FIOCRUZ para a África, celebrado em Brasília, em 4 de setembro de 2008.

Parágrafo único. Ficam sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão do referido Acordo, bem como quaisquer ajustes complementares que, nos termos do inciso I do art. 49 da Constituição Federal, acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional.

Art. 2º Este decreto legislativo entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em 06 de abril de 2011.

Deputado **CARLOS ALBERTO LERÉIA**
Presidente