



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Instituto de Geociências

NICOLE AGUILAR GAYARD

A COOPERAÇÃO SUL-SUL EM SAÚDE BRASILEIRA: CONSIDERANDO
CONHECIMENTOS, IMAGINÁRIOS E PRÁTICAS DE UMA POLÍTICA
INTERNACIONAL

CAMPINAS

2016

NICOLE AGUILAR GAYARD

A COOPERAÇÃO SUL-SUL EM SAÚDE BRASILEIRA: CONSIDERANDO
CONHECIMENTOS, IMAGINÁRIOS E PRÁTICAS DE UMA POLÍTICA
INTERNACIONAL

TESE APRESENTADA AO INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM POLÍTICA
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA CONCEIÇÃO DA COSTA

COORIENTADOR: PROF. DR. PHILIP MACNAGHTEN

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELA ALUNA NICOLE AGUILAR GAYARD E
ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA CONCEIÇÃO DA
COSTA

CAMPINAS

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Geociências
Cássia Raquel da Silva - CRB 8/5752

G254c Gayard, Nicole Aguilar, 1986-
A Cooperação Sul-Sul em Saúde Brasileira : considerando conhecimentos, imaginários e práticas de uma política internacional / Nicole Aguilar Gayard. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Maria Conceição da Costa.
Coorientador: Philip Macnaghten.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências.

1. Cooperação Internacional. 2. Saúde. 3. Imaginários. 4. Relações internacionais. I. Costa, Maria Conceição da, 1956-. II. Macnaghten, Philip. III. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Geociências. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Brazilian South-South Cooperation for Health : Considering knowledge, imaginaries and practices of an international policy

Palavras-chave em inglês:

International cooperation

Health

Imaginaries

Developing countries

Área de concentração: Política Científica e Tecnológica

Titulação: Doutora em Política Científica e Tecnológica

Banca examinadora:

Maria Conceição da Costa [Orientador]

Maria Margaret Lopes

Janaina Oliveira Pamplona da Costa

Janina Onuki

Iara Costa Leite

Data de defesa: 26-08-2016

Programa de Pós-Graduação: Política Científica e Tecnológica



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM
POLÍTICA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

AUTORA: Nicole Aguilár Gayard

“A Cooperação Sul-Sul em saúde brasileira: considerando conhecimentos, imaginários e práticas de uma política internacional”.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Conceição da Costa

COORIENTADOR: Prof. Dr. Philip Macnaghten

Aprovada em: 26 / 08 / 2016

EXAMINADORES:

Profa. Dra. Maria Conceição da Costa

Profa. Dra. Maria Margaret Lopes

Profa. Dra. Janaina Oliveira Pamplona da Costa

Profa. Dra. Janina Onuki

Profa. Dra. Iara Costa Leite

A Ata de Defesa assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no processo de vida acadêmica do aluno.

Campinas, 26 de agosto de 2016.

Dedico este trabalho à parte mais próxima da minha família, apoio fundamental para enfrentar as dificuldades do percurso e cuja companhia constante foi um prazer imenso e um porto seguro: Murilo, pais, avó, irmão, sogros, cunhadas e sobrinho.

AGRADECIMENTOS

Esta tese é o resultado de quatro anos de indagações constantes acerca dos modos de apreender o papel do conhecimento nas relações e processos internacionais. Grande parte da dificuldade encontrada na sua realização adveio de ambições iniciais insuficientemente claras, das dificuldades típicas da carreira de pesquisadora, mas, sobretudo, de expectativas e ansiedades que nem sempre foram resolvidas pela pesquisadora dentro do cronograma imaginado. Apesar das dificuldades encontradas, a pesquisa chegou a sua forma final com o apoio substantivo de diferentes agentes e amigos. Agradeço a todos os que tornaram essa pesquisa possível:.

À CAPES, pelo financiamento ininterrupto da pesquisa, durante quatro anos de Doutorado;

À Unicamp, pela infraestrutura de apoio fornecida;

Aos Professores e funcionários do Departamento de Política Científica e Tecnológica pelas aulas, acompanhamento, e contínuo suporte;

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Maria Conceição da Costa, pela longa jornada de orientação e pelas oportunidades de crescimento acadêmico;

Ao Prof. Phil Macnaghten pela orientação e acompanhamento durante seu período no Departamento;

À Prof^ª. Dr^ª. Sheila Jasanoff, pela oportunidade de participar do Programa Science and Technology Studies na Universidade de Harvard, assistindo aulas e participando do grupo de estudos, em uma experiência que se mostrou fundamental para compreender variadas implicações relacionadas ao papel político do conhecimento científico nas sociedades modernas;

Às pessoas entrevistadas, pela colaboração com a obtenção de dados cruciais para a pesquisa;

Às Professoras da Banca de Qualificação, Janina Onuki e Léa Velho, pelo tempo dedicado à leitura do trabalho e sugestões apresentadas para sua melhoria;

Aos membros da Banca de Defesa, Prof^{as}. Dr^{as}. Iara Costa Leite, Janina Onuki, Maria Margaret Lopes e Janaina Pamplona da Costa, pelos comentários, críticas e tempo dedicado à leitura do trabalho;

Ao Vicente Guedes e família, que tão bem me receberam em Brasília para realização de trabalho de campo;

À querida Fernanda e família, que me receberam várias vezes no Rio de Janeiro, em visitas à Fiocruz;

Às amigas antigas e recentes, com especial atenção à Fernanda, Ana Paula, Alcides, Rafael, Maiko, Alex e demais colegas de Departamento;

À minha família, de perto e de longe, por todo o suporte, sem o qual não teria sido possível chegar até aqui.

RESUMO

A presente Tese analisa a cooperação técnica internacional em saúde empreendida pelo governo brasileiro no início do século XXI. A partir de uma perspectiva co-producionista entre ciência e sociedade, avançada pelos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT), a análise procura identificar que visões e imaginários sociotécnicos embasam a recente política de cooperação internacional em saúde, que envolve institutos de pesquisa e bases de conhecimento nacionais, e que práticas resultam desta visão compartilhada pelas políticas e projetos de cooperação. Traz-se à luz a importância dos elementos científicos e tecnológicos na condução da cooperação técnica internacional, tanto quanto das formas imaginadas de ordenamento e dos instrumentos e materialidades que lhes dão sustentação. Reconhecendo uma perspectiva social e cultural do desenvolvimento da ciência e de suas estruturas, a Tese retrata a conformação da Fiocruz e das políticas nacionais de saúde, tanto quanto de um terceiro ator decisivo no processo – a Organização Pan-Americana de Saúde. Em seguida, analisa a conformação da política de cooperação internacional em saúde brasileira, a partir da coordenação entre os diferentes atores envolvidos, e aponta para imaginários e concepções de saúde imbuídos na proposta avançada. Por fim, analisa o conjunto das atividades realizadas pela cooperação internacional brasileira em saúde, de modo a identificar como as práticas reproduzem e reforçam o uso de conhecimentos nacionais e modelos de ordenamento social em saúde presentes no contexto nacional.

Palavras-chave: Cooperação técnica internacional; Saúde; Imaginários Sociotécnicos

ABSTRACT

This PhD study analyzes the international technical cooperation in health undertaken by the Brazilian government in the early twenty-first century. From a co-productionist perspective between science and society, advanced by the Social Studies of Science and Technology (SSST), the analysis seeks to identify what visions and sociotechnical imaginary underlie this recent international policy, involving research institutes and national knowledge bases. It also reveals and discusses the practical result of this vision shared through the political and cooperation projects. The analysis brings into light the importance of scientific and technological elements in the conduction of international technical cooperation, as well as the imagined forms of planning and instruments and materiality that supports them. By recognizing a social and cultural perspective of the development of science and its structures, the thesis retraces the conformation of Fiocruz and national health policies, as much as a third actor decisive in the process - The Pan-American Health Organization (PAHO). It also retraces the shaping of this international cooperation policy between these three actors, and the visions and imaginaries of public health incorporated therein. Finally, the study analyzes the overall activities that were set under this policy, in order to establish how the practices and projects implemented have reinforced an ordering model between health policies and health knowledge structures that replicate the Brazilian structure

Keywords: International Cooperation for Development, Health, Sociotechnical Imaginaries

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 2-1 - Evolução anual do número de Projetos e Atividades de CTPD (1995-2005)	50
Figura 2-2 - Número de projetos de cooperação iniciados em cada ano.....	51
Figura 5-1 - Áreas de atuação da AISA-MS	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 2-1 - Evolução dos paradigmas de ajuda internacional (1950-1990)	38
Quadro 4-1 - Primeiras Convenções Sanitárias Panamericanas e principais marcos.....	94
Quadro 5-1- Prioridades de políticas de Saúde para Estratégia de Cooperação OPAS/OMS e Brasil.....	115
Quadro 6-1 - Iniciativas de apoio à Educação Superior em Temas de Saúde Pública.....	138
Quadro 6-2 - Iniciativas de apoio à Educação e formação de técnicos em saúde	138
Quadro 6-3 - - Redes apoiadas pelos recursos e ações do TC 41	143
Quadro 6-4 - Redes criadas no âmbito do TC 41	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 2-1Gastos com CID em milhões de US\$, no ano de 2010.....	47
Tabela 2-2 - - Alocação dos recursos da CID brasileira de acordo com categorias (2009-2010)	52
Tabela 2-3 - Gastos com a cooperação técnica internacional (2005-2010).....	53
Tabela 4-1 - Divisão dos recursos da Fiocruz de acordo com áreas de atividade (2012)	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC/MRE	Agência Brasileira de Cooperação
AIDS/HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/ Vírus da Imunodeficiência Humana
AISA/MS	Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOD	Ajuda Oficial ao Desenvolvimento
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CAD-OCDE	Comitê de Auxílio ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCS	Conselho de Saúde Sul-Americano
CICT	Centro Internacional para a Cooperação Técnica em HIV/AIDS
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Coordenação Nacional de Saúde no Mercosul, da AISA/MS
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CRIS/Fiocruz	Centro de Relações Internacionais em Saúde
C&T	Ciência e Tecnologia
CTI	Cooperação Técnica Internacional
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DATEC	Divisão de Análise Técnica da AISA/MS
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DPROJ	Departamento de Projetos da AISA/MS
DTM	Departamento de Temas Multilaterais da AISA/MS
ECOSOC	Conselho Econômico e Social das Nações Unidas

ENSP/Fiocruz	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV/Fiocruz	Escola Politécnica de Saúde Jorge Venâncio
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Funasa	Fundação Nacional da Saúde
G-20	Grupo dos Vinte
G-77	Grupo dos Setenta e Sete
GT-CIS	Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde
GTZ	Agência de Cooperação Técnica Alemã
IANPHI	Associação Internacional de Institutos de Saúde Pública
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IFF/Fiocruz	Instituto Fernandes Figueira
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INS	Instituto Nacional de Saúde
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
Jica	Agência de Cooperação Técnica Japonesa
Mercosul	Mercado Comum do Cone Sul
MES	Ministério da Educação e Saúde
MRE	Ministério de Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OTCA	Organização do Tratado de Cooperação Amazônica

PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
Ppreps	Programa Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PQ	Plano Quadrienal
Rede BLH	Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano
Redessul-Oris	Rede Sul-Americana de Cooperação Técnica em Saúde e Oficina de Relações Internacionais
RESP	Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública
RETS	Rede de Educação de Técnicos em Saúde
RINC	Rede de Institutos Nacionais de Câncer
RINS	Rede de Institutos Nacionais de Saúde
SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Siscoop	Sistema de Acompanhamento de Projetos e Atividades de Cooperação
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Cooperação
UNAIDS	Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS
UNASUL	União das Nações Sul-Americanas
UNCTAD	Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	Agência das Nações Unidas contra Drogas e Crimes
Usaid	Agência de Cooperação Internacional dos Estados Unidos

SUMÁRIO

1. Introdução	19
2. O Brasil e a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento.....	29
2.1 - Conceituações.....	30
2.2 - Evolução da Cooperação Internacional: o conceito de ‘desenvolvimento’ como abordagem de ação.....	34
2.3 - A cooperação entre países em desenvolvimento: um movimento pretensamente alternativo	39
2.3.1 Uma leitura construtivista da CTPD	42
2.4 Panorama da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento contemporânea... ..	44
2.5. Panorama da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento Brasileira.....	46
2.5.1. Cooperação técnica brasileira em saúde	54
3. Relações entre Estado, ciência e tecnologia: contribuições teóricas dos Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia	58
3.1. A ciência em seu contexto social.....	58
3.1.1. O idioma da co-produção	61
3.2. Uma abordagem cultural: imaginários sociotécnicos, cultura política e constitucionalismos	64
3.2.1. Imaginários sociotécnicos	64
3.2.2. Cultura política.....	66
3.2.3. Constitucionalismos	67
3.3. Aplicando os conceitos à análise da cooperação internacional	69
4. Políticas nacionais de saúde em perspectiva histórica: a cooperação internacional em saúde nas Américas e o caso brasileiro.....	72
4.1. Evolução histórica das políticas de saúde nacionais.....	73
4.1.1. A República Velha e a atuação dos Institutos de pesquisa	73
4.1.2. A Era Vargas e o modelo dual das políticas de saúde	77

4.1.3. O período democrático e o sanitarismo desenvolvimentista	79
4.1.4. O governo militar e o movimento pela Reforma Sanitária.....	82
4.1.5 A Saúde pós-democratização	84
4.2. Constituição da relação Estado-Saúde no Brasil	86
4.3. Co-atores da Cooperação Internacional em Saúde Brasileira: Fiocruz e OPAS ...	88
4.3.1. A Fundação Oswaldo Cruz	88
4.3.2. A Organização Pan-Americana da Saúde	92
5. A estruturação da cooperação internacional em saúde.....	99
5.1. A cooperação internacional como parte da estratégia nacional em saúde.....	100
5.2. Mudanças institucionais e o envolvimento da Fiocruz na cooperação internacional	103
5.2.1. O período 2001-2008: mudanças no planejamento institucional e aproximação com diretrizes governamentais	103
5.2.2. Reforço da cooperação técnica e criação de órgãos de suporte à cooperação internacional	108
5.2.3. Elementos <i>formais</i> e <i>informais</i> da aproximação entre Fiocruz e governo federal	109
5.3. A associação da cooperação brasileira com a OPAS.....	111
5.3.1. Os Termos de Cooperação OPAS-Brasil.....	112
5.3.2. A Estratégia de Cooperação Técnica entre OPAS e Brasil (2008-2012)	113
5.3.3. Eixos de ação e funções da OPAS na cooperação	116
5.4. O reforço de instituições nacionais para uma atuação internacional em saúde...	118
5.4.1. – A Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde.....	119
5.4.2. Re-estruturação da AISA a partir do TC-58	121
5.4.3. Iniciativas estratégicas para o fortalecimento da AISA.....	123
6. As práticas da cooperação internacional brasileira em saúde.....	127
6.1. A cooperação internacional em saúde: atores e orientações.....	127

6.1.1. Um projeto simbólico: a Sociedade Moçambicana de Medicamentos	128
6.1.2. A Concepção “Estruturante” de Cooperação.....	131
6.1.3. O Termo de Cooperação 41: “Programa de Saúde Internacional” .	132
6.2. Os eixos da cooperação internacional.....	134
6.2.1. O Fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde	135
6.2.2. A atuação e promoção de Redes Internacionais em Saúde.....	140
6.2.3. Participação no âmbito de iniciativas de integração regional	144
6.2.4. Exportação de insumos de saúde	149
6.2.5. Participação em foros internacionais	151
6.2.6. Outras atividades.....	154
7. Conclusão	158
Bibliografia.....	165
APÊNDICE I.....	179
APÊNDICE II.....	186
APÊNDICE III.....	193
ANEXO I – ORGANOGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA FIOCRUZ ...	203
ANEXO II – ARTIGOS 196 A 200 DA CONSTITUIÇÃO FEDERALL	205

1. INTRODUÇÃO

No cenário internacional contemporâneo, os fluxos de conhecimento têm sido apontados como elementos que afetam e promovem níveis mais avançados de desenvolvimento, capacidade de inovação e competitividade. O conhecimento científico é geralmente referido em relação aos benefícios que apresenta às sociedades, e a difusão de conhecimento é apontada como forma de ampliar o acesso a esses benefícios. O reconhecimento da centralidade da ciência e tecnologia nas sociedades modernas aponta para a importância de consideração dos fluxos de conhecimento nas dinâmicas políticas e sociais em escala global, especialmente na busca por compreender mudanças estruturais mais amplas, que afetam as esferas estatais e internacionais.

Não obstante, de maneira geral, há ainda pouca compreensão sobre os diferentes tipos de conhecimentos que são produzidos pelas sociedades, sobre potenciais conflitos entre distintas perspectivas ou modos de cognição, e sobre como essas diferenças disputam espaço e legitimidade no cenário internacional. Essas questões mostram-se pouco exploradas notadamente no campo da cooperação internacional para o desenvolvimento (CID), modalidade de cooperação internacional que vem ganhando renovada atenção devido ao surgimento de novos atores promotores dentre os países “emergentes”, ou “doadores não-tradicionais”.

A partir dos anos 2000, vários países apontados como detentores de “níveis intermediários de desenvolvimento” – Brasil, China, África do Sul, Índia, Venezuela, entre outros – passaram a integrar o rol de promotores ou doadores de projetos de desenvolvimento em outros países, em volume e alcance crescentes. As atividades também incluíram ações de ajuda humanitária, tanto quanto a realização de cooperação técnica e investimentos, e se voltaram predominantemente à África e América Latina, embora fossem identificadas iniciativas em países asiáticos.

Os formatos de aproximação com países em desenvolvimento foram determinados por interesses, capacidades e modelos estabelecidos por cada país. No Brasil, a promoção da CID foi substancialmente fortalecida a partir de 2006, sob o governo de Luís Inácio Lula da Silva, embora as ações e políticas adotadas remetessem a modelos e formatos previamente

existentes. Em discursos oficiais, a aproximação com o mundo em desenvolvimento foi associada ao papel que o Brasil deveria assumir no cenário internacional, como um país com potencial de contribuir significativamente ao desenvolvimento internacional, com base em valores de solidariedade e garantia de direitos universais. A retórica do desenvolvimento foi um forte componente no discurso governamental, tanto em sua política interna como internacional (LEITE, SUYAMA, *et al.*, 2014; NAÇÕES UNIDAS, 2008).

No contexto da CID brasileira, um ponto de destaque foi a promessa de empreender iniciativas de desenvolvimento pautadas no uso e difusão de experiências bem-sucedidas no contexto nacional. Um elemento característico da proposta brasileira foi o envolvimento direto e central de instituições nacionais de pesquisa e produção de insumos, como é o caso da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na área da saúde, e da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), em agricultura. Estas instituições foram os principais protagonistas na condução das iniciativas internacionais em suas respectivas áreas, que também constituíram uma grande parcela do total de projetos da cooperação brasileira.

Acerca do modelo de cooperação marcado pelo envolvimento de institutos de pesquisa, decorrem questionamentos acerca do papel e dos tipos de conhecimento que são envolvidos na proposta brasileira de CID. Quais avanços as autoridades e atores envolvidos na cooperação pretendem promover nos países atendidos? De que modo, e que tipos de conhecimento são empreendidos nas trajetórias de desenvolvimento propostas por estes atores? Quais as capacidades e características do conhecimento brasileiro que garantem, ou buscam promover, modelos específicos de gestão nas áreas atendidas?

Estas questões apontam para a desconstrução de conceitos caros e centrais à realização da CID, que são costumeiramente tomados como fixos. Apontam, inicialmente, para uma concepção de desenvolvimento que não é única ou linear, mas permite a perseguição de diferentes trajetórias. Indicam, ainda, uma concepção de conhecimento que tampouco é unitária, mas afeita a diferentes cognições, concepções, evoluções históricas, processos e conteúdos. Muito embora os estudos e análises sobre a CID tenham avançado a largos passos no questionamento dos formatos adotados pelas relações tecidas entre os parceiros envolvidos - apontando para a importância de processos mais participativos, da consideração da efetividade dos projetos e do reconhecimento de diferenças culturais entre contextos que financiam, promovem ou transferem recursos e os que os recebem -, o conceito de desenvolvimento permanece associado à carência de recursos e de conhecimentos, sem que

haja uma real apreciação dos diferentes conteúdos que podem levar a diferentes modelos de desenvolvimento; diferentes ordenamentos entre Estado e sociedade; diferentes abordagens de problemas e soluções.

A presente Tese explora o conteúdo da CID brasileira, em termos do corpo de conhecimentos empreendido nas iniciativas de cooperação, tomando como estudo de caso a cooperação desenvolvida na área da saúde. A pesquisa desenvolvida teve como base uma perspectiva construtivista e culturalista da ciência e tecnologia, desenvolvida no âmbito dos Estudos Sociais de Ciência e Tecnologia (ESCT), a partir da qual buscou-se compreender como diferentes tipos de conhecimentos, oriundos de diferentes contextos sociais e culturais, permitiam diferentes propostas e respostas às demandas internacionais por “desenvolvimento”.

A concepção construtivista adotada neste trabalho teve como base conceitos desenvolvidos por estudos que buscaram compreender as relações entre ciência, tecnologia e ordenamentos sociais contemporâneos. Nesta perspectiva, a ciência é compreendida como um produto social, determinada por dinâmicas do contexto em que é produzida. Por sua vez, a ciência também transforma o meio social. Assim, rejeita-se uma leitura da ciência como um empreendimento linear, produtor de conteúdos neutros ou objetivos, apontando-se para uma concepção de ciência - e de formas de conhecimento em geral - como contingentes aos contextos sociais em que emergem, afetados por culturas, interesses e formas de cognição predominantes nesses contextos.

No que condiz às relações tecidas entre ciência e Estado, a perspectiva construtivista compreende que o Estado é capaz de orientar os usos e desenvolvimentos científicos, e o faz de acordo com visões prevaletentes nos círculos decisórios acerca de preferências e concepções sobre o papel da ciência, incluindo percepções de seus riscos e benefícios, dos atores que poderão controlar ou usufruir os resultados da ciência e tecnologia, e do alcance previsto para os desenvolvimentos científicos e tecnológicos, notadamente quando financiados com recursos públicos. Não obstante, reconhece que, da mesma forma que as escolhas estatais afetam a ciência, esta também revela-se fundamental às formas de reprodução da estrutura estatal. Desta forma, as escolhas científicas também participam da conformação da identidade nacional, e se relacionam a visões sobre o presente, passado e futuro da nação.

Ao adotar essa abordagem teórica, entende-se que determinadas áreas de conhecimento ganham espaço e projeção na esfera política, e que este direcionamento é pautado por imaginários, narrativas e percepções associados a determinados avanços científicos e tecnológicos, que orientam os projetos científicos levados a cabo pelo Estado. Partindo desta perspectiva, interessa identificar, na análise da CID brasileira, que visões acerca da saúde podem ser identificadas nas estruturas de produção de conhecimentos públicos nacionais e dão forma às ações de cooperação levadas adiante pelo governo brasileiro.

Outra questão levantada por esta abordagem refere-se ao papel da ciência nos modelos de ordenamento social perseguidos pelas sociedades. Consideram-se, como parte deste ordenamento, tanto a estrutura estatal – que é sujeita a resignificações e mudanças – quanto o próprio conceito de desenvolvimento, enquanto ideário de ordenamento social normatizado por diversos atores na arena internacional, e difundido em escala global. Este ideário aponta para uma constante busca por melhorias sociais através de instrumentos variados: Estado, mercado, políticas, modelos de gestão, entre outros. Cabe compreender, nesta linha de análise, como o conhecimento empreendido na CID brasileira aponta para determinados ordenamentos na promoção da saúde. Entende-se, assim, que a CID envolve, por meio de imaginários e práticas de ação, novas propostas de ordenamento que são apresentadas e empreendidas para além das fronteiras nacionais – deparando-se com negociações e conflitos de cognições, concepções e interesses que se apresentam na esfera internacional.

Um terceiro ponto a ser frisado refere-se às qualificações de “país em desenvolvimento” ou “emergente”, que são compreendidas pela análise adotada como resultantes de interpretações sociais pautadas em aspectos qualitativos e quantitativos, constituindo uma forma de categorização não absoluta e passível de reformulações. O próprio conceito de desenvolvimento vem sofrendo mudanças ao longo do tempo. Neste sentido, a dicotomia entre “países desenvolvidos/subdesenvolvidos”, prevalente nas décadas de 1950 a 1970, cedeu espaço a outras concepções – “em vias de desenvolvimento”, “economias emergentes”, que caminharam gradualmente para o abandono de categorizações lineares e absolutas de desenvolvimento. Não obstante, reconhece-se que a situação brasileira é percebida e associada a um nível “intermediário” de desenvolvimento, o que remete à

percepção de que faltaria ao país atingir um “padrão básico” para ser considerado desenvolvido.

A partir destes embasamentos, surgiu o interesse inicial da pesquisa, orientado a explorar como, diante da desigualdade de estruturas científicas internacionais, o Brasil buscou empreender suas próprias capacidades científicas e tecnológicas na condução de novas propostas de ordenamento social, apresentando como proposta de CID a realização de práticas pautadas em um conhecimento e capacidades científicas e tecnológicas essencialmente “nacionais”. As narrativas da cooperação brasileira, que a descreviam como distinta dos modelos tradicionais de CID, conferiam sustentação à indagação inicial. Reconhecendo que o conhecimento científico confere importantes bases de apoio ao ordenamento social na modernidade, interessava compreender como o país difundia, junto a seu conhecimento, as suas concepções e formas de ordenamento, adquirindo recursos importantes em termos de legitimidade e capacidade de atuação no cenário internacional.

Na área da saúde, a identificação da Fiocruz como braço executor das ações de cooperação nacionais direcionou a pesquisa às atividades desta instituição. Logo foi possível perceber que o projeto brasileiro não consistiu simplesmente de um plano gestado a nível das instituições de governo federais, e orientado por interesses de Estado – quaisquer que fossem as definições conferidas a este termo¹. A Fiocruz, enquanto instituição de pesquisa, participou ativamente da gestão, definição e orientação das atividades de cooperação internacional em saúde, atendendo, para tanto, a interesses e capacidades intrínsecos à instituição.

No processo de coleta de dados, evidenciou-se a participação ativa de um terceiro ator, não nacional, na promoção da cooperação internacional brasileira: a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Neste sentido, a política de cooperação brasileira, que era até então percebida como peculiar ao país, de acordo com seus interesses e capacidades, teve que ser compreendida como inscrita em um projeto mais amplo, apoiado e orientado por uma agência tradicional da cooperação internacional em saúde, com uma história bastante antiga no continente americano.

Nesta etapa, a análise se deparou com dinâmicas envolvendo o conhecimento nacional que não se contiveram ao interior das fronteiras nacionais, nem se guiaram

¹Em geral, análises sistêmicas das Relações Internacionais que tomam o Estado como unidade de análise, apontam para as relações estabelecidas no cenário internacional como definidas por interesses de “Estado”, que se diferenciariam de interesses políticos dos grupos no poder.

puramente pela perspectiva do ator estatal. Atores produtores de conhecimento, tanto quanto atores promotores de modelos de gestão em saúde pública em âmbito nacional e internacional foram fundamentais na construção e definição dos modelos de CID perseguidos pelo Brasil no período em análise.

O objetivo da pesquisa passou a ser o de compreender como se conformou essa cooperação envolvendo distintas instituições, mas sempre no contexto de uma perspectiva construtivista do conhecimento e de seus padrões de disseminação. O enfoque da pesquisa permaneceu nas inter-relações entre ordenamento social, escolhas políticas e conhecimento nacional, buscando identificar que tipos de conhecimentos nacionais eram objeto da cooperação conduzida, e que modelos de ordenamento eram promovidos e difundidos por meio das práticas e conhecimentos compartilhados. Para tanto, buscou-se traçar o histórico das relações entre os atores envolvidos na cooperação e identificar como se conformou a coordenação inter-institucional para levar adiante uma perspectiva específica de CID em saúde, um *imaginário sociotécnico* relacionado à saúde a ser provido como modelo de gestão para o mundo em desenvolvimento. A pesquisa permitiu identificar um esforço de coordenação bastante detalhado, que estabeleceu as bases para uma atuação compartilhada no cenário internacional.

Uma vez identificados os meandros da cooperação inter-institucional, procedeu-se a identificar a amplitude da cooperação brasileira, não apenas em termos de seu alcance geográfico, mas sobretudo das temáticas avançadas pelos projetos nacionais. Com este intuito, outra etapa de pesquisa consistiu em mapear o conjunto de atividades internacionais levadas a cabo pelo Brasil na área da saúde, de modo a extrair, da análise deste conjunto, as tendências e práticas que ajudariam a compreender de que forma a CID brasileira apontava novas trajetórias para a gestão da saúde no contexto global. Neste sentido, reconhece-se que a materialidade presente nas práticas de cooperação confere sustentação a visões e imaginários compartilhados pelo país e, na medida em que são considerados bem-sucedidos, conferem legitimidade às propostas nacionais.

Assim, este trabalho traçou a conformação do projeto de cooperação internacional de saúde brasileira, buscando identificar os conhecimentos, imaginários e práticas empreendidos. A hipótese do estudo foi que a CID em saúde brasileira se embasou em formatos sustentados por um determinado corpo de conhecimentos, detido e produzido pelas estruturas nacionais; e que, por meio da CID, o país e demais atores envolvidos na cooperação

promoveram a difusão de práticas e experiências ancoradas em ordenamentos institucionais nacionais, embasados em visões acerca da relação entre ciência, Estado e saúde prevalentes no país. Desta forma, a CID atuaria como instrumento de difusão de elementos materiais e imateriais – percepções e modelos preferíveis de gestão em saúde – que estariam *relacionados com determinado corpo de conhecimentos e determinado modelo de Estado*. A ciência, respaldada em estruturas científicas nacionais e com forte associação na sustentação do sistema nacional de saúde, foi considerada como uma ferramenta fundamental na contribuição brasileira ao desenvolvimento.

O estudo da cooperação internacional brasileira em saúde perpassou uma análise das estruturas e das práticas empreendidas. Por estruturas, compreende-se as instituições participantes e a definição de uma política voltada à internacionalização das atividades em saúde, que envolveu importantes reordenamentos das próprias estruturas participantes. Identificaram-se três atores principais na cooperação brasileira: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Ministério da Saúde, por meio de sua Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA/MS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), integrada à Organização Mundial da Saúde (OMS). Em relação às práticas, compreende-se os modelos, formatos e orientações dos projetos propostos na cooperação internacional realizada pelo país, identificadas por documentos e relatórios gerados pelos atores promotores da cooperação – especificamente OPAS e Fiocruz.

A metodologia utilizada foi o estudo de caso (YIN, 2003), tendo como objeto a cooperação brasileira na área da saúde. A coleta de dados e informações sobre os projetos de cooperação foram obtidas principalmente a partir dos Relatórios de Gestão da Fiocruz e da OPAS/OMS. Também foram realizadas entrevistas com funcionários das instituições promotoras da cooperação², e recolhidos dados secundários disponíveis na imprensa, internet (*sites* e notícias) e textos acadêmicos. As entrevistas conduzidas foram semi-estruturadas³. Ao todo, foram realizadas 11 entrevistas (4 na Fiocruz, 4 no Ministério de Relações Exteriores, 1

² Optou-se por não citar os informantes, devido à dificuldade de contato posterior às entrevistas para a revisão das informações prestadas em alguns casos. Foram entrevistados funcionários da Fiocruz, Ministério da Saúde e OPAS/OMS, no Rio de Janeiro e Brasília.

³ De acordo com Manzini (1990), a entrevista semi-estruturada está focada em um assunto pré-determinado, sobre o qual é confeccionado um roteiro com perguntas principais, que são complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias da entrevista. Neste modelo de coleta de dados, podem emergir informações de forma mais livre. As respostas, por outro lado, não são condicionadas por alternativas. Há, no entanto, a necessidade de perguntas básicas e principais para atingir objetivos pretendidos, que se apresentam no roteiro de entrevistas.

no Ministério da Saúde, 2 na OPAS). Em muitos casos, as entrevistas contaram com mais de um representante, resultando em 16 pessoas entrevistadas.

Para traçar o histórico das relações de cooperação internacional em saúde entre OPAS, Fiocruz e governo brasileiro, foram utilizadas fontes secundárias – trabalhos e análises históricas sobre a evolução destas relações produzidos, em grande medida, por pesquisadores associados à Fiocruz. Para traçar a conformação da coordenação institucional entre os três atores no período de recente crescimento da cooperação internacional brasileira, utilizaram-se como fontes primárias, além das entrevistas, documentos e relatórios oficiais produzidos por instâncias de governo e das demais instituições participantes, que incluíram: discursos; relatórios de gestão e planejamento; termos de cooperação e publicações diversas produzidos pela Presidência da República, Ministérios da Saúde e de Relações Exteriores, Fiocruz e OPAS. Para traçar o conjunto de atividades de cooperação em saúde empreendidas no âmbito dessa cooperação inter-institucional mais recente, utilizaram-se como fontes os Relatórios de Gestão dos Termos de Cooperação 41 e 58 entre OPAS e Brasil e os Relatórios da Fiocruz, além de fontes secundárias – notícias diversas obtidas pela internet ou imprensa escrita.

No que concerne às entrevistas, cabe destacar que, de maneira geral, elas foram marcadas por um forte viés institucional – reproduzindo as diretrizes do órgão ao qual o entrevistado estava associado e remetendo a documentos públicos para a compreensão das ações desenvolvidas. Foram especialmente úteis para a apreciação de projetos considerados bem-sucedidos ou caminhos percebidos mais promissores dentro dos objetivos da cooperação brasileira, que integravam também propostas de integração regional, como se verá no decorrer do trabalho. No entanto, as entrevistas não forneceram elementos para a análise de aspectos informais da condução da CID⁴. Escassos indícios que apontam para aspectos informais da política nacional foram obtidos a partir de trechos de documentos oficiais ou fontes secundárias, e incluíram discursos e notícias, mas não permitiram uma análise mais aprofundada deste aspecto na condução da política nacional.

A análise dos documentos oficiais, por sua vez, traçou os aspectos formalizados dessa política, identificando as mudanças institucionais, orientações e estratégias que guiaram a cooperação, além das práticas implementadas e alcance dos projetos. Foram analisados os

⁴ A consideração dos aspectos informais da condução da política é adotada no presente trabalho de acordo com a abordagem proposta por Sheila Jasanoff (2007), que será apresentada no capítulo 3. Por hora, basta ressaltar que aspectos informais da política consistem em elementos do funcionamento político não formalizados em documentos e leis, mas que afetam sua condução.

Relatórios de Gestão da Fiocruz, referentes ao período entre 2001 e 2014, os Relatórios de Gestão da OPAS, referentes aos Termos de Cooperação nº 41 e 58, entre os anos 2008 e 2015⁵, além dos Programas de políticas de saúde nacionais, mencionados no decorrer da Tese.

A fim de cumprir o objetivo proposto a tese se divide em duas partes. Em uma primeira parte, apresentam-se a cooperação técnica internacional e as abordagens conceituais usadas para analisar a política de cooperação em saúde brasileira. O primeiro capítulo é destinado a prover um panorama histórico da cooperação técnica internacional, desde sua emergência, na década de 1950, até os dias atuais. Aponta-se para a apropriação do conceito de desenvolvimento e de cooperação por países em busca de uma via alternativa de ação no cenário internacional marcado pela Guerra Fria, e apresentam-se dados da recente cooperação internacional para o desenvolvimento brasileira.

O capítulo seguinte introduz os conceitos teóricos que guiam a investigação da cooperação internacional brasileira em saúde a partir de uma perspectiva construtivista e coproducionista entre ciência e sociedade. A análise empreendida se utiliza do conceito de imaginários sociotécnicos, que compreende as políticas estatais como um produto de interpretações, visões e projetos de futuro mediados pelas capacidades científicas, tecnológicas e cultura institucional peculiares a cada país. O conceito dos imaginários sociotécnicos reforça a existência de distintas perspectivas e interpretações possíveis sobre o avanço científico, que se refletem nas políticas nacionais de ciência e tecnologia.

Na segunda parte da tese, procede-se à apresentação da cooperação internacional em saúde brasileira. O capítulo inicial desta seção retoma um histórico de atuação e consolidação das instituições participantes no contexto da política de saúde brasileira. A partir de revisão bibliográfica, expõe-se uma antiga história de participação da OPAS/OMS na orientação em saúde brasileira, que também é balizada pelos desenvolvimentos e ações da Fundação Oswaldo Cruz.

O capítulo seguinte apresenta o que se denomina a “Estrutura” da cooperação internacional brasileira. Apresentam-se os atores, sua organização, e a conformação de uma verdadeira estratégia política de cooperação internacional em saúde. Esta estratégia foi inicialmente empreendida entre Fiocruz e governo nacional, mas logo apoiada e fomentada com a participação da OPAS/OMS. No terceiro capítulo da seção, apresentam-se as práticas

⁵ Os Relatórios de Gestão dos Termos de cooperação da OPAS só encontram-se disponibilizados a partir de 2008.

empreendidas no âmbito da estratégia de cooperação internacional em saúde, identificando principais tendências nacionais. Por fim, apresentam-se as análises acerca dos dados apresentados.

O trabalho buscou contribuir com o campo de análises da cooperação internacional para o desenvolvimento ao empreender um enfoque construtivista e, de certo modo, crítico a estas ações. A perspectiva construtivista adotada busca revelar como diferentes visões podem coexistir e conferir elementos materiais e organizacionais próprios a uma concepção de desenvolvimento pretensamente universal. Reforça-se a importância de se considerar os elementos materiais e formatos envolvidos em sua promoção, apontando para a necessidade de novos caminhos teóricos aplicados às relações internacionais, que deem conta de analisar a conexão entre percepções e imaginários predominantes e formas de ordenamentos prevalentes no cenário internacional.

2. O BRASIL E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO

O contexto internacional do pós-Segunda Guerra foi marcado por diversas modificações nas relações tecidas entre Estados, no alcance político-institucional de ideologias políticas dominantes, e na própria distribuição de poder no cenário internacional. Neste cenário, nasceu a cooperação internacional para o desenvolvimento, ou ajuda internacional, enquanto política externa expressa dos Estados Unidos sob a Doutrina Truman. É bem verdade que iniciativas de assistência internacional existiram previamente, promovidas por diversos países e atores, mas constituíram, de maneira geral, ações isoladas, não representando um movimento estatal coeso, com orientações bem definidas e defendidas, como passariam a ser a partir da década de 1940⁶. A partir de então, a promoção internacional do desenvolvimento foi incorporada por novos atores e permeada por distintas abordagens. A diversidade de perspectivas incluiu interesses políticos, diferentes visões e significações sobre o desenvolvimento e sobre as melhores práticas para sua promoção.

Este capítulo apresenta a evolução da cooperação internacional para o desenvolvimento, explorando suas características, modelos, atores e conceituações, de modo a situar a atuação brasileira no contexto mais amplo da cooperação internacional. Em uma primeira seção, apresenta as conceituações deste objeto e aborda brevemente padrões de evolução identificados por diferentes autores. Na seção seguinte, debruça-se sobre o movimento de captura da cooperação internacional para o desenvolvimento pela lógica e discurso da aproximação entre países em desenvolvimento. A seguir, traça um panorama da cooperação internacional para o desenvolvimento no século XXI e, por fim, apresenta dados e características da cooperação para o desenvolvimento brasileira, recolhidos na literatura acadêmica e produzida por institutos de pesquisa. A proposta do capítulo é traçar um panorama geral e introdutório do campo da cooperação internacional para o desenvolvimento, de modo a dar prosseguimento à análise das significações brasileiras aos conceitos e práticas de cooperação para o desenvolvimento na área de saúde, em perspectiva histórica e sob um enfoque institucional.

⁶ Este ponto é ressaltado por Lancaster (2007). Existiram diversas iniciativas relacionadas à provisão de auxílio internacional, promovidas por Estados e outros atores não-estatais prévios à década de 1940, incluindo empréstimos norte-americanos e ingleses voltados ao alívio da fome em países europeus afetados pela Primeira Guerra mundial, nas décadas de 1910 e 1920 (JONES, 2009).

2.1 - CONCEITUAÇÕES

O termo *cooperação internacional* detém múltiplas significações no campo das Relações Internacionais, sendo geralmente empregado para fazer referência a diversas formas de aproximação entre governos nacionais, incluindo a adoção de políticas nacionais convergentes (YOUNG, 1989; KEOHANE, 1982); a formação de blocos em negociações internacionais - a exemplo de Grupos de países como o G-20, G-77, ou acordos exclusivamente comerciais, como o Tratado Transpacífico; a promoção de pesquisas e desenvolvimentos conjuntos em determinadas áreas – como ocorre no caso da cooperação internacional em ciência e tecnologia, reunindo vários países em um empreendimento transnacional; entre outros⁷. As iniciativas ou ações de cooperação, no entanto, nem sempre são restritas aos atores estatais, pode ocorrer entre diferentes atores e esferas subnacionais (VIGEVANI, WANDERLEY, *et al.*, 2004). Cada vez mais, atores não públicos - incluindo o setor privado, organismos internacionais e Organizações Não-Governamentais – têm atuado de forma cooperativa com atores em outros países, conformando mais um formato que pode ser denominado de cooperação internacional.

Dentro deste amplo universo, a *Cooperação Internacional para o Desenvolvimento* e a *cooperação técnica internacional* constituem objetos peculiares. A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), também conhecida como *ajuda internacional* constitui um formato de ação bem estabelecido no cenário internacional, empreendido por diversos atores, geralmente marcado por doações de recursos financeiros e propostas de ação – projetos, iniciativas ou atividades – voltados à promoção do desenvolvimento em regiões consideradas “em desenvolvimento”, que estejam fora das fronteiras dos países ou instituições que promovem a cooperação. Esta característica acaba por revelar um aspecto comumente apontado pelos críticos da CID: de que este formato é propenso a reproduzir um discurso de desigualdade de condições e capacidades entre os países no cenário internacional, de acordo com o qual os países considerados “desenvolvidos” teriam mais conhecimento ou capacidade de propor soluções e alternativas, ou de contribuir financeiramente, materialmente e cognitivamente com os países ou atores que recebem o auxílio; conferindo, assim, aos países “em desenvolvimento” o papel de meros recebedores de

⁷ Os trabalhos de Milner (1992) e Baldwin (1993), na década de 1990, forneceram uma apreciação de diferentes teorizações da cooperação pelas distintas abordagens dominantes no campo das Relações Internacionais à época. As clivagens e diferentes pontos de partida e concepções ainda são notadas em muitas análises contemporâneas.

ajuda, em formatos e propostas de gestão que pouco se relacionam com as condições sociais e culturais locais⁸.

Em geral, o que define ações internacionais como parte da CID é a associação com o objetivo declarado de promover o desenvolvimento em contextos externos. Neste sentido, a grande variedade de atores – Estados nacionais, organizações não-governamentais, entidades subnacionais, organizações internacionais, etc. – que promovem ações de desenvolvimento internacional integram esse campo. Identificam-se agências de cooperação estatais e não-estatais, como as agências do Sistema da Organização das Nações Unidas (ONU) em variadas áreas temáticas e organizações não-governamentais, fundadas pela sociedade civil, incluindo grandes investidores privados⁹. Além disso, as práticas não se restringem a relações inter-estatais, sendo por vezes providas a grupos sociais específicos, ou mesmo a indivíduos¹⁰ ou organizações.

Devido a esta multiplicidade de atores e formatos potenciais, há uma considerável variedade de conceituações para a CID. É importante ressaltar que a CID é bastante normatizada por agências internacionais, destacando-se como centros de referência o Comitê de Auxílio ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (CAD-OCDE) e agências do Sistema ONU, que promovem classificações, normas, definições e análises sobre sua evolução¹¹.

A definição mais conhecida é a fornecida pelo CAD-OCDE, que usa o termo “Ajuda Oficial ao Desenvolvimento” (AOD) e a define como:

“os fluxos para determinados territórios e países ou instituições multilaterais que sejam:

i. fornecidos por agências oficiais, incluindo o Estado e governos locais, ou por suas agências executivas; e

ii. possuam como objetivo principal a promoção do desenvolvimento econômico e de bem-estar dos países em desenvolvimento e tenham um caráter concessional e a

⁸ Essas críticas são comuns em diversos trabalhos ou análises da CID, tendo inclusive pautado as reformulações nos modelos adotados pelos seus promotores ao longo do tempo, como veremos mais adiante no capítulo.

⁹ Citam-se, por exemplo, as Fundações Rockefeller, Ford, Fullbright, que tiveram uma atuação marcante na cooperação internacional do século XX, e iniciativas mais recentes, como a Fundação Bill e Melinda Gates, dentre uma variedade de outras agências.

¹⁰ Como é o caso das bolsas de estudo conferidas a estudantes advindos de contextos em desenvolvimento.

¹¹ Baseamo-nos na definição de Krasner (1982), que apresenta normas como “padrões de comportamento definidos em termos de direitos e obrigações” e regras “como prescrições ou proscricções específicas para ação” (KRASNER, 1982, p. 185). Assim, as normas e regras que regem a cooperação internacional para o desenvolvimento não foram necessariamente ratificadas por todos os seus realizadores, mas apontam um padrão comum de aceitação e comprometimento em relação aos objetivos e expectativas em torno de sua realização.

doação de no mínimo 25% dos recursos empreendidos" (CAD-OCDE, tradução própria).

A definição fornecida pelo CAD-OCDE restringe a AOD aos fluxos governamentais, excluindo ações desenvolvidas por atores não-governamentais. Há, nas análises do órgão, a promoção do entendimento de que a CID consiste em uma ação *esperada* de governos nacionais no fomento ao desenvolvimento internacional – postura que também é identificada nas agências do Sistema ONU. Entretanto, é importante frisar que o CAD-OCDE consiste em um centro de análises e conceituação da CID composto por um restrito grupo de países desenvolvidos: a própria OCDE é uma organização internacional de 34 países, com elevado Produto Interno Bruto per capita e alto Índice de Desenvolvimento Humano. Neste sentido, apesar de amplamente difundida, a definição fornecida pelo Comitê não é sempre adotada por outros atores que participam da CID, como é o caso de doadores ditos “emergentes” ou “não tradicionais”, especialmente no caso de países “em desenvolvimento” promotores da cooperação, que costumam apresentar formatos e conceituações diversas.

Sob esta perspectiva, inclusive, promove-se uma distinção entre “cooperação para o desenvolvimento” e “ajuda humanitária”, uma vez que se reconhece esta última como um formato de alívio de situações de emergência, sem que haja uma efetiva promoção ou capacitação do ambiente receptor dos projetos¹².

A *cooperação técnica internacional* (CTI), por sua vez, representa um dos formatos que integram a realização da CID. Enquanto a CID reconhece uma multiplicidade de formatos, incluindo desde uma simples transferência de recursos a objetos específicos (como doações a organizações internacionais, empréstimos nacionais, ou bolsas de estudo) até a realização efetiva de projetos de desenvolvimento liderados por equipes de profissionais coordenadas pelos promotores da cooperação¹³, a CTI consiste especificamente na transferência de *técnicas* consideradas mais adequadas ao desenvolvimento, em variadas áreas de ação. Neste sentido, a CTI pode envolver recursos financeiros e humanos, desde que orientadas e associadas a um objetivo pautado na transferência de recursos, conhecimentos ou materiais entre os contextos promotor e receptor. Este aspecto de *transferência técnica* envolve conteúdos específicos, codificados em técnicas ou tecnologias, considerados válidos,

¹² Esta distinção é apontada por uma variedade de atores promotores da cooperação e por trabalhos sobre cooperação, sendo adotada também pelas instituições brasileiras de cooperação (ABC, 2014; IPEA, ABC, 2010).

¹³ O fato das equipes serem coordenadas pelos promotores – ou “doadores” – da cooperação não significa que inexistam canais de participação e envolvimento dos receptores da cooperação desde as etapas de concepção do projeto, fato que será mais nítido ao se analisar a evolução da cooperação, na seção seguinte.

“mais adequados” e “transferíveis” entre distintos contextos sociais e geográficos, orientados à promoção do desenvolvimento. O objeto da cooperação, assim como os recursos empreendidos, são variados: podem ser artefatos, políticas, expertise, conhecimento, recursos financeiros e humanos, ou uma junção desses elementos. Essa perspectiva é apoiada por Amado Cervo, que afirma que a noção de CTI foi, por muito tempo, associada a três elementos originais: a transferência não comercial de técnicas e conhecimentos; o desnível quanto ao desenvolvimento alcançado entre receptores e prestadores; e a execução de projetos em conjunto, envolvendo peritos, treinamento de pessoas, material bibliográfico, equipamentos, estudos e pesquisas (CERVO, 1994).

A Agência Brasileira de Cooperação (ABC) define a cooperação técnica como:

“A cooperação técnica internacional constitui importante instrumento de desenvolvimento, auxiliando um país a promover mudanças estruturais nos campos social e econômico, incluindo a atuação do Estado, por meio de ações de fortalecimento institucional. Os programas implementados sob sua égide permitem transferir ou compartilhar conhecimentos, experiências e boas-práticas por intermédio do desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais, com vistas a alcançar um salto qualitativo de caráter duradouro” (ABC, 2016).

É possível identificar a presença de CTI desde os primórdios da CID, na forma de “projetos de desenvolvimento” que foram financiados ao longo das décadas. Até hoje, muitos estudos apontam para o aspecto da transferência e da criação de capacidades com o auxílio de especialistas advindos de um país a outro. Entretanto, é necessário salientar que nem todos os recursos que compõem a CID são empreendidos na forma de cooperação técnica: excluem-se, por exemplo, recursos a fundo perdido ou a concessão de bolsas de estudo. A distinção entre CID e CTI revela-se importante notadamente no caso da cooperação brasileira, em relação aos dados disponibilizados pelos estudos sobre este objeto, uma vez que a CTI constitui uma parcela reduzida no total de recursos declarados à CID.

Em geral, as análises sobre cooperação técnica internacional se atêm, principalmente, aos fluxos de cooperação, identificando países que proveem ou recebem a cooperação, e às áreas prioritariamente apoiadas, além das narrativas e motivações dos países em sua realização. O recente aumento de iniciativas de cooperação promovidas por países em desenvolvimento, denominadas de “Sul-Sul” tem levantado o interesse de trabalhos mais recentes, que exploram esses elementos tendo a cooperação brasileira como objeto de análise (ALDEN e VIEIRA, 2005; CABRAL e WEINSTOCK, 2010; IPEA, ABC, 2010; PUENTE, 2010; SOUSA, 2010; LEITE, SUYAMA, *et al.*, 2014). A seguir, procede-se a uma

apresentação de trabalhos que analisam a evolução da CID e, logo após, de suas características contemporâneas, incluindo análises da CID brasileira.

2.2 - EVOLUÇÃO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL: O CONCEITO DE ‘DESENVOLVIMENTO’ COMO ABORDAGEM DE AÇÃO

O início de um movimento sustentado de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento remonta à década de 1950. No período em questão, o cenário internacional buscava reordenar as relações entre os países afetados pela guerra, e assistia ao início de uma disputa ideológica entre duas superpotências – Estados Unidos e União Soviética. Os Estados Unidos empreenderam uma política externa de concessão de recursos a países que solicitassem auxílio internacional, conhecida como “Doutrina Truman”. Em seu discurso ao Congresso, que inaugurou tal direcionamento, o presidente norte-americano Harry Truman afirmou que

"um dos objetivos principais da política externa estadunidense é a criação de condições nas quais nós e outras nações sejamos capazes de organizar uma forma de vida livre de coerção (...). Nós não poderemos realizar nossos objetivos, no entanto, a não ser que estejamos propensos a ajudar povos livres a manter suas instituições livres e a integridade de seu governo contra movimentos agressivos que buscam impor sobre eles regimes totalitários" (TRUMAN, 1947 apud ANSLOVER, 2014, p. 171).

O discurso do presidente norte-americano associou a provisão de ajuda internacional à reconstrução e estabilidade dos países e à garantia da liberdade. A ajuda financeira foi apresentada como uma forma eficaz de conter ameaças de regimes totalitários nos países atingidos. A garantia da liberdade foi exposta como uma preocupação norte-americana, para a realização de seus próprios objetivos de liberdade, não podendo o país fechar os olhos à demanda internacional.

No contexto do conflito bipolar, o suporte financeiro internacional configurou uma ferramenta de política externa voltada à garantia de domínio sobre as zonas de influência. À semelhança da política norte-americana, a União Soviética ofereceu suporte financeiro aos países socialistas, em um plano conhecido como Molotov¹⁴.

¹⁴ Diversas referências não acadêmicas fazem menção ao Plano Molotov como resposta ao Plano Marshall, que ensinou a ajuda internacional norte-americana à reconstrução europeia e ao desenvolvimento, de maneira geral.

Arturo Escobar (1995) caracteriza a provisão da ajuda internacional norte-americana à própria gestação do conceito de desenvolvimento, na forma como passou a ser associado ao progresso das nações. Os discursos e políticas norte-americanos conformaram o que o autor nomeou de “discurso do desenvolvimento”, que estabeleceu uma nova forma de compreender e gerenciar o cenário internacional, difundindo ao redor do mundo características consideradas típicas das sociedades avançadas industrializadas. Na ideologia do desenvolvimento, estava embutida a ideia de etapas, de melhores práticas e caminhos a serem seguidos, que se orientariam pelas experiências dos países considerados desenvolvidos. Este processo passava pela industrialização e urbanização, transformação da agricultura em processos essencialmente técnicos, melhoria nos níveis de qualidade de vida pautados em valores “universais”, entre outros. Em todo o imaginário do desenvolvimento, capital, ciência e tecnologia apareciam como elementos fundacionais, a serem difundidos no mundo subdesenvolvido (ESCOBAR, 1995).

A perspectiva de Escobar entende a promoção do desenvolvimento como um discurso modernizante, que fundamentou práticas internacionais com amplas consequências aos países atendidos e não atendidos. O mundo passou a ser definido de acordo com a díade “desenvolvimento/subdesenvolvimento”, e as soluções propostas para romper o subdesenvolvimento foram, por muito tempo, providas a partir dos países desenvolvidos. A concepção do desenvolvimento como discurso é compartilhada por Gilbert Rist, que argumenta que o termo se apresenta hodiernamente como um caminho ou processo modernizante de aceitação supostamente universal. Não obstante, o desenvolvimento emerge a partir de perspectivas ocidentais, e serve para designar uma grande variedade de processos associados a conceitos tais como *“bem-estar material, progresso, justiça social, crescimento econômico, prosperidade pessoal ou mesmo equilíbrio ecológico”* (RIST, 2010, p. 8, tradução própria).

Ainda de acordo com Rist, as definições predominantes de desenvolvimento, fornecidas por documentos produzidos em Comissões Internacionais – Relatório da Comissão Sul ou Relatório de Desenvolvimento Humano – ou em “grandes textos fundadores” ao longo da história do termo no cenário político internacional (dentre os quais se destacam o discurso de Truman, as reivindicações por uma Nova Ordem Econômica Internacional, entre outros), permitem traçar vários pressupostos imbuídos na ideia mestra do desenvolvimento: uma

Uma referência que corrobora as demais e mostra-se mais objetiva na descrição do plano é fornecida pelo verbete da Wikipédia https://en.wikipedia.org/wiki/Molotov_Plan, acessado em 10 de julho de 2016.

concepção que advoga o evolucionismo social, o individualismo e o “economicismo” – a obtenção do desenvolvimento a partir do crescimento econômico. Além disso, as definições fornecidas tem forte caráter normativo e instrumental, abusando de concepções de intensificação dos processos considerados desejáveis – tais como “maior democratização”, “maior participação” – que apontam para elementos que estariam em falta em determinados contextos, conseqüentemente percebidos e designados como “não-desenvolvidos” (RIST, 2010). O termo, da forma como é usado por diversos atores no cenário internacional, é considerado uma *palavra plástica*, que passa a ser adotada no vocabulário tecnocrático, estando sujeito a uma ampla diversidade de interpretações¹⁵, fazendo com que a totalidade das atividades humanas modernas possa ser inserida e perseguida em nome do “desenvolvimento” (RIST, 2010, p. 11).

Tanto Escobar como Rist reconhecem a importância do período pós-guerra para o estabelecimento do discurso de desenvolvimento, embora Rist vá buscar as origens do conceito em períodos anteriores, identificando-as no cerne do pensamento e história ocidentais, incluindo os períodos de colonização europeia sobre a África e Ásia no século XIX. É nesta época que o autor identifica os inícios da cooperação internacional, estabelecidas entre a Liga das Nações e as demandas chinesas por auxílio à sua modernização, por meio de conhecimentos e capitais a serem fornecidos pelos países europeus, em 1930 (RIST, 2010, p. 65).

É no período pós-guerra, no entanto, sob hegemonia norte-americana e associado à intensa promoção da CID, que o desenvolvimento aponta como ideário de transformação social a nível internacional, justificando ações e políticas estatais em outros países de maneira contundente. Torna-se, neste sentido, um *novo paradigma* de ação no cenário internacional. Neste processo, também identifica-se a emergência da noção contrária, ou do estágio inicial em um processo linear de desenvolvimento: o sub-desenvolvimento (ESCOBAR, 1995; RIST, 2010).

O ideário do desenvolvimento passou a orientar as ações de países e outros atores, sendo considerado um objetivo comum e incontestável, que deveria ser promovido para além das fronteiras nacionais por meio da cooperação internacional. Em 1961, foi criada a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), voltada a prestar

¹⁵ O conceito de “palavras plásticas” é elaborado por Poerksen (1995) e referenciado em Rist (2010, p. 11, nota de rodapé 8).

cooperação internacional dentro da qual foi estabelecido o Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD-OCDE), fórum fundamental de avaliação, debates e formulações sobre a ajuda internacional¹⁶. Além da OCDE, as agências temáticas ligadas às Nações Unidas também foram importantes *loci* de análises, estudos, debates e propostas da CID, reforçando seu aspecto instrumental e normativo, fortemente relacionado às significações de desenvolvimento correntes no contexto internacional que se estabelecia à época.

Durante as sete décadas que se seguiram desde o fim da Segunda Guerra até os dias atuais, o conceito de desenvolvimento e as práticas da cooperação internacional prevalentes sofreram diversas mudanças. Em relação às práticas e formatos da cooperação, a transformação foi predominantemente guiada pelas experiências de sucesso ou insucesso acumuladas pelas diversas agências internacionais. Além disso, mudanças de orientações e visões acerca do próprio conceito de desenvolvimento conformaram novos paradigmas de ação internacional.

Hyden (1990) aponta uma evolução nos paradigmas da cooperação até a década de 1990. De acordo com o autor, as mudanças ocorridas em diferentes períodos foram orientadas por dois parâmetros centrais: econômico e organizacional. No aspecto econômico, os paradigmas variaram de acordo com perspectivas orientadas ao crescimento econômico (tendência centralizadora) ou à promoção da equidade (tendência distributiva); enquanto no aspecto organizacional, variaram entre abordagens focadas no fortalecimento de governos nacionais (tendência centralizadora) e outras, nas quais se notou uma agenda orientada a outros atores – instituições, governos regionais ou sociedade civil em suas diversas organizações (tendência descentralizadora). A evolução dos paradigmas da cooperação, de acordo com Hyden, é sumarizada no quadro 1 na página a seguir.

A cronologia de Hyden explicita mudanças significativas relacionadas tanto às práticas como aos objetivos da cooperação para o desenvolvimento em um período abrangente de sua história. Ressalta a imbricação fundamental entre objetivos e ações que se tornam predominantes no cenário internacional.

¹⁶ A própria criação da OCDE resulta da cooperação internacional prestada pelos Estados Unidos. A organização surgiu a partir da Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OCEE), estabelecida em 1948 para gerenciar os fundos do Plano Marshall, de recursos norte-americanos para a reconstrução do continente.

Quadro 2-1 - Evolução dos paradigmas de ajuda internacional (1950-1990)

De 1950 a meados da década de 1960	Contexto marcado pelo surgimento de novos países africanos e asiáticos, em decorrência dos processos de independência. O governo é percebido como “motor” do desenvolvimento, e as abordagens são focadas na seleção de indivíduos empreendedores. A ajuda é direcionada a grandes produtores rurais, na esperança de modernização das atividades econômicas, com auxílio do Estado. Prevalência de projetos definidos pelos países doadores e organizações internacionais. Abordagem centralizadora voltada ao crescimento econômico.
Fins da década de 1960 a inícios da década de 1970	Contexto de intensos debates sobre o desenvolvimento, resultando em sua desassociação à noção de crescimento econômico. Abordagens voltadas à promoção da equidade e orientadas a grupos de renda mais baixa. Maior atenção a temas de desenvolvimento social e garantia de necessidades básicas, notadamente nas áreas de saúde e educação. Promoção da participação da população e grupos excluídos no desenvolvimento nacional. Abordagem permanece centralizada na figura do Estado, mas voltada a maior equidade.
Década de 1970, sobretudo após o Choque do Petróleo (1973)	Contexto de crise econômica global e declínio da cooperação provida por recursos estatais. Crise na capacidade de diversos Estados em desenvolvimento de prover serviços públicos. As abordagens da cooperação passam a privilegiar o apoio a organizações intermediárias e não-governamentais, promovendo mobilização e participação crescente da sociedade civil, em projetos mais localizados. Cooperação percebida como alternativa de sobrevivência em países mais afetados pela crise. Predomínio de formatos descentralizados, ainda orientados pela equidade.
Década de 1980 a 1990	Abordagens excessivamente localizadas ressentem a falta de redes de suporte, impossibilitando maiores impactos no desenvolvimento das sociedades. Retomada de formatos de atuação mais abrangentes. Prevalência da noção de “ambiente capacitador”, como estrutura <i>macro</i> que permita o desenvolvimento autônomo de iniciativas localizadas, sem a necessidade de intermediação direta dos projetos de ajuda internacional. Diminuição gradual da abordagem descentralizada e retomada gradual do objetivo de crescimento econômico.

Fonte: elaboração própria, a partir de Hyden (1990).

Em relação à evolução de trocas científicas e tecnológicas, imbuídas nas práticas de CTI, é interessante notar que, paralelamente à evolução do conceito de desenvolvimento e suas práticas no cenário internacional, o papel da ciência também sofreu reconsiderações. Ao analisar a colaboração científica internacional entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, orientadas ao fortalecimento de instituições e capacidades de pesquisa

nestes últimos, Gaillard identificou as seguintes mudanças de expectativas ao longo do tempo: nas décadas de 1950 e 1960, o principal objetivo era encontrar soluções rápidas aos problemas de desenvolvimento (“*problem-solving*”), pelo qual as iniciativas de colaboração científica se orientaram pela mobilização de recursos humanos e financeiros do próprio país industrializado “doador”; em meados da década de 1960 até meados da década de 1970, teve início a fase de *assistência técnica*, em que preocupações sobre “quem” resolvia o problema ou “como” passaram a ser secundárias; já na década de 1970, predominaram as preocupações com a *construção de capacidades* (“*capacity-building*”), cujo foco se colocava no fortalecimento dos países recipiendários para resolver seus próprios problemas de desenvolvimento. As abordagens de *problem-solving* e *capacity-building* dividiram as atividades do período, de acordo com tendências nas agências e modelos perseguidos pelos países doadores (GAILLARD, 1994).

A partir da década de 1990, com o fim da Guerra Fria, nota-se um declínio marcante na cooperação internacional, e a continuidade de teorizações e formulações alternativas, empreendidas principalmente por agências de cooperação multilaterais, como a OCDE e as agências do sistema ONU (FUKUDA-PARR, LOPES e MALIK, 2002). Estes debates dão continuidade ao esforço de adequar concepções de desenvolvimento com práticas de cooperação que se mostrem efetivas na diminuição dos níveis de subdesenvolvimento no cenário internacional.

2.3- A COOPERAÇÃO ENTRE PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO: UM MOVIMENTO PRETENSAMENTE ALTERNATIVO

Se a cooperação para o desenvolvimento foi, em um primeiro momento, estabelecida no contexto de disputas por influência internacional entre as duas potências mundiais, este formato logo foi apropriado e resignificado por grande parte do mundo que se caracterizava como “em desenvolvimento”. Os países que compunham o “Sul global” passaram a promover uma perspectiva do desenvolvimento como alcançável através da cooperação entre semelhantes, de maneira a reduzir a dependência política e econômica dos países em relação às grandes potências. O movimento de aproximação entre estes países ficou conhecido como “Cooperação Sul-Sul”, e tem suas origens em meados da década de 1950, na busca por contestar as dicotomias internacionais que eram percebidas como reforçadores de

um status quo de contínua dependência do Sul contra o Norte: reforçava-se, com a cooperação Sul-Sul, o rechaço às divisões “Leste/Oeste”, “capitalismo/socialismo”, “Norte/Sul” e “desenvolvimento/subdesenvolvimento”, muito embora o ideal modernizante do desenvolvimento tenha permanecido como objetivo comum destes países. Neste contexto, surgiram debates e demandas em torno de uma “Nova Economia Política Internacional” (NEPI) (BRENER, 1987)¹⁷.

O movimento de aproximação do Sul foi marcado pela realização da Conferência de Bandung, em 1955, que concentrou mais da metade da população mundial à época¹⁸; pela criação do Movimento dos Não-Alinhados, em 1961, e pela criação, três anos depois, do Grupo dos 77 (G-77), que formou uma coalizão de Países em Desenvolvimento (PEDs) para atuar em negociações de fóruns econômicos internacionais, buscando apresentar os interesses dos países membros de forma articulada (AGHAZARIAN, 2012).

A cooperação entre PEDs foi constituída sobre a construção¹⁹ de uma identidade política comum aos países, mas que congregava realidades políticas e sociais díspares. De acordo com Chakrabarty (2005), esta aproximação inicial foi marcada por um pensamento anti-colonial, direcionado pela urgência em promover a descolonização, mas imerso em uma aceitação acrítica dos processos de modernização. Neste pensamento, a ideia de desenvolvimento era compreendida como um exercício de alcançar (“*catching up*”) com o mundo desenvolvido, em uma perspectiva linear e evolucionária do desenvolvimento. Os diferentes formatos da cooperação Sul-Sul, assim como os grandes marcos políticos que a promoviam, apresentaram um forte apelo desenvolvimentista, que se manifestava nas opções políticas internas e externas dos países envolvidos.

Na década de 1970, a cooperação política entre PEDs deu base ao estabelecimento de iniciativas de cooperação técnica entre estes países, em um movimento que foi reconhecido e intensamente promovido por instituições multilaterais, como a Organização das Nações Unidas (ONU). Em foros internacionais multilaterais, assistiu-se a uma crescente associação da cooperação Sul-Sul com promoção do desenvolvimento internacional, justificada pelo incentivo ao recém-criado conceito de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento

¹⁷ A Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), que se tornou importante fórum de debates econômicos no âmbito da ONU, foi criada em 1964, como resposta a este movimento.

¹⁸ O Japão foi a única nação desenvolvida a participar da Conferência.

¹⁹ O uso do termo “construção” segue a perspectiva social construtivista pela qual identidades são reforçadas, criadas ou abandonadas de acordo com práticas e entendimentos compartilhados (ADLER, 1999).

(CTPD). Em 1974, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) estabeleceu uma unidade especial para a Cooperação Sul-Sul. Em 1978, foi realizada a Conferência de Buenos Aires sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), que formulou uma base normativa e legislativa básica para a realização de cooperação entre países em desenvolvimento. A Declaração de Kuwait, em junho de 1977, que precedeu a realização da Conferência de Buenos Aires, descreveu Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento como um *"imperativo histórico, colocado pela necessidade de uma nova ordem internacional"*, que consistiria em um *"processo consciente, sistemático e politicamente motivado, desenvolvido para criar uma estrutura de múltiplas ligações entre países em desenvolvimento"* (NAÇÕES UNIDAS, 1978).

O Plano de Ação de Buenos Aires definiu a CTPD como um processo multidimensional, podendo ser bilateral ou multilateral, subregional, regional ou inter-regional, organizado por e entre governos, podendo promover a participação de organizações públicas, de organizações privadas e indivíduos; e podendo ser embasado em abordagens, métodos e técnicas inovadoras, particularmente adaptadas a necessidades locais, ao mesmo tempo em que usa modalidades existentes de cooperação técnica (NAÇÕES UNIDAS, 1978).

Não obstante os esforços para sua promoção, nas décadas de 1980 e 1990, os movimentos de aproximação política entre países em desenvolvimento não avançaram tanto quanto almejado, acompanhando a tendência de declínio da CID notada entre os países desenvolvidos. Além disso, a cooperação técnica promovida a partir do encontro de Buenos Aires não chegou a se tornar um destino importante na política externa dos países do Sul. Esse declínio é explicado pelos efeitos da crise do endividamento externo, que afetou grande parte dos países em desenvolvimento, que empenharam esforços para restaurar suas economias sujeitando-se às abordagens político-econômicas formuladas no Consenso de Washington. Vale notar que o colapso da União Soviética em 1991 transformou de maneira significativa as disputas geopolíticas no cenário internacional, colocando importantes obstáculos à noção de não-alinhamento defendidas nos inícios da aproximação entre países em desenvolvimento²⁰.

²⁰ As iniciativas criadas no início da aproximação entre PEDs, como é o caso do Movimento dos Não Alinhados, não foram extintas e permanecem até hoje, embora com pouca projeção política internacional.

2.3.1 Uma leitura construtivista da CTPD

Construtivismo é a base de análise do presente trabalho, que toma sua fundamentação em teorias desenvolvidas no campo dos ESCT. Não obstante, é importante ressaltar a existência de abordagens construtivistas no campo das Relações Internacionais, com destaque para os trabalhos de Alexander Wendt (1992) e Martha Finnemore (1996), que apontaram para a construção social da política internacional. Os trabalhos destes autores, e de outros construtivistas das Relações Internacionais, argumentaram que a convivência social modifica os agentes, suas expectativas, interesses e ações. Ideias e normas foram apontadas como elementos fundamentais na constituição das estruturas internacionais e no próprio comportamento dos Estados e outros atores na esfera internacional. A análise de Wendt, no entanto, considerou os Estados como unidade de análise em um sistema internacional, sem questionar a própria conformação deste ator ou manutenção da perspectiva sistêmica. Os trabalhos de Wendt e Finnemore questionaram a conformação do poder, tirando o foco de uma composição puramente material e apontando que também são constituído por ideias e contextos culturais (WENDT, 1992; FINNEMORE, 1996).

A perspectiva construtivista aplicada às relações internacionais permite conceber importantes mudanças na condução da Cooperação Sul-Sul a partir da formalização da CTPD, notadamente com o advento da Declaração de Buenos Aires. Para os objetivos de uma análise construtivista da cooperação, convém destacar três movimentos importantes decorrentes desse encontro. De um lado, houve uma apropriação da cooperação entre países em desenvolvimento por diversas organizações internacionais, notadamente no sistema ONU. Essa apropriação significou que os temas e demandas levantados pelos países em desenvolvimento foram traduzidos a um formato de cooperação técnica e introduzidos no universo das organizações multilaterais e em uma agenda internacional pretensamente universal.

De outro lado, o formato da cooperação técnica conferiu novas apropriações, formas e significados ao termo “Sul-Sul”. A aproximação Sul-Sul, em suas origens, apontava para uma tensão entre as grandes potências e a “terceira via”, pela qual os caminhos para o desenvolvimento eram disputados em torno da maior aproximação ou distanciamento das relações com estes países. Ao formalizar o conceito de *cooperação técnica* entre países em desenvolvimento, promove-se uma definição mais palpável dos caminhos para a promoção do desenvolvimento a partir do Sul. O desenvolvimento é tratado como algo realizável, não

apenas através das concessões acordadas pelo Norte, mas também pela colaboração e solidariedade entre países do Sul. Desvia-se o foco original da aproximação Sul-Sul, enquanto potencialmente conflitiva com o Norte, e traduz-se esta aproximação em termos técnicos.

Por fim, o formato da cooperação técnica, enquanto tradução possível da aproximação Sul-Sul, confere uma perspectiva mais restrita ao grande grupo de “países em desenvolvimento”. A leitura, condução e avaliação da cooperação técnica costuma ser pontual, direcionada a cada projeto²¹. Além disso, as relações estabelecidas passam a ser acordadas em bases bilaterais, triangulares ou regionais mais estreitas, uma vez que a cooperação é realizada caso a caso, por meio de projetos doadores e receptores específicos. A aproximação Sul-Sul passa a ser sujeita à avaliação e quantificação, de acordo com o número e sucesso de projetos, no caminho da promoção do desenvolvimento.

Os três pontos levantados acima indicam uma retomada da aproximação entre países do Sul, mas sob novas bases, o que ressalta a importância de reconhecer o papel das formalizações nas práticas sociais e políticas. As definições, concepções e imaginações, de acordo com a perspectiva construtivista, tem uma importância crucial na conformação da materialidade, na definição de escolhas e na perseguição de políticas. As agências multilaterais foram fundamentais na formulação das bases da CTPD, que influenciaram as trajetórias percorridas pela aproximação entre países do Sul estabelecidas a partir de então.

É importante frisar, ao longo deste processo, o papel preponderante das significações e definições do desenvolvimento, como apontado por Rist (2010) e Escobar (1995). Enquanto conceito historicamente e culturalmente situado, o desenvolvimento traz consigo uma carga importante de valores, normas e perspectivas sobre a organização política internacional, que se reverbera e confere sustentação e legitimidade às ações de cooperação internacional. Entretanto, ao longo da evolução da CTPD –e da CID, de maneira geral-, a concepção de desenvolvimento vai, paulatinamente, perdendo sua associação original com a provisão de conhecimentos, capacidades e investimentos pelos países mais ricos. Rompe-se, assim, a firme dependência da concepção de desenvolvimento com vultuosos investimentos,

²¹ Esta conclusão foi obtida a partir do funcionamento dos processos de avaliação de projetos em agências promotoras da cooperação internacional. Via de regra, os projetos são estabelecidos individualmente, com recursos e equipe própria, negociados caso a caso, e avaliados ao final de acordo com as a obtenção ou não dos objetivos estipulados e eventuais imprevistos. Isso ocorre mesmo quando os projetos integram um programa mais amplo de cooperação, orientado a determinadas áreas ou objetivos gerais. A avaliação gera um corpo de experiências que baliza novos projetos e objetivos da cooperação futura. Esse padrão é claramente identificado e disponibilizado nos documentos públicos de agências do Sistema ONU, tanto em referência aos projetos individuais quanto em relação ao balanço das experiências e da cooperação como um todo.

grandes projetos e expertises detidas apenas pelos países ricos e avançados. Há uma crescente associação do desenvolvimento a iniciativas de baixo custo, empreendidas a partir do aprendizado e troca de experiências, pautadas na crescente participação e treinamento de recursos humanos e diminuição dos investimentos financeiros, promovida por agências que reformulam as normas da CID e pelas próprias práticas e direcionamentos dos países que promovem a CTPD.

2.4 PANORAMA DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO CONTEMPORÂNEA

No início do século XXI, a cooperação internacional para o desenvolvimento se caracterizou por uma maior diversidade de atores, com crescente participação de organizações não estatais²². Em 2005, foi aprovada a Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda ao desenvolvimento, estabelecendo as questões mais prementes da CID no início do século. Dentre os pontos assinalados, apontou-se para a relevância dos princípios de apropriação das ações pelos países receptores, alinhamento entre as estratégias de doadores e receptores, harmonização das ações entre doadores, gestão por resultados e responsabilidade mútua pelos resultados, como processos de gestão fundamentais para a maior eficácia na promoção do desenvolvimento (OCDE, 2005).

Algumas iniciativas apontam para uma retomada na promoção da CTPD, em continuidade ao projeto de Buenos Aires, articuladas principalmente no âmbito das Nações Unidas. Neste universo, promove-se também o modelo de cooperação *triangulada*, em que a cooperação é empreendida por três atores: uma parte receptora do projeto, um país em desenvolvimento que coordena e implementa o projeto, e uma terceira parte – que pode ser um país desenvolvido ou uma agência de cooperação internacional – que fornece recursos financeiros e/ou auxílio e expertise na condução da cooperação pelo país implementador. Como se verá na análise da cooperação internacional em saúde, o modelo triangulado exerce um destacado papel na cooperação brasileira contemporânea.

No âmbito do esforço de retomada e promoção da Cooperação Sul-Sul, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) descreve esta modalidade como

²² Como aponta Souza (2014) diversas organizações não-governamentais possuem orçamentos de cooperação que excedem a assistência provida por países desenvolvidos.

pautada em princípios de solidariedade e cooperação mútua, que resultam de uma “história compartilhada de subdesenvolvimento” dos países envolvidos. Dentre as atividades consideradas, constam o compartilhamento de experiências, tecnologia e habilidades, acesso preferencial ao mercado e iniciativas de auxílio orientadas ao mercado e investimentos. Assim, a CTPD é apontada como mais ampla que a cooperação Norte-Sul, por envolver maior similaridade entre as partes e um conjunto mais amplo de possibilidades (NAÇÕES UNIDAS, 2009).

No contexto da CTI contemporânea, destaca-se uma maior preocupação de alguns atores com questões relacionadas à qualificação de suas ações. Alguns países em desenvolvimento reforçam a imagem de uma cooperação “horizontal”, ou seja, empreendida “entre partes iguais”, reforçando a ideia de similaridade entre as partes cooperantes e rechaçando um modelo de cooperação marcado por relações hierárquicas. Este é o caso brasileiro, como pode ser constatado nas narrativas oficiais sobre a cooperação. A cooperação é descrita como horizontal, mesmo quando os níveis de conhecimento ou de desenvolvimento são bastante díspares em relação ao país receptor (NAÇÕES UNIDAS, 2008; CESARINO, 2014; FARIAS, 2014). Da mesma forma, há, de maneira geral, uma preferência pelo termo “cooperação” em lugar de “ajuda” ou “auxílio”.

Outra questão envolve a multiplicidade de interesses e formatos adotados pelos promotores da cooperação, que não seguem uma definição comum. Cabe aos países executores definir os propósitos e formas que assumem suas atividades de CTPD. Este fato cria um verdadeiro desafio a esforços de comparação internacional das atividades, tanto quanto de mensuração das ações. Ademais, nem sempre há uma centralização, em âmbito nacional, das informações relativas à CTI prestada ou recebida, o que configura um cenário de informações muitas vezes incompletas e difusas (WALZ e RAMACHANDRAN, 2011; SOUZA, 2014).

Há, no entanto, um consenso nos trabalhos sobre o tema de que a CTPD vem crescendo no início do século XXI, enquanto há uma queda na Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD) concedida pelos países-membros do CAD-OCDE²³. Dados da OCDE apontam para uma tendência de redução da AOD média fornecida por seus membros, desde 1960 até 2014. A porcentagem de AOD em relação ao Produto Nacional Bruto (PNB),

²³ O CAD-OCDE usa a nomenclatura “Ajuda Oficial ao Desenvolvimento” para qualificar as práticas de cooperação de seus países-membros.

que em 1960 era de 0,51%, em 1970 havia caído para 0,33%. Nos anos 1990, essa porcentagem chegou aos 0,21%. De 2000 a 2014, oscilou de 0,22% a 0,32%. Em 2014, apenas cinco países²⁴ da OCDE ultrapassaram a meta estabelecida pela ONU, de 0,7% de AOD em relação ao PNB. Por outro lado, o relatório elaborado pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) estimou, em 2006, uma contribuição da CTPD – despendida por países em desenvolvimento - entre US\$ 9,5 bilhões e US\$ 12,1 bilhões, representando cerca de 7,8% a 9,8% do total de fluxos de auxílio ao desenvolvimento. Os maiores contribuidores, em termos de recursos financeiros, foram China, Índia, Arábia Saudita e Venezuela (NAÇÕES UNIDAS, 2009).

As análises apontam que o destino principal da CTPD são países do continente africano, especialmente os ricos em recursos naturais, como Angola, Sudão e Nigéria, que recebem grande parte dos recursos chineses e indianos. O modelo predominante de cooperação nestes destinos consiste em projetos de financiamento à infra-estrutura (WALZ e RAMACHANDRAN, 2011; MAWDSLEY, 2012).

2.5. PANORAMA DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO BRASILEIRA

A participação brasileira na CTPD tem despertado crescente atenção devido a seu recente fortalecimento. As ações de cooperação internacional brasileiras encontram-se formalmente centradas sob a estrutura e o acompanhamento da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE) desde 1987, quando este órgão foi criado. A ABC/MRE é subordinada ao Ministério de Relações Exteriores (MRE); neste sentido, sua criação remeteu a CID brasileira, recebida ou prestada, às responsabilidades deste Ministério. Anteriormente, as ações de CID, predominantemente *recebidas*, eram subordinadas ao Ministério do Planejamento.

A ABC/MRE é apontada como órgão responsável pela coordenação da cooperação técnica, prestada ou recebida pelo país, centralizando informações e prestando suporte à sua realização quando empreendida por outro órgão nacional. No entanto, na

²⁴ Os países que investiram mais de 0,7% do PNB em AOD foram Reino Unido, Dinamarca, Noruega, Luxemburgo e Suécia.

prática, nem todas as ações de CID empreendidas no país são reportadas à ABC/MRE²⁵. Apesar das relações internacionais e política externa serem tradicionalmente consideradas competência exclusiva do Ministério das Relações Exteriores, identifica-se uma mudança contínua e bastante marcada no que concerne relações, projetos e temas internacionais e seu efetivo trato por outras esferas da política pública. Há, cada vez mais, um peso essencial do componente internacional ou global dos temas quotidianos na política pública. E a coordenação de ações que ocorrem de maneira independente do MRE se intensifica pela emergência de assessorias e secretarias orientadas à cooperação internacional no âmbito de diversas instituições, que muitas vezes coordenam a cooperação internacional seguindo orientações e diretrizes próprias.

Apesar da estrutura criada em 1987 e do movimento internacional para promover a cooperação Sul-Sul, é no início do século XXI que se reconhece um maior protagonismo brasileiro na promoção da CTPD. Seu fortalecimento é algumas vezes atribuído à mudança de governo, com o início da presidência de Luís Inácio Lula da Silva em 2003, fomentado pela própria figura do presidente e orientado pelos ideais de seu partido (CABRAL e WEINSTOCK, 2010; SCHLÄGER, 2007; LEITE, SUYAMA, *et al.*, 2014).

A tabela abaixo, com dados reunidos pelo relatório da OCDE, compara os gastos nacionais brasileiros com o de outros países do BRICS, no ano de 2010:

Tabela 2-1 Gastos com CID em milhões de US\$, no ano de 2010

País	Montante gasto com CID
Brasil	499.7
África do Sul	134.7
China	2011.2
Índia	640.2

Fonte: (OCDE, 2014)

²⁵ Reconhecido nas entrevistas realizadas e pela literatura sobre CTI brasileira em geral.

Com um montante bastante inferior à China, e intermediário em relação à Índia e África do Sul, é possível descrever o Brasil como um país intermediário no âmbito das ações de cooperação empreendidas pelos países do BRICS.

Um elemento característico da cooperação internacional brasileira, costumeiramente apontado em entrevistas e trabalhos sobre o tema, consiste no relativo baixo custo financeiro das atividades em relação à cooperação de outros países, e sua maior dependência de recursos humanos empregados em órgãos públicos nacionais. O formato da cooperação brasileira é fortemente pautado no envolvimento de servidores público, notadamente funcionários de agências públicas de pesquisa, como a Fiocruz e a Embrapa, mas também de órgãos públicos envolvidos com a cooperação²⁶. Os recursos financeiros alocados em projetos de cooperação técnica se destinam prioritariamente ao custeio de materiais, serviços e envio de experts, incluindo o pagamento de passagens e diárias, mas não contemplam itens considerados mais caros da CID, como a contratação de consultores de cooperação. Assim, há que se considerar que parte considerável da cooperação técnica envolve recursos intangíveis, que não são computáveis pelos levantamentos e relatórios (FARIAS, 2014; CESARINO, 2014 e entrevistas realizadas).

Além disso, identifica-se uma narrativa comum aos discursos da CTPD brasileira de que o histórico do país enquanto PED que evoluiu em alguns importantes aspectos no caminho do desenvolvimento, tanto quanto sua experiência como receptor da CID, permitiram o acúmulo de importantes conhecimentos e experiências sobre os entraves e ineficiências dos processos de transferência tecnológica e de CTI. Neste sentido, o Brasil deteria conhecimentos tácitos sobre os processos de desenvolvimento em diversas áreas que poderiam ser compartilhados na proposição de modelos de CTPD mais adequados à promoção efetiva do desenvolvimento nos contextos atendidos, com a formulação de formatos e projetos mais adequados à realidade de “subdesenvolvimento” dos países que recebem a cooperação (BARBOZA, 2014 e narrativas oficiais, além de entrevistas).

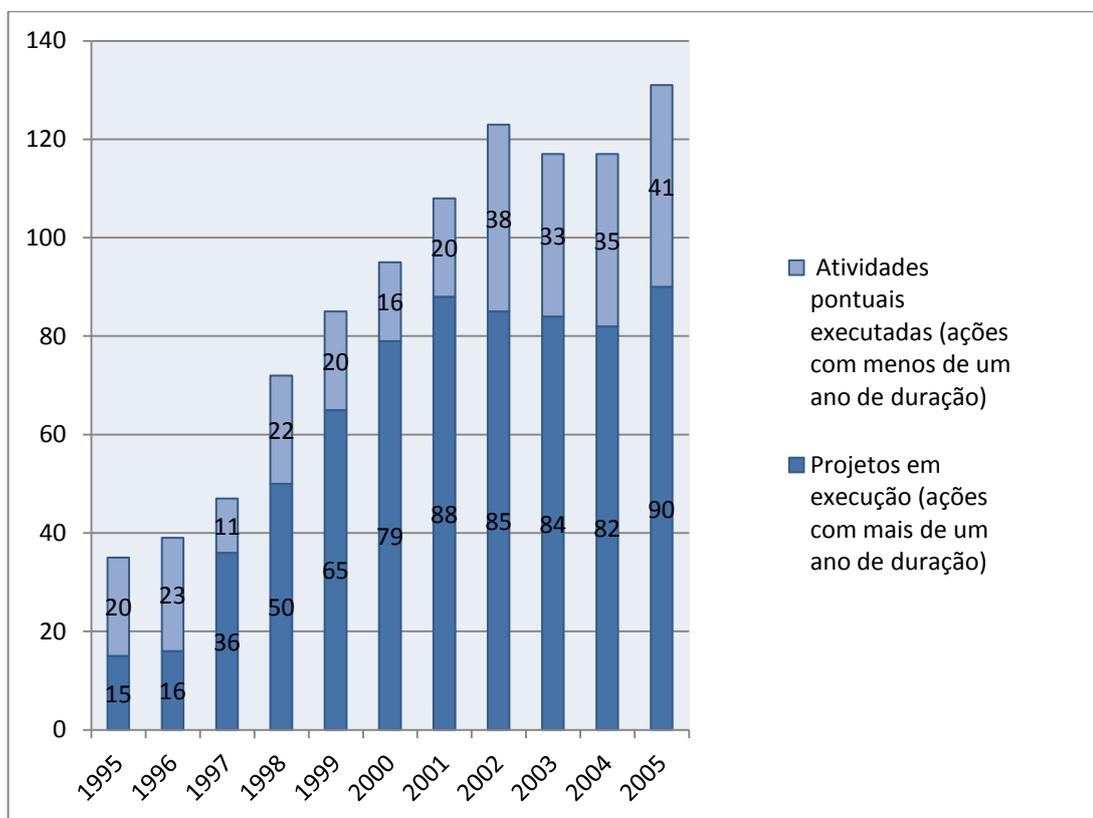
²⁶O envolvimento de institutos de pesquisa públicos na realização da CID não é exclusividade do caso brasileiro, podendo ser encontrado nas iniciativas de outros países. Não é, tampouco, um modelo difundido entre os ditos “doadores tradicionais”. Em geral, as ações de cooperação são empreendidas por organismos especificamente voltados à promoção da cooperação internacional, e são conduzidos por especialistas contratados como consultores de desenvolvimento, como atesta Rottenburg (2009). A orientação e estratégias de desenvolvimento dos projetos financiados ou perseguidos são definidas pelas instituições especificamente voltadas para a cooperação internacional.

A difusão das atividades entre variadas estruturas e a falta de uma centralização sistemática de suas informações, no entanto, tem dificultado os esforços de quantificação da cooperação técnica brasileira. Apenas recentemente houve um esforço oficial de compilação e análise dos dados, com a publicação de dois relatórios lançado pela ABC/MRE junto ao Instituto de Pesquisas Econômicas Avançadas (IPEA): em relação às ações no período 2005 a 2009 (IPEA, ABC, 2010); e para o ano 2010 (IPEA, ABC, 2013). Além destes dois levantamentos, Puente (2010) reuniu e analisou o máximo de informações disponíveis sobre projetos CID desempenhadas pelo Brasil no período entre 1995 e 2005²⁷.

Com base nestes três documentos, é possível traçar algumas tendências da cooperação para o desenvolvimento brasileira. Dados de Puente que cobrem grande parte do período de presidência de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) e do primeiro mandato de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006), atestam um crescimento bastante expressivo no número de projetos e atividades de cooperação já sob o governo de Fernando Henrique Cardoso, e que se estabiliza nos primeiros dois anos do governo de Lula da Silva, como atesta o gráfico a seguir (Figura 2.1).

²⁷ Puente desenvolveu a coleta de dados de ações entre 1995-2005, constituindo um banco de dados até então inexistente no âmbito da documentação da ABC. Para tanto, serviu-se de diversos documentos, como relatórios de atividades, planos anuais de trabalho, pastas de projetos, entre outros.

Figura 2-1 - Evolução anual do número de Projetos e Atividades de CTPD (1995-2005)²⁸



Fonte: Elaboração própria, a partir de Puente (2010)

As ações compiladas pelo autor²⁹ estiveram concentradas na África, América Central, Caribe e América do Sul. O total de recursos empregado nas atividades foi de R\$ 12.743.149,00, sendo 52% direcionados à África³⁰.

No período posterior a 2005, obtêm-se outras fontes de dados, como os Relatórios produzidos pelo IPEA e outros estudos de cooperação realizados, por trabalhos acadêmicos e instituições de pesquisa (CABRAL e WEINSTOCK, 2010; LEITE, SUYAMA, *et al.*, 2014; ABREU, 2013; BRASIL, MINISTÉRIO DE RELAÇÕES EXTERIORES, 2007). Com base nestes documentos, é possível perceber que o crescimento da CID foi mais marcante no período posterior a 2006, último ano do primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva.

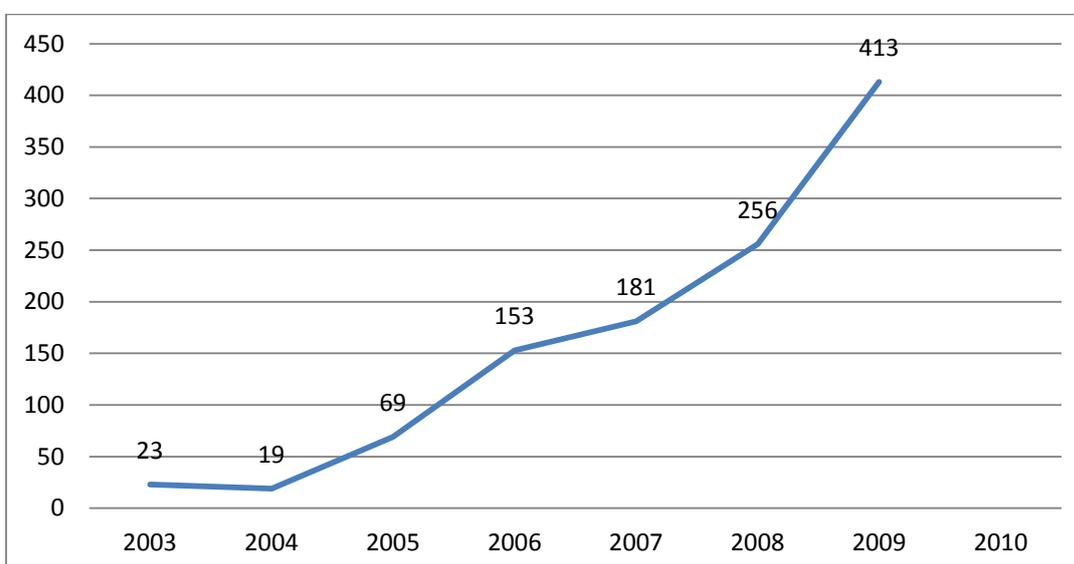
²⁸ Banco de dados elaborado por Puente (2010)

²⁹ O banco de dados montado pelo autor contemplou apenas ações de cooperação bilaterais. Os dados não incluem eventuais ações multilaterais. O autor também atesta que o Banco de Dados não contempla a totalidade de projetos empreendidos pelo Brasil.

³⁰ Esse valor relativamente grande de recursos à África é explicado, em boa parte, pelo maior custo operacional quando comparado ao desenvolvimento de atividades nas Américas. Influem no custo as despesas de transportes e diárias, que representam cerca de 40 a 65% dos custos totais da ABC com a CTPD, segundo estimativas do autor.

A partir de análise baseada nos recursos *próprios* da ABC/MRE destinados à cooperação, Cabral e Weinstock (2010) identificaram um aumento considerável, partindo de R\$19 milhões em 2006 para R\$ 52 milhões em 2010. Entre 2003 a 2010, prevaleceram iniciativas nas áreas de agricultura e saúde, muitas delas realizadas em colaboração com instituições de pesquisa nacionais (com destaque para a Embrapa e Fiocruz³¹), representando respectivamente 22,6% e 16,6% do total dos projetos (CABRAL e WEINSTOCK, 2010). Os dados levantados pelos autores também apontam para um crescimento nos projetos de cooperação *iniciados* a cada ano no país, expressos no gráfico a seguir³² (Figura 2.2):

Figura 2-2 - Número de projetos de cooperação iniciados em cada ano³³



Fonte: (CABRAL e WEINSTOCK, 2010).

Os relatórios da ABC/MRE junto ao IPEA apontam para um incremento considerável dos recursos *totais* destinados à cooperação para o desenvolvimento, incluindo recursos não oriundos da ABC/MRE. A Cooperação para o Desenvolvimento, de acordo com o relatório, contempla as seguintes categorias: cooperação técnica; científica e tecnológica; contribuições a organizações internacionais e bancos regionais; bolsas de estudo para estrangeiros e assistência humanitária e operações de paz.

³¹ Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) e Embrapa (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária)

³³ Banco de dados da ABC/MRE

Entre 2009 e 2010, os recursos da CID quase dobraram, passando de R\$ 849.829.123,00 para R\$ 1.625.141.180,00, em uma variação de 91,2%. Os recursos se dividiram da seguinte maneira (Tabela 2.3):

Tabela 2-2 - - Alocação dos recursos da CID brasileira de acordo com categorias (2009-2010)

	2009		2010		Variação no período 2009-2010 (%)
	Valor (R\$)	Proporção do total (%)	Valor (R\$)	Proporção do total (%)	
Cooperação técnica	97.744.760	11,5	101.676.174	6,3	4
Cooperação educacional	44.473.907	5,2	62.557.615	3,8	40,7
Cooperação científica e tecnológica	-	-	42.255.987	2,6	-
Cooperação humanitária	87.042.331	10,2	285.225.985	17,6	227,7
Operações de manutenção de paz	125.409.000	14,8	585.063.470	36	366,5
Gastos com organismos internacionais	495.159.128	58,3	548.361.950	33,7	10,7

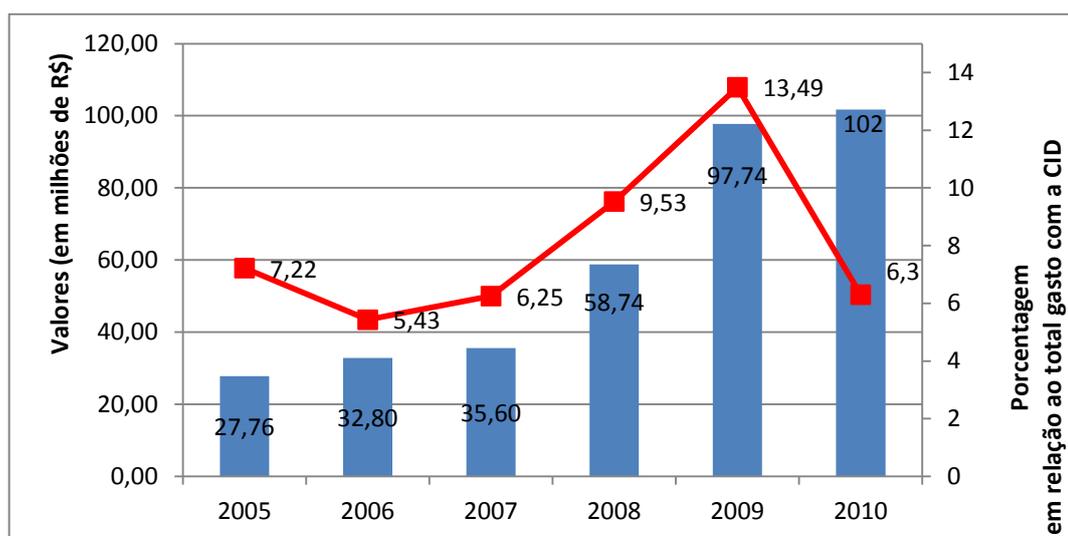
Fonte: IPEA, ABC, 2013

Em 2010, aproximadamente 70% do total de recursos consistiram em contribuição para organismos internacionais e operações de manutenção de paz. Apenas 6,3% do montante total (R\$ 101.676.174,00) foram destinados à cooperação técnica internacional³⁴. No tocante ao direcionamento da cooperação, dados do relatório relativo ao ano 2010 apontam que grande parte dos recursos foram destinados ao Haiti, Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e países da América Latina. Dentre os países que receberam mais de R\$ 1.000.000,00 figuram, em primeiro lugar, Haiti (R\$9.953.934,00), seguido de 18 países, dentre os quais destacam-se os países da CPLP: São Tomé e Príncipe (R\$ 5.160.787,00); Moçambique (R\$ 5.093.786,00); Cabo Verde (R\$2.976.507,00); Timor Leste (R\$ 2.911.236,00); Guiné-Bissau (R\$ 2.762.667,00) e Angola (R\$ 1.237.285,00) (IPEA, ABC, 2013).

³⁴ Vale ressaltar que a caracterização de cooperação técnica pelo Relatório do IPEA e ABC não condiz com definições de CTPD fornecidas por outros órgãos. Por exemplo, a definição de CTPD do ECOSOC permite incluir projetos de cooperação técnica, educacional e científica e tecnológica, que são separadas neste relatório em diferentes categorias.

Especificamente em relação à *cooperação técnica*, constatou-se um aumento contínuo e expressivo no período 2005 a 2010, mas o peso que a cooperação técnica representou em relação ao total da CID foi bastante variável. O gráfico a seguir mostra essa evolução (Figura 2.3).

Tabela 2-3 - Gastos com a cooperação técnica internacional (2005-2010)



Fonte: elaboração própria a partir de (IPEA, ABC, 2013).

No que concerne à cooperação técnica, o Brasil atua em diversas áreas, com destaque para saúde, agricultura, educação profissional, recursos hídricos, administração pública e energia. A cooperação costuma ser estabelecida a partir de demandas de países em desenvolvimento; em seguida a ABC estabelece parcerias com instituições técnicas nacionais, que serão responsáveis pela gestão e execução do programa de cooperação (ABC, 2014; RENZIO, GOMES, *et al.*, 2013).

2.5.1. Cooperação técnica brasileira em saúde

A área da saúde se destaca nos discursos e análises oficiais como um dos pontos de maior potencial para a cooperação técnica brasileira (IPEA, ABC, 2013). A saúde também configura um campo propício para uma maior projeção do país em foros internacionais multilaterais, que definem diretrizes e debatem caminhos para a governança da saúde em escala global.

Vários exemplos atestam para uma presença ativa do país em temas de saúde na arena global. O Brasil tem ocupado posições de destaque em organismos multilaterais em saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Opas. O país também tem um importante histórico de ações em saúde que obtiveram reconhecimento internacional, como é o caso das negociações envolvendo o direito de quebra de patentes para a produção de medicamentos genéricos e sua política de atendimento em AIDS/HIV (DA SILVA, 2005). Destaca-se, ainda, a participação influente na elaboração da Convenção-Marco para o Controle do Tabaco; a Declaração de Doha e o recente grupo de trabalho intergovernamental sobre saúde pública, inovação e propriedade intelectual no âmbito da OMS (BUSS e FERREIRA, 2015).

Alguns trabalhos recentes apontam para uma centralidade conferida ao tema da saúde na política externa brasileira. É o caso do trabalho dos diplomatas Ernesto Rubarth (1999) e Santiago Alcázar (2005) e, mais recentemente, da dissertação de Mestrado de Tayná Marques Barbosa (2014) e da Tese doutoral de Miriam Faid (2013). Estes trabalhos apresentam uma série de iniciativas da política externa brasileira desde os finais do século XX (década de 1990) que conformaram uma verdadeira “diplomacia da saúde” empreendida pelo país, e em muito consolidada sobre avanços inter-setoriais, na medida em que temas de saúde no cenário internacional foram abordados a partir de disputas e negociações em outras áreas – como foi o caso da disputa na Organização Mundial de Comércio sobre a quebra de patentes pelos países em desenvolvimento, encampada pelo Brasil (PIRES-ALVES, PAIVA e SANTANA, 2012).

A ação brasileira na promoção de uma “diplomacia da saúde” responde, em parte, a um movimento global que tem elevado a área da saúde a uma condição de centralidade na política internacional contemporânea. Uma crescente literatura tem se debruçado sobre essa tendência, e cunhou o termo “saúde global” para fazer referência a uma perspectiva da saúde

em escala transnacional, que afetam de maneira significativa o cenário internacional contemporâneo, com repercussões nas esferas políticas, econômicas e sociais. Saúde global conforma uma compreensão de que a saúde deva ser pensada em relação às dinâmicas da globalização, reconhecendo que esta área é profundamente afetada por essas dinâmicas – nos fluxos cada vez mais interligados de comércio, pessoas, conhecimentos e práticas – e as afetam de maneira contundente (FIDLER, 1997; LEE, 2001). A política de saúde global foi definida por Kickbush (1999) como inter-setorial, devendo ser articulada com outras áreas de políticas, tais quais comércio, propriedade intelectual, segurança alimentar, entre outras. Ainda segundo Kickbush e outros (2007), a diplomacia da saúde emerge neste contexto para lidar com questões que transcendem as fronteiras nacionais e induzem a uma coordenação mais estreita entre as autoridades nacionais dos setores de saúde e de relações internacionais (KICKBUSCH, 1999; KICKBUSCH, SILBERSCHMIDT e BUSS, 2007).

No que se refere às relações Norte-Sul no âmbito da saúde global, um dos principais problemas que se apresentam é a falta de interesse de laboratórios e centros de pesquisa mais ricos e capacitados em pesquisar doenças típicas do mundo em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, aponta-se para um crescimento da biomedicalização e genetização como novas estratégias de inovação em saúde, potencialmente mais lucrativas. Neste contexto, a cooperação Sul-Sul se apresenta como um caminho alternativo para a difusão de práticas de saúde no mundo em desenvolvimento, especialmente nos casos de doenças ou questões de saúde negligenciadas e que são similares a alguns contextos em desenvolvimento. Há um entendimento de que a saúde apresenta desafios comuns aos países em desenvolvimento, que incluem dificuldade de acesso à saúde pública, falta de atendimento profissional e medicamentos, e grande incidência de doenças contagiosas. Assim, os fluxos de conhecimento e de “boas práticas” ganham importância para lidar com as questões de saúde em regiões menos capacitadas e mais atingidas por epidemias, sobrepondo-se a soluções consideradas demasiadamente caras ou complexas, que necessitam de grande aparato científico e tecnológico. As iniciativas de cooperação internacional são apontadas como uma das principais soluções, na medida em que permitiriam compartilhar conhecimentos e capacidades entre os países, mas suscitam uma série de questões referentes aos interesses,

eficácia, ética e formas de deslocamento da ciência no cenário internacional, entre outros aspectos ligados ao intercâmbio de conhecimentos e políticas entre países³⁵.

O potencial brasileiro em contribuir com outros países em desenvolvimento nesta área é em grande medida atribuído ao Sistema Único de Saúde (SUS), característico do modelo de administração pública em saúde nacional. Este sistema, implementado a partir da CF de 1988, gerou um corpo de aprendizado nacional sobre o fornecimento de políticas de acesso universal à saúde, e obteve resultados satisfatórios em diversas subáreas da saúde, como é o caso do tratamento do HIV/AIDS, das campanhas de vacinação nacional, entre outros. Esse desenvolvimento nacional em áreas da saúde teria alçado o Brasil como modelo de gestão em saúde pública para contextos em desenvolvimento, mesmo considerando-se as dificuldades enfrentadas pela gestão e o acesso à saúde no panorama nacional.

Neste sentido, modalidades de cooperação correntes e pouco custosas, tais como intercâmbio de experiências, cursos de capacitação, apoio à estruturação de serviços e fortalecimento institucional apresentam-se como formas promissoras de colaboração na área da saúde, a serem prestadas pelo país a outros PEDs. Outras formas de ação nacional são a doação de medicamentos e insumos de saúde e, excepcionalmente, construções e doações de equipamentos e insumos de saúde, em casos pós-terremoto como Haiti, Gana e Moçambique (IPEA, ABC, 2013).

A atuação brasileira em saúde se vale de conhecimentos em saúde detidos pelo país, incorporados em suas instituições de pesquisa e funcionários, que são difundidos por meio dos projetos de cooperação, colocados em prática pelos próprios funcionários públicos, geralmente vinculados aos institutos e órgãos de governo nacionais. No âmbito das iniciativas em saúde, diversos órgãos públicos encontram-se envolvidos, com destaque para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), fundação pública de pesquisa vinculada ao Ministério da Saúde, com uma missão diversificada, que inclui ensino, pesquisa, produção e desenvolvimento tecnológico. A Fundação também atua em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS), realizando atendimentos de saúde em alguns centros de pesquisa, além de produzir vacinas.

A participação da Fiocruz na intensificação de iniciativas internacionais em saúde contou com o estabelecimento de estruturas no exterior. Em 2008, foi inaugurado em Maputo um "Escritório Regional de Representação da Fiocruz para a África"; e em janeiro de 2009,

³⁵ Ver, por exemplo, trabalhos relacionados a ética em saúde entre distintos contextos nacionais, avançados por (CRANE, 2010); (FARMER e CAMPOS, 2004); (COSTELLO e ZUMLA, 2000); (PIGG, 2013), entre outros.

criou-se o Centro de Relações Internacionais da Fiocruz (CRIS/Fiocruz), com a missão de oferecer assessoria à Presidência da Fiocruz e coordenar o Grupo Técnico de Cooperação Internacional da Fundação (ALMEIDA *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO

Este capítulo apresentou a evolução da cooperação internacional para o desenvolvimento, considerando diferentes momentos e significações das práticas e objetivos deste amplo campo de ação. Apresentou um panorama da CID no cenário contemporâneo, com especial atenção ao caso brasileiro, analisando trabalhos que se debruçaram sobre este objeto e reuniram dados fundamentais para uma melhor apreciação do alcance das atividades. A partir da revisão de bibliografias empreendida, é possível perceber um notável incremento nos recursos e número de projetos de CID brasileira a partir dos anos 2000, em que a área da saúde recebe uma atenção especial.

A revisão teve como objetivo caracterizar o campo da CID brasileira, dentro do qual se situa o objeto de estudo desta Tese: a cooperação técnica brasileira em saúde. O capítulo a seguir apresenta os principais conceitos teóricos que conferem embasamento à análise da cooperação internacional brasileira na área da saúde, junto a países em desenvolvimento. Os capítulos seguintes abordarão mais diretamente o tema de estudo, analisando a conformação histórica e negociada de CTI brasileira em saúde.

3. RELAÇÕES ENTRE ESTADO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DOS ESTUDOS SOCIAIS DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Este capítulo apresenta a perspectiva teórica que embasa a análise da cooperação internacional brasileira em saúde desenvolvida neste trabalho. A abordagem adota uma perspectiva construtivista da ciência e tecnologia (C&T), desenvolvida no campo dos Estudos Sociais de C&T, de acordo com a qual a ciência é percebida como um produto social contingente ao contexto em que é produzida, em uma relação de constante interpenetração com a sociedade, em um processo denominado de *co-produção*. De acordo com essa perspectiva, a ciência passa a ser compreendida como moldada e carregada de valores sociais e culturais, e carrega consigo determinadas visões de mundo à medida em que é difundida em distintos contextos sociais. De particular interesse, figuram os conceitos de cultura política e imaginários sociotécnicos, elaborados por Sheila Jasanoff e Sang-Hyun Kim para abordar as especificidades institucionais e culturais que orientam políticas de C&T. Apresenta-se a perspectiva avançada por estas autoras, que discute como as políticas baseadas em conhecimentos e estruturas científicas encontram-se inseridas em modelos de cognição mais amplos, que são imbuídos da história, cultura e organização institucional de um país. Em seguida, adéquam-se as perspectivas teóricas apresentadas à análise da cooperação técnica internacional.

3.1. A CIÊNCIA EM SEU CONTEXTO SOCIAL

Ciência e tecnologia adquiriram, ao longo de sua evolução, um papel fundamental para dar suporte às formas de organização e cognição sociais na modernidade. A centralidade da C&T é reconhecida por abordagens sociológicas que apontam para sua importância na identificação e gestão de riscos de amplo alcance em sociedades modernas (BECK, 1992; GIDDENS, 1991), sendo também apontada por abordagens econômicas, que identificam mudanças profundas nos processos de produção e inovação (MOWERY e ROSENBERG, 2005; FREEMAN e SOETE, 2005, entre outros). Entretanto, a ciência costuma ser percebida como uma esfera autônoma da sociedade, impermeável a subjetividades e dinâmicas sociais de maneira geral.

A investigação da ciência como construção social ganhou força na década de 1970, especialmente a partir da inauguração do Programa Forte de sociologia da ciência, proposto por David Bloor, na Universidade de Edimburgo. De acordo com este programa, a ciência deveria ser mais detidamente investigada por sociólogos como um tipo de conhecimento que se reproduz e ganha legitimidade a partir de explicações buscadas na sociedade, e não apenas em suas práticas internas³⁶. A análise do conhecimento científico deveria ser empreendida a partir dos fatores sociais que explicam sua ampla aceitação pela sociedade, assim como a sociologia e antropologia já haviam feito para outras formas de conhecimento ao abordar sociedades não ocidentais. Para tanto, o conhecimento foi definido como o conjunto de crenças às quais as pessoas se atêm, e de acordo com as quais elas vivem. Cabe ao sociólogo do conhecimento explicar como essas crenças são tomadas como certas, institucionalizadas ou investidas de autoridade (BLOOR, 1976).

A análise sociológica do conhecimento científico deveria se guiar por quatro princípios fundamentais: 1) abordar as *causas sociais* que fundamentam estados de conhecimento; 2) ser imparcial no estudo de crenças consideradas verdadeiras ou falsas, racionais ou irracionais, e que obtiveram sucesso ou falharam em se estabelecer como verdadeiras; 3) ser simétrica, ou fornecer o mesmo tipo de explicação ao abordar crenças consideradas verdadeiras ou falsas; 4) ser reflexiva, aplicando os princípios de causalidade, imparcialidade e simetria à própria pesquisa sociológica (BLOOR, 1976).

Diversas análises progrediram na compreensão da ciência como um produto contingente à sociedade, avançando nos princípios sugeridos pelo Programa Forte. De maneira geral, os trabalhos do campo reconheceram a ciência como um produto social, imerso em dinâmicas, interesses e estratégias. O campo científico passou a ser reconhecido como um espaço intensamente politizado (JASANOFF, 1994; HESS, 1997; FRICKEL e MOORE, 2006).

Vários trabalhos insistiram no fato de que inexitem formas de cognição aculturais: todo modelo de pensamento é embasado em estruturas sociais amplas, que conferem sustentação, legitimidade e inteligibilidade a determinadas interpretações do mundo real (BLOOR, 1976; FLECK, 1979; LATOUR, 2005; MENDELSON, WEINGART e

³⁶ Antes das análises avançadas pelo Programa Forte, estudos sociológicos envolvendo a ciência buscavam compreender a evolução científica, ou suas influências e transformações na sociedade, com foco em suas práticas internas. Os produtos da ciência não eram percebidos como afetados pela sociedade, muito embora se reconhecesse que a sociedade podia afetar a capacidade de estabilidade científica.

WHITELEY, 1977). Bruno Latour argumentou que a ciência constitui um modelo profundamente associado à modernidade, e representa uma base de sustentação a este modelo social. Para o autor, a modernidade é fundada sobre uma divisão binária fundamental e que é continuamente reafirmada: a distinção – que Latour denomina “*constitucional*” - entre natureza e cultura. A co-evolução entre ciência e sociedade moderna teria sido, de acordo com o autor, empreendida em torno desta distinção, segundo a qual a ciência seria capaz de interpretar a natureza de maneira objetiva, sem influências de origem social; enquanto os aspectos subjetivos eram relegados ao campo cultural, sendo resolvido por esferas sociais e políticas. A separação entre distintas esferas, nas quais se embasa o pensamento moderno, resultaria de longos processos de “purificação” empreendidos pela prática científica, trançando fronteiras entre análises objetivas, neutras e fieis da realidade (natureza) e o que seriam interpretações subjetivas, afetadas por elementos culturais (LATOURE, 1993).

Não obstante, como aponta o autor, o mundo real é constituído de híbridos, e em diversas ocasiões, os humanos se defrontam com questões que não são resolvidas por uma ou outra esfera, rompendo com as formas tradicionais de separação entre ciência e política e apresentando desafios aos quais o pensamento binário se mostra inadequado. Todas as distinções e divisões binárias que marcam o pensamento moderno, assim como o método de investigação científica, são construções sociais típicas do pensamento e organização da modernidade, mas a realidade é marcada pela constante interferência entre essas classificações (LATOURE, 1993)³⁷.

A compreensão da realidade social e material como híbrida encontra respaldo em diversas perspectivas analíticas construtivistas. Outros trabalhos demonstraram que a distinção entre as esferas da ciência e da política é socialmente determinada, mantida e reproduzida com base em entendimentos e negociações das fronteiras que separam “o campo científico” de outros campos - “não-científicos”. Gieryn apresentou o conceito de *trabalho de fronteiras* (*boundary work*), que consiste na reprodução de fronteiras entre campos e práticas consideradas científicas e não-científicas, empreendidas pelos atores sociais que compõem e buscam delimitar seu campo de ação. Este trabalho é essencialmente político, consistindo em

³⁷ É importante apontar que esta perspectiva é bastante trabalhada no âmbito da Teoria Ator-Rede, desenvolvida por Latour e outros atores em distintos trabalhos. Esta teoria entende que as associações tecidas em torno de artefatos tecnológicos tem um papel fundamental na conformação de novas organizações na sociedade. Ao compreender que artefatos congregam um funcionamento técnico e científico que se materializa nos arranjos sociais à medida que são difundidos na sociedade, esta perspectiva teórica confere aos próprios artefatos e suas associações (ou redes) um papel de “ator social”, com capacidade de interferir no mundo social. Esta perspectiva encontra críticos e adeptos em abundância, mas não será abordada neste trabalho.

práticas de negociação, persuasão e exclusão, no esforço de traçar e fixar fronteiras e delimitar seu campo. No entanto, essas fronteiras são eventualmente contestadas e submetidas a renegociações (GIERYN, 1983).

As inter-relações entre ciência e política também foram analisadas por Jasanoff (1990) e Hilgartner (2000), ao explorarem o uso da ciência em instituições políticas contemporâneas. Os autores apontaram que o processo decisório com base em aconselhamento científico e de especialistas é objeto de constantes negociações e permeado por escolhas estratégicas dos atores, relacionadas em parte, ao formato ou funcionamento das instituições políticas.

O reconhecimento de negociações em processos ditos ‘científicos’, objetivos e conduzidos de acordo com um *ethos* próprio à ciência³⁸, reafirma que a separação entre ciência e política é construída a partir de fronteiras porosas, pelas quais perpassam interesses e negociações diversos. A ciência é percebida como um modelo de cognição socialmente construído, sujeito a constantes disputas, internas e externas, para se estabelecer como verdadeiro (SHAPIN e SCHAFFER, 1985; COLLINS, 1985; COLLINS, 1975). Para além da ciência, outros trabalhos também apontaram para a construção social das tecnologias e técnicas, revelando aspectos sociológicos imbuídos na produção e reprodução de artefatos e sistemas tecnológicos.

Ao retrazar muito brevemente esses trabalhos, é possível identificar no campo dos Estudos Sociais de C&T um espaço propício para o desenvolvimento de abordagens que conferem um olhar para as dinâmicas de poder na ciência, tanto internas ao campo científico, quanto em sua relação com a sociedade de maneira mais ampla.

3.1.1. O idioma da co-produção

Ao desconstruir a caixa-preta da C&T e perceber a porosidade de suas fronteiras em relação às dinâmicas e interesses sociais, as análises sociológicas da C&T reforçaram uma perspectiva de *co-produção*, que considera que conhecimento e sociedade são mutuamente afetados em sua produção, reprodução, consolidação e adaptação a diferentes contextos. De

³⁸ Robert Merthson, considerado um dos fundadores da sociologia da ciência, estabeleceu princípios orientadores de um *ethos científico*, que guiariam e orientariam o trabalho científico. Sua análise não reconhecia a existência de interesses individuais, mas proclamava a ciência como uma esfera de busca pelo conhecimento em respeito aos princípios da ciência.

acordo com Jasanoff (2004), co-produção implica em reconhecer que as formas com as quais as sociedades conhecem, apreendem e representam a realidade – seja ela natural, material ou social – são indissociáveis das formas pelas quais escolhem viver na mesma. O conhecimento predominante nas sociedades, ao mesmo tempo em que conforma, também é conformado por elementos sociais, tais como práticas, identidades, normas, convenções, discursos e instituições. Da mesma forma que a sociedade não funciona sem o conhecimento, este não pode existir sem o suporte social apropriado (JASANOFF, 2004).

Na perspectiva co-producionista, promove-se uma desconstrução tanto das categorias científicas como sociais clássicas: instituições políticas e sociais, o Estado, normas e culturas. Além disso, reforça-se a importância de considerar a dimensão material nestes processos, ao observar que a realidade material também influencia escolhas, cognições e interesses sociais. Desta maneira, o processo de co-produção deve ser percebido em várias dimensões: institucional, normativa, cognitiva e material. Esta perspectiva requer o abandono de análises deterministas, sejam elas de ordem social ou tecnológica, na compreensão das relações entre conhecimento e sociedade³⁹ (JASANOFF, 2004 e 2007).

A perspectiva da co-produção, da forma como descrita por Jasanoff, reforça o aspecto da *escolha social e coletiva* acerca dos ordenamentos desejáveis. A cognição é remetida à escala da coletividade que, na modernidade, tem sua representação na figura do Estado. Assim, o Estado consiste em uma unidade recorrente de análise da autora, e é tomado como estrutura social, que reflete padrões culturais e cognitivos de sua comunidade (JASANOFF, 2003, 2004 e 2007)⁴⁰.

De outro modo, a co-produção também implica na compreensão de como os empreendimentos sociais se conformam, ajustam, reproduzem ou colapsam. Esta perspectiva

³⁹ Essa ressalva revela-se importante na medida em que, como aponta Jasanoff, na evolução dos estudos construtivistas da ciência e tecnologia, houve uma tendência de privilegiar percepções em que a sociedade determina os produtos científicos e tecnológicos. Ressalta-se, assim, a importância de uma abordagem simétrica, que considere os diversos ordenamentos sociais como produto da cognição científica, assim como o movimento contrário.

⁴⁰ O Estado é uma unidade de análise recorrente nas obras da autora. As relações entre ciência e Estado se apresentam em seus trabalhos de 1994, 2007, 2009. Entretanto, na elaboração de sua teoria, a autora recorre a conceitos de análises culturais, de onde seu foco na coletividade. Os estudos de Jasanoff se voltam a um grupo restrito de países, que a autora denomina como “democracias ocidentais avançadas”; sua análise, na maioria dos casos, se volta ao funcionamento das instituições estatais. Assim, a autora não extrapola suas conclusões a todos os países, nem afirma que inexistam divergências culturais no âmbito dos Estados. Sua preocupação analítica, nos trabalhos citados, é direcionada a compreender como instituições estatais representam formatos compartilhados de cognição; como suas práticas relativas a temas científicos e tecnológicos levam a resultados distintos e podem ser analisadas como processos de cognição e compreensão prevaletentes no contexto das estruturas estatais.

é aplicada tanto às instituições estatais, ideologias econômicas e de direito, ou mesmo a produção de formas de cognição a nível internacional. Assim como foi demonstrado para a evolução das estruturas científicas, a evolução das estruturas sociais também deve ser analisada como pautadas por cognições comuns, mas abertas a reconfigurações, na medida em que a sobrevivência das estruturas e instituições sociais depende do funcionamento harmonioso de variados processos com o todo (JASANOFF, 2004).

A perspectiva social da ciência reforça, ainda, uma abordagem contingente do conhecimento científico, de acordo com a qual diferentes contextos sociais gerariam diferentes resultados científicos. Não obstante, ao longo da história da ciência, acompanhou-se um intenso intercâmbio e difusão da ciência entre distintas localidades, reproduzindo, em geral, as normas, resultados e orientações do contexto original. A difusão científica e tecnológica é explicada por Latour como resultante de processos de *translação*, pelos quais as estruturas e práticas científicas são reproduzidas para fora dos laboratórios, seja no campo de aplicação ou em novos contextos. A análise latouriana reconhece um papel central dos agentes – humanos e não-humanos (laboratórios, artefatos, entre outros) – na reprodução da ciência em diferentes localidades. Neste sentido, confere-se uma atenção especial à conformação de amplas redes pelas quais o conhecimento científico consegue se difundir. Estas redes devem ser pautadas pela reprodução das práticas de isolamento e purificação da ciência (LATOURE, 1999; LATOURE, 2005; LATOURE, 1987).

Enquanto Latour confere um foco na reprodução dos pressupostos científicos em distintos contextos sociais, a análise de Sheila Jasanoff reconhece diferentes cognições e, conseqüentemente, diferentes respostas à ciência, que resultam de uma cultura coletivamente compartilhada. No contexto moderno, é possível identificar culturas compartilhadas e gestadas no âmbito de comunidades políticas – os Estados nacionais. As culturas nacionais também reproduzem formas de cognição compartilhadas, imbuídas no funcionamento das instituições políticas, e que podem ser identificadas nas respostas institucionais conferidas a determinados avanços científicos (JASANOFF, 2007; JASANOFF e KIM, 2009).

Esta análise cultural ganha importância na análise dos desenvolvimentos científicos contemporâneos para compreender como os Estados respondem diferentemente a um mesmo objeto. Afinal, se ciência e tecnologia apresentam importantes repercussões sociais, a forma como as sociedades percebem seu avanço em diferentes áreas – como um ganho potencial no desenvolvimento econômico, como um risco, como contrário às leis da

natureza, entre uma variedade de interpretações possíveis – determina a resposta e o desejo de incorporação destes avanços nas sociedades.

3.2. UMA ABORDAGEM CULTURAL: IMAGINÁRIOS SOCIOTÉCNICOS, CULTURA POLÍTICA E CONSTITUCIONALISMOS

Esta seção apresenta três conceitos centrais da perspectiva teórica desenvolvida por Jasanoff, que serão utilizadas para abordar a cooperação internacional brasileira em saúde.

3.2.1. Imaginários sociotécnicos

Jasanoff e Kim (2009) apontam que, no contexto das análises sociais sobre ciência e tecnologia, as relações entre ciência e Estado são pouco exploradas, muito embora os Estados tenham um papel fundamental no direcionamento de propósitos científicos, notadamente no que se refere ao funcionamento das instituições públicas de pesquisa. Para examinar essas relações, as autoras propõem o conceito de “imaginários sociotécnicos”, representando o conjunto de visões, valores e perspectivas que orientam os processos decisórios do Estado na perseguição de trajetórias científicas e tecnológicas. Esta perspectiva permite explicar as bases das variações nas políticas de ciência e tecnologia perseguidas pelos Estados (JASANOFF e KIM, 2009).

O conceito de imaginários sociotécnicos se baseia na perspectiva dos imaginários coletivos, avançadas pela sociologia. De especial atenção figuram os trabalhos de Ludwig Fleck (1979) e Benedict Anderson (1991) (JASANOFF, 2015). Fleck ofereceu uma perspectiva social para compreender as formas de cognição compartilhadas ao estudar o desenvolvimento histórico das narrativas explicativas sobre a sífilis. De acordo com o autor, as interpretações predominantes em uma sociedade para determinado fato social são ligadas a concepções coletivas e compartilhadas de pensamento. Neste sentido, os “coletivos de pensamento” consistiriam em um corpo de conhecimento compartilhado por indivíduos de uma sociedade, e acumulados com base em experiências precedentes, que influenciariam os métodos de cognição à medida que novas explicações para a doença surgissem. A cognição é compreendida como um processo *social*, e não individual, e orientados pelo estoque de conhecimento e formas de compreensão passadas (FLECK, 1979).

Benedict Anderson, por sua vez, emprega a concepção de imaginários coletivos para explicar o sentimento de pertencimento a uma nação –a identidade nacional –, compartilhado por indivíduos que nunca se encontraram ou encontrarão. O nacionalismo consiste em um imaginário compartilhado, gestado e reproduzido no âmbito de uma entidade abstrata, o Estado, e que lhe confere sua existência. Neste sentido, o autor descreve nações como “comunidades políticas imaginadas”. O aspecto imaginado da nação confere sustentação à sua organização formal, representada, na análise do autor, nas características de limitação e soberania: o Estado é limitado em relação a determinado espaço e sobre determinados indivíduos, e soberano sobre os mesmos. A ligação dos integrantes desta comunidade é feita através de práticas e narrativas comuns, e da reprodução ou do esquecimento de fatos históricos relevantes da nação (ANDERSON, 1991).

As obras de Fleck e Anderson conferem à noção dos imaginários tanto seu aspecto coletivo como de identidade comunitária, relacionada ao Estado. Assim, os imaginários sociotécnicos também definem parte da identidade nacional, na medida em que políticas de ciência moldam percepções mais amplas sobre o passado, presente e futuro nacional – como é notado nas relações entre Estados e o desenvolvimento da tecnologia nuclear (JASANOFF e KIM, 2009, p. 124)

O conceito de imaginário sociotécnico é usado para compreender a passagem da idealização de projetos nacionais até sua consecução na esfera das políticas públicas. Os imaginários, neste sentido, residem em normas, discursos e significados culturais sobre os quais os Estados constroem suas preferências políticas.

“Imaginários sociotécnicos (...) associam-se ao exercício ativo do poder político estatal relativo à seleção de prioridades de desenvolvimento, alocação de fundos, investimento em infraestruturas materiais, e a aceitação ou supressão do dissenso político” (JASANOFF e KIM, 2009, p. 123).

Neste sentido, servem como ferramenta de análise de como enquadramentos e narrativas existentes na sociedade são filtrados e reordenados na definição de escolhas políticas relacionadas à promoção da ciência e da tecnologia⁴¹ (JASANOFF e KIM, 2009, p. 123).

⁴¹ Em seu artigo, as autoras promovem uma distinção do conceito de imaginários sociotécnicos em relação a outras conceituações, como narrativas, discursos, agendas políticas, entre outros. Um elemento fundamental na concepção dos imaginários é seu aspecto cultural, compartilhado e relacionado com trajetórias futuras.

Os imaginários sociotécnicos são definidos como “*formas coletivamente imaginadas de vida e ordem sociais, refletidas no projeto e realização de empreendimentos científicos e/ou tecnológicos específicos a uma nação*” (JASANOFF e KIM, 2009, p. 120). São, desta forma, um futuro imaginado por uma nação como desejado, atingível e preferível dentre outros futuros, que passa a ser perseguido pelas políticas científicas e tecnológicas nacionais. Tais "futuros imaginados" são criados e difundidos por meio de campanhas e discursos políticos, que fomentam determinadas concepções e visões sobre tecnologias, e possuem o poder de influenciar o percurso tecnológico de uma nação.

As políticas de ciência e tecnologia são apontadas como ponto fundamental para a análise dos imaginários, na medida em que são justificadas por meio de narrativas acerca dos riscos e benefícios científicos. Ademais, são afetadas pela cultura nacional, imbuída no funcionamento das instituições políticas. O resultado final – as políticas e práticas em ciência e tecnologia adotadas por um país – seria resultante do imaginário prevalecente e da cultura política em diferentes contextos nacionais.

Em um trabalho posterior – *Dreamscapes of Modernity* (2015) - o conceito de imaginários sociotécnicos deixou de ser explicitamente voltado à análise de políticas nacionais. Os imaginários sociotécnicos foram descritos como formas imaginadas e desejadas de ordenamento social, compartilhadas por uma *coletividade* (não necessariamente nacional), institucionalmente sancionadas, relacionadas às expectativas comuns sobre desdobramentos científicos e tecnológicos, e sobre percepções e desejos acerca de trajetórias preferíveis. Esta definição apontou que os imaginários podem ser originados da visão de uma parte da coletividade, tais como indivíduos, corporações, movimentos sociais ou sociedades profissionais; mas ganham tração ao longo do tempo, convertendo-se em um imaginário comum e central nas respostas destas coletividades. Além disso, múltiplos imaginários podem coexistir em uma sociedade, cabendo às formas institucionalizadas de poder – câmaras legislativas, cortes, mídia ou outros -destacar, na consecução de propósitos políticos, determinado imaginário em detrimento de outros (JASANOFF, 2015, p. 4).

3.2.2. Cultura política

Enquanto a abordagem dos imaginários sociotécnicos foca no aspecto imaginado, relativo às cognições e epistemologias compartilhadas em uma nação, em outro trabalho, Jasanoff aponta para o conceito de cultura política, como um aspecto mais tangível da

compreensão dos caminhos percorridos por projetos políticos (JASANOFF, 2007). O conceito de cultura política permite incorporar na análise o aspecto de reprodução institucional já estabilizado em distintos contextos, e mostra-se complementar à análise dos imaginários.

Cultura política é definida como o conjunto de recursos pelos quais uma comunidade política faz suas escolhas coletivas, e abrange

"os modos institucionalmente sancionados de ação (...), mas também os inúmeros códigos e práticas não escritos pelos quais um sistema político complementa seus métodos formais para garantir a prestação de contas e legitimidade nas tomadas de decisão políticas" (JASANOFF, 2007: 21).

A concepção de cultura política⁴² proposta pela autora incorpora o modo de ação e organização institucional da política, incluindo respostas *formais* de governos a novas tecnologias e desenvolvimentos científicos, na forma de regulações, e medidas *informais* que influenciam as decisões; tais como significados atribuídos a estes avanços científicos e tecnológicos - considerados bons ou ruins, legítimos ou ilegítimos, adequados ou arriscados, de acordo com a epistemologia dominante no contexto nacional analisado. Neste sentido, mostra-se um recurso adicional de interesse para a análise de políticas nacionais, na medida em que permite inserir o aspecto institucional como parte fundamental da análise.

Para a autora, a cultura política inclui as rotinas pelas quais o conhecimento coletivo é produzido e validado pelas suas comunidades, incluindo a deliberação de novos temas científicos, ou movimentos pelos quais a política exclui ou inclui questões ou temas do domínio político (JASANOFF, 2007). Pode-se, nestes sentido, apropriar-se do conceito para analisar caminhos percorridos pelas políticas em âmbito institucional, com o envolvimento de variados órgãos nacionais.

3.2.3. Constitucionalismos

Sob uma perspectiva co-producionista entre ciência e sociedade, reconhece-se que as inovações que desafiam os fundamentos de formas de ordenamentos sociais abrem espaço para *novos processos constitucionais* (JASANOFF, 2003). O termo constitucionalismo retoma a análise desenvolvida em Latour (1993), segundo o qual o pensamento moderno se

⁴²A concepção de cultura política da autora se distingue de seu uso por trabalhos tradicionais da Ciência Política. Embora comparta com estes a suposição e que valores e culturas são relevantes para explicar a política, Jasanoff centra sua análise na identificação destas nas estruturas institucionais.

constitui sobre uma divisão fundamental entre natureza e cultura; e remete à compreensão de que a ordem social se estabelece em torno de concepções e cognições compartilhadas. À medida que essas concepções são colocadas em xeque por mudanças significativas no campo material ou cognitivo, coloca-se a necessidade de adequação das ordens vigentes (JASANOFF, 2003).

Novos processos constitucionais, neste sentido, podem ser engendrados por inovações que desafiam as fronteiras cognitivas vigentes – como as fronteiras entre “natureza” e “cultura”, ou “política” e “ciência”. Abre-se espaço para que novos ordenamentos e cognições ganhem tração e se imponham como base do pensamento e organização social. Para a autora, um ponto fundamental de investigação refere-se às bases cognitivas e culturais que conferem sustentação às ordens sociais e sua reprodução, notadamente quando se analisam desenvolvimentos científicos e sociais contemporâneos, típicos da modernidade. No âmbito da globalização, identificam-se constitucionalismos em escala global, caracterizados por novas identidades, cognições, instituições e fluxos de práticas difundidas em uma concepção universalizante (JASANOFF, 2003).

Ao reconhecer o crescente peso da ciência no mundo contemporâneo, e as contínuas inovações que apresentam desafios às constituições vigentes, a autora apresenta o seguinte conjunto de questões:

“se o conhecimento científico está livremente circulando pelo mundo, quais as formações sociais que permitem essa transferência livre de fricções? Se um sistema de governança global está tomando lugar de maneira silenciosa, que recursos de conhecimento foram reunidos e onde estão seus centros de cálculo? (...) Se as políticas de conhecimento historicamente se reproduziram em arranjos nacionais, de acordo com regras bem estabelecidas de credibilidade e teste, que processos comparáveis estão emergindo em arenas de produção de conhecimento global?” (JASANOFF, 2003, p. 173).

Os “centros de cálculo”, aos quais a autora faz referência, foram elaborados por Latour (1987) como locais que concentram as inscrições realizadas por observadores – cientistas, missionários, entre outros – sobre seus objetos de análise. O acúmulo destas inscrições – as formas como o objeto é descrito, analisado, reproduzido, inscrito no papel ou em outros meios de inscrição – embasa novas representações do mesmo objeto, em movimentos circulares: sempre há a remissão às inscrições originais, e estas são difundidas a

outras localidades. Os centros de cálculo, neste sentido, contribuem significativamente à construção e disseminação do conhecimento científico entre distintos locais e espaços. Ao reproduzir determinadas formas de inscrição, diminuem as fricções potenciais na difusão do conhecimento entre distintas formas de cognição.

O conjunto de questões levantado por Jasanoff permite abordar a difusão de conhecimentos científicos no cenário internacional contemporâneo a partir dos seus elementos sociais estruturais, isto é, dos elementos que dão sustentação a esta aparente “universalidade” e ausência de fricções no deslocamento da ciência - e de seus arranjos sociais-, que caracteriza as trocas internacionais no contexto da globalização.

3.3. APLICANDO OS CONCEITOS À ANÁLISE DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Os conceitos avançados por Jasanoff permitem identificar três processos que são reproduzidos na prática da cooperação técnica internacional. De um lado, esta prática consiste em uma política de difusão de técnicas, tecnologias, “capacidades”⁴³ e modelos de gestão que conduziriam, na perspectiva dos realizadores dos projetos de cooperação, ao *desenvolvimento*, no sentido da promoção de *melhorias sociais*. Esta política promove a difusão de modelos e perspectivas, que podem ser analisados como *imaginários sociotécnicos* orientados ao desenvolvimento, que são propagados entre diferentes países no cenário internacional. Estes imaginários são orientados por perspectivas de seus doadores, algumas vezes respaldadas por perspectivas dominantes no cenário internacional, outras vezes em conflito com estas. Um bom exemplo de perspectivas divergentes consiste nos formatos de cooperação levados a cabo por Estados Unidos e União Soviética no período da Guerra Fria, que engendravam interesses e prerrogativas distintas, e davam suporte a diferentes modelos de ordenamento social. Neste sentido, o presente trabalho aborda as iniciativas de cooperação técnica para o desenvolvimento como pautadas em *imaginários sociotécnicos*, passíveis de serem identificados nos formatos dos projetos e orientações gerais de sua realização. Como definem Jasanoff e Kim (2009), são *sociotécnicos* na medida em que se pautam não apenas em práticas

⁴³ O termo “capacidades” ou “capacitação” é um vocabulário recorrente na história da cooperação técnica internacional, e transmite a ideia de transformação do ambiente que recebe a cooperação para uma melhoria social.

científicas e tecnológicas, mas, também, em entendimentos implícitos acerca de escolhas e visões envolvendo ciência e tecnologia no alcance de projetos sociais mais amplos.

Um segundo processo identificado na cooperação técnica internacional consiste justamente em sua difusão entre distintos contextos sociais. Como aponta Latour, o processo de difusão de uma perspectiva criada em determinado contexto social a outros contextos depende do estabelecimento de *centros de cálculo*, ou, em outros termos, estruturas que centralizam determinadas *inscrições*, e a partir das quais tais inscrições são reproduzidas. No que concerne à cooperação internacional, as inscrições podem ser reconhecidas na forma de utilização de artefatos transferidos, ou mesmo na descrição e orientação dos projetos implementados pelas agências de cooperação. Em projetos de transferência tecnológica, por exemplo, as inscrições consistem nas instruções para o uso de determinadas tecnologias; em projetos voltados à implementação de modelos de gestão, as inscrições são expressas nas orientações acerca do modelo de gestão pretendido. Não importa, nesta etapa, identificar se as inscrições foram ou não seguidas adequadamente, o que definiria o sucesso ou insucesso de um projeto. Para os objetivos deste trabalho, basta reconhecer que existem inscrições definidoras dos projetos e objetivos da cooperação, que orientam a difusão de determinados modelos de gestão. Neste sentido, os centros de cálculo podem ser identificados nas agências de cooperação internacional – como se verá no caso brasileiro, no contexto das agências promotoras da cooperação: Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS), Ministério da Saúde e Fiocruz.

Sob uma perspectiva culturalista, importa compreender quais são os centros de cálculo que difundem uma perspectiva científica e tecnológica que se pretende global. Uma vez identificados estes centros, analisam-se os processos pelos quais determinados projetos sociotécnicos são difundidos a novos contextos, orientando uma perspectiva de governança global em saúde. A cooperação internacional, neste sentido, é percebida como um movimento pretensamente constitucionalista, que apresenta novos ordenamentos aos problemas de saúde global.

Por fim, um terceiro processo consiste no fato da cooperação internacional em saúde analisada ser gestada e reproduzida a partir de instituições nacionais, imbuídas de uma história própria e evoluindo dentro do contexto de uma cultura política particular. Neste ponto, interessa adotar a conceituação de *cultura política* fornecida por Jasanoff, de acordo

com a qual processos formais e informais permitem identificar peculiaridades nas ações dos Estados e em suas relações com ciência e tecnologia.

Para os objetivos deste trabalho, de acordo com os conceitos apresentados, é relevante compreender como se conformam os objetivos e imaginários em torno da cooperação internacional em saúde encampada pelo país. De particular interesse, importa assimilar como essa política revela uma determinada orientação do Estado em relação às suas capacidades científicas e tecnológicas, em um mundo crescentemente globalizado e afetado por mudanças de ordem científica e tecnológica. Como o Estado empreende suas estruturas de produção e inovação em saúde? Com base em que imaginários?

Ao abordar essas questões, a partir dos capítulos seguintes, buscar-se-á apresentar a conformação da política de cooperação internacional brasileira em saúde, retomando-se a conformação histórica das instituições participantes (Capítulo 4), e constituição de uma política orientadora da cooperação (Capítulo 5) e, finalmente, as práticas empreendidas no âmbito da cooperação (Capítulo 6). O conjunto de elementos abordados permitirão apresentar o imaginário sociotécnico inscrito na política de cooperação internacional brasileira.

4. POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE EM PERSPECTIVA HISTÓRICA: A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE NAS AMÉRICAS E O CASO BRASILEIRO

A análise da evolução das políticas de saúde pública no Brasil e no continente americano ao longo do século XX permite observar que o envolvimento internacional foi uma constante. A institucionalização da política pública em saúde, com a criação de Departamentos nacionais e de unidades pesquisa e produção de insumos, constituiu uma tendência geral a diversos países do continente. Tal movimento se pautou em orientações e desenvolvimentos em saúde promovidos em outras regiões: em um primeiro momento, nas inovações científicas e ações de cooperação em saúde estabelecidas no continente europeu; posteriormente, nas orientações a nível regional encampadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e dos Estados Unidos.

Este capítulo apresenta uma breve retomada da história da saúde no Brasil durante o século XX, período em que a área foi institucionalizada como política pública no país. Tal retomada pretende enfatizar as relações internacionais do período, que influenciaram diferentes concepções da relação entre Estado e Saúde, configurando, a um só tempo, identidades estatais e políticas de saúde. Ilustra-se, neste sentido, um processo de *co-produção* entre Estado e políticas nacionais Saúde, em que imaginários sociotécnicos fundamentados em avanços científicos, expertise, e políticas internacionais orientaram políticas específicas para a área em questão. O histórico dessas políticas e imaginários, em diferentes momentos, mostra-se fundamental para compreender como os conceitos apresentados no capítulo anterior se adéquam à análise das políticas de saúde, e como ajudam a explicar a cooperação internacional em saúde contemporânea empreendida pelo Brasil.

A primeira seção apresenta brevemente a institucionalização da política pública em saúde brasileira. Os trabalhos históricos revisados apontam para diferentes concepções de saúde - ou imaginários - que se mostraram predominantes para a evolução das políticas de saúde no país, desde a República Velha até o período de redemocratização, culminando na criação do Sistema Único de Saúde. Este histórico compreende a conformação do Ministério da Saúde.

A retomada da saúde pública também perpassa a conformação de duas instituições parceiras na cooperação internacional em saúde analisada nesta tese: a Fiocruz e a OPAS. A evolução destas instituições é apresentada na segunda seção deste capítulo, de modo a revelar como estes atores estiveram intimamente relacionados à conformação da cultura política em saúde brasileira.

Ao empreender esta revisão, busca-se apontar a centralidade do tema da saúde na construção do Estado brasileiro. Busca-se, também, identificar, para além das forças políticas internas, o papel de forças internacionais na conformação do modelo presente. Em geral, as influências, tanto internas como externas, se deram através da figura dos *experts*, e da própria construção de instituições e fóruns de expertise que fossem capazes de orientar e difundir políticas de saúde entre os países do continente, revelando uma difusão histórica de modelos de saúde imbricados com trajetórias científicas.

4.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NACIONAIS

A política de saúde teve um importante legado na conformação do Estado brasileiro. A bibliografia acerca de sua evolução histórica demonstra que o tema da saúde teve um peso expressivo nas ideologias e debates de identidade nacional e do papel do Estado no saneamento de sua população. Esta seção busca traçar a centralidade da saúde em distintos momentos da história do país, desde os primórdios de uma política nacional em saúde, no início do século XX, até os dias atuais.

4.1.1. A República Velha e a atuação dos Institutos de pesquisa

No Brasil, uma política de saúde nacional se origina na Primeira República (1889-1930), associada a preocupações sanitaristas e orientada à contenção de epidemias em regiões urbanas e portuárias, especialmente Santos e Rio de Janeiro. Os surtos epidêmicos que ocorriam em diversas regiões tropicais representavam o principal obstáculo à participação no comércio internacional, resultando em perdas financeiras e riscos às populações. Seu controle mostrava-se central em um projeto de nação moderno e governável pelas instituições políticas nacionais.

Este período foi marcado pela expansão internacional da ciência microbiológica desenvolvida na França por Louis Pasteur. Na época, o Instituto Pasteur teve um papel substancial na formação de alunos e difusão de pesquisa e conhecimentos em saúde, que iriam conformar os laboratórios microbiológicos ao redor do mundo, especialmente em territórios tropicais (BENCHIMOL, 1990). Sob inspiração deste Instituto, foram criadas no Brasil diversas instituições para a produção de soros e vacinas, como o Instituto Butantã em São Paulo (1889) e o Instituto Soroterápico Federal, no Rio de Janeiro (1900), que viria a se transformar no Instituto Oswaldo Cruz (1907) (BENCHIMOL, 1990). O Instituto Oswaldo Cruz destacou-se na produção de soros e pesquisas de doenças tropicais, alcançando reconhecimento internacional e aproximando-se do setor público, tendo influência direta nas políticas nacionais de saúde (STEPAN, 1976; LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005; BENCHIMOL, 1990).

É importante notar, ao longo do desenvolvimento das instituições nacionais de saúde, uma forte atuação de instituições internacionais, com destaque para a Fundação Rockefeller, que por meio de investimentos vultosos em países selecionados (inicialmente Brasil, Índia e China), buscou desenvolver soluções para o problema da febre amarela. Posteriormente, a Fundação seguiu atuando na promoção de modelos e órgãos de saúde nestes territórios. No Brasil, sua atuação foi marcada por negociações junto a corpo de pesquisadores nacionais em saúde, conferindo a estes um poder de barganha nos modelos de cooperação implementados, e marcando o apoio e financiamento da Fundação à criação de diversas estruturas de saúde, como foi o caso da Escola de Enfermagem D. Ana Néri, no Rio de Janeiro, em 1926, dentre diversas outras Escolas de Medicina, saúde pública e enfermagem ao longo das décadas (CARVALHO e COELHO, 1992; KOBAYASHI, FARIA e DA COSTA, 2009; MARINHO e MOTA, 2013).

No período da Primeira República, de maneira geral, identifica-se o predomínio de um pensamento higienista, bastante direcionado pela Fundação Rockefeller. Os médicos higienistas, formados ou atuando nas instituições de pesquisa microbiológica, lideraram um amplo movimento de Reforma Sanitária, com a realização de expedições a diferentes regiões do país e participação nas campanhas de vacinação. As expedições ao sertão buscavam ampliar o conhecimento e a solução de outras epidemias, e acabaram revelando uma imagem de “país doente”, que necessitava ser curado. O uso do conhecimento bacteriológico na

identificação dos ciclos de diversas doenças foi fundamental para refutar teses de inferioridade racial ou climática do país. Houve, de acordo com Lima e outros (2005), uma

“mudança no modo de pensar o país e os problemas das populações, sobretudo rurais, com a revisão das teses que enfatizavam a inferioridade racial e a ênfase no tema do abandono pelo poder público como principal obstáculo aos projetos civilizatórios” (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005, p. 35).

A provisão de saúde pelo setor público passou a ser vista como possibilidade de acesso à civilização. As políticas de saúde, por sua vez, pautaram a formação de noções de cidadania e construção do Estado nacional, em um período no qual a questão da identidade nacional era fortemente debatida nos círculos intelectuais. Havia menções à ausência de um sentimento de nacionalidade compartilhado pela população, além de uma cultura, por parte das elites, de se voltar à Europa para sua formação profissional e cultural (STEPAN, 1976). As iniciativas de saneamento foram concomitantes com o movimento de valorização do sertão brasileiro, como espaço que necessitava ser incorporado ao esforço de civilização nacional, promovendo o reconhecimento de uma parcela do território pouco incorporada à cultura e imaginário nacionais⁴⁴. O movimento de saneamento mobilizou setores intelectuais e políticos brasileiros, destacado-se a Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918, com a participação de líderes e, inclusive, do Presidente Venceslau Brás. Neste sentido, o movimento sanitário mostrou-se essencial na conformação dos imaginários de uma sociedade nacional ampliada a todo o território nacional, dando espaço a novas formas de pensar a sociedade (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

No âmbito da organização estatal, a área da saúde sofreu mudanças relevantes. Em 1899, foi criada a Direção Geral de Saúde Pública, como órgão estatal de condução da política nacional de saúde. A diretoria foi ocupada por Oswaldo Cruz, também diretor do Instituto Oswaldo Cruz⁴⁵. Também foram instalados postos de profilaxia rural. Em 1923, a Lei Eloi Chaves marcou a incorporação da saúde nas políticas sociais, inspirando-se nas políticas sociais que se difundiam pelos países europeus e garantindo o acesso à saúde pública

⁴⁴ Situam-se, neste contexto, expedições ao interior do país, como as de Cândido Rondon, da Comissão Geológica de São Paulo e expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz. Destaca-se, também, a obra *Os Sertões*, de Euclides da Cunha, mostrando os embates entre povos sertanejos e um poder estatal central, que buscava exercer seu controle.

⁴⁵ O acúmulo destas duas funções pela mesma pessoa não foi um episódio excepcional na história da política de saúde brasileira, e demonstra uma forte ligação entre os órgãos executores desta política e os Institutos de pesquisa, definindo uma política de saúde fortemente orientada pela ciência e práticas da microbiologia da época.

aos trabalhadores que contribuíssem com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)⁴⁶. Este modelo previdenciário de assistência à saúde, embora limitado a uma parcela restrita da população, marcou o início de uma política de saúde previdenciária no país, que se fortaleceria nos períodos seguintes.

As políticas de saúde na Primeira República foram, portanto, centrais à organização das relações do Estado com sua população, abrangendo territórios até então afastados das preocupações políticas nacionais. A temática da saúde mostrou-se essencial na conformação da identidade nacional brasileira, tanto no que se refere à identidade comum – presente nas noções de “país doente”, mas curável – quanto na conformação de um governo nacional, capaz de controlar obstáculos à conformação de um país moderno, inserido nos fluxos internacionais de mercado, e com coesão interna. O período foi marcado pela consciência das elites acerca dos graves problemas sanitários do país, que ensejaram uma percepção de que cabia à figura do Estado assumir a responsabilidade na promoção da saúde pública.

É possível argumentar que este período marcou a conformação de um entendimento específico sobre as funções do Estado nacional: as epidemias foram logo percebidas como um problema a ser resolvido pelo governo, justificando os recursos públicos para a construção de novos Institutos Soroterápicos e, posteriormente, justificando as expedições pelo território sertanejo. O movimento sanitário, ao lograr inserir nas ações de Estado as campanhas sanitárias e de vacinação, denotava uma busca por maior domínio sobre o território e população. Esse movimento resultou na conformação e legitimação de um modelo de Estado forte e centralizado, apto a conduzir essas políticas a nível nacional. Os Institutos de pesquisa e desenvolvimento em saúde da época proveram os meios tecnológicos para tornar possível a proposta de sanitariação, que se consagrou na projeção da imagem de um Estado nacional presente.

Retomando a análise de Lima e outros, a infraestrutura sanitária mostrou-se fundamental na construção do Estado nacional, integrando dimensões jurídica, simbólica e material. Simbolicamente e materialmente, está clara a atuação dos Institutos de pesquisa, notadamente o Instituto Oswaldo Cruz, na consecução destas políticas de integração nacional através da cura do país. No campo legislativo, a Lei Elói Chaves representou um primeiro

⁴⁶ As CAPs eram organizações de direito privado, organizadas pelas empresas e empregados, operando em regime de capitalização.

passo na adequação da legislação nacional em projetos de Estado welfariano. É possível, portanto, perceber, desde a Primeira República, algumas bases da relação entre Estado e Saúde que configuram um modelo de Estado provedor de saúde, avançando no desenvolvimento de capacidades para esta função.

4.1.2. A Era Vargas e o modelo dual das políticas de saúde

A Era Vargas, iniciada em 1930, inaugura de um novo modelo de Estado, marcado por profundas mudanças na relação entre Estado e população, notadamente no que concerne à configuração de políticas sociais. O Estado varguista promoveu uma centralização da estrutura estatal, com o reforço da identidade dos trabalhadores urbanos. Essas mudanças ocorreram concomitantemente a um período de intensa industrialização voltada ao mercado interno e queda da hegemonia do setor agro-exportador. A diversificação da economia nacional deu espaço para novos interesses e acirramento das disputas regionais.

Os debates travados na Assembleia Nacional Constituinte (1933) apontavam para a defesa de diferentes modelos de Estado: enquanto os tenentes defendiam um modelo centralizador e intervencionista, os setores oligárquicos dissidentes propunham o federalismo, com maior autonomia estadual e restrita interferência da União. Neste cenário de interesses diversos, a noção de um “interesse nacional” a guiar as políticas nacionais se definia em oposição às especificidades regionais, acusadas de reproduzirem o poder oligárquico local. A proposta federativa era acusada de anti-nacional e contrária ao desenvolvimento econômico e social do país (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

As mudanças ocorridas nos campos políticos e ideológicos afetaram as políticas de saúde e sua institucionalização no âmbito do Estado. Nesta época, as políticas na área sofreram modificações fragmentadas que se associaram a uma ampla reformulação do Estado, com a definição de novos rumos para a saúde pública e a criação do Ministério da Educação e Saúde (MES) (HOCHMAN, 2005).

A política de saúde da época, no entanto, foi marcada por um modelo dual, levado a cabo por dois ministérios diferentes: enquanto o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio promovia um modelo previdenciário de saúde pública⁴⁷ voltado à parcela urbana e

⁴⁷ Getúlio Vargas, por do Ministério do Trabalho, ampliou o acesso previdenciário à saúde, antes restrito a uma pequena parcela urbana, de servidores públicos e trabalhadores de grandes empresas. O modelo previdenciário

assalariada, o MES se orientava às parcelas rurais, com a permanência de grande campanhas sanitárias para o combate a doenças e epidemias, em um modelo universalizante de saúde pública. Assim, houve um processo de aprofundamento e expansão do aparelhamento do Estado em diferentes regiões, por meio da continuidade na realização de campanhas sanitárias (FONSECA, 2007). Neste período, a Instituto Oswaldo Cruz deu continuidade às expedições ao redor do país, com destaque para a exploração da região amazônica e a criação de um instituto de pesquisas no Pará, sob sugestão de Evandro Chagas, o Instituto de Patologia Experimental do Norte (Ipen)⁴⁸.

No âmbito geral, estabeleceu-se, de maneira gradativa, uma estrutura central e hierárquica de controle e normatização das atividades de saúde no país. Procedeu-se a uma intensa normatização da saúde, com a elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários para padronizar as atividades pelo extenso território nacional, e implementou-se um processo de burocratização que perpassou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNS), criado em 1930. O DNS foi reestruturado em 1937, de modo a englobar diversos serviços dispersos e centralizar a direção política, administrativa e financeiras das atividades sanitárias do país, e ampliou a rede pública de centros e postos de saúde, além de instalar hospitais e sanatórios para doenças como tuberculose e lepra. Cabe ressaltar que o DNS implementou “serviços nacionais de saúde” para doenças como febre amarela (em dimensão nacional) e Malária (no Nordeste), que promoveram uma ampliação do escopo destas ações, antes restritas a localidades selecionadas. Essas ações também ganham destaque por terem sido conduzidas com forte participação e apoio de organizações internacionais – nos casos em questão, da Fundação Rockefeller, que estreitava a cooperação com o governo nacional neste período⁴⁹. O DNS atuava paralelamente na formação e capacitação dos recursos humanos em saúde, com a organização de cursos de saúde pública -de caráter rápido e intensivo- em diversos estados nacionais (LIMA e PINTO, 2003).

de acesso à saúde vigente até então fora estabelecido pela Lei Eloy Chaves, de 1923, e determinava o acesso à saúde pública (incluindo socorro médico em caso de doença ao indivíduo ou familiar, acesso a medicamentos a preço especial e pensão aos herdeiros em caso de morte) como dependente de contribuição do trabalhador à Caixa de Aposentadorias e Pensões, existentes apenas para serviços públicos ou em grandes empresas. Vargas ampliou o alcance com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), mas mantendo um modelo de saúde previdenciário.

⁴⁸ Fonte: Funasa < <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>> Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

⁴⁹ De acordo com Lima e Pinto (2003), a Fundação Rockefeller, bastante atuante no Brasil na década de 1930, se retirou do país em 1942, após a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, implementado na Amazônia, como parte de estratégia para o tratamento de epidemias na região, que comprometiam a extração da borracha, durante o conhecido “ciclo da borracha”.

Para o gerenciamento estadual dos serviços de saúde, sob orientação do governo central, foram criados os distritos sanitários, com postos de saúde fixos ou itinerantes para atingir as diversas regiões do país. A esfera estadual seria o ponto de controle e irradiação da política pública em saúde (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

A literatura sobre as políticas de saúde neste contexto histórico apontam para uma forte presença de organismos internacionais, incluindo as organizações das Nações Unidas criadas no pós-guerra, mas também organizações privadas, como a Rockefeller, que foram importantes atores na conformação de instituições de governo em saúde, de acordo com modelos herdados internacionalmente. Nas Américas, o período foi marcado pela atuação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na realização de Conferências Sanitárias Pan-americanas, que serviam como lócus de difusão de conhecimentos e de formatos considerados mais eficientes no combate a epidemias e na gestão de saúde, que deveriam ser compartilhadas pelos países latino-americanos. Essas Conferências, junto à publicação de *Boletins* da Organização, promoveram uma definição de prioridades para ação pública em saúde geralmente compartilhadas na organização das estruturas de saúde pelos diversos países do continente, como se verá mais adiante no capítulo (seção 4.3.2 – A Organização Pan-Americana de Saúde).

4.1.3. O período democrático e o sanitarismo desenvolvimentista

Após a queda de Vargas, em 1945, o país viveu um período democrático de dezenove anos, sob nova Constituição⁵⁰. Neste período, manteve-se uma estrutura centralizada e verticalizada de saúde pública, altamente burocratizada na condução de ações sanitárias pelos governos locais, mantendo o governo central no topo da hierarquia. O país permanecia predominantemente rural, e a saúde dessas populações foi central nas preocupações e debates de saúde pública, marcando tensões sobre sua estruturação. Como apontam Lima e Pinto (2003), o fim da Era Vargas marcou uma crise na manutenção da política nacional de saúde estabelecida, abrindo espaço para questionamentos dos modelos de serviços de saúde e surgimento de novas lideranças com novas propostas de gestão e organização da saúde pública nacional.

⁵⁰ Constituição Federal de 1946.

Neste período, a influência internacional foi intensificada, acompanhada da ascensão vertiginosa do conceito de desenvolvimento nos debates globais, tornando-se novo fundamento para orientar a condução de políticas públicas dos países assistidos pelas organizações nas mais diversas áreas de atuação social do Estado. Na área da saúde, destaca-se a criação da Organização Mundial da Saúde em 1948, que viria a incorporar a Organização Pan-Americana de Saúde como órgão regional.

As preocupações de saúde ganharam novo ímpeto neste contexto histórico, em escala internacional. A doença foi associada ao atraso, e diferentes organizações passaram a incluir questões relacionadas à saúde em seus distintos temas de atenção. Destacam-se, no período, as orientações da OMS, OPAS, e de outros dois organismos das Nações Unidas – o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) - que incorporaram questões de saúde a serem observadas pelos países, com destaque para projetos de tratamento e contenção da malária. A política externa norte-americana também foi reorientada no período, marcando a implementação de ações bilaterais com países do continente americano, com destaque para a realização da Aliança para o Progresso⁵¹. O pensamento da saúde em escala global também foi marcado, de acordo com Lima, Fonseca e Hochman (2005) pela prevalência de um “otimismo sanitário”, segundo o qual se estabeleceu uma crença generalizada na capacidade da ciência em solucionar os problemas de saúde, a despeito do avanço da malária e das dificuldades em controlá-lo.

No âmbito nacional, os debates entre ‘saúde’ e ‘desenvolvimento’ deram lugar a diferentes concepções e formas de associar esses dois temas. Pensadores desenvolvimentistas e sanitaristas oscilavam entre perspectivas que compreendiam a saúde como um investimento essencial para alcançar o desenvolvimento econômico, ou como uma condição insuficiente, porém necessária, em um contexto macro estrutural que perpetuaria o subdesenvolvimento (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005). Destacou-se, à época, a corrente do sanitarismo desenvolvimentista, sobre as quais se conformaram propostas posteriores de reforma da saúde, como a implementação Sistema Único de Saúde (REIS, 2015). Essa corrente,

⁵¹ Aliança para o Progresso foi um programa de cooperação implementado pelos Estados Unidos para acelerar o desenvolvimento econômico e social na América Latina. O programa teve origem em 1961, na presidência norte-americana de John Kennedy e foi extinto em 1969, no governo de Richard Nixon. É considerado como uma resposta à Revolução Cubana, em uma tentativa de conter o avanço do socialismo no continente.

levantada por importantes lideranças sanitárias da época⁵², se opunha à excessiva centralização da política de saúde, propondo maior autonomia e protagonismo dos governos locais nessa temática. Pautava-se no reconhecimento de que pobreza e doença estavam intimamente relacionadas e que o desenvolvimento econômico era pré-condição para melhorar a situação geral da saúde. Criticava a abordagem essencialmente campanhista da política de saúde, e apontava para a necessidade de uma estrutura permanente de saúde, de responsabilidade municipal, contando com assistência técnica e financeira de outras esferas de governo (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

No Brasil, alguns marcos institucionais buscaram adequar as políticas de saúde à perspectiva predominante no cenário internacional. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, separando-o do Ministério da Educação⁵³. Em 1956, a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu)⁵⁴, destinado ao combate de doenças endêmicas que persistiam no país: malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, entre outras, dando continuidade ao modelo internacional de combate a endemias. Essas novas instituições mantiveram uma política nacional de saúde centralizada e verticalizada, primordialmente coordenada no âmbito do governo federal.

A estrutura vigente encontrava resistência em outras perspectivas de organização da saúde, notadamente do sanitarismo desenvolvimentista, que ganhava espaço crescente no cenário nacional. Durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, essa corrente de pensamento foi predominante, e discutiu-se a distribuição de responsabilidades entre entes federativos, com uma avaliação crítica da realidade sanitária do país, acompanhada de propostas de municipalização dos serviços de saúde. Os movimentos de descentralização das ações de saúde, que pareciam ganhar força no pensamento sanitário nacional, foram, no entanto, abortados pelo golpe militar de 1964 (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

⁵² Mario Magalhães, um dos principais mentores do sanitarismo desenvolvimentista, colaborou diretamente com os ministros da Saúde, elaborando planos e escrevendo discursos. Essa aproximação mostra que o pensamento, embora não fosse adotado pela estrutura institucional vigente, essencialmente campanhista, encontrava espaço na mesma, com potencial para se consolidar (REIS, 2015) (ESCOREL, 2000).

⁵³ Hamilton e Fonseca (2003) apontam que a separação entre educação e saúde não significou grandes mudanças institucionais nem mudança de ênfase sobre populações rurais. Entretanto, permitiu um deslocamento das discussões e decisões para a esfera política.

⁵⁴ Este órgão, vinculado ao Ministério da Saúde, absorveu estruturas e atribuições de serviços nacionais anteriores, sendo responsável na execução de políticas de combate às endemias do país, com destaque para malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá e tracoma (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005, p. 51-52).

4.1.4. O governo militar e o movimento pela Reforma Sanitária

No período militar, o Sistema Nacional de Saúde caracterizou-se pelo predomínio das instituições previdenciárias. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, em um modelo que permanecia excludente dos trabalhadores rurais e urbanos informais. A assistência médica, fornecida por empresas privadas e financiada pela previdência, teve ampla expansão, com maior orçamento de sua história, enquanto a saúde pública sentiu uma drástica diminuição de recursos (menos de 2% do PIB) (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

Em meados da década de 1970, iniciou-se o movimento pela Reforma Sanitária. Este movimento obteve amplitude em um contexto autoritário devido ao peso das ideias promovidas pela OPAS, ancorado nos preceitos da medicina preventivista. Como nos mostram Scorel, Nascimento e Edler (2005) e Lima (2002), as ações de cooperação internacional financiadas pela OPAS permitiram incorporar a medicina preventivista ao currículo das faculdades médicas, promovendo uma abordagem médico-social fundada na percepção do caráter político da saúde, e contrapondo uma concepção positivista de ciência universal, empírica e isenta de valores. Com o auxílio da OPAS, foram criados departamentos de medicina preventivista nos cursos superiores de medicina nacionais⁵⁵, que impulsionaram a organização do movimento sanitário.

A partir de então, o movimento sanitário, iniciado no contexto das Escolas de Medicina, foi encampado por movimentos sociais que se rearticulavam, incluindo sindicatos de diversas categorias profissionais, que passaram a denunciar o modelo de saúde vigente pela exclusão de grandes setores da população. Neste processo, o movimento de reforma da saúde se fundiu com outros movimentos de luta por direitos civis e sociais, e a saúde passou a ser um ponto central das demandas sociais e de contestação política.

O movimento foi marcado pela crítica à medicalização e pela preferência por programas de autocuidado da saúde, atenção primária realizada por pessoal não-profissional, e valorização da medicina tradicional. A discussão contra a elitização da prática médica e inacessibilidade de seus serviços a grande parte da população foi respaldada internacionalmente na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma-

⁵⁵ Como os programas de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (Peppe) e de Estudos Socioeconômicos da Saúde (Peses) criados na Fundação Oswaldo Cruz (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

Ata (1978). Um modelo de medicina comunitária ganhou força no cenário internacional, sendo considerado responsabilidade dos Estados. No Brasil, a medicina comunitária obteve espaço nos Departamentos de Medicina Preventiva, existentes nas faculdades de medicina nacionais. Com as práticas de formação, delimitou-se, aos poucos, o campo da saúde coletiva, segundo o qual “*o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (...) e a distribuição demográfica da saúde e da doença*” (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005, p. 64)

No governo Geisel, pessoas ligadas ao pensamento sanitarista foram aos poucos incorporadas na alta burocracia estatal, devido à insuficiência de quadros com pensamento semelhante ao do governo para ocupá-los⁵⁶. Além disso, a implementação de políticas em cooperação com a OPAS deram maior espaço a este modelo na estrutura estatal, como demonstra o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (Ppreps/Opas) junto ao governo, que envolveu 11 projetos de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

A despeito de sua presença em cargos estatais, o movimento pela Reforma Sanitária articulou posições contrárias ao regime, tornando-se um símbolo de luta pela democratização nacional, tendo como foco a democratização da saúde. Estava, de outro modo, profundamente associada ao corpo de conhecimentos, ensino e pesquisa em saúde coletiva, realizado por centros de medicina preventiva em diversas universidades e encampado pela recém-criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que se mostrou um importante agente da sociedade civil na apresentação de demandas e modelos de saúde pública perante o Estado brasileiro⁵⁷.

A década de 1980 foi marcada pela maior atuação do movimento, em um contexto político marcado pela abertura política gradual. Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Preventiva, com o intuito de organizar e racionalizar a assistência médica, no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social. Em 1982, foi aprovado

⁵⁶ Governo Geisel marcou uma inflexão política no regime, dando início a um processo de abertura, notadamente com o II Plano Nacional de Desenvolvimento e a Criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS). O governo, lançando mão de políticas sociais, priorizou projetos nesses setores sociais, como saúde e educação, abrindo espaços que viriam a ser ocupados por integrantes do movimento sanitarista.

⁵⁷ A Abrasco tem sua origem em 1979, na 1ª Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na área de Saúde Pública, realizada na sede da OPAS em Brasília. Nessa reunião, um grupo de profissionais de saúde, estudantes e professores em Medicina Social e Saúde Pública fundaram a associação, marcando uma postura coletiva frente às práticas e saberes em saúde.

o Plano deste Conselho Consultivo para a Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, que integrou, pela primeira vez, uma perspectiva crítica ao modelo previdenciário de saúde, ao mesmo tempo em que avaliou as implicações decorrentes do financiamento ao setor privado da saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003 *apud* ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

4.1.5 Saúde pós-democratização

Findo o regime militar, com o advento da Nova República, as lideranças do movimento sanitário ocuparam postos-chave nas instituições definidoras da política de saúde nacional. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1986 e sob a presidência de Sérgio Arouca, também presidente da Fiocruz, lançou os princípios da Reforma Sanitária, e marcou o estabelecimento de estratégias para a democratização da saúde. Na Conferência, manteve-se a proposta de fortalecimento e expansão do setor público na área, propondo um sistema único de saúde – novo arcabouço institucional que marcasse a separação total da saúde em relação à previdência.

A Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã devido à ampliação promovida em seu texto aos direitos de cidadania, incorporou as sugestões desta Conferência e definiu a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, devendo ser universal e gratuita. Foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Orgânica da Saúde, que detalhou o funcionamento do Sistema. De acordo com os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, estabeleceram-se os princípios básicos da saúde: o acesso universal e igualitário, a integralidade, a descentralização e a participação social.

A gestão e funcionamento do SUS ocorrem em diferentes níveis decisórios, integrando o nível municipal, regional e nacional. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde, e no âmbito estadual, são negociadas pela Comissão Intergestores Bipartite⁵⁸ e deliberadas pelo Conselho Estadual de Saúde. Os Conselhos estaduais e municipais devem ser compostos por representantes dos usuários do SUS, prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde, e têm como função fiscalizar a aplicação dos recursos públicos na área. A União é o principal financiador da saúde pública

⁵⁸ Integrando representantes das Secretarias municipais e estaduais de saúde.

no país, embora estados e municípios também devam destinar parte de suas verbas para a saúde. À União, cabe a formulação de políticas nacionais, cuja implementação é feita por estados, municípios, ONGs ou iniciativa privada. As políticas em âmbito nacional são debatidas na Comissão Intergestores Tripartite, integrando representantes dos municípios, estados e União (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os recursos para o SUS advém integralmente do setor público, sendo em grande parte providos pela União, mas contando com participação expressiva dos orçamentos municipais e estaduais. Importa ressaltar que as regras de financiamento à saúde pública encontram-se em permanente reconsideração, não tendo sido estabelecidas pelo texto constitucional original.

Neste sentido, como características do SUS que cabem destacar para os objetivos de análise proposta, consta sua organização como sistema universal, promovido pela figura do Estado, em que a saúde é abordada e atendida de maneira ampla e global, incluindo desde atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de saúde da família, entre outros) a serviços e tratamentos de maior complexidade, que são fornecidos por hospitais e clínicas especializadas. O SUS fornece gratuitamente aos pacientes medicamentos em uma lista pré-aprovada, e também atua em campanhas preventivas e de imunização. Um ponto relevante a ser frisado consiste na inexistência de condicionalidades para acessar o SUS – qualquer cidadão pode utilizar de seus serviços, sem que seja cobrado qualquer tipo de taxa ou repassados diretamente quaisquer custos ao usuário.

Estas características do SUS não estão livres de questionamentos e críticas relacionados à sua efetividade. É importante reconhecer que o sistema possui diversas falhas de funcionamento, além de contar com a dificuldade em garantir recursos suficientes para realizar o prometido atendimento universal e gratuito a toda a população. No entanto, embora se reconheçam as críticas e limitações do modelo, para os objetivos do trabalho importa caracterizar tão somente a forma adotada e promovida pelo país na área da saúde pública no contexto contemporâneo, que se estende aos primeiros anos do século XXI. Como se verá adiante, este formato é fundamental para as propostas de cooperação internacional empreendidas pelo país e pelos demais atores co-participantes da cooperação: Fiocruz e Opas.

4.2. CONSTITUIÇÃO DA RELAÇÃO ESTADO-SAÚDE NO BRASIL

A revisão histórica das políticas de saúde brasileiras permite perceber como, ao longo do século XX, o tema sanitário moldou percepções acerca das relações entre Estado e sua população, tanto quanto das alternativas políticas possíveis e desejáveis a serem perseguidas pelo governo nacional. Em todo o processo de evolução política, o papel de instituições científicas e especializadas em saúde foi fundamental, tanto no que concerne a definição dos *instrumentos* de ação em poder do Estado – tal como tipos de resposta às epidemias que assolavam o país, especialmente durante no período da Primeira República à Era Vargas – quanto no que se refere às *cognições* dominantes nos espaços de formação e pesquisa, que disputaram espaços dentro das estruturas do Estado.

Em um primeiro momento, a saúde pública foi provida a partir de uma ciência importada de centros em expansão, mas internalizada em estruturas e pesquisas nacionais, como mostram os Institutos de Pesquisa soroterápicos na época da República Velha. O êxito destes institutos em resolver problemas endêmicos graves tornou-os símbolo das capacidades científicas nacionais, ao mesmo tempo em que as campanhas em regiões afastadas do país modificaram profundamente as relações entre governo, território e população.

Em um segundo momento, na Era Vargas, com um novo modelo de organização estatal, a saúde passou a estar inserida no rol das políticas sociais, nos moldes do *Welfare State* que se consolidava em países europeus. Mais uma vez, atribui-se ao Estado a provisão de saúde, por meio da criação de mecanismos institucionais, normatização e regras para a gestão da saúde. Apesar do modelo previdenciário de saúde, restrito à população urbana assalariada, a maioria rural do país seguiu atendida por um modelo de gestão da saúde universalizante – muitas vezes insuficiente e voltado a campanhas de massa – mas que garantiu a manutenção de uma estrutura estatal ampla, centralizada no governo federal, mas com estruturas difusas, voltada ao tratamento de endemias, campanhas de vacinação e profilaxia.

Para além do papel das instituições científicas e sanitárias no atendimento à população, outro elemento que configurou as escolhas políticas e ensejou novas perspectivas em saúde foram as cognições dominantes em círculos internacionais. No período do pós-guerra, a saúde foi fortemente associada ao conceito de desenvolvimento, e preocupações com o controle de doenças endêmicas, notadamente a malária, ganharam espaço no âmbito de

agências de cooperação internacional. Nesta época, as visões internacionais de gestão foram aos poucos incorporadas nos governos, mas sempre adequadas ao contexto pré-existente de organização da saúde e à disputa entre perspectivas diversas.

Já na década de 1970, a influência internacional foi ainda mais direta, com a realização de variados projetos de cooperação internacional pela OPAS, criando instituições e programas direcionados a uma perspectiva própria da saúde, a medicina preventiva. Este modelo de saúde foi incluído nas instituições nacionais de formação de recursos humanos em saúde, incluindo os que viriam a ocupar cargos no governo. Por este processo de promoção de modelos de saúde a partir de centros internacionais, é possível empreender uma leitura dos organismos internacionais como *centros de cálculo*⁵⁹ - como locais que concentram inscrições de cientistas ou especialistas, sobre as quais apresentam determinadas representações da área da saúde, em constante remissão às perspectivas previamente inscritas. Criam, assim, um vocabulário comum, predominante, que tem como característica a possibilidade de reprodução e disseminação em diferentes contextos nacionais. Claramente, quando adentram diferentes arranjos nacionais, políticos e sociais, se deparam com fricções e readaptações. Não obstante, permitem uma grande abrangência de um vocabulário comum, gestado sobre premissas compartilhadas pelo grupo de especialistas que produzem e reproduzem as inscrições; permitem, neste sentido, que uma determinada visão da saúde seja reproduzida e disseminada a distintos contextos, como versão “mais adequada”, de acordo com uma determinada leitura dos problemas de saúde.

Diante dos entendimentos disseminados pelos centros de cálculo internacionais, as distintas perspectivas de gestão em saúde que disputaram espaço na arena política nacional podem ser caracterizadas como imaginários sociotécnicos. Como aponta Jasanoff (2015), os imaginários sociotécnicos podem ser identificados nas trajetórias políticas perseguidas por governos, e é possível reconhecer distintos imaginários em disputa, cabendo às formas institucionalizadas de poder destacar determinados imaginários em detrimento de outros, na consecução de seus projetos políticos.

A evolução das políticas de saúde foi direcionada por distintos imaginários acerca das trajetórias e alcance a serem perseguidos pelo Estado na provisão da saúde, de que recursos públicos seriam empreendidos em saúde e como, de quais públicos seriam atendidos

⁵⁹ Agradeço à Prof^a. Margaret Lopes, que apontou esse ponto de análise na ocasião da defesa de Tese, permitindo a incorporação desta leitura na versão final da Tese.

pela estrutura sanitária, e como se definiria este atendimento. As políticas adotadas, por sua vez, também fortaleceram imaginários acerca da relação entre Estado e saúde. Estiveram, assim, associados à conformação da própria identidade estatal, como pode ser percebido nas descrições do Brasil como um “país doente” ainda na Primeira República; ou, no período posterior à Constituição de 1988, em que se definiu uma relação de obrigatoriedade de provisão à saúde, universal e gratuita, pelo Estado.

Por todo este processo, também se identificam processos constitucionais, pelos quais diferentes entendimentos da relação entre Estado e saúde foram incorporados em novos ordenamentos, culminando na inserção da saúde pública universal e gratuita como princípio constitucional. Este fato foi apontado por atores envolvidos na cooperação internacional em saúde brasileira como embasamento fundamental para a organização do Sistema Único de Saúde, que é reproduzido no âmbito da cooperação internacional em saúde.

4.3. CO-ATORES DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE BRASILEIRA: FIOCRUZ E OPAS

Nesta seção, apresenta-se brevemente a evolução histórica das instituições co-participantes da cooperação internacional brasileira em saúde, demonstrando que sua relação com o governo brasileiro tem raízes profundas e mais antigas.

4.3.1. A Fundação Oswaldo Cruz

As origens da Fundação Oswaldo Cruz remontam a 1900, com a criação do Instituto Soroterápico Federal, voltado à produção de soros e vacinas contra o avanço da epidemia de peste bubônica no Rio de Janeiro. Em 1902, Oswaldo Cruz, médico treinado em microbiologia pelo Instituto Pasteur, tornou-se diretor da instituição, que também recebeu a alcunha de “Instituto Manguinhos”, devido à sua localização. A atuação de Oswaldo Cruz foi determinante para transformá-lo em Instituto de pesquisa e ensino, atuando na formação de recursos humanos na área microbiológica e indo além da produção dos soros e vacinas (STEPAN, 1976; MOREL, 1979; BENCHIMOL, 1990). A transformação de Manguinhos se destacava em um contexto nacional no qual a pesquisa científica não era promovida pelo governo (MOREL, 1979).

Enquanto diretor do Instituto, Oswaldo Cruz também assumiu o controle do Departamento Federal de Saúde Pública promovendo a primeira política de saneamento da cidade⁶⁰. Em reconhecimento a seu trabalho⁶¹, em 1907, o Instituto Manguinhos foi renomeado de Instituto Oswaldo Cruz (IOC), e foi permitida, pelo Congresso Nacional, a venda de vacinas e soros fabricados, conferindo autonomia financeira à Instituição e permitindo a continuidade das pesquisas (STEPAN, 1976). Neste período, o Instituto tornou-se a maior escola de Medicina Tropical no continente americano, treinando diversos cientistas de renome. Com uma organização e funcionamento próximos ao modelo do Instituto Pasteur, o IOC realizava pesquisa multidisciplinar direcionada à aplicação, tendo como características o internacionalismo e a mobilidade, por meio de missões e filiais para a pesquisa em diferentes localidades. O Instituto obteve sucesso na pesquisa e desenvolvimento de vacinas e soros a diversas epidemias, e no controle de surtos epidêmicos em diferentes regiões do país. Mostrou-se central, neste sentido, à consecução de projetos de saneamento e modernização empreendidos pelo Estado brasileiro (VIEIRA, 2005).

Este período inicial mostra uma aproximação importante entre o IOC e as políticas públicas federais. A própria conformação do Instituto se voltava à solução de problemas apresentados pelo governo brasileiro, e suas pesquisas se direcionaram à identificação de doenças típicas da população e realidades brasileiras. Neste sentido, é correto afirmar que o Instituto, em seus anos iniciais, representava um organismo de pesquisa pública voltado às questões de saúde essencialmente nacionais, provendo insumos imprescindíveis à continuidade do modelo de políticas adotado, pautado no saneamento e no reconhecimento da microbiologia. O Instituto tornou-se uma peça-chave para as políticas de saúde da época, junto a outros institutos nacionais de soroterapia e microbiologia – como o Instituto Butantã em São Paulo e o Instituto Vital Brazil, no Rio de Janeiro. Entretanto, o reconhecimento do IOC conferia-lhe lugar de destaque.

A Revolução de 1930 conformou uma ampla reforma estatal, criando o Ministério da Educação e Saúde Pública, ao qual Manguinhos passou a ser subordinado. Neste novo

⁶⁰ Em 1904, um primeiro plano de saneamento municipal, capitaneado por Oswaldo Cruz e com vistas à erradicação da febre amarela, gerou amplo levante popular conhecido como a Revolta da Vacina. Apesar deste episódio, a doença foi erradicada em 1906, e a popularidade de Oswaldo Cruz foi retomada, levando a grande prestígio e reconhecimento.

⁶¹ Como aponta Stepan (1976) o reconhecimento nacional dependeu, antes, de um reconhecimento nos círculos científicos internacionais. O Instituto Manguinhos recebeu a medalha de ouro na Conferência Internacional de Higiene em Berlim, em 1907. Foi só na ocasião de sua volta, que o Instituto foi renomeado e Oswaldo Cruz obteve ganhos políticos na aprovação de seus projetos e aprovação de recursos para a Fiocruz pelo Congresso Nacional.

modelo, a participação dos cientistas do Instituto na formulação de políticas foi sensivelmente diminuída, e as políticas públicas em saúde sofreram diversas mudanças institucionais. O IOC passou a depender das orientações do governo.

Em 1950, no contexto do pós-guerra, com a institucionalização de uma política científica nacional⁶², a pesquisa em saúde voltou a ganhar importância aos olhos do governo, e houve um movimento dos pesquisadores de Manguinhos pela retomada das funções de pesquisa na Instituição (BENCHIMOL, 2001). Entretanto, no âmbito do regime militar, a instituição sofre sérias deteriorações, com destaque para o episódio conhecido como “Massacre de Manguinhos”, em que, pautado no Ato Institucional nº5 em 1968, são cassados importantes profissionais da Instituição, classificados pelo governo como subversivos. Junto aos revezes internos, a Instituição também perde espaço no contexto científico internacional, em que ocorre uma priorização de pesquisas em virologia e imunologia, em detrimento do principal foco do Instituto, a bacteriologia. A falta de estruturas e recursos para acompanhar esse direcionamento leva a um considerável esvaziamento de seu papel nas políticas de saúde brasileiras (VIEIRA, 2005).

Em 1970, o diretor do IOC Francisco Rocha Lagoa foi nomeado Ministro da Saúde e empreendeu ampla reforma ministerial, transformando formalmente o IOC em fundação pública de direito privado, doravante denominada Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Neste momento, a mudança formal não foi acompanhada de reformas administrativas que conferissem maior autonomia e atenção à Fiocruz. É apenas em 1974, em decorrência de um surto de meningite no país, que o governo volta a priorizar a Instituição, implementando o novo Estatuto da Fiocruz (1976), que define que a instituição passe a congregar diversas unidades de saúde que lhe eram externas, como o Instituto Fernandes Figueira, a Escola Nacional de Saúde Pública e outras Unidades (VIEIRA, 2005).

Este período foi marcado pelo fomento de uma política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico, com a implementação do II Plano Nacional de Desenvolvimento e importante direcionamento de recursos públicos à ciência e tecnologia (MOREL, 1979). A Fiocruz foi inserida neste foco à C&T, tornando-se um elo central de articulação da Política de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Política Nacional de Saúde, voltada à modernização do aparelho produtor de serviços de saúde. Passou a ser vista

⁶² Essa política foi marcada pela criação das primeiras instituições públicas nacionais para o fomento da ciência: o Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq) e a Campanha de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES).

como instituição tanto de saúde como de pesquisa. Foi-lhe estabelecido um Plano de Reorientação Programática, que estipulava linhas de ação para pesquisa, produção e ensino, e Manguinhos foi transformada em uma forte estrutura para a produção de vacinas (VIEIRA, 2005). Estes eventos marcam a reinserção da Fiocruz como entidade central e fundamental para estratégias públicas nacionais de saúde, ao mesmo tempo em que se associa à política de saúde nacional a necessidade de capacitação científica e tecnológica autônoma na área.

Vieira (2005) nos mostra que, no período subsequente, para além da produção de vacinas que sempre marcou a atuação da instituição, desenvolveram-se atividades de produção de medicamentos. Em 1976, foi criado o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), como parte do processo de recuperação da Fiocruz. Com o passar do tempo, a unidade ganhou credibilidade e se consolidou como produtora de medicamentos, comprados sob encomenda do governo federal. O projeto nacional era reunir diversos laboratórios estaduais, formando uma rede nacional de produtores públicos.

Atualmente, a Fiocruz se configura como a maior instituição de pesquisa em saúde da América Latina, atuando nas áreas de pesquisa, educação superior, produção tecnológica, serviços de referência, informação e comunicação, planejamento e gestão em saúde pública. Ela possui onze unidades de pesquisa pelo país (Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife, Salvador, Manaus, Curitiba, Brasília, Campo Grande, Fortaleza, Teresina e Porto Velho) e uma unidade internacional, em Maputo Moçambique, inaugurada em 2009 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012a). Em 2013, de acordo com dados internos, a Fiocruz empregava 12 mil trabalhadores, sendo 1.100 doutores, e contou com um orçamento de R\$2,7 milhões (BRASIL, 2014).

Seu financiamento é obtido majoritariamente a partir de recursos públicos federais, repassados pelo Ministério da Saúde (cerca de 47%), e complementado pela venda de sua produção (12%)⁶³ e outras fontes (41%)⁶⁴ mas, e metade de seus recursos se direciona à produção de vacinas e medicamentos. Os recursos se dividem de acordo com a tabela a seguir:

⁶³ Para além dos recursos repassados à Fiocruz pelo Ministério da Saúde, devido à sua natureza jurídica de fundação pública, a Fiocruz também obtém recursos da venda de vacinas ao setor de saúde pública.

⁶⁴ Dados internos relativos ao ano de 2012 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012a).

Tabela 4-1 - Divisão dos recursos da Fiocruz de acordo com áreas de atividade (2012)

Produção de vacinas	30%
Produção de medicamentos	20%
Pesquisa e Desenvolvimento	15%
Educação	7%
Atenção médica	8%
Farmácia	4%
Gestão e modernização	16%

Fonte: (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012a)

A Fiocruz é fortemente envolvida com estruturas da política nacional de saúde e fornece insumos para a saúde pública, como vacinas e medicamentos, além de servir de centro de formação com diversos cursos superiores em Saúde Pública e Saúde Coletiva. Neste sentido, se caracteriza como um órgão atuante fundamental para as políticas nacionais de saúde.

4.3.2. A Organização Pan-Americana da Saúde

Assim como a Fiocruz, a história da OPAS também remonta ao início do século XX e se associa ao desenvolvimento de uma cooperação interamericana em saúde. A epidemia de febre amarela que se alastrava entre os países é apontada como fator determinante para a decisão de coordenar as ações de saúde e de controle epidêmico entre diversos países do continente. Antes disso, a cooperação em saúde no continente não era inexistente: Cleide Chaves (2013) aponta para a realização de Congressos sanitários internacionais na região na segunda metade do século XIX, que buscavam se adequar à conformação da cooperação internacional em saúde promovida por países europeus e envolvendo seus territórios coloniais.⁶⁵

Entretanto, foi em 1902, na ocasião da Conferência Internacional dos Estados Americanos, que se aprovou a convocação de uma convenção geral para decidir sobre o intercâmbio de informações sanitárias entre os países, especialmente a notificação de

⁶⁵ Três congressos sanitários internacionais foram realizados no subcontinente, entre 1870 e 1889, envolvendo, em um primeiro momento, o Império do Brasil e as Repúblicas da Argentina e Uruguai, e posteriormente, Peru, Bolívia, Chile e Equador. Estas iniciativas simulavam uma integração aos modelos de cooperação internacional em saúde na Europa e América do Norte.

enfermidades, e a realização de convenções periódicas sobre o tema. A Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas ocorreu nesse mesmo ano, reunindo representantes dos organismos sanitários de 11 países. As atividades relacionadas ao intercâmbio de informações em saúde deveriam ser coordenadas por uma oficina permanente em Washington – a Oficina Sanitária Internacional, criada no mesmo ano, e funcionando como apêndice do serviço de saúde pública dos Estados Unidos⁶⁶ (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2016) (LIMA, 2002).

A Oficina Sanitária Internacional configurou-se como embrião da Organização Pan-Americana da Saúde. Nos primeiros 45 anos de sua existência, sua atuação foi relevante na condução de ações de coordenação em saúde, através de dois mecanismos principais: i) a difusão de ideias científicas relacionadas às ações de saúde – que ocorria principalmente nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas e pela publicação dos *Boletins* da Oficina Sanitária; e ii) a regulação da notificação de doenças transmissíveis e de formas de combate às mesmas, a partir da aprovação do Código Sanitário Pan-Americano, em 1924 (LIMA, 2002).

As Conferências realizadas e os principais marcos deste período encontram-se listados no quadro a seguir:

⁶⁶ O chefe deste serviço norte-americano também foi diretor da Oficina Sanitária Internacional até 1936.

Quadro 4-1 - Primeiras Convenções Sanitárias Panamericanas e principais marcos			
Ano	Local	Título	Principais resoluções
1902	EUA (Washington)	I Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas	<ul style="list-style-type: none"> • 27 representantes de 12 países: Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai e Uruguai⁶⁷
1905	EUA (Washington)	II Convenção Sanitária Internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Participação de Peru e Venezuela • Redação da Convenção Sanitária de Washington, em que estabeleceram propostas de quarentena e notificações de enfermidades entre os países⁶⁸
1907	México (Cidade do México)	III Convenção Sanitária Internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Participação brasileira chefiada por Oswaldo Cruz
1910	Costa Rica	IV Convenção Sanitária Internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas três países sul-americanos participam (Chile, Colômbia e Venezuela) • Decisão de tornar as convenções sanitárias de caráter mais oficial, com decisões legais mais definitivas entre os países • Distingão de outras reuniões realizadas na região, de natureza mais científica e técnica
1911	Chile (Santiago)	V Conferência Sanitária Internacional	
1914-1918: Primeira Guerra Mundial – não houve Conferências			
1920	Uruguai (Montevideu)	VI Conferência Sanitária Internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Deliberada a criação do Boletim Pan-Americano de Saúde
1924	Cuba (Havana)	VII Conferência Sanitária Pan-Americana	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação do Código Sanitário Pan-Americano, em vigor até os dias atuais⁶⁹
1927	Lima (Peru)	VIII Conferência Sanitária Pan-Americana	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de que Oficina coletasse dados para a Oficina Internacional de saúde pública, em Paris. • Recomendação de unificação da autoridade sanitária nacional dos países-membros, na forma de Ministério ou Departamento Nacional de Saúde.
1934	Argentina (Buenos Aires)	IX Conferência Sanitária Pan-Americana	

⁶⁷Solicitação aos países de que levassem cópias das legislações sanitárias, de postos de quarentena e relatório sobre principais doenças e projetos de saneamento empreendidos nacionalmente (Cueto, 2006, p. 60).

⁶⁸As notificações de enfermidade deveriam ocorrer desde o primeiro surgimento de casos de peste, cólera e febre amarela nos países. A prática foi baseada na Convenção de Paris de 1903, mas acrescentou novos temas, inclusive medidas de controle da febre amarela.

⁶⁹ Cueto, 2006 p. 82.

Quadro 4.1 – Primeiras Convenções Sanitárias Panamericanas e principais marcos (continuação)			
Ano	Local	Título	Principais resoluções
1938	Colômbia (Bogotá)	X Conferência Sanitária Pan-Americana	
1942	Brasil (Rio de Janeiro)	XI Conferência Sanitária Pan-Americana	<ul style="list-style-type: none"> • Alargamento da pauta e cooperação técnica, a indicar papel mais ativo da organização no futuro
1947	Venezuela (Caracas)	XII Conferência Sanitária Pan-Americana	<ul style="list-style-type: none"> • Marcada pelas disputas em torno do projeto de incorporação da Repartição Sanitária Internacional pela recém-criada Organização Mundial da Saúde. (autonomia VS. Integração completa)
1950	República Dominicana (Ciudad Trujillo)	XIII Conferência Sanitária Pan-Americana	
1954	Santiago - Chile	XIV Conferência Sanitária Pan-Americana	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo de erradicar a malária. Esforço ao qual se juntaram outras organizações de cooperação (Unicef, Administração de Cooperação Internacional ICA, predecessora da Agência norte-americana para o desenvolvimento internacional, Unaiids. Erradicação a partir de uso de inseticidas.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados de Cueto (2006) e Lima (2002)

Destaca-se, em 1924, a aprovação do Código Sanitário Internacional, que ampliou o leque de atuação da Oficina e regulamentou formas de combate a doenças transmissíveis e sua notificação à organização. Em 1927, outro marco relevante foi a tentativa de padronização das estruturas nacionais de saúde com a criação de estruturas centralizadas de governo, seja na forma de Ministérios ou Departamentos Nacionais, que viriam a ser adotadas pelos diversos países-membros. No Brasil, tal estrutura já existia desde 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, ampliando a pré-existente Diretoria Geral de Saúde Pública.

No período pós-guerra, a atuação da organização foi afetada por dois movimentos principais no cenário internacional. De um lado, os Estados Unidos, principal financiador da Oficina Internacional, passou a privilegiar em suas relações internacionais em saúde o estabelecimento de acordos bilaterais com os países americanos, sem passar pela organização. Essa mudança prejudicou o funcionamento da organização internacional tanto financeiramente, quanto em sua posição de principal órgão coordenador das políticas de saúde

na região. De outro lado, em 1949, a Oficina Internacional foi incorporada à recém-criada Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷⁰, funcionando como Escritório Regional da para as Américas, após um período de indefinição sobre o futuro da Oficina Sanitária Panamericana (LIMA, 2002; CUETO, 2006).

A incorporação da Oficina Sanitária Panamericana pela OMS contou com negociações diversas. Em acordo firmado em 1948, definiu-se a incorporação da Oficina Panamericana como repartição regional da OMS, preservando seu nome, mas acrescentando a figura da OMS ao final. A cooperação entre as duas instituições foi formalizada com a assinatura do acordo entre Brock Chisholm, primeiro diretor-geral da OMS e Fred Soper, representante da Repartição Sanitária Pan-Americana, em 1949. No mesmo período, foi aprovada a Constituição da Organização Sanitária Pan-Americana (CUETO, 2006).

Em 1958, a organização recebeu sua denominação atual – Organização Pan-Americana da Saúde. A saúde, nesta época, estava já fortemente associada ao ideário do desenvolvimento, o que alterou significativamente o papel das agências internacionais e a forma de funcionamento da OPAS. Alterou-se, também, a forma como a saúde era abordada por estas agências internacionais e pelos próprios Estados: a saúde passou a ser definida como um problema de múltiplas dimensões – técnica, social, econômica, jurídica e cultural (LIMA, 2002): a primeira constituição da OMS definiu a saúde como *“estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou debilidade”*. A saúde também foi descrita como um direito de todos os seres humanos.

Essa transição na abordagem da saúde não foi inócua ou restrita à esfera discursiva, mas afetou a forma como o tema era imaginado em escala supranacional e incorporado nas orientações sobre políticas nacionais eficazes para sua promoção. Neste período, a Organização também se aproximou da OEA, no âmbito do ressurgimento do ideal pan-americanista.

A atuação da OPAS nas décadas seguintes passou a se direcionar à divulgação de informações em saúde, com destaque para a promoção enérgica do modelo de Medicina

⁷⁰ A Organização Mundial da Saúde foi criada em 1946, como agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU). A OMS deu continuidade ao trabalho do Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP), existente desde 1908, tornando-se responsável pelas Convenções Sanitárias Internacionais e Relatório Epidemiológico Internacional.

Social⁷¹, notadamente nos ambientes de formação médica – como ocorreu no contexto brasileiro e em outros países sob regimes autoritários. Além disso, destacou-se uma ampliação das iniciativas de cooperação técnica, como o Programa ampliado de iniciativas, voltado a ampliar a cobertura de vacinas a grupos suscetíveis, em doenças como poliomielite, sarampo, tétano, coqueluche, difteria e tuberculose (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2016; LIMA, 2002; PIRES-ALVES, PAIVA e FALLEIROS, 2010).

Nas décadas de 1970 e 1980, a OPAS aparece, portanto, como um agente fundamental na promoção do modelo de saúde pública que viria a ganhar espaço na política brasileira no período democrático recente. Este modelo, fortemente associado ao ideário da saúde como elemento indissociável do desenvolvimento, e também apontado como um direito humano, assentou as bases de organização do Sistema Único de Saúde brasileiro.

CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Este capítulo procedeu a uma análise histórica da constituição de instituições de saúde no Brasil. É possível perceber que, em diferentes momentos, a saúde foi determinante no imaginário de uma nação em constante formação e reformação, na busca por integrar o mundo moderno, ocidental. Em diferentes momentos, a saúde adquiriu a promessa de integrar uma população nacional aos serviços do Estado. No atual modelo de saúde pública, a saúde é percebida como direito civil e dever do Estado.

Ao traçar as origens da Fiocruz e da OPAS, foi possível perceber uma antiga associação destes atores com a política nacional de saúde. Utilizando a conceituação proposta por Jasanoff (2007), é possível identificar alguns elementos de uma *cultura política nacional*, gestada em torno das relações estabelecidas por estas e outras instituições ao longo do tempo.

Os processos *formais* abundam, nas legislações, instituições e normas de saúde instituídas ao longo dos anos. No entanto, para os objetivos de uma análise da cooperação internacional em saúde, que considere as relações entre governo, Fiocruz e Opas, é importante destacar alguns processos *informais* de tal cultura política, identificáveis pela retomada histórica. De um lado, identifica-se uma forte projeção de funcionários da Fiocruz na

⁷¹ A promoção da Medicina Social foi colocada em prática, entre outros fatores, por meio de um programa intenso de bolsas de estudo, que estabeleceu que um quarto do orçamento da OPAS seria destinado às bolsas de formação de pessoal em saúde pública e medicina preventiva (LIMA, 2002).

definição de políticas de saúde, seja na burocracia estatal – ao ocupar quadros nos órgãos definidores de política-, seja na realização das Conferências Nacionais de Saúde, que exerceram forte influência na definição dos rumos de saúde a partir da década de 1980. Assim, em diversos momentos da sua história, altos funcionários da Fiocruz foram atores fundamentais na promoção de imaginários de saúde que ganharam amplitude no contexto das definições políticas sanitárias. Esta projeção é reconhecida na própria inauguração de um departamento nacional de saúde – o Departamento Federal de Saúde Pública – dirigido por Oswaldo Cruz. No período mais recente, cita-se a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, por Sérgio Arouca, presidente da Fundação. A projeção da Fiocruz também será identificada no âmbito da cooperação internacional em saúde, como se verá no Capítulo seguinte.

A participação da OPAS na promoção de modelos de saúde em escala continental revela outro traço importante desta cultura política. No continente americano, ao longo do século XX, a saúde foi tratada como um tema de inescapável caráter internacional, apontando para a necessidade de políticas de saúde nacionais cooperativas. No Brasil, a OPAS encontrou espaço para orientar as políticas adotadas em diferentes momentos da história do país. Essas relações revelam que o tema da cooperação internacional em saúde tem raízes profundas na história da política em saúde nacional.

A breve revisão das políticas sanitárias brasileiras e dos demais atores da cooperação internacional brasileira em saúde permitiu identificar alguns traços importantes da cultura política nacional nesta área. Ela se caracteriza por intensas relações com as instituições de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico nacionais, que também resultam de uma evolução específica à história do país. Neste sentido, buscou-se apontar para traços fundamentais dos atores da cooperação internacional contemporânea em saúde que conferem importantes bases para uma perspectiva co-producionista e situada desta cooperação.

5. A ESTRUTURAÇÃO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE

A cooperação técnica recentemente prestada pelo Brasil na área da saúde se caracterizou pela participação ativa de diferentes instituições. No âmbito de uma política externa que promoveu a inserção internacional do país pautada na aproximação com países em desenvolvimento e novos países emergentes, a saúde se destacou como uma das principais áreas de cooperação prestada. Sua realização envolveu instituições nacionais de gestão pública da saúde, de produção de insumos de saúde, e uma instituição internacional, em um processo de cooperação inter-institucional que buscou fortalecer as capacidades nacionais para a condução da cooperação técnica internacional pelo Brasil.

Para além do Ministério de Relações Exteriores, responsável pela definição da política internacional brasileira, três outros atores se destacaram nesta empreitada: o Ministério da Saúde, a Fiocruz e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). A forma como esses atores se organizaram no período foi inédita em relação ao histórico de cooperação internacional em saúde prestada pelo país. A associação entre estas instituições foi fortalecida no período recente, sendo abordada, no presente capítulo, nos desenvolvimentos entre os anos 2000 e 2015⁷².

A coordenação entre as instituições foi formalizada em documentos que tornaram expressas as estratégias de ação adotadas, visando promover um modelo alternativo de cooperação internacional em saúde orientada a países em desenvolvimento, principalmente na América do Sul e Central, e nos países de língua portuguesa da África. Neste sentido, a cooperação empreendida, sob acompanhamento da OPAS e protagonismo brasileiro, buscou definir modelos de ação internacional com novo alcance e sob novos enfoques em relação à cooperação em saúde mais tradicional.

Este capítulo apresenta o desenvolvimento deste programa de ação internacional em saúde, com base na revisão de documentos oficiais que orientaram mudanças estratégicas e institucionais dos principais atores promotores da cooperação internacional em saúde

⁷² De acordo com os Relatórios de Gestão da Fiocruz, entre o período 2001 a 2014; Relatórios de Gestão dos Termos de Cooperação da OPAS, entre 2008 e 2015; e documentos recolhidos sobre as políticas nacionais do período.

brasileira (elementos formais), tanto quanto de elementos informais identificados ao longo da pesquisa, que deram sustentação à consolidação do projeto nacional.

A primeira seção apresenta brevemente alguns marcos da política nacional de saúde, que estabeleceu a cooperação internacional como uma das frentes a ser desenvolvida por órgãos centrais da política de saúde nacional. Em seguida, são expostas mudanças institucionais significativas que orientaram a transformação da Fiocruz no “braço executor” desta política internacional. Na terceira seção, apresenta-se a atuação da OPAS, que conferiu importante base de sustentação ao projeto nacional de inserção e atuação internacional no desenvolvimento de iniciativas em saúde. Na quarta seção, discute-se o reforço da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde, como parte da estratégia de reforço do posicionamento internacional do país no tema da saúde. Esses quatro elementos são considerados pelo presente trabalho como as bases das mudanças institucionais, orientadas à promoção da cooperação internacional brasileira em saúde.

5.1. A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL COMO PARTE DA ESTRATÉGIA NACIONAL EM SAÚDE

Para compreender como se conformaram as ações programáticas direcionadas a uma atuação internacional da saúde, é necessário identificar os objetivos e orientações traçados pela política nacional de saúde do período em que estas ações emergem. As narrativas e documentos oficiais relativos à política de saúde desde os anos 2000 indicam uma crescente orientação à consideração da saúde parte das estratégias de desenvolvimento econômico. A saúde foi alçada a uma posição central nas políticas nacionais, a partir de um novo imaginário que busca concatenar os recursos públicos em saúde como fonte de crescimento econômico, como se verá a seguir.

Em 2003, a 12^a Conferência Nacional de Saúde⁷³ (CNS) orientou, pela primeira vez, a elaboração de um Plano Nacional de Saúde, que deveria servir de referência à atuação das esferas de direção do Sistema Único de Saúde (SUS). O Plano foi implementado pela

⁷³ As Conferências Nacionais de Saúde foram iniciadas em 1937, como fórum de debate periódico e sistemático sobre a saúde no país, voltados à discussão de diretrizes de política para a área. Consistem em fóruns que contam, desde 1990, com a participação de gestores, prestadores de serviço do setor saúde, sociedade civil organizada e usuários, que debatem e propõem mudanças e continuidades no sistema de saúde nacional.

Portaria nº 2.607 em 10 de dezembro de 2004, representando uma importante transição na gestão do SUS, com o objetivo de integrar ações e propostas dos diversos atores sociais envolvidos na política de saúde (GUIMARÃES e RIBERIO, 2008). Outra inovação resultante da 12ª CNS foi a incorporação do tema “Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde” na estrutura ministerial, que resultou na criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005b).

Em 2004, a SCTIE elaborou a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, e o Ministério da Saúde realizou a II Conferência de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Esses desenvolvimentos buscaram deslocar o Ministério da Saúde para uma posição central no panorama nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. As mudanças resultaram em um aumento das dotações financeiras para o “Complexo Industrial da Saúde”, voltadas ao fomento à pesquisa, desenvolvimento e inovação nas prioridades definidas pela Agenda Nacional e ao aumento da capacidade produtiva nacional de medicamentos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005b).

O Complexo Industrial da Saúde consistiu em uma estratégia elaborada no âmbito da Fiocruz, de inserir as políticas em saúde como parte da estratégia de desenvolvimento industrial⁷⁴. De acordo com esta estratégia, a saúde poderia contribuir ao desenvolvimento econômico e industrial na medida em que tivesse capacidade de inovação. Neste sentido, foi proposta uma articulação da política de inovação com a política social, pela qual a saúde deixaria de ser percebida como um ônus ao setor público, para ser percebida como um setor dinâmico, capaz de produzir desenvolvimentos tecnológicos, que permitissem dinamizar a economia nacional. Um instrumento fundamental para tal articulação seria a *capacidade de fomento estatal*, criando condições sistêmicas e setoriais para a inovação. Caberia ao Ministério da Saúde assumir o poder de compra do Estado, ampliando a capacidade de inovação em saúde; tratar-se-ia de convergir os gastos em saúde, considerados como gastos *sociais*, com o objetivo de promoção da capacidade de inovação, considerada como política

⁷⁴ A noção de ‘Complexo Industrial da Saúde’ é descrita por Gadelha como uma tentativa de dinamizar a economia industrial do setor saúde, adaptando a área da saúde às necessidades de desenvolvimento econômico em um mercado internacional competitivo. Cabe destacar que Carlos Gadelha foi vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde da Fiocruz e coordenou, no âmbito da Fundação, o Grupo de Pesquisa sobre Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Neste sentido, o conceito de Complexo Industrial da Saúde foi gestado na Fiocruz, e posteriormente inserido nas estratégias da política nacional. .

de médio a longo prazo fundamental para o desenvolvimento econômico e industrial do país (GADELHA, 2006; GADELHA, COSTA e MALDONADO, 2012).

Em 2007, primeiro ano do segundo mandato de Lula da Silva, a saúde foi inserida no âmbito do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), com o lançamento do “Programa Mais Saúde – Direito de Todos”, pelo Ministério da Saúde. Esse programa visou um novo planejamento para as políticas de saúde, de modo a associá-las com outras políticas de crescimento nacional⁷⁵; e definiu sete eixos de ação para o período 2008-2011: i) Promoção da Saúde; ii) Atenção à Saúde; iii) Complexo Industrial da Saúde; iv) Força de Trabalho em Saúde; v) Qualificação da Gestão; vi) Participação e Controle Social e vii) Cooperação Internacional (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Além disso, as prioridades da saúde nacionais, definidas no Plano Plurianual de Saúde – desdobramento do Plano Nacional de Saúde implementado em 2004 -, incluíram a busca por equidade e eficiência do setor saúde, a atenção a grupos vulneráveis, a cooperação com outros setores de desenvolvimento, o desenvolvimento científico e tecnológico da saúde, além da presença ativa do Brasil no cenário internacional da saúde. Assim, identifica-se, na própria planificação da política de saúde nacional, a definição da cooperação internacional como eixo de intervenção, junto a orientações de associação da área com objetivos de Ciência, Tecnologia e Inovação.

As orientações políticas nacionais do período indicaram múltiplas orientações para a área de saúde. Identifica-se o fortalecimento de um modelo de gestão da saúde consubstanciado no Sistema Único de Saúde, que se associou à promoção de inovações no sistema de saúde a serem potencializadas pelo setor público⁷⁶, além da inserção da área da saúde como parte integrante e com potencial de dinamizar o crescimento econômico nacional. Ademais, no âmbito dessas orientações, a promoção da Cooperação Internacional foi apontada como parte da estratégia nacional de saúde.

⁷⁵ O Programa Mais Saúde, também chamado de PAC-Saúde, foi implementado no âmbito de diversas iniciativas vinculadas ao “Plano de Aceleração do Crescimento”. No texto do Programa, declarava-se a intenção de vincular a saúde como um elemento de desenvolvimento, em detrimento de uma percepção da saúde como ônus ao Estado. Essa intenção buscava associar as políticas de saúde às políticas de desenvolvimento industrial, conferindo um espaço estratégico às indústrias produtoras de insumos para a saúde, reconhecendo seus vínculos com a política industrial, tecnológica e de comércio exterior

⁷⁶ Os incentivos estatais para promover a inovação podem ocorrer por meio de aporte de capital, subsídios, política industrial tradicional, incentivo fiscal, uso de poder de compra do Estado, linhas especiais de financiamento, entre outros.

5.2. MUDANÇAS INSTITUCIONAIS E O ENVOLVIMENTO DA FIOCRUZ NA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

5.2.1. O período 2001-2008: mudanças no planejamento institucional e aproximação com diretrizes governamentais

As mudanças ocorridas no âmbito da política nacional de saúde foram especialmente relevantes para a gestão da Fiocruz, e determinantes para compreender como esta instituição se situou na política internacional em saúde brasileira. Embora a Fiocruz tenha uma longa história de cooperação internacional, a partir de 2001⁷⁷ houve um reforço destas atividades, acompanhado de importantes mudanças institucionais que orientaram a uma significativa aproximação do planejamento da Fundação com as estratégias de saúde estabelecidas em âmbito ministerial.

Essas mudanças são mais perceptíveis quando contrastadas com o funcionamento tradicional da Fiocruz em relação ao Ministério da Saúde. Enquanto autarquia, a Fiocruz possui ampla autonomia gerencial⁷⁸. Uma característica de sua organização interna consiste na definição da gestão com base em deliberações dos “Congressos Internos” da Fundação. O Congresso Interno ocorre a cada quatro anos, e consiste no órgão máximo de representação institucional da Fiocruz, com competência para deliberar sobre assuntos estratégicos relacionados ao macroprojeto institucional, o regimento interno e as propostas de alteração do estatuto (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016). Além disso, mesmo internamente à Fiocruz, as determinações de seus órgãos variados foram tradicionalmente tomadas de maneira autônoma, sem que houvesse uma coordenação maior com objetivos mais amplos da instituição em sua totalidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005a).

A partir de 2001, os relatórios da instituição apontam para uma mudança nestes padrões. Houve um movimento de marcada aproximação do planejamento institucional em relação às orientações do Ministério da Saúde. Esse movimento se associou a outros episódios, que indicaram um olhar favorável do governo nacional em relação ao

⁷⁷ De acordo com Relatórios de atividades (2001-2004 e 2005-2008) e Relatórios de gestão dos anos 2002 a 2008 e 2010 a 2014.

⁷⁸ A personalidade jurídica de Fundação pública confere à Fiocruz autonomia administrativa em relação ao Ministério da Saúde, apesar de ser instituída e mantida pelo Poder Público. Assim, a administração da Fiocruz e de seus órgãos internos foi, em diversos momentos, autônoma e desvinculada do planejamento ministerial, a despeito de ter finalidade pública.

fortalecimento e ampliação da Fiocruz. Um indício desta aproximação foi aprovação, por meio de Decreto Presidencial, do Estatuto da Fiocruz, em 2003, que aguardava aprovação do Presidente da República há mais de 15 anos, período no qual a Fiocruz funcionara sem esta base legal (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005).

No período em questão, a presidência da Fundação foi ocupada por Paulo Marchiori Buss, em duas gestões (2000-2008), sendo substituído por Paulo Gadelha em 2009. Este período também foi marcado pela continuidade de mudanças administrativas internas, iniciadas em 1999, que privilegiavam um modelo de gestão ‘orientada por resultados’ e planejamentos quinzenais (ROSENBERG e OHAYON, 2006).

Acompanhando essa tendência de gestão por resultados, o planejamento institucional no período também buscou promover um incremento da perspectiva inovadora, científica e tecnológica da saúde, como forma de acompanhar e participar de um projeto de desenvolvimento da saúde estabelecido pelas políticas nacionais e concatenado com as necessidades do Sistema Único de Saúde. O projeto “científico e tecnológico” teve como um de seus objetivos primordiais ampliar a autonomia nacional na produção de insumos de saúde utilizados no SUS, no âmbito do qual a Fiocruz representava o principal motor da inovação e produção nacionais⁷⁹. Importa ressaltar que a orientação à pesquisa e desenvolvimento tecnológicos já constava no planejamento institucional antes deste período: em grande medida, o projeto de desenvolvimento da inovação em saúde foi gestado no âmbito da Fiocruz e, em seguida, absorvido pelo Ministério da Saúde⁸⁰. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005a).

Não obstante, é possível identificar alguns elementos que corroboram a busca pelo fomento à inovação no âmbito da Fiocruz no início do século XXI, período que coincide com o incremento da cooperação internacional brasileira. Entre os anos 2001 e 2004, ocorreu a consolidação do Complexo Tecnológico de Vacinas no *campus* Manguinhos, e do Complexo Tecnológico de Medicamentos, em Jacarepaguá. Houve, ainda, uma expansão da formação em ensino superior na Fundação, com significativo aumento dos programas e matrículas de pós-graduação. Também houve uma ampliação do trabalho da Assessoria de Cooperação

⁷⁹Esse movimento de aproximação é notado nos documentos de planejamento institucional e relatórios de gestão no período 2000-2015, como será apresentado a seguir.

⁸⁰A Fiocruz participou ativamente da produção de propostas para o planejamento da saúde nacional em foros privilegiado de debate da saúde nacional, como é o caso das Conferências Nacionais de Saúde. Em muitos casos, as propostas de saúde estabelecidas pelo governo nacional, aos quais a Fiocruz se associa crescentemente, foram gestadas anteriormente, por órgãos e funcionários da Fiocruz.

Internacional da instituição, que estreitou seu relacionamento com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE) notadamente na oferta de cooperação técnica à África, nos países de língua portuguesa, e à América Latina. Além disso, foi criada, no âmbito da Fiocruz, a “Câmara Técnica de Cooperação” na instituição, que iniciou seus trabalhos em 2005. No contexto da promoção de ações internacionais, projetou-se a criação do Núcleo de Saúde Internacional – espaço virtual para reunir profissionais de diferentes unidades da Fiocruz (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005a).

Como parte do projeto internacional estabelecido à época, tem início um programa de reforço e o aprimoramento do ensino de Saúde Pública em Angola e Moçambique, com ramificações à distância para Guiné Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe. Destaca-se, finalmente, a designação do Presidente da Fiocruz, Paulo Buss, como representante brasileiro na Organização Mundial da Saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005a).

No período subsequente, a organização interna da Fiocruz foi orientada de acordo com o “Plano Quadrienal da Fiocruz, 2005-2008” (PQ). Este plano evidenciou a aproximação institucional entre a Fiocruz e as estratégias em saúde definidas pelo Ministério da Saúde. Segundo o documento, a busca por maior coordenação institucional entre Fiocruz e políticas nacionais de saúde estabelecidas pelo Ministério

“reflete o reconhecimento de que toda a ação finalística do Governo Federal, (...) é, em última instância, operacionalizada no âmbito de suas unidades executoras, cujo plano deve corresponder às prioridades e objetivos do plano mais geral” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006, p. 10).

Com este objetivo, o PQ marcou uma reestruturação do sistema de planejamento institucional, voltada a um maior alinhamento do Plano Plurianual (PPA) da Fiocruz com os Planos Plurianuais do Ministério da Saúde.

Em acordo com as orientações da política de saúde em âmbito nacional, o PQ reforçou uma estratégia de gestão para a Fiocruz baseada na promoção do ‘Complexo Produtivo da Saúde’, que conferia ao setor público um papel fundamental na promoção da inovação em saúde. Como aponta o Relatório de Gestão da Fundação (2008), *“firmou-se a*

tese da participação de instituições públicas em toda a cadeia de inovação, assumindo a produção um papel estratégico de indutor da inovação tecnológica” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009, p. 11; e 2005). A Fiocruz, que conduzia parte significativa das atividades de sustentação do sistema de saúde nacional – incluindo a produção de insumos de saúde e formação de recursos humanos –, deveria ocupar um papel de destaque nesse processo.

De acordo com o PQ, planejava-se que a Fiocruz aumentasse sua exposição às chamadas públicas em editais com recursos de pesquisa⁸¹ e assumisse a liderança em ações patrocinadas pelo Ministério da Saúde. Além disso, o planejamento das distintas unidades da Fiocruz, que até então eram definidos de forma mais autônoma, sem maior coordenação institucional, deveriam ser orientados de forma integrada aos objetivos gerais da instituição. A nova orientação teve como objetivo declarado refletir a missão da Fiocruz “*em sua totalidade*”, integrando o plano de ação de suas unidades, que até então eram pouco coordenados (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005b).

Foram definidos, para o período 2005-2008, os seguintes programas setoriais de ação: i) Ciência, Tecnologia e inovação em saúde; ii) Atenção especializada em saúde; iii) Vigilância epidemiológica e Ambiental em saúde; iv) Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes; v) Assistência farmacêutica e insumos; vi) Educação permanente e qualificação profissional pra o SUS; vii) Gestão de Políticas de saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006). Dentre as ações inseridas nestes programas setoriais, constou a “Consolidação da atuação internacional do Ministério da Saúde”. Na qualidade de instituição de ciência e tecnologia em saúde, subordinada ao Ministério, a Fiocruz deveria promover esta atuação internacional que, doravante, ocuparia “*lugar de destaque, tanto no contexto do plano estratégico da Instituição como da inserção internacional do país e, particularmente, do Ministério da Saúde*” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2007, p. 41).

Ao longo destes anos acima mencionados, associado ao projeto de aproximação com as diretrizes políticas nacionais de saúde, a Fiocruz passou a exercer a função de “braço executor” da estratégia internacional formulada em conjunto com os Ministérios da Saúde e de Relações Exteriores. Entre 2005 e 2008, intensificaram-se atividades de cooperação técnica com países em desenvolvimento na América Latina e Países de Língua Oficial Portuguesa na

⁸¹ De maneira geral, as pesquisas conduzidas pela Fiocruz eram financiadas com recursos próprios da instituição. Percebe-se, por este direcionamento, que a Fiocruz busca canais adicionais de financiamento, junto ao Governo Federal, em um movimento de ampliação de suas atividades e espaço no campo dos recursos públicos.

África (PALOPs). O incremento da cooperação com países em desenvolvimento não representou o abandono de iniciativas prévias de cooperação, focadas principalmente no desenvolvimento da *pesquisa*, com instituições e países desenvolvidos. No entanto, a cooperação promovida com países em desenvolvimento, orientada à conformação de instituições de *gestão em saúde pública*, ganhou destaque e foi sendo alçada ao primeiro plano na estratégia de internacionalização institucional. Destaca-se, também, a continuidade da cooperação junto a organismos internacionais, como OMS, OPAS, UNAIDS e UNESCO e a participação em diversas redes colaborativas internacionais⁸².

Em 2005, foram empenhados 336 mil reais para o tema da “Consolidação da atuação internacional do MS”, envolvendo 44 projetos de pesquisa e 6 projetos de desenvolvimento. Em 2006, a dotação específica para atuação internacional foi de 500 mil reais, e 2.500 mil reais adicionais para a realização de cooperação técnica. Foram realizadas 28 assessorias internacionais prestadas a outros países, e 20 eventos internacionais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006, 2007).

Neste período, é relevante notar que também ocorreu uma expressiva ampliação da Fiocruz no âmbito nacional, com a criação de novas unidades espalhadas geograficamente. Houve a instalação de uma unidade no Paraná – o Instituto Carlos Chagas em Curitiba e a criação de escritórios da Fiocruz no Mato Grosso do Sul e Ceará. Também foram iniciadas negociações para a incorporação do Instituto de Pesquisas em Patologia Tropical (Ipepatro), do Piauí, à Fiocruz⁸³. Este movimento denota um ganho em peso, espaço e importância da Fiocruz na esfera nacional, que também se associa ao papel central que a instituição passou a exercer no âmbito da política internacional colocada em prática pelo governo nacional (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009a).

⁸² A Fiocruz participou da Rede de Investigação em Saúde Cone Sul, AMSUD-Pasteur, Rede internacional para estudos de ecologia, comportamento, biologia, genética (ECLAT), Rede Internacional de Técnicos em Saúde (RETS), Rede IberoAmericana de Ciência e Tecnologia para Desenvolvimento (CYTED), DCVMN (Developing Countries Vaccine Manufacturers Network), GAVI (Global Alliance for Vaccine Immunization), Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi) e I Reunião Geral da Associação Internacional dos Institutos de Saúde Pública (IANPHI) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2007).

⁸³ As novas unidades, para além de descentralizar a pesquisa em saúde pelo território, também visavam focar em problemas socioambientais e sanitários relacionados aos diversos biomas, com destaque para o Pantanal, Amazônia e semiárido.

5.2.2. Reforço da cooperação técnica e criação de órgãos de suporte à cooperação internacional

Ao final de 2008, o Relatório de gestão indicava ser “ consenso entre todos os dirigentes da Fiocruz que as atividades de cooperação técnica estão se constituindo em uma das principais ações estratégicas da instituição” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009b, p. 45). Essa afirmação fazia referência às atividades de cooperação técnica empreendidas tanto em âmbito nacional – cooperação interinstitucional entre Fiocruz e agentes nacionais, governamentais ou não governamentais – como internacional – constituindo parte da cooperação técnica internacional e integrando, portanto, a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. Havia, portanto, ao nível institucional, um desejo de reforçar o papel da Fiocruz como instituição técnica e colaborativa na promoção da saúde pública, para além de suas atividades de pesquisa, desenvolvimento ou produção de insumos. Em 2008, foram contabilizadas 331 ações de cooperação técnica (nacionais e internacionais), e em 2009, 467 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2010).

Em relação à atuação internacional, destacou-se um movimento de reestruturação dos órgãos internos voltados às atividades de cooperação internacional e a criação de novas estruturas. Em outubro de 2008, foi inaugurado o Escritório da Fiocruz na África, em Maputo, Moçambique, como primeira unidade internacional da Fiocruz. Em 2009, foi criado o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), substituindo a pré-existente Assessoria de Cooperação Internacional. O CRIS/Fiocruz tornou-se instância institucional dedicada à diplomacia da saúde, entendida como conjunto de ações internacionais –incluindo negociações políticas e formatos de cooperação técnica – relacionados à área da saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2010).

A partir de 2008, os relatórios gerenciais da Fiocruz apontaram para ações internacionais direcionadas a um modelo de apoio à consolidação de Sistemas de Educação em Saúde Pública em diversos países atendidos. Neste modelo, as ações da Fundação se orientaram à promoção e consolidação de Institutos Nacionais e Escolas de Saúde Pública em outros países em desenvolvimento. Destacou-se, ainda, uma crescente atuação nas Redes Estruturantes do Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS), inserido na recém-criada União das Nações Sul-Americanas (UNASUL). É possível identificar, nestas ações, um incremento de iniciativas de cooperação em saúde inseridas em tratados e acordos internacionais e

regionais mais amplos, nos quais a Fiocruz empreendeu, em diversos momentos, o papel de unidade executora nacional.

5.2.3. Elementos *formais* e *informais* da aproximação entre Fiocruz e governo federal

No âmbito dos elementos apresentados até aqui, é possível identificar uma forte aproximação *formal* entre a Fiocruz e as diretrizes nacionais de saúde, que incluíram a consolidação de uma perspectiva de C&T em saúde e a promoção da cooperação internacional em saúde. Associado a este movimento, assiste-se ao fortalecimento da cooperação técnica empreendida pela Fiocruz.

No entanto, outros eventos denotam que esta aproximação também foi guiada por elementos *informais*, fundamentais para compreender como se estabeleceu o programa conjunto de cooperação internacional, entre governo brasileiro e Fiocruz. É relevante ressaltar exemplos que configuram uma importante convergência de visão entre dirigentes da instituição e do Estado nacional. Essa proximidade é constatada em uma diversidade de eventos, como exemplo, a aprovação do Estatuto da Fiocruz, em 2003, e a atribuição do título de Doutor *Honoris Causa* ao Presidente Luis Inácio Lula da Silva, concedido pela Fiocruz em 2004, durante cerimônia de assinatura do termo de posse de nova fábrica de medicamentos adquirida pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos). Além destes episódios, cita-se o discurso presidencial proferido em 2008, na ocasião da comemoração dos 108 anos da Instituição, em que Lula da Silva sinaliza que Paulo Buss tinha fácil acesso às instâncias decisórias governamentais:

“Eu queria dizer ao companheiro Paulo que não sei se a Fiocruz vai exigir tanto do outro governo que vier como exigiu de mim. Eu temo duas coisas: primeiro, porque nós somos companheiros, ele só sabe fazer projetozinho e ir lá pedir para o Temporão [José Gomes Temporão, Ministro da Saúde] para a gente bancar. (...) Por fim, meus queridos, eu quero dizer, Paulo, que saia daqui com a consciência tranquila de que no seu mandato eu fui o presidente que mais investiu na Fiocruz. Qualquer um pode falar mal de mim em qualquer lugar do Brasil. Você não tem esse direito. Você vai dizer ‘eu governei a Fiocruz no tempo em que o presidente Lula governou o Brasil, e tudo que nós propusemos, não só foi aprovado como foi inaugurado’” (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2008).

No ano em que o discurso foi proferido, Paulo Buss terminava seu segundo mandato na Fiocruz, e Luís Inácio Lula da Silva estava no penúltimo ano de seu segundo mandato presidencial. O conteúdo indica uma proximidade entre estas figuras, que é ressaltada nas narrativas empenhadas pelo Presidente, e que permite concluir pela existência de um ambiente facilitador da aproximação entre Fiocruz e governo, que pode ser considerado como parte da *cultura política*, tanto nacional como institucional⁸⁴. Nacionalmente, há um indicativo de que as orientações do governo em exercício foram determinantes para a abertura de espaços de ação da Fiocruz no âmbito das políticas adotadas. Institucionalmente, revela-se uma grande autonomia e maleabilidade institucional da Fiocruz, que permite sua associação às estratégias de governo. Além disso, é possível identificar o predomínio de visões e perspectivas presentes na Fiocruz, e que se associam e encontram respaldo no governo em exercício. Neste processo, foi possível gestar um imaginário em saúde comum às duas esferas – institucional e nacional –, conduzido de acordo com aspectos culturais imbuídos no funcionamento institucional da política brasileira.

Estes elementos formais e informais permitem perceber a gestão da política de cooperação como orientada por uma profunda associação entre o Governo Federal e a Fiocruz, por meio da qual a Fiocruz também obteve recursos para o crescimento de suas estruturas, tanto no território nacional como internacionalmente, na condução de ações e criação de órgãos internacionais. Revelam, portanto, uma importante associação que conduz as relações do governo federal com esta instituição de pesquisa a partir dos anos 2000, e que pode ser analisada como conformando um *imaginário sociotécnico* nacional, pautado na expansão institucional da Fiocruz, de acordo com uma perspectiva de intensa associação da saúde com estratégias de Ciência, Tecnologia e Inovação, centrado em massivos investimentos públicos à saúde, e com o reconhecimento da cooperação internacional como parte integrante desta estratégia. Neste imaginário, atribui-se à instituição técnica (Fiocruz) um papel central de dinamizador das políticas e objetivos de maior autonomia nacional em C&T na área da saúde. Com base nesta visão, foi possível reforçar a atuação internacional da

⁸⁴ Essa leitura é baseada em poucos exemplos indicativos, colhidos ao longo da pesquisa, e aponta para traços indicativos de uma cultura política nacional que não será profundamente explorada aqui. Sinalizamos, no entanto, para a relevância de se considerar o aspecto cultural nas análises de políticas. No caso em questão, esta cultura poderia indicar que processos políticos envolvidos na cooperação internacional perpassam a proximidade e convergência de visões entre figuras centrais do governo e da Fiocruz, e que, em outros cenários, as estruturas de governo não teriam conferido a mesma sustentação à cooperação internacional brasileira, como foi promovida por estes agentes. Igualmente, também é possível pensar que em outras culturas políticas, a proximidade não fosse fator suficiente para as mudanças de orientação institucional como as que foram percebidas no caso brasileiro, permitindo grande convergência de ações e orientações entre os atores envolvidos na realização da CTI em saúde.

Fiocruz, no âmbito de uma estratégia de alçar a saúde a uma posição central da política nacional e internacional de desenvolvimento.

5.3. A ASSOCIAÇÃO DA COOPERAÇÃO BRASILEIRA COM A OPAS

No contexto da recente cooperação brasileira em saúde, um terceiro ator que se destaca, para além do governo nacional e Fiocruz, é a Organização Pan-Americana de Saúde. A associação entre OPAS e governo brasileiro é bastante antiga, datando do início da história da organização. Entretanto, há três décadas, os acordos de cooperação entre OPAS e Brasil passaram a ser firmados por meio de termos de cooperação (TCs), que estabelecem os objetivos, princípios e diretrizes dos projetos de cooperação. No período de crescimento da cooperação brasileira, dois TCs firmados com a OPAS denotam uma participação ativa da organização no suporte à cooperação brasileira em saúde prestada a países terceiros. Estes TCs – TC 41 e TC 58 - foram firmados em 2005 e 2009, respectivamente, e foi estabelecida uma vigência de 10 anos. Durante este período, a OPAS prestou assessoria em diversas frentes às instituições nacionais realizadoras da cooperação brasileira buscando dois objetivos principais: fortalecer a cooperação técnica prestada pelo Brasil na área da saúde a países terceiros e ampliar a participação brasileira em foros e espaços de deliberação e implementação de ações de saúde internacional, que envolvessem decisões de alcance global ou regional.

Além dos TCs, em 2007, a OPAS publicou um documento que descrevia os princípios estratégicos estabelecidos pela Organização para as atividades de cooperação com o Brasil para os cinco anos seguintes – incluindo atividades de cooperação bilateral (OPAS-Brasil), voltadas a questões de saúde internas ao país, mas também apontando para o objetivo de fortalecer as capacidades brasileiras de cooperar com países-terceiros, em um formato de cooperação triangulado, junto com a OPAS. O documento que expressou os princípios direcionadores da OPAS no Brasil foi intitulado “Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012).

5.3.1. Os Termos de Cooperação OPAS-Brasil

Desde 1973, os acordos de cooperação técnica entre OPAS e Brasil são firmados por meio de “Termos de Cooperação” (TC). O formato dos TCs permite que se estabeleçam acordos entre a organização internacional e instâncias específicas do governo brasileiro – com destaque para o Ministério da Saúde – sem necessariamente envolver todos os órgãos burocráticos envolvidos com as relações internacionais do país. Os recursos empreendidos para os TCs podem advir da OPAS ou do próprio país que recebe a cooperação técnica, que transfere recursos à organização internacional para serem utilizados na Cooperação prestada ao país, em objetivos previamente firmados entre as partes. No caso do financiamento estatal, trata-se de um investimento que é revertido ao próprio país, sendo uma pequena porcentagem deste montante retido pela OPAS, para a cobertura de custos operacionais. A vigência dos TCs se inicia na data de sua assinatura, com duração de até cinco anos, podendo ser prorrogados por igual período.

Os TCs são acompanhados de projetos e de plano de trabalho que definem objetivos, justificativas, atividades, cronogramas de execução e de desembolso com os respectivos elementos de gasto, devidamente negociados entre a parte brasileira (Ministério da Saúde ou outra instituição interveniente) e OPAS. A cada TC, é possível agregar Termos de Ajuste, introduzindo modificações no TC original, tais como novos recursos alocados ou mudanças de vigência do TC. Todos os gastos são devidamente registrados e comprovados. A parte operacional e de liberação dos recursos fica a cargo da OPAS, que é responsável pela liberação e compras diversas (passagens, instrumentos, etc.) para a realização das atividades⁸⁵.

Os TCs obtiveram um significativo aumento a partir de 2000, o que pode ser interpretado como uma maior abertura entre as partes para a consecução de objetivos comuns em saúde. Entre janeiro de 2000 e março de 2007, foram assinados 51 TCs, comprometendo recursos da ordem de R\$ 871,3 milhões⁸⁶, dos quais cerca de 85% foram transferidos à OPAS, responsável pelo financiamento e aprovação de recursos para a consecução dos objetivos firmados nos TCs (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007).

⁸⁵ A partir de entrevistas e do Relatório de Avaliação do TC 41, disponível no site da OPAS/Brasil <http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/avaliacao_tc41_final.pdf?ua=1>. Acesso em 30 de Novembro de 2015.

⁸⁶ Estima-se que grande parte desses recursos tenha origem no orçamento do Ministério da Saúde brasileiro.

Na década de 2000, identifica-se um importante apoio institucional da OPAS à estratégia brasileira de promover cooperação internacional em saúde em demais países em desenvolvimento. Este apoio se expressa em dois Termos de Cooperação firmados com o país – o TC 41 e o TC 58. O “TC 41 – Programa Saúde Internacional” entre OPAS, Ministério da Saúde brasileiro e Fiocruz, foi firmado em 2005, e teve como objetivo promover, ampliar e fortalecer a política de cooperação internacional em saúde brasileira. O TC teve previsão inicial de cinco anos, sendo posteriormente prorrogado por igual período, encerrando-se em 2015. As atividades que compuseram o TC 41 serão discutidas no próximo capítulo, quando se apresentarão as ações e práticas que compõem a cooperação internacional brasileira em saúde. Essas ações também encontram-se listadas no Apêndice II.

Em 2009, foi firmado o TC 58 - “Fortalecimento Institucional da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde”, que também foi prorrogado ao final do quinto ano, tendo previsão de funcionamento até 2019. Este TC será apresentado na seção seguinte, que discute a Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde. As atividades inseridas neste TC estão contidas no Apêndice III.

Cabe ressaltar que os Termos de Cooperação, enquanto instrumentos de comum acordo entre o país e a Organização, denotam uma confluência de visões e estratégias entre Brasil e OPAS. Neste sentido, é possível tomar os TCs como documentos que comprovam uma intenção compartilhada em relação aos objetivos, rumos e estratégias da cooperação brasileira em saúde. Em diversas passagens, tanto dos TCs como das Estratégias de Cooperação Técnica da OPAS com o Brasil, aponta-se o enquadramento das ações de cooperação com as prioridades de política externa do governo brasileiro e em harmonização com objetivos da política nacional de saúde.

5.3.2. A Estratégia de Cooperação Técnica entre OPAS e Brasil (2008-2012)

Em 2007, a OPAS publicou o documento intitulado “Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012”, estabelecendo as diretrizes da cooperação com o país, relacionadas às ações desempenhadas no território nacional. O documento definiu as diretrizes para projetos de Cooperação Sul-Sul firmados entre Brasil e outros países em desenvolvimento, que incluíram o acompanhamento sistemático da Opas, em um formato de cooperação triangulado.

A estratégia estabeleceu os objetivos da cooperação bilateral com o país, mas também incluiu, de forma contundente, o objetivo de prestar auxílio à proposta de cooperação internacional em saúde avançada pelo Brasil. Este assessoramento à projeção brasileira na cooperação internacional em saúde se enquadrou em uma proposta mais ampla, de “*Fortalecimento da Cooperação horizontal nas Américas*”, constando nas diretrizes mundiais da OMS. De acordo com esta proposta, a OPAS estabeleceu, dentre suas metas, o reforço da participação de instituições nacionais e internacionais, representações, e unidades técnicas internas, além das agências do Sistema das Nações Unidas, na proposta de cooperação internacional da saúde de maneira mais ampla, como parte da estratégia de governança global da saúde, pactuada com os direcionamentos da OMS.

Vale destacar que a Estratégia de Cooperação foi realizada em consulta com autoridades do governo Brasileiro, instâncias representativas dos governos municipais e estaduais, e outros atores (ONGs e outras organizações internacionais). A estratégia firmada junto ao Brasil também levou em consideração as prioridades e políticas de saúde nacionais, coincidindo com os Planos Plurianuais em Saúde do governo brasileiro, de modo a adequar as previsões e perspectivas nacionais com a cooperação prestada pela OPAS no país (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007). É possível identificar, neste sentido, um forte sinergismo entre as prioridades do Brasil e da OPAS na gestão e organização internacional da saúde, revelando que o protagonismo internacional do país não é percebido como uma ameaça aos objetivos e ações da Organização, mas, ao contrário, como uma possibilidade de parceria na condução de determinado modelo de cooperação técnica em saúde.

De acordo com a estratégia traçada com o Brasil, a OPAS realizaria uma progressiva adequação dos TCs firmados com o país a dois eixos principais: i) a política brasileira de Cooperação Sul-Sul em saúde; e ii) programas e processos estratégicos para o fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS. Sobre estes dois eixos, estabeleceram-se as seguintes prioridades de cooperação junto ao país, listadas no quadro a seguir:

Quadro 5-1- Prioridades de políticas de Saúde para Estratégia de Cooperação OPAS/OMS e Brasil

a) *Colaborar com a consolidação do SUS como projeto político fundamental em saúde no Brasil alinhado com o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados nos valores da Estratégia de Atenção Primária;*

b) *Apoiar o fortalecimento da participação social no desenvolvimento da saúde e da consciência nacional sobre os determinantes sociais da saúde, promovendo sua abordagem de acordo com o enfoque de direitos, igualdade, equidade e controle social desses determinantes e o cumprimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;*

c) *Promover uma abordagem sistemática e integrada com relação às políticas públicas de saúde e aos demais setores do desenvolvimento, orientada à busca da inclusão e proteção social;*

d) *Promover o reconhecimento da saúde como um setor diretamente produtivo por meio de políticas e processos voltados ao desenvolvimento do complexo industrial da saúde;*

e) *Acompanhar a participação internacional do Brasil em iniciativas, espaços e processos políticos de saúde, impulsionando parcerias baseadas nos princípios compartilhados de equidade, universalidade, integralidade e participação social e do fortalecimento da saúde pública;*

f) *Contribuir para o fortalecimento da capacidade do Brasil para cooperar com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países das Américas e com os países de língua portuguesa da África no marco da Cooperação Sul-Sul.”*

Fonte: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007, grifos meus

As prioridades estabelecidas revelam que, no âmbito da cooperação entre OPAS e Brasil, o SUS é percebido como um “projeto político fundamental”, devendo ser consolidado pela atuação da organização internacional. Além disso, há um enfoque nos valores de *atenção primária à saúde*. Outros pontos centrais consistem na perspectiva da *saúde como direito social*, a ser provida com *equidade, igualdade e controle social*, sob o enfoque dos determinantes sociais da saúde. Essas prioridades reafirmam os princípios do Sistema Único de Saúde nacional.

Estes valores podem ser percebidos como parte de um imaginário promovido pela organização internacional, na promoção de políticas de cooperação junto aos países atendidos. Ao promover este imaginário, a OPAS se coloca como um *centro de cálculo*, buscando difundir determinada perspectiva de saúde em âmbito regional, acompanhada por propostas de ação, práticas e políticas, e direcionando recursos fundamentais – financeiros e não-financeiros - para a perseguição deste imaginário em escala internacional.

Para além do reforço de um sistema integral, universal e gratuito de saúde, a proposta da OPAS também aponta para um reforço da participação brasileira em processos políticos de saúde no cenário internacional. Essa participação também se direciona pelo imaginário da relação Estado e saúde pautada nos princípios-base do SUS, a serem difundidos na organização de sistemas de saúde em países da América e África de língua portuguesa.

5.3.3. Eixos de ação e funções da OPAS na cooperação

A Estratégia da OPAS para o Brasil estabelece três eixos principais de ação, com o objetivo de fortalecer as capacidades brasileiras em prover cooperação Sul-Sul em saúde:

- i) o apoio aos processos e projetos estratégicos do SUS;
- ii) o apoio à intersetorialidade, atenção primária e promoção da saúde no contexto dos determinantes sociais da saúde;
- iii) o apoio à Cooperação Sul-Sul em saúde.

Assim, a cooperação internacional em saúde brasileira orientada a outros países em desenvolvimento (“Sul-Sul”) encontra respaldo na OPAS/OMS, sendo tecnicamente apoiada por esta organização, em um modelo de cooperação triangulada, envolvendo OPAS, Brasil e países recipiendários (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007).

No âmbito dessas diretrizes, a atuação da OPAS é definida como de “*entidade mediadora externa qualificada*”, com capacidade de facilitar o diálogo e o consenso, além de garantir a continuidade de projetos de cooperação em momentos de transição política. Cabe à OPAS a administração dos recursos da cooperação, que lhe são transferidos em grande medida pelo Ministério da Saúde, além da provisão de auxílio e apoio em projetos e

atividades com “*importante conteúdo político-técnico*” e interesse estratégico, tanto para o país quanto para a organização (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007).

A partir dos objetivos da cooperação OPAS-Brasil, é possível perceber o desenho de um programa de ação bastante amplo, pautado no reforço dos princípios do Sistema de Saúde brasileira e em sua difusão a outros países em desenvolvimento. Identifica-se um importante sinergismo entre as propostas da OPAS para a promoção da cooperação internacional em saúde e as ações promovidas pelo Brasil, tanto quanto uma visão de que o Sistema Nacional de Saúde mostra-se como resposta mais adequada aos objetivos de melhoria da saúde internacional. Neste sentido, OPAS e Brasil demonstram uma visão compartilhada acerca das políticas de saúde, e que conformam um imaginário comum para a realização da cooperação internacional brasileira em saúde. Convém lembrar que o modelo de saúde brasileiro foi fortemente implementado com a participação da OPAS no Brasil, ao fortalecer instituições nacionais de saúde e o pensamento da saúde coletiva, ainda durante o regime militar, como visto no capítulo anterior.

É importante frisar que reconhecer a existência de uma sinergia nas orientações da OPAS e do governo brasileiro não implica em desconsiderar a existência de jogos políticos ou alianças tecidas entre atores-chave nos bastidores, que sustentam e orientam a elaboração das próprias estratégias nacionais e internacionais de cooperação. A identificação de sinergias implica em reconhecer que os acordos, visões e estratégias públicas foram estabelecidos em comum acordo por atores de natureza distinta, para a realização de uma cooperação técnica em saúde, e deram suporte à realização de iniciativas conjuntas consubstanciadas nos TCs 41 e 58, de acordo com os interesses institucionais próprios a cada parte. A cooperação entre Brasil e OPAS, por sua vez, revela movimentos que atuam com o objetivo de estabelecer determinados ordenamentos em âmbito internacional, que podem ser percebidos como *constitucionalismos* com alcance internacional.

5.4. O REFORÇO DE INSTITUIÇÕES NACIONAIS PARA UMA ATUAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE

A atuação internacional brasileira em saúde perpassa diferentes níveis institucionais. É importante ressaltar que, em relação à atuação internacional de maneira geral, existe uma hierarquia clara entre os órgãos nacionais e subnacionais. A divisão de competências do governo nacional requer que ações internacionais tenham acompanhamento do Ministério de Relações Exteriores (MRE). Assim, idealmente, todas as atividades internacionais deveriam ter o aval do MRE e serem reportadas a este Ministério, de modo a se adequarem à política externa formulada para o país.

Sendo Ministério da Saúde o órgão responsável pelas políticas de saúde, qualquer ação relativa à saúde, desempenhada por órgãos subordinados ou vinculados ao Ministério da Saúde, devem ser reportadas ao mesmo. No âmbito deste Ministério, existe uma estrutura própria para acompanhamento de temas internacionais em saúde: a Assessoria de Assuntos Internacionais- AISA. De acordo com a hierarquia relacionada às ações internacionais, o Ministério de Relações Exteriores encontra-se acima da AISA – embora não se situe acima do Ministério da Saúde -, e todas as ações internacionais em saúde desempenhadas em âmbito nacional devem ser, em tese, reportadas a estas instituições. Apesar do reconhecimento dessa hierarquia relativa às atividades internacionais brasileiras, uma análise da realização destas atividades revela que, na prática, elas nem sempre são reportadas a instâncias superiores, sendo verificável uma profunda descentralização de atividades sem o devido acompanhamento de instâncias superiores – um traço típico da paradiplomacia⁸⁷ no cenário contemporâneo internacional.

Em julho 2005, foi firmado um Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, estabelecendo uma coordenação entre os órgãos para a condução das iniciativas internacionais em saúde. Este Protocolo, com vigência de 60 meses, respondeu ao reconhecimento de que havia uma demanda crescente dos países e projetos de cooperação brasileira na área da saúde. Foi estabelecida uma Comissão de Coordenação interministerial, constituída por funcionários dos dois ministérios, sob a

⁸⁷ O termo paradiplomacia refere-se às atividades internacionais conduzidas por órgãos não oficialmente designados para lidar com a política internacional. Inclui atividades internacionais conduzidas por entidades subnacionais ou atores não-estatais (ONGs, municípios, estados, cantões, sociedade civil organizada, empresas públicas, etc.). Os estudos de paradiplomacia indicam que esta prática é crescentemente verificável no contexto da globalização, e nem sempre acompanhadas pelos órgãos oficiais de política externa.

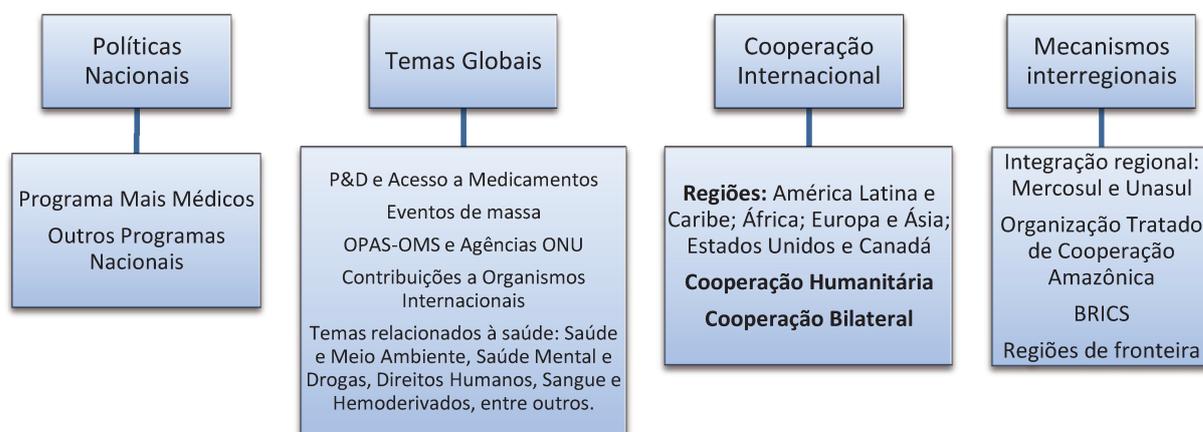
presidência da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE). O documento respondeu ao reconhecimento de que a cooperação técnica representava uma das diretrizes fundamentais da política externa brasileira, e que havia um aumento das demandas dos países e dos projetos de cooperação brasileira na área da saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

5.4.1. – A Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde

A AISA/MS consiste em uma estrutura própria do MS, criada em 1998⁸⁸, para a condução de assuntos internacionais em saúde. Sua existência deriva do reconhecimento de que temas de saúde perpassam fronteiras nacionais, sendo necessário seu acompanhamento em escala internacional. No âmbito de suas responsabilidades, a AISA provê assessoria ao Ministro em missões e eventos internacionais, coordena a interlocução e participação do Ministério em fóruns e organismos multilaterais e em iniciativas de integração regional, além de autorizar e monitorar a execução dos projetos de cooperação técnica internacional (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). O órgão é, portanto, responsável pela coordenação e acompanhamento de quaisquer temas relativos à saúde que toquem a esfera internacional no âmbito do Ministério da Saúde. Suas áreas de atuação podem ser conferidas na Figura 5.1:

⁸⁸ Como aponta Ana Maria Tapajós, uma primeira estrutura para temas internacionais no interior do Ministério foi criada na década de 1970 e extinta em 1990. A partir de então, o MS buscou acompanhar informalmente temas internacionais de saúde, até a criação, em 1993 da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde, cuja chefia era exercida por funcionário de carreira diplomática do Ministério de Relações Exteriores, o que promovia a interação entre os dois órgãos em temas internacionais. Em 1998, foi criada a AISA.

Figura 5-1 - Áreas de atuação da AISA-MS



Fonte: Elaboração própria a partir do organograma AISA (Ministério da Saúde, 2016).

O espaço da cooperação técnica internacional prestada pelo país no âmbito da AISA é restrito, representando uma parcela não central das ocupações da Assessoria. Algumas das ações de CTI coordenadas pela AISA, como é o caso da doação internacional de medicamentos, são geralmente firmadas em base bilateral, e não representam parte de um programa mais amplo e continuado de cooperação⁸⁹. De acordo com o sítio web e na visão de funcionários, parte significativa das funções da AISA consiste na interlocução entre as “áreas técnicas” do Ministério – Secretarias ou instituições vinculadas ao Ministério da Saúde (vide Anexo I) – e temas ou demandas relacionadas a políticas internacionais.

⁸⁹ No que se refere à cooperação internacional *recebida* pelo Brasil, os fluxos financeiros e de projetos advindos principalmente de agências e organismos de cooperação internacional eram geridos primordialmente pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio da Secretaria de Assuntos Internacionais (SEAIN). Nestas ações, a AISA podia atuar como facilitadora ou articuladora entre áreas técnicas beneficiadas e agências doadoras. Com o incremento de formatos de cooperação trianguladas, em que o Brasil e outro país desenvolvido implementam projetos de cooperação em um terceiro país, parte desses recursos passou a ser encaminhado aos Ministérios envolvidos na realização da cooperação, como é o caso do MS.

5.4.2. Re-estruturação da AISA a partir do TC-58⁹⁰

A assinatura do TC 58, no ano de 2009, estabeleceu novos direcionamentos de ação para a AISA, buscando, de maneira geral, inserir de forma mais intensa a Assessoria na realização de ações de cooperação internacional em saúde. Esse movimento incluiu tanto uma estratégia reorganização das ações de acompanhamento de temas de saúde na agenda internacional, como um fortalecimento do papel da Assessoria na promoção de um posicionamento forte do país no cenário global da saúde. Além disso, houve um maior envolvimento da Assessoria no acompanhamento da cooperação técnica internacional prestada, que passou a ser um instrumento fundamental no programa mais amplo de ação internacional em saúde brasileiro. Um resumo das atividades desenvolvidas no âmbito do TC 58 até 2015 encontra-se no Anexo II.

O TC 58 tem como objetivo central o fortalecimento institucional da AISA. O propósito do acordo é “melhorar a capacidade de acompanhamento, coordenação e execução das atividades da AISA”, com a finalidade de “ampliar e fortalecer a liderança política da saúde brasileira no cenário internacional” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010). O TC estabeleceu quatro objetivos principais:

- 1) Fortalecer a coordenação de uma agenda internacional de interesse do Ministério da Saúde, junto ao Ministério de Relações Exteriores, incluindo a participação brasileira em fóruns multilaterais;
- 2) Fortalecer a coordenação brasileira em temas especializados –relacionados, mas não específicos à saúde - de interesse do Ministério da Saúde;
- 3) Promover o papel político da AISA, de coordenação e assessoramento nos processos de integração e desenvolvimento da saúde, nos níveis regional e global;
- 4) Fortalecer a coordenação de ofertas e demandas da cooperação técnica, científica e tecnológica, e de ajuda humanitária.

Como parte das atividades incluídas no TC 58, a AISA produziu, pela primeira vez, um Relatório de Gestão, relativo ao ano de 2009. Neste documento, aponta-se para um esforço de planejamento das ações da Assessoria, promovendo um alinhamento das ações

⁹⁰O TC-58 é abordado neste capítulo, pois se considera seu objetivo de promover uma mudança institucional da AISA-MS, ator responsável pela condução de relações internacionais do MS. O TC-41, que o precedeu, é abordado no capítulo seguinte, por estar mais associado ao apoio de projetos de cooperação *técnica* no cenário internacional, muito embora também apresente algumas modificações institucionais, como o apoio à criação de estruturas de apoio à CTI em saúde no Brasil.

internacionais em saúde com as prioridades da política externa do governo brasileiro, e em harmonização com eixos de intervenção na política nacional de saúde, definidos no “Programa Mais Saúde”.

O Relatório de Gestão apresenta a estrutura da AISA como dividida da seguinte maneira: Divisão de Projetos, Divisão de Análise Técnica, Divisão de Temas Multilaterais e Coordenação Nacional de Saúde no Mercosul.

À Divisão de Projetos (DPROJ) cabem as ações cooperação técnica internacional, com destaque para iniciativas de cooperação horizontal, com ênfase na promoção de sistemas públicos de saúde em países em desenvolvimento. Nesta vertente, a AISA intermedeia a articulação entre as áreas técnicas do MS e outros órgãos vinculados, como é o caso das Secretaria de Vigilância Sanitária, Fiocruz, para a realização de projetos de CTI.

À Divisão de Análise Técnica (DATEC), tocam as atividades de acompanhamento, apoio e negociação em foros internacionais especializados e ligados à saúde. Temas como diversidade biológica, biossegurança, desarmamento, saúde e direitos humanos integram os trabalhos desta divisão. Esta divisão compreende o “Grupo de Trabalho (GT) em Saúde e Ambiente”⁹¹, que acompanha e coordena as ações, posições e respostas brasileiras relacionadas a diversas Convenções e iniciativas internacionais que tocam no tema da saúde⁹².

A Divisão de Temas Multilaterais (DTM), por sua vez, integra trabalhos relativos à defesa dos interesses nacionais em saúde nos principais foros de saúde global – OMS e OPAS-, além de agências do Sistema das Nações Unidas, como Organização Mundial do Comércio e Organização Mundial da Propriedade Intelectual, e em conferências de saúde global da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), das quais o país pôde participar na condição de observador.

Por fim, a Coordenação Nacional de Saúde no Mercosul (CNSM) cuida da harmonização dos regulamentos e políticas do bloco regional, além de outras iniciativas de integração regional.

⁹¹ Grupo de trabalho criado em 2001, com representantes da Funasa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fiocruz, Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) e SAS.

⁹² Como é o caso das Convenção sobre Diversidade Biológica (CDB), Convenção de Viena para Proteção da Camada de Ozônio/Protocolo de Montreal; Convenção Internacional para Substâncias Químicas; Convenção de Estocolmo sobre Poluentes Orgânicos Persistentes, do Sistema Global Harmonizado de Classificação e Rotulagem de Produtos Químicos, entre outras.

5.4.3. Iniciativas estratégicas para o fortalecimento da AISA

No âmbito do TC-58, em 2009, foram estabelecidas diversas iniciativas estratégicas visando uma ação mais influente da AISA na condução da cooperação técnica internacional. As ações incluíram o fortalecimento da assistência humanitária⁹³, e a criação do Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde (GT-CIS), no Departamento de Projetos (DPROJ), como um fórum de parcerias e articulação entre técnicos e políticos para debater e traçar prioridades e estratégias de cooperação internacional do MS. O GT-CIS é composto por integrantes das áreas técnicas do MS e unidades vinculadas, como Anvisa, Fiocruz e Funasa, e busca parcerias triangulares com outras agências internacionais. A primeira reunião ampliada do GT-CIS contou com cerca de 120 participantes, incluindo representantes de agências de cooperação internacional, como Unicef, Unesco, Unodc, UNFPA, Unaid, GTZ, Jica, Usaid, entre outros (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Além disso, foram publicados Boletins informativos – “Cooperação Saúde”, voltados à divulgação das atividades internacionais desempenhadas pelo país. Inicialmente visando a produção de boletins trimestrais, registraram-se apenas o lançamento de um boletim em 2009 e de mais três volumes no ano 2010⁹⁴.

Outra iniciativa fruto do TC-58 foi a criação de um Sistema de Acompanhamento de Projetos e Atividades de Cooperação (Siscoop), implementado em colaboração com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), servindo como ferramenta para acompanhamento das ações internacionais a gestores e público em geral⁹⁵.

Para além do reforço em cooperação técnica, ressaltam-se as demais atividades da AISA, e a continuidade do acompanhamento de “temas especializados”⁹⁶ relacionados à saúde em foros internacionais; de trabalhos, reuniões e negociações para a saúde em zonas

⁹³ O Relatório de Gestão aponta que foi obtida uma solução para a doação de medicamentos, que implicava a formalização de que o país dispunha de quantidades de medicamentos acima do necessário para o atendimento da população, e de nota do Ministério de Relações Exteriores reconhecendo a adequação da doação aos interesses externos do país.

⁹⁴ A publicação do boletim “Cooperação Saúde” parece ter sido descontinuada nos anos subsequentes, uma vez que o Ministério da Saúde apenas disponibiliza esses quatro volumes.

⁹⁵ Em 2016, a AISA informava que o Siscoop permanecia em fase de aprimoramento e testes.

⁹⁶ Os Temas Especializados englobam os “instrumentos, mecanismos e iniciativas internacionais não exclusivos da Saúde ou de onde esta não é protagonista”. De acordo com o Relatório de Gestão, “o interesse nesse enfoque de trabalho surgiu da constatação de que uma série de decisões e regras internacionais que afetam as questões de saúde não deveriam ser conduzidas sem o acompanhamento e a participação efetiva do Ministério da Saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

fronteiriças, que podem ser observados na relação de atividades (Anexo II). Entretanto, a despeito dos objetivos de coordenação e sistematização das atividades da AISA, é possível perceber que alguns esforços foram descontinuados nos anos seguintes. Foi o caso, ao menos até o presente momento, da produção de Relatórios de Gestão da AISA, que não tiveram continuidade nos anos seguintes, tanto quanto dos Boletins de divulgação das atividades internacionais do Ministério, além dos aprimoramentos e conclusão do Sistema de Acompanhamento (Siscoop).

As ações empreendidas sob o TC-58 deram suporte às atividades da AISA, em um movimento de promoção de uma atuação ministerial mais propositiva e ativa no cenário internacional, integrando os objetivos estabelecidos nos Planos Nacionais de Saúde e na própria estratégia da OPAS de fortalecer a atuação internacional brasileira, tanto em âmbito regional como em suas relações com países africanos de língua portuguesa (PALOP).

CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Este capítulo discutiu, a partir de documentos e narrativas oficiais, a conformação de orientações institucionais que marcaram a promoção de um amplo programa de cooperação internacional em saúde a partir dos anos 2000. Essas orientações foram incorporadas em três instituições principais: na Fiocruz, na representação da OPAS no Brasil e no Ministério da Saúde, destacando-se o fortalecimento de sua Assessoria de Assuntos Internacionais.

Como se buscou demonstrar, essas orientações estavam em linha com programas e políticas de saúde estabelecidos em âmbito nacional, marcados por duas tendências principais. Em um primeiro momento, a orientação política recomendava uma aproximação da área da saúde aos objetivos de desenvolvimento industrial, científico e tecnológico, o que conferia à Fiocruz uma posição de destaque e liderança, confirmando uma tendência de revitalizar o papel desta instituição no âmbito das políticas e do sistema nacional de saúde. Como visto no capítulo anterior, a renovação da Fiocruz aos olhos do poder público federal teve início na década de 1970, em decorrência da necessidade de responder a surtos epidêmicos. A orientação do “Complexo Industrial da Saúde” e do “Complexo Produtivo da Saúde” foi fortemente inserida nas orientações e planejamentos tanto no nível institucional da Fiocruz como da política nacional de saúde, e pode ser percebida como uma continuidade do

processo de fortalecimento da atuação da Fundação. A estas orientações, somam-se ações concretas, como a criação de novas unidades e incorporação de antigas unidades de saúde à Fiocruz, notadamente a partir de 2005.

Outra tendência estabelecida para os objetivos da cooperação internacional foi a ênfase no modelo de saúde público e universal. Neste aspecto, houve amplo apoio da OPAS, notadamente na sugestão de modelos de cooperação e no fortalecimento da capacidade nacional de gestão dessas iniciativas. A abordagem de uma saúde pública universal e gratuita, focada na estratégia de atenção primária, reproduzindo o modelo brasileiro do SUS, foi fomentada pela OPAS no contexto brasileiro desde o período do regime militar. Como visto no histórico da política de saúde, este modelo ganhou espaço a despeito de abordagens governamentais distintas, tendo angariado força pela sua inserção nas Escolas superiores de Medicina. Com base na experiência adquirida pelo Brasil no modelo de atenção primária universal, junto ao sucesso de inserção do modelo nas políticas nacionais de saúde, o Brasil se projeta como doador capacitado para a difusão de projetos e conta com o apoio da OPAS na condução de modelos de cooperação e no fortalecimento de suas instituições nacionais para a cooperação.

No âmbito destas tendências estratégicas, reforçou-se o papel da Fiocruz e do Ministério da Saúde por uma política de cooperação internacional em saúde marcada pelos princípios norteadores do sistema SUS a outros países em desenvolvimento. Dentro deste direcionamento, definiram-se ações de divulgação das atividades internacionais – como é o caso dos Boletins informativos da cooperação e dos próprios relatórios de gestão da AISA - e de coordenação e criação de uma memória institucional das atividades de cooperação, até então inexistentes. Como marcos de uma proposta internacional, também se destacam a criação do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (CRIS/Fiocruz) e do Escritório da Fiocruz para a África, que definem estruturas próprias à Fiocruz para o direcionamento de suas atividades internacionais.

Ressalta-se, por fim, que esta estratégia foi concertada entre estes três atores principais, na condução de suas funções específicas: o Ministério da Saúde, enquanto instância superior na formulação de políticas de saúde; a Fiocruz, enquanto instituição pública de ensino, pesquisa e desenvolvimento, e produção de insumos de saúde; e a OPAS, organização internacional para a cooperação técnica em saúde. É possível identificar a conformação de *imaginários* de saúde compartilhados pelos três atores principais envolvidos

na cooperação, e difundidos a partir de orientações emanadas de *centro de cálculo*. O imaginário sociotécnico prevalecente nesta associação concebe a saúde como direito social de cidadania, a ser provida pelo Estado gratuitamente e universalmente, como um modelo mais adequado de gestão em contextos em desenvolvimento. O centro de cálculo que reforça e corrobora esse modelo pode ser identificado na estrutura de cooperação firmada entre governo nacional, Fiocruz e OPAS. Nos documentos dos três atores, é possível perceber a corroboração de um imaginário em torno da saúde, compartilhado pelos seus promotores.

Uma vez estabelecidos os meandros da aproximação institucional entre estes atores, no capítulo seguinte, apresenta-se o *conteúdo* da cooperação em saúde realizada, a partir de revisão dos projetos de cooperação estabelecidos por estes atores, seja individualmente ou por meio dos Termos de Cooperação.

6. AS PRÁTICAS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA EM SAÚDE

Este capítulo analisa as práticas e ações empreendidas no âmbito da cooperação internacional em saúde brasileira, em colaboração entre Ministério da Saúde, OPAS e Fiocruz. A análise das práticas de cooperação fornece os elementos referentes ao *conteúdo* dos projetos implementados, permitindo identificar como se desenrolam, na prática, os projetos estabelecidos em torno de imaginários e estruturas institucionais da cooperação. Neste sentido, confere uma visão da materialidade da cooperação internacional, dos formatos e instrumentos efetivamente deslocados no cenário internacional, permitindo traçar um panorama de como as narrativas e projetos são implementados em outros países. A análise desenvolvida nesse capítulo se baseou no conteúdo dos Relatórios de Gestão da Fiocruz (2000 a 2014) e dos Termos de Cooperação n.º. 41 e 58 entre Opas e Ministério da Saúde (2008-2015) e em entrevistas e fontes secundárias. Com base nas descrições de projetos dos documentos analisados, buscou-se elaborar um quadro geral e das atividades de cooperação internacional, e que são apresentadas a seguir.

6.1. A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: ATORES E ORIENTAÇÕES

Os documentos sobre a cooperação técnica internacional (CTI) brasileira em saúde a partir dos anos 2000 apontam um papel central da Fiocruz na condução da grande maioria das ações. Além da Fiocruz, outro órgão executor das iniciativas de CTI é o Departamento de Projetos (DPROJ) da AISA/MS⁹⁷.

A análise das atividades da Fundação entre os anos 2001 e 2014⁹⁸ permite identificar um reforço progressivo na sua atuação internacional. Anteriormente, a Fiocruz já participava de atividades internacionais em diversas frentes, fossem elas cooperações técnico-científicas ou na implementação de projetos de cooperação técnica tanto em âmbito nacional

⁹⁷ Existem poucos documentos públicos que contenham as ações empreendidas pelo DPROJ, sendo a única fonte encontrada o Relatório de Gestão da AISA de 2009. Portanto, ao analisar as ações de cooperação, a análise estará centrada nas funções desempenhadas pela AISA em geral, por meio dos dados contidos no TC 58.

⁹⁸ De acordo com Relatórios de atividades (2001-2004 e 2005-2008) e Relatórios de gestão dos anos 2002 a 2008 e 2010 a 2014.

como internacional⁹⁹. Entretanto, é no período analisado que as atividades internacionais ganharam nova orientação estratégica, passando a vincular-se muito mais diretamente às políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, que incluiu, nos projetos de governo, um espaço para a realização da Cooperação Internacional em Saúde.

Outro elemento que chama a atenção é a criação ou reforço de órgãos destinados à gestão ou análise da cooperação internacional no período. A Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde, existente desde 1998, foi objeto de ações cooperativas com a OPAS para seu fortalecimento institucional; em 2008, foi criado o Escritório da Fiocruz em Maputo; em 2009, foi estabelecido o Centro de Relações Internacionais da Fiocruz. Além desses, houve a criação do Núcleo de Estudos sobre diplomacia da Saúde – NETHIS, em colaboração entre Fiocruz e UnB, como foro de debate sobre ações de diplomacia da saúde.

Em geral, a documentação encontrada e disponibilizada sobre temas internacionais de saúde foi produzida por unidades das instituições de saúde – AISA, CRIS/Fiocruz e OPAS. No entanto, há uma menção constante ao acompanhamento do MRE e o reconhecimento da necessidade de adequar as iniciativas em saúde com as diretrizes da política externa nacional. A seguir, apresenta-se um projeto fundamental que marca o processo de aproximação brasileira com outros países em desenvolvimento, tendo como base a área da saúde.

6.1.1. Um projeto simbólico: a Sociedade Moçambicana de Medicamentos

Um projeto iniciado em 2003, na ocasião da visita do Presidente Luís Inácio Lula da Silva à África, no primeiro ano de seu mandato, pode ser tomado como simbólico da aproximação brasileira com o continente, tendo na cooperação técnica internacional um importante instrumento de ação. O projeto consistiu na transferência de tecnologias em saúde para Moçambique, com a instalação de uma fábrica de medicamentos, custeada pelo governo brasileiro e implementada pela Fiocruz (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003).

A promessa de construção da fábrica, inicialmente voltada à produção de genéricos antirretrovirais, simbolizava a intenção de iniciar um novo ciclo de relações entre

⁹⁹ Existe uma infinidade de formatos, objetivos e projetos dos quais a Fundação ou seus órgãos internos fizeram parte na história da Fiocruz. A Casa de Oswaldo Cruz possui um rico histórico com documentos de diversos projetos de cooperação, que pode ser consultado em seu sítio web: <<http://arch.coc.fiocruz.br/>>

Brasil e África, e tinha como intenção declarada a redução da dependência africana por medicamentos antirretrovirais importados. Até então, inexistiam fábricas de medicamentos públicas para a AIDS na África. A fábrica foi inaugurada quase dez anos depois, em julho de 2012, e em 2013 iniciou sua produção, e foi nomeada Sociedade Moçambicana de Medicamentos. O projeto foi custeado pelo governo brasileiro, e representou a primeira grande experiência de cooperação para o desenvolvimento brasileira, envolvendo a transferência de conhecimentos e tecnologias. A intenção declarada pelo projeto foi de garantir que, após a instalação, a fábrica pudesse ser conduzida de forma completamente autônoma pelo governo moçambicano, sem a necessidade de assessoria internacional. Representava, neste sentido, uma proposta de transferência completa de tecnologias.

A projeto brasileiro se inseriu em um contexto geral de cooperação bastante conturbado. A realidade do HIV/AIDS na África, região mais atingida pela doença¹⁰⁰, tem pautado a imensa maioria da ajuda externa global fornecida ao continente, e reforçado sua dependência externa para o acesso a medicamentos. Inúmeras organizações de ajuda internacional se voltam exclusivamente a projetos relacionados à doença, provendo doações de antirretrovirais, ou realizando atividades de atendimento, treinamento ou orientação na atenção à doença ou aos infectados. Além de organizações não-governamentais, países desenvolvidos também tem historicamente contribuído com a atenção à AIDS no continente africano. A grande maioria de medicamentos e políticas voltadas à questão da AIDS na África são financiados e implementados com recursos da ajuda externa¹⁰¹.

Neste contexto, a construção de uma fábrica no continente africano apresentou uma clara intenção de diminuir drasticamente a dependência de medicamentos importados ao continente, modificando um cenário já bastante consolidado em relação ao continente africano e seus doadores. Uma das interpretações não oficiais conferidas ao projeto brasileiro aponta que o interesse nacional consistiu em adentrar o mercado africano, criando laços e relações que abrissem espaço para trocas comerciais futuras. Outra visão possível, defendida no presente trabalho, consiste em perceber a estratégia nacional como pautada na promoção do

¹⁰⁰ Estima-se que apenas na África sub-saariana, 24,7 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus HIV, quase 71% do total global. Dez países subsaarianos, dentre os quais Moçambique, respondem a 81% de todas as pessoas infectadas no subcontinente (UNAIDS, 2014)

¹⁰¹ De acordo com entrevistas com funcionários diretamente envolvidos na cooperação. No âmbito internacional, é possível citar vários organismos de ajuda voltada à AIDS, mas os principais são o Programa das Nações para a AIDS – UNAIDS; o Fundo Global para AIDS, Tuberculose e Malária; a International AIDS Society (IAS), entre outras. Além destas, também destaca-se o Plano Presidencial Norte-Americano de Emergência para a AIDS (PEPFAR), sendo o maior financiador governamental para a AIDS no mundo.

país como ator de destaque na condução de iniciativas de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), pela qual o país estaria apto a apresentar novos caminhos de desenvolvimento, com base no compartilhamento de experiências e expertises detidas pelo país, rompendo um padrão estabelecido de ajuda internacional para a AIDS. O projeto brasileiro se baseava em um modelo de saúde pública em que o Estado toma a frente da provisão de insumos de saúde para a AIDS, contrapondo o papel de indústrias privadas no fornecimento destes medicamentos.

A fábrica foi provida de equipamentos de última geração¹⁰². Os recursos doados¹⁰³ para sua construção tiveram que passar pela aprovação do Congresso Nacional¹⁰⁴. A execução do projeto, no entanto, se deparou com intensas dificuldades, atribuídas à contenção de recursos e a falta de experiência em transferência tecnológica de tamanha envergadura¹⁰⁵. Ao final do projeto, os funcionários da fábrica, todos de nacionalidade moçambicana, haviam sido treinados no Brasil pela Fiocruz. Em seu formato final, o projeto também englobou a fabricação de outros tipos de medicamentos genéricos¹⁰⁶, e a SMM foi inaugurada como a primeira indústria farmacêutica de Moçambique. Sua efetividade, no entanto, só será verificada com o tempo, dependendo da capacidade de produzir unidades de medicamentos competitivos com outras indústrias mundiais de genéricos¹⁰⁷.

Tendo sido finalizado em 2013, não havia, até o momento de redação desta Tese, maiores dados sobre a efetividade ou funcionamento da fábrica moçambicana, que indicassem o sucesso ou insucesso da proposta brasileira. No entanto, é possível afirmar que o projeto representou um grande modelo e experiência para a cooperação em saúde promovida pela Fiocruz a partir de então. Dentre seus objetivos, revelou-se a ampliação das relações com países africanos e uma atuação propositiva do governo brasileiro em relação a questões

¹⁰² Os equipamentos de Moçambique foram os mesmos utilizados na produção de genéricos nas unidades da Fiocruz.

¹⁰³ Diferentes fontes apontam para distintas quantias. Enquanto o discurso do Presidente Lula da Silva mencionava 23 milhões de dólares (BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2003); notícia da Revista Época apontou para um orçamento de 31 milhões de dólares (MACHADO, 2010).

¹⁰⁴ A inexistência de recursos públicos destinados à cooperação internacional é um dos principais fatores que molda o tipo de ação prestada pelo país e justifica a pequena margem de recursos, mesmo com um aumento no número de projetos. Além do governo brasileiro, a empresa Vale do Rio Doce, que atua em Moçambique, doou 4,5 milhões de dólares (CARTA CAPITAL, 2012).

¹⁰⁵ De acordo com entrevistas.

¹⁰⁶ De acordo com entrevistas, o projeto de instalação da fábrica em Moçambique foi encabeçado pela Fiocruz, sem grande participação da ABC-MRE, principal órgão responsável pela cooperação técnica nacional.

¹⁰⁷ Dentre os riscos de baixa efetividade, constavam o desconhecimento, até o momento de redação da tese, dos custos da produção dos medicamentos, que poderiam ser pouco competitivos em relação aos genéricos indianos; tampouco se conhecia a capacidade de compra dos medicamentos pela população ou pelos governos.

globais, de acordo com uma abordagem que se pretendia inovadora e para a qual a condição brasileira de país “em desenvolvimento” lhe conferia maior conhecimento de causa para ação. Considerando-se a SMM com um projeto inaugural do modelo brasileiro de cooperação, os projetos subsequentes foram marcados pela continuidade e permanente atualização da abordagem brasileira. Na seção seguinte, se aborda a ideia de concepção estruturante, elaborada posteriormente pela Fiocruz, que fundamentou as atividades de CTI em saúde realizadas pelo país.

6.1.2. A Concepção “Estruturante” de Cooperação

A intenção de abalar estruturas de ajuda internacional já bastante consolidadas e consideradas pela proposta brasileira como reprodutoras da dependência permeou todo o projeto da SMM, assim como a cooperação internacional brasileira subsequente. A cooperação tradicional era considerada unidirecional, pautada na transferência unilateral de recursos e expertise do Norte para o Sul, relegando os países do Sul a uma posição de recepção passiva de recursos e projetos, sem espaço para discutir seus termos¹⁰⁸. Neste sentido, a promoção de um “novo modelo” de cooperação, que se pretendia “estruturante”, foi uma das bases de ação da Fiocruz, divulgada em artigos científicos e inserida no discurso de seus órgãos internos, com destaque para o CRIS.

A abordagem da cooperação estruturante foi descrita em um artigo acadêmico escrito por Célia Almeida, Paulo Buss¹⁰⁹, altos funcionários da instituição, e outros autores, intitulado “*A cooperação brasileira de ‘cooperação Sul-Sul estruturante em saúde’*”. De acordo com este documento, a concepção estruturante consistia em um novo paradigma de ação para a cooperação internacional, focado na construção de capacidades para o desenvolvimento. Este paradigma definia-se como inovador em dois pontos: ao integrar a *formação de recursos humanos*, o *fortalecimento organizacional* e o *desenvolvimento institucional da saúde* em seus projetos; e ao romper com uma transferência tradicional, passiva, de conhecimentos e tecnologias (ALMEIDA, CAMPOS, *et al.*, 2010). Como se verá mais adiante, estes três eixos da cooperação estruturante são identificados nas atividades

¹⁰⁸ Este debate entre cooperação passiva ou ativa é bastante antigo no campo da cooperação internacional para o desenvolvimento, mas é retomado pela cooperação brasileira do início do século.

¹⁰⁹ Em 2010, Célia Almeida era Diretora do Escritório Regional da Fiocruz para a África, em Maputo, e Paulo Buss, ex-Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, ocupava o cargo de Diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde - CRIS/Fiocruz.

empreendidas pela Fiocruz, notadamente no que se refere a esforços de formação de Recursos Humanos em saúde, e de fortalecimento institucional, na forma de sistemas nacionais de saúde que integram instituições de pesquisa, desenvolvimento e formulação de políticas na área.

O foco no fortalecimento institucional de sistemas de saúde nos países parceiros foi um dos cerne da nova perspectiva de ação proposta pela Fiocruz, e seria atingido

“combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor da saúde e promovam uma formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro da saúde” (ALMEIDA, CAMPOS, et al., 2010, p. 28).

Como demonstra o Relatório de Gestão da Fiocruz, a instituição incorporou a concepção estruturante em suas ações internacionais, estabelecendo os seguintes objetivos estratégicos para implementá-la:

“• Consolidar a Fiocruz como instituição estratégica de Estado no campo da diplomacia da saúde e da cooperação Sul-Sul, contribuindo para o fortalecimento dos sistemas de saúde em países da África e América Latina, com prioridade para a Unasul, na perspectiva da solidariedade entre os povos;

• Participar do desenvolvimento das agendas de saúde sul-americanas e da Comunidade de Países de Língua Portuguesa/Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (CPLP/Palops), com vistas a contribuir para a consolidação dos sistemas universais e democráticos de acesso à saúde nos seus respectivos países membros;

• Ampliar a cooperação internacional da Fiocruz como instrumento para o fortalecimento da educação, da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p. 35, grifos meus)

6.1.3. O Termo de Cooperação 41: “Programa de Saúde Internacional”

A partir de 2006, com o estabelecimento do Termo de Cooperação 41 envolvendo OPAS, Fiocruz, MS e Governo Federal, as ações de cooperação em saúde passaram a ser desenvolvidas prioritariamente sob este acordo, contando com o acompanhamento direto da OPAS. O objetivo do TC foi de consolidar um “Programa de Saúde Internacional” a partir da colaboração com as estruturas brasileiras citadas.

O TC 41 é apontado como uma inovação no contexto do próprio funcionamento da OPAS, já que, até a época de sua assinatura, a Organização promovia acordos de cooperação usualmente de curta duração, envolvendo, majoritariamente, dois ou três países nas Américas. O TC 41 visou apoiar um amplo conjunto de empreendimentos de cooperação internacional em saúde, envolvendo o Brasil e uma série de outros países, e realizando mais de 680 atividades (curta duração) e 51 projetos (mais programados e de duração mais longa), focando em países das Américas e África (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015). É possível perceber que alguns projetos iniciados sob o TC 41 foram continuados no âmbito do TC 58, que o sucedeu, sendo possível considerar ambos os acordos como uma continuidade da proposta de cooperação.

Inicialmente, o TC 41 estipulou como objetivo o

“estabelecimento pelo Ministério [da Saúde] e pela Fiocruz de um Programa de Saúde Internacional –PSI, que promoverá atividades conjuntas nas áreas de pesquisa básica, saúde coletiva e individual e produção de insumos com vistas ao desenvolvimento local e sustentável de uma melhor qualidade de vida” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS, 2005, p. 2)

As atividades poderiam incluir: a análise e formulação de políticas públicas, o apoio institucional e programático às ações de ciência e tecnologia, implementação de processos educativos inovadores, entre outros. O PSI seria vinculado à Presidência da Fiocruz, com as seguintes funções: concentração de recursos técnicos especializados para orientar as ações internacionais do MS e Fiocruz; estabelecimento de base de informação no campo da saúde internacional; realização de estudos sobre aspectos internacionais da saúde, formulação e acompanhamento das atividades de cooperação técnica destas instituições, captação de recursos e divulgação do trabalho realizado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS, 2005).

Em 2009, as ações programáticas estabelecidas pelo TC incluíam o apoio à qualificação para a gestão intersetorial de saúde; a mobilização de redes colaborativas para a cooperação Sul-Sul; e constituição de consórcios internacionais de Redes de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de recursos humanos na área (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Em relação às suas atividades de 2013, o TC 41 já apresentava uma descrição mais contundente dos objetivos da cooperação brasileira, que se associavam com a disseminação do modelo de gestão brasileiro, ao afirmar:

“O governo Brasileiro tem interesse em divulgar a proposta do seu sistema de saúde, com o intuito de fortalecê-lo em duplo sentido: mediante intercâmbio de conhecimentos e tecnologias com outros países, bem como visando o reconhecimento internacional como modelo de política de saúde. (...) No caso, o que se almeja é o fortalecimento de uma proposta para a saúde cujo escopo doutrinário aponte para a construção de sistemas de saúde de cobertura universal, equânime e integral. (...) Nesse sentido o TC 41 configura uma plataforma jurídica e operacional para o incremento e fortalecimento dos processos de cooperação internacional do Brasil e com triangulação da OPS/OMS que apontem para o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países no marco da Cooperação Sul-Sul” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014, p. 47-48).

Destaca-se, como parte das atividades projetadas, a realização de projetos de CTI, o estabelecimento de bases de informação em saúde internacional e a divulgação dos trabalhos em saúde internacional, como ações que foram efetivamente fortalecidas na cooperação desempenhada, como se verá ao longo do capítulo. De maneira particular, ressalta-se que o TC 41 apoiou diversas iniciativas de consolidação da cooperação internacional em saúde em diversos espaços institucionais no contexto brasileiro: apoiou-se, com recursos técnicos e financeiros, a consolidação do Centro de Relações Internacionais da Fiocruz (CRIS/Fiocruz, em 2009) e a criação de centros de estudo e debate em diplomacia da saúde e saúde global, como é o caso do Núcleo de Estudos sobre diplomacia da Saúde (NETHIS, em 2009) em colaboração entre Fiocruz e Universidade de Brasília, para ampliar o corpo de conhecimentos sobre a área. Além disso, procedeu-se a esforços de divulgação das atividades internacionais em saúde por meios virtuais, como demonstram Boletins informativos do CRIS e variadas Redes voltadas à troca de experiências e apresentação de temas da cooperação, que serão exploradas mais adiante neste capítulo.

6.2. OS EIXOS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A partir de 2005, com a mudança no planejamento interno da Fiocruz voltada à maior aproximação das estratégias ministeriais – estabelecida pelo seu Plano Quadrienal 2005-2008 -, a Fundação passou a exercer a função de “braço executor” da estratégia de

cooperação internacional formulada pelo governo. O tema “Consolidação da atuação internacional do MS” passou a integrar o planejamento da instituição e a receber fundos para sua consecução. Neste contexto, as ações internacionais foram reforçadas, com incremento nas dotações orçamentárias voltadas à sua realização (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006, 2007). O TC 41 foi firmado em dezembro deste mesmo ano, incorporando o acompanhamento da OPAS à ação internacional brasileira em saúde.

A partir deste ano, identifica-se uma atuação mais programada, com alguns eixos de ação que ganham destaque. As ações incluíram atividades de formação (cursos, mestrados, treinamentos, disciplinas e aulas); de comunicação (sites, livros, participações em eventos, conferências e seminários); e de elaboração (reuniões, oficinas, visitas técnicas e missões), entre outras (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015).

O presente estudo separou as ações empreendidas pelo Brasil em cinco eixos de atuação principais: i) Fortalecimento de Sistemas Nacionais de Saúde; ii) Atuação e promoção de Redes Internacionais em Saúde; iii) Ações de integração em saúde no âmbito de blocos de integração regional; iv) Exportação de insumos de saúde; v) Participação em foros internacionais; que serão apresentados a seguir (Conferir Apêndice II para a relação dos projetos do TC 41).

6.2.1. O Fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde

Na visão dos formuladores da cooperação internacional em saúde brasileira, a abordagem estruturante perpassava pelo reforço de Sistemas Nacionais de Saúde, em moldes semelhantes à estrutura nacional, e contava com duas estratégias principais: o fortalecimento de Institutos Nacionais de Saúde (INS) e a formação de recursos humanos, para prover adequada oferta dos serviços públicos de saúde. O reforço dos Sistemas Nacionais de Saúde consistiu em um eixo fundamental da cooperação, como forma de difundir as bases de um sistema ampliado de saúde pública.

As ações, algumas vezes bilaterais, outras vezes multilaterais, ocorreram por intermédio de acordos envolvendo os Ministérios de Saúde dos países assistidos. É importante destacar este aspecto, uma vez que caracterizam projetos de cooperação com amplo respaldo de estruturas formuladoras da política pública, e visando o fortalecimento dos Ministérios da Saúde no âmbito dos processos políticos nacionais dos países assistidos. Através da

cooperação internacional em saúde, busca-se promover a área da saúde em contextos nos quais, muitas vezes, ela é abandonada pela estrutura política, por uma diversidade de razões¹¹⁰. Neste esforço de desenvolvimento das estruturas nacionais, difundem-se concepções e imaginários compartilhados pelos promotores da cooperação, que embasarão as estruturas implementadas.

6.2.1.1. Institutos Nacionais de Saúde

No âmbito do fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde, atribui-se um papel-chave aos Institutos Nacionais de Saúde (INS). Estas instituições são percebidas como repositórios de conhecimentos em saúde, e orientadas a uma forte vinculação com as estruturas políticas da saúde¹¹¹, configurando verdadeiros pontos de sustentação dos Sistemas Nacionais de Saúde por reunir conhecimento e capacidade de influência nas políticas em saúde. Destaca-se a própria Fiocruz como um Instituto Nacional de Saúde, com grande participação no desenho da política nacional de saúde.

Dentre as ações de fortalecimento ou criação de INSs, a Fiocruz participou da elaboração do Plano Estratégico para a reorganização do Instituto Nacional de Saúde (INS) em Moçambique (2007), e apoiou a criação do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança no mesmo país (2009). A Fiocruz também assessorou a criação do Instituto Nacional de Saúde Pública em Guiné Bissau (INASA)¹¹².

Na América Latina, junto à Argentina, promoveu variados projetos de cooperação com a Administração Nacional de Laboratórios e Institutos de Saúde Dr. Carlos Malbrán (ANLIS), importante INS do país, envolvendo o fortalecimento institucional para gestão das organizações de Saúde e de Ciência e Tecnologia em Saúde (em 2007), e a implantação e avaliação de sistema de gestão corporativo (em 2009). Com El Salvador, prestou assessoria para implantação do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (2009).

¹¹⁰ Esse abandono pode ser percebido como decorrente da incapacidade dos Estados em prover serviços de saúde, pela escassez de recursos técnicos e financeiros, ou mesmo por baixo interesse por parte dos governos nacionais.

¹¹¹ De acordo com a conceituação da Associação Internacional de Institutos de Saúde Pública (IANPHI, em inglês), da qual a Fiocruz participa. Esta conceituação é adotada também pela Fiocruz na condução de projetos de fortalecimento dos INS.

¹¹² Para estes projetos de cooperação e os projetos subsequentes, conferir os Anexos I, II e III. As fontes dos projetos realizados são todas dos Relatórios de Gestão da Fiocruz e dos TCs 41 e 58, exceto quando explicitado.

Em 2006, foi formada uma *Associação Internacional de Institutos de Saúde Pública* (IANPHI, em inglês)¹¹³, com o objetivo de fortalecer a conexão entre agências públicas de saúde pública e institutos de pesquisa e desenvolvimento em saúde nos países-membros (IANPHI, 2016). A Fiocruz participa ativamente desta associação desde seu início, tendo sediado sua primeira reunião, em 2006. No âmbito da Associação, a Fiocruz também organizou missões de avaliação dos INS nos países integrantes da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), que embasaram um Plano Estratégico para os Sistemas de Saúde da CPLP, elaborado entre Fiocruz e Portugal (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2007).

6.2.1.2. *Formação de Recursos Humanos*

Uma segunda estratégia de fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde está relacionada à garantia de Formação de Recursos Humanos, tanto para as áreas de gestão do Sistema de Saúde, como de atendimento à população. Esta foi uma frente fundamental das ações de cooperação da Fiocruz, na medida em que a Fundação detinha larga experiência em cursos de formação em saúde, como parte das atividades rotineiras desenvolvidas por suas distintas unidades nacionais. De fato, no contexto brasileiro e latino-americano, a Fiocruz é a maior instituição de formação de gestores em saúde.

Em diversos casos, a cooperação neste eixo envolveu a formação de técnicos e gestores de outros países pela Fiocruz no Brasil. Entretanto, também houve um significativo esforço de criar e fortalecer institutos de formação em países atendidos pela cooperação, a partir de *know-how* amplamente compartilhado pelos recursos humanos da Fiocruz. No quesito formação de gestores, foram desenvolvidos particularmente cursos de pós-graduação, em áreas relacionadas à Saúde Pública. No quesito formação de técnicos em saúde, foram apoiados e criados cursos e centros de formação técnica.

¹¹³ A associação foi formada a partir da idealização de Jeffrey Koplan (ex-diretor do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos - CDC/EUA), e Pekka Puska (ex-diretor geral do Instituto Nacional de Saúde Pública finlandês).

No período, destacaram-se as seguintes iniciativas para a educação superior em saúde pública:

Quadro 6-1 - Iniciativas de apoio à Educação Superior em Temas de Saúde Pública
<ul style="list-style-type: none"> • Missão especial para discussão de estratégias de reorganização da Escola de Saúde Pública, níveis técnico e pós-graduação em Guiné Bissau; • Curso de Mestrado em Saúde Pública em Angola, como parte do projeto de implantação de Escola Nacional de Saúde Pública no país; • Dois cursos de Mestrado em Moçambique: Ciências da saúde (IOC/Fiocruz e INS Moçambique, financiamento captado com ABC, Capes e CNPq – Programa Pró-África); e Sistemas de Saúde, em parceria entre Fiocruz, INS e Agência de Cooperação do Canadá (CIDA); além da formação de mestres entre os funcionários do INS-Moçambique, com ênfase em diagnóstico molecular e imunopatologia de doenças infecciosas. • Dois cursos de Mestrado junto à ANLIS: Tecnologia de Produção de Imunobiológicos; e Epidemiologia em Saúde Pública; • Curso de Mestrado em Saúde Pública junto ao INS do Peru; • Formação de 27 alunos africanos em Especialização em políticas públicas. Curso organização pela EPSJV/Fiocruz para PALOP, realizado em cinco módulos, em Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Moçambique e Brasil.

Em relação à formação de recursos técnicos, foram realizadas as seguintes ações:

Quadro 6-2 - Iniciativas de apoio à Educação e formação de técnicos em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Participação no desenho do programa de cooperação entre União Europeia, OMS e PALOPs para o desenvolvimento de plano diretor de recursos humanos em saúde; • Assessoria para formação de recursos humanos técnicos em saúde em Angola, Moçambique, Argentina, Bolívia, Honduras, Paraguai, Uruguai; • Apoio aos Ministérios da Saúde de Angola, Moçambique, Cabo Verde e Guiné-Bissau, para re-estruturação de Escolas Técnicas de Saúde, implantação de cursos de formação pós-secundária e desenvolvimento de competências na área de gestão acadêmica (no âmbito da Rede de Educação de Técnicos de Saúde CPLP); • Capacitação de profissionais de atenção primária dos cinco maiores centros de saúde de Luanda (no âmbito do Projeto de Fortalecimento do Sistema de Saúde de Angola – PROFORSA).

Também constaram cursos de capacitação e treinamento variados, como de capacitação para o manejo clínico da Tuberculose e Assessoria para o combate ao HIV/AIDS.

No âmbito do TC 41, este eixo obteve atenção privilegiada. A formação e desenvolvimento dos recursos humanos foram identificados como um dos principais gargalos ao desenvolvimento da saúde nas regiões atendidas. O enfoque no treinamento e formação de recursos humanos em saúde deu prosseguimento a uma tendência de gestão apoiada pela Opas, em suas relações com os países americanos, identificada a partir da década de 1970, como nos mostram Pires-Alves e outros (PIRES-ALVES, PAIVA, *et al.*, 2010; PIRES-ALVES e PAIVA, 2006).

Destaca-se, para além dos cursos de formação mais tradicionais, citados anteriormente, a promoção de cursos nacionais que buscaram promover uma perspectiva *intersectorial e internacional* da saúde. Foram cursos de ensino à distância, especialização ou mestrado, em Direito Sanitário voltado a membros do Ministério Público; Saúde Global e Diplomacia da Saúde; Desenvolvimento e políticas públicas; Bioética em Saúde. Estes cursos foram todos implementados com participação efetiva e direta de unidades da Fiocruz¹¹⁴, e, em alguns casos, em parceria com instituições de pesquisa e ensino nacionais, incluindo Universidades Nacionais.

No âmbito de uma análise co-producionista entre ciência e sociedade, estas iniciativas podem ser percebidas como configurando um projeto de institucionalizar, no âmbito das estruturas nacionais, instituições de pensamento e promoção da saúde enquanto elemento estratégico e inter-setorial, fortalecendo um corpo de instituições que conferirão suporte à continuidade da cooperação internacional brasileira. Neste sentido, promove-se um determinado modelo de *cognição* das relações entre política e saúde, que se volta a discutir novas áreas de atuação, que são abarcadas pelo projeto de cooperação internacional desenhado no período em análise.

Sob esta perspectiva, é possível destacar este importante desdobramento da estratégia de saúde internacional: para além das estruturas físicas, a cooperação também atua na difusão de imaginários da saúde, inscritos especialmente nos cursos de formação de gestores, que irão compor o quadro dos Institutos de Saúde. No Brasil, estabelecem-se os

¹¹⁴ Com exceção do “Curso Presencial para Formação de Lideranças de Elevada Qualificação no Campo da Educação nas Profissões de Saúde”, que não contou com a participação da Fiocruz, mas foi implementado pelo Instituto Regional de Educação Médica – FAIMER-Brasil em cooperação com o Ministério da Saúde.

cursos que priorizam uma abordagem de gestão desta estrutura internacional, enquanto nos países atendidos, os cursos formados se orientam à condução de uma perspectiva nacional. Constrói-se, através destes projetos, uma estrutura de sustentação de um sistema internacional, no qual o Brasil é percebido como pensador e potencial gestor deste sistema de amplo alcance, configurado pela difusão e conformação *prática* – na medida em que sustentada por instituições físicas de formação de Recursos Humanos - da perspectiva dos Sistemas Nacionais de Saúde.

6.2.2. A atuação e promoção de Redes Internacionais em Saúde

Um segundo eixo de ação na cooperação internacional brasileira foi a promoção de Redes Internacionais em Saúde. Estas redes, de maneira geral, se associaram ao objetivo de fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde, ou estiveram voltadas a uma atuação no âmbito da integração regional, ou mesmo direcionadas à difusão de práticas de saúde gestadas no Brasil a outras localidades.

Vale ressaltar que a Fiocruz possui uma longa história de participação em redes colaborativas internacionais, geralmente voltadas à área de pesquisa, que, em sua maioria, não compõem o quadro de análise da cooperação brasileira em saúde do presente trabalho¹¹⁵. No âmbito da cooperação internacional promovida pelo Brasil a partir de 2000, destacaram-se redes que estiveram sob coordenação da Fiocruz, nas quais as unidades da Fundação desempenharam funções-chave para sua manutenção e difusão entre distintos países. Estas foram qualificadas pelo CRIS/Fiocruz como “redes colaborativas estruturantes em saúde”, tendo o desenvolvimento como “*objeto e ferramenta da cooperação, visando abordagens interprogramáticas e interação entre os países*” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013).

Dentre as iniciativas promovidas pela Fiocruz, constam:

¹¹⁵ Dentre as Redes Internacionais que a Fiocruz integra, constam a Rede de Investigação em Saúde Cone Sul, AMSUD-Pasteur, Rede internacional para estudos de ecologia, comportamento, biologia, genética (ECLAT), Rede Internacional de Técnicos em Saúde (RETS), Rede IberoAmericana de Ciência e Tecnologia para Desenvolvimento (CYTED), DCVMN (Developing Countries Vaccine Manufacturers Network), GAVI (Global Alliance for Vaccine Immunization), Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi) e I Reunião Geral da Associação Internacional dos Institutos de Saúde Pública (IANPHI) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2007).

- i) **A Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano (Rede BLH)**, coordenada pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), que divulga a experiência bem-sucedida da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Esta rede deriva de tecnologia desenvolvida nacionalmente, pelo IFF/Fiocruz, envolvendo coleta, armazenamento e disponibilização de leite materno a lactentes. A tecnologia, em que o Brasil é pioneiro, promove um modelo de alimentação infantil que compete com a bem estabilizada indústria mundial de leite em pó para bebês, e busca reverter um quadro de mortalidade e morbidade infantil e neonatal. De acordo com seu coordenador, os principais elementos de sustentação da Rede são a translação de conhecimento e a atuação em rede, tornando possível a compatibilização de elevado nível técnico com baixo custo operacional no atendimento às demandas da sociedade (ALMEIDA, 2008). A Rede Ibero-Americana foi aprovada em novembro de 2007, na XVII Reunião de Cúpula Iberoamericana de Chefes de Estado e de Governo, e em 2008, passou a incluir os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).
- ii) **A Rede de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)**, sob coordenação executiva da Escola Politécnica de Saúde Jorge Venâncio (EPSJV/Fiocruz), contando com a participação de 110 instituições de saúde, de 22 países. A Rede objetiva o fortalecimento institucional das estruturas de formação e aprimoramento dos recursos humanos de nível técnico em saúde. A RETS consiste em um projeto mais antigo: foi criada em 1996, tendo como Secretaria Executiva a Escola de Saúde Pública da Costa Rica; desativada em 2001 e reativada em 2005, com a transferência da Secretaria Executiva para a EPSJV/Fiocruz. Ela abriga duas sub-redes: a RETS-CPLP e a RETS-UNASUL.
- iii) **A Rede de Institutos Nacionais em Saúde (RINS)**, criada em 2010, sob coordenação do CRIS/Fiocruz, e atua no suporte ao fortalecimento e à criação de institutos nacionais de saúde, por meio de apoio à formação, aprimoramento e capacitação de recursos humanos, em biomedicina e saúde pública.

- iv) A **Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública (RESP)**, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) desde 2011. A Rede estabelece interações entre as Escolas de Saúde Pública na América Latina e auxilia no desenvolvimento de instituições nos países africanos. A rede busca mapear as instituições e cursos de pós-graduação em Saúde Pública na América do Sul, dando suporte a uma gestão compartilhada da RESP.
- v) A **Rede Pan-Amazônia de CT&I em Saúde**, criada em 2007, e integrada pela Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA); Associação de Universidades Amazônicas (UNAMAZ); Opas e Fiocruz, voltada à busca de soluções a problemas sanitários da região.
- vi) A **Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde para a Malária (RIDES/Malária)**, no âmbito da CPLP, criada em 2008. A Rede é coordenada pelo Departamento de Malária do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) desde 2013 (ROCHA, 2016).

O TC 41, de maneira mais ampla, cita o apoio a uma diversidade de outras Redes internacionais em saúde, especialmente nas Redes existentes que congregam países da América do Sul e Central e da África de Língua Portuguesa. Destaca-se o apoio às redes listadas no quadro 6.3, a seguir:

Quadro 6-3 - - Redes apoiadas pelos recursos e ações do TC 41

- **Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA)**, existente desde 1996, como base de informações da saúde nacional, implementada com apoio da OPAS, e o projeto *RIPSA Internacional*, objetivando a troca de experiências com relevância pra a saúde global e mapeamento de oportunidades de cooperação técnica;
- **Rede dos Cursos CADRHU/CIRHUS** voltada ao fortalecimento de capacidades de liderança nacional em saúde na região andina (contemplando Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela);
- **Rede Atenção à Saúde do Trabalhador da Saúde**
- **Rede ePORTUGUESe**, plataforma da OMS para melhorar o acesso de informações em saúde no idioma português;
- **Rede Consumo Seguro e Saúde nas Américas**, a cargo da Anvisa, para capacitação de agentes técnicos e autoridades.
- **Redes RETS, RINS, RESP, Pan-Amazônica de CT&I em Saúde**, apresentadas acima.
- **Rede Sul-Americana de Cooperação Técnica em Saúde e Oficina de Relações Internacionais (Redessul-Oris)**, no âmbito da União das Nações Sul Americanas (UNASUL). A Rede consiste em uma proposta de fortalecimento da cooperação intrarregional em saúde empreendida pelos Ministérios de Saúde dos países do bloco regional, como parte de estratégia de fortalecimento da atuação dos Ministérios da Saúde no desempenho destas funções por meio da cooperação internacional.

O TC 41 também procedeu à criação das seguintes redes:

Quadro 6-4 - Redes criadas no âmbito do TC 41

- **Rede Saúde e Diplomacia**, para disseminar o uso de ferramentas de construção de conhecimento e relacionamentos em comunidades, e estimular a cooperação técnica em saúde entre países;
- **Rede ObservaRH**, promovendo maior compartilhamento entre observatórios de Recursos Humanos em saúde entre os países.

No âmbito da promoção de Redes, identifica-se um reforço à estratégia da cooperação internacional e a seus diversos eixos. É possível perceber um papel destacado da Fiocruz em várias destas redes, como por exemplo, nas Redes RETS, RINS e RESP¹¹⁶, orientadas a uma cooperação regional sul-americana em saúde. Estas redes reforçam a abordagem dos Sistemas Nacionais de Saúde por meio de integração dos Institutos de Saúde

¹¹⁶ Estas redes fazem parte do bloco regional União Nacional dos Países do Sul (UNASUL). formado em 2009, reunindo os doze países do continente sul-americano. A Unasul será mais detidamente apresentada adiante.

dos países-membros da UNASUL (RINS) e da formação em saúde, tanto em Escolas de Saúde Pública como em Escolas Técnicas (RETS e RESP). Neste sentido, a coordenação destas redes pela Fiocruz é digna de nota, na medida em que reforça um protagonismo da instituição brasileira na condução e fortalecimento destas Redes, que se alia ao fato da Fiocruz ser a maior instituição em saúde da América Latina.

A atuação em redes, por outro lado, também representa uma estratégia de internacionalização das atividades pactuadas no âmbito do TC 41, estabelecidas pelos seus três atores: governo federal brasileiro, OPAS e Fiocruz. A internacionalização é atingida pelo próprio formato em redes, nos quais a Fiocruz conquista maior alcance junto a outros atores-chave das políticas de saúde latino-americanas e de países africanos de língua portuguesa. Também promove um movimento de padronização, à medida que as Redes configuram espaços de trocas de conhecimento e experiências, ensino de boas práticas e, em diversos casos, fortalecimento de instituições estrangeiras de acordo com a experiência ou diretrizes da Fiocruz junto à OPAS.

6.2.3. Participação no âmbito de iniciativas de integração regional

Um terceiro eixo de ação identificado é a participação relacionada à saúde em distintos formatos de integração, regional ou cultural. A Fiocruz, enquanto instituição nacional de saúde, passou a integrar ações e programas amplos de ação no âmbito de blocos de integração política. Sua atuação se destacou em duas iniciativas de integração, notadamente congregando países latino-americanos e africanos de língua portuguesa: a UNASUL e a CPLP. No âmbito destes blocos, a Fiocruz desempenhou diversas iniciativas voltadas ao fortalecimento de Sistemas de Saúde, por meio de ações em Redes ou apoio à elaboração de Planejamentos Estratégicos.

6.2.3.1. A UNASUL-Saúde

Em 2008, foi assinado o Tratado Constitutivo da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL)¹¹⁷, contemplando 12 países da América do Sul, com o objetivo de promover a articulação cultural, social, econômica e política entre seus membros. Em dezembro deste mesmo ano, o bloco estabeleceu o Conselho de Saúde Sul-Americano (CCS, ou UNASUL-Saúde), como instância permanente da UNASUL, formada por Ministros de saúde dos países membros. O CCS deveria funcionar como

*“espaço de integração em saúde, incorporando os esforços e os avanços de outros mecanismos de integração regional (...) para promover **políticas comuns e atividades coordenadas** entre os países membros. É também um **órgão de consulta e consenso** em matéria de saúde, que busca se aprofundar em temas relevantes e fortalecer as políticas públicas destinadas a melhorar as condições de vida dos habitantes do continente sul-americano”* (ISAGS, 2016, grifos meus).

A UNASUL-Saúde é percebida como fórum internacional de substantiva relevância no contexto das relações regionais em saúde¹¹⁸, configurando um espaço ativo de cooperação técnica internacional entre os países da América Latina, implementada por meio das seguintes Redes colaborativas: as Redes RETS, RINS e RESP, (apresentadas acima, nas quais a Fiocruz possui um papel central de coordenação); a Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer (RINC); a Rede de Gestão de Riscos de Desastre; e a Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde (Redessul-ORIS). Estas Redes são compostas por Institutos Nacionais de Saúde (INSSs), que participem do sistema de saúde por meio de atividades de pesquisa e desenvolvimento e formação profissional¹¹⁹ (ISAGS, INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2016).

¹¹⁷ A UNASUL foi criada em 23 de maio de 2008, em Brasília, com o objetivo de propiciar a integração entre países sul-americanos. O novo bloco integrou países-membro do Mercosul e da Comunidade Andina. Seus 12 membros são Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

¹¹⁸ De acordo com entrevistas, a saúde foi uma das áreas que mais obteve avanços em integração no âmbito da UNASUL, junto à cooperação na área jurídica

¹¹⁹ Identifica-se, neste formato, novamente o reforço da atuação dos INSSs nos processos de cooperação internacional, a semelhança da cooperação empreendida pelos atores da cooperação brasileira. Cabe ressaltar, a este respeito, que a Fiocruz foi uma instituição importante para a conformação da UNASUL-Saúde.

Em 2010, foi criado o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), organismo intergovernamental de caráter público, vinculado ao CCS, para a realização de estudos e debate de políticas públicas voltados à promoção da governança e liderança em saúde nos países do grupo. O ISAGS foi apoiado pelo TC 41, e sua sede fica na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Para o período 2010-2015, a UNASUL-Saúde estabeleceu cinco linhas de ação, para as quais foi determinada a criação de Grupos Técnicos de trabalho¹²⁰: i) a criação de uma Rede supranacional de vigilância e resposta em saúde, resultante da articulação de redes de vigilância em saúde dos Estados-membros, de acordo com orientações do Regulamento Sanitário Internacional; ii) o desenvolvimento de Sistemas Universais de Saúde nos países-membros, pautados no ideal de direito intrínseco à saúde dos cidadãos, e prevendo a criação de mecanismo de monitoramento e avaliação da democratização; iii) elaboração de política sul-americana de acesso universal a medicamentos, promovendo a produção e uso de genéricos, além de política de preços que reduza barreiras relativas a direitos de propriedade intelectual e falta de incentivo à inovação e desenvolvimento de novos medicamentos; iv) promoção da saúde e ação sobre seus determinantes sociais; e, finalmente, v) desenvolvimento de gestão de recursos humanos (ISAGS, INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2016).

A partir da estrutura de cooperação estabelecida pela UNASUL-Saúde, é possível perceber um esforço político de integração das políticas de saúde e a promoção da cooperação internacional entre os países-membros, com um papel protagonista dos governos e de Institutos nacionais de saúde e de formação de Recursos Humanos em Saúde. Além disso, destaca-se uma abordagem universalizante da saúde, fomentadora de Sistemas Universais de saúde e de acesso universal a medicamentos, com uma perspectiva baseada nos determinantes sociais da saúde.

Percebe-se ainda que alguns objetivos da Unasul-Saúde se aproximam das atividades desempenhadas pela cooperação internacional em saúde brasileira, ou mesmo seguem estruturas semelhantes às existentes no Sistema Nacional de Saúde, quais sejam: a promoção de Sistemas Universais de Saúde (linha de ação ii); a promoção do uso de genéricos (linha de ação iii), também característica da política de países em desenvolvimento, como

¹²⁰ De acordo com o site da instituição, os Grupos Técnicos são “encarregados de analisar, elaborar, preparar e desenvolver propostas, planos e projetos que contribuam para a integração sul-americana em saúde” (ISAGS, INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE, 2016).

Índia e Brasil; a perspectiva dos “Determinantes sociais da saúde” (linha de ação iv); e o Desenvolvimento de gestão de recursos humanos (linha de ação v). Identifica-se, neste sentido, uma sinergia entre os objetivos brasileiros e da UNASUL-Saúde.

6.2.3.2. *Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)*

No contexto da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, composta por 9 países - Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste - a integração em saúde também foi enfatizada. Em 2008, ocorreu a I Reunião de Ministros de Saúde da CPLP, que estabeleceu o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS-CPLP) para o período 2009-2012. O PECS teve como objetivo reforçar os sistemas de saúde de seus Estados-membros, de forma a garantir o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade. Brasil e Portugal proveram financiamento à iniciativa, no valor de 200 mil dólares e 200 mil Euros, respectivamente (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2010).

O documento deste plano estratégico foi inicialmente formulado pela Fiocruz e Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), de Portugal, e posteriormente discutido com representantes dos demais países-membros. O documento final apontou para objetivos principais na promoção da cooperação em saúde entre países do bloco, a serem majoritariamente conduzidos pelos institutos brasileiro e português¹²¹. Indica-se, assim, uma presença central dos INS de Brasil e Portugal na condução da cooperação internacional em saúde entre os países do bloco.

Como aponta o Relatório de Gestão da AISA/MS (2009), a assessoria ministerial também tem buscado participar da condução da saúde no âmbito da CPLP, e para este fim, foi criado o Grupo Técnico de Saúde da CPLP no âmbito do DPROJ, em 2009.

¹²¹ Dentre os 13 objetivos listados no Documento do PECS/CPLP, apenas um projeto ficou a cargo do Ministério da Saúde de Angola, um a cargo da OMS e um terceiro a cargo do Secretariado Executivo da CPLP. Os demais ficaram sob responsabilidade da Fiocruz e IHMT. Os objetivos do PECS se dividiram entre os seguintes eixos temáticos : i) Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos; ii) Informação e Comunicação em Saúde; iii) Investigação em Saúde; iv) Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde; v) Vigilância Epidemiológica e Monitoração da Situação de Saúde; vi) Emergências e Desastres Naturais; vii) Promoção e Proteção da Saúde.

6.2.3.3. *Mercosul*

Iniciativas de integração em saúde também existem no Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), iniciadas em período anterior ao analisado. No Brasil, essas iniciativas estiveram a cargo da AISA/MS. O Mercosul possui dois foros para tratar de temas de saúde, a semelhança de foros estabelecidos para vários outros temas de interesse do bloco: um Subgrupo de Trabalho, nº 11 (SGT 11) e uma Reunião anual dos Ministros da Saúde. O SGT é órgão técnico de caráter deliberativo, que centraliza o tratamento de questões referentes à harmonização das legislações nacionais em matéria de regulação da saúde e compatibilização dos sistemas de controle sanitário na região. Os dois foros trabalham em sintonia, e formalizam propostas que são elevadas para os órgãos decisórios do Bloco.

No contexto das ações nacionais em saúde para o Mercosul, destacaram-se algumas iniciativas no período em análise. Em 2015, o Brasil ocupou a Presidência Pró-Tempore do Mercosul, e apresentou a promoção da saúde como um tema fundamental da agenda regional. Além disso, dentre as atividades apoiadas pelo TC 58, consta o acompanhamento à implementação e manutenção o Site “Mercosul-Saúde”, como espaço virtual para reunir dados e relatórios acerca das atividades em saúde do bloco, reuniões e eventos. A criação do espaço virtual reflete uma das formas de ação promovidas pela Opas na configuração de maior acessibilidade a informações da cooperação, tornando-a mais efetiva.

Além disso, deu-se início à implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica comum ao Bloco, o VIGISAS, seguindo o modelo de vigilância epidemiológica brasileiro. Foi também estabelecido o Observatório Mercosul de Políticas e Sistemas de Saúde, como um dos primeiros projetos de gestão conjunta do Mercosul Saúde, com o propósito de contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas e políticas de saúde do bloco (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).

6.2.4. Exportação de insumos de saúde

A cooperação brasileira também tem participado do fornecimento internacional de vacinas contra diversas doenças. Neste eixo de ação, nota-se uma frente coordenada pela AISA/MS, voltada à doação de tratamento para a AIDS/HIV, mais antiga; e, mais recentemente, a participação da Fiocruz, na exportação de vacinas para doenças endêmicas na África e América Latina. É importante ressaltar que as *doações* consistem em ações coordenadas pela AISA, enquanto a Fiocruz *revende* suas vacinas, a um preço abaixo do encontrado no mercado internacional.

O protagonismo da AISA na doação de insumos de saúde pode parecer paradoxal, uma vez que a Fiocruz é um dos principais produtores nacionais de insumos, e tem tomado a dianteira em diversos eixos da atuação internacional. Entretanto, esse arranjo é explicado pelo fato da doação de medicamentos ser um tema sensível na estrutura política nacional, necessitando de aprovação de diversos órgãos, incluindo o Ministério da Saúde, que deve declarar que o país possui produção acima do consumo nacional, e Ministério das Relações Exteriores, que deve declarar que as doações estão de acordo com as orientações da política externa nacional (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

6.2.4.1. *Iniciativa Laços Sul-Sul*

A Rede Laços Sul-Sul é uma rede de cooperação para enfrentar a epidemia de AIDS, composta pelos governos do Brasil, Bolívia, Cabo Verde, Guiné Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste, e tem como parceiros a Unaid, UNICEF, UNFPA e o Centro Internacional para a Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT)¹²². A iniciativa foi lançada pelo Brasil em 2004, como o objetivo de promover o acesso universal, a prevenção, o tratamento e cuidados na área de HIV e AIDS, mobilizar a sociedade e criar um ambiente de apoio para diminuir o estigma associado à questão e aumentar a eficácia das ações implementadas nos países participantes. A Rede promove o compartilhamento de experiências na resposta ao HIV entre países, e prevê um compromisso comum para assegurar o acesso universal à prevenção, ao tratamento do HIV/Aids e assistência (UNICEF, 2008).

¹²² O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT) foi um centro criado em parceria entre o governo federal e a UNAIDS para o combate à AIDS através da cooperação Sul-Sul. Este centro era encarregado de gerenciar as atividades da iniciativa, sendo fundamental para a cooperação em AIDS entre os anos 2005-2010, quando foi extinto.

A origem da Rede remonta ao “Programa de Cooperação Internacional”, gestado no segundo governo de Fernando Henrique Cardoso. Por este Programa o Brasil lançou um edital internacional para a doação de antirretrovirais. A iniciativa foi posteriormente transformada no Laços-Sul-Sul, com a entrada de novos países¹²³. Em 2004, acordou-se que os objetivos deveriam ir além do acesso ao tratamento e distribuição dos medicamentos antirretrovirais, incluindo contínuo intercâmbio entre os países com enfoque no acesso universal à prevenção, ao tratamento e à assistência em HIV/AIDS, por meio de mecanismos como o desenvolvimento de capacidades, o fortalecimento da sociedade civil, direitos humanos e a mobilização dos jovens.

Esta iniciativa representou a consolidação do modelo brasileiro de atenção universal à AIDS no cenário internacional, obtendo respaldo das agências da ONU. Por meio da iniciativa, o governo brasileiro se comprometeu a fornecer gratuitamente medicamentos antirretrovirais fabricados no Brasil aos países-membros, enviar consultores para atividades de prevenção e tratamento, e fornecer assistência a outros países, enquanto os demais países se comprometeram a fortalecer seus programas nacionais de HIV por meio da cooperação com o Brasil, demais países membros, UNICEF e outras agências das Nações Unidas (UNICEF, 2008).

6.2.4.2. *Exportações da Fiocruz*

A ação da Fiocruz na exportação de insumos tornou-se significativa a partir de 2007, em atendimento a uma chamada internacional aberta pela Organização Mundial da Saúde em 2006, diante da crise mundial no fornecimento de vacinas contra a meningite meningocócica A e C. O destino principal destas vacinas é o ‘cinturão da meningite’, que cobre toda a área central da África, com 300 milhões de pessoas (THORSTEINDÓTTIR e SÁENZ, 2012).

Os laboratórios internacionais que forneciam a vacina encerraram sua produção. Para suprir o fornecimento, a OMS lançou uma chamada, que foi respondida por Brasil e Cuba. A produção foi realizada pelos Institutos de Tecnologia em Imunobiológicos da Fiocruz (Bio-Manguinhos) e o Instituto Finlay de Cuba. Os institutos públicos estabeleceram acordo de produção compartilhada para uma produção emergencial desta vacina

¹²³ Os custos da doação foram considerados como pequenos para o Brasil, uma vez que o país já detém a capacidade de produção de insumos, e a população dos países atendidos é pequena (dados de entrevista).

(FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008). Foram fornecidas mais de 19 milhões de doses, distribuídas por meio da OMS, Uniced, Médicos sem Fronteiras, Cruz Vermelha, entre outras agências e organizações. As vacinas brasileiras e cubanas apresentaram um preço bastante acessível em relação ao mercado internacional: US\$ 0,95 contra US\$ 15 a US\$ 20 (THORSTEINDÓTTIR e SÁENZ, 2012). A pedido da UNICEF, a Fiocruz também exportou dezenas de milhões de doses de vacina contra febre amarela para países da África e América Latina em anos posteriores (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008).

Essas ações, no atendimento a situações de crise de fornecimento mundial, demonstram o uso da capacidade produtiva da Fiocruz para ampliar sua participação na saúde global, consolidando-se como potencial fornecedor de vacinas a diferentes partes do mundo. Refletem mais uma esfera de participação de temas de saúde global na qual a Fiocruz tem buscado se inserir, diante do espaço aberto pela queda da produção por parte de laboratórios privados que tradicionalmente forneciam estes insumos. Essa atuação ocorre em associação com agências internacionais de cooperação que atuam na área da saúde internacional, como a OMS e a Unicef, e indica o crescimento da participação de laboratórios públicos em um cenário essencialmente dominado por laboratórios privados.

6.2.5. Participação em foros internacionais

O último eixo central identificado nas ações de cooperação internacional em saúde consiste na participação em foros internacionais relacionados à saúde. Este eixo consiste na promoção de uma atuação mais destacada do Brasil em foros internacionais multilaterais, não regionais, tendo como base os avanços do país na área da saúde. A intenção de conferir ao Brasil a capacidade de integrar tais espaços consolidados, voltados a debates e negociações sobre temas de governança internacional, em uma posição de maior participação e relevância, aparece expressa nos objetivos estabelecidos pelo Termo de Cooperação nº 58 (TC 58). Esta atuação e o desenvolvimento de ações para seu fortalecimento são relegados à AISA/MS, o que confere a esta estrutura interna do MS um papel marcante na representação do governo em foros multilaterais e na sustentação da política internacional brasileira em saúde. O objetivo expresso pelo TC 58 foi de ampliar e fortalecer a liderança política da saúde brasileira no cenário internacional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

6.2.5.1. Trabalho de coordenação nacional

A AISA desenvolve uma variedade de ações internas de apoio ao acompanhamento de temas internacionais de saúde. Estas iniciativas representam um esforço de capacitação nacional para organização, difusão de informações e elaboração de estratégias voltadas à implementação dos acordos internacionais firmados, que geralmente envolvem múltiplos agentes nacionais, de diferentes Ministérios e subdivisões. Não obstante, também configuram uma preparação nacional para a participação em debates e fóruns vindouros sobre os temas abordados e compromissos internacionais assumidos, na medida em que permitem à AISA obter informações relativas às capacidades e experiência de diferentes grupos de trabalho em temas de saúde.

6.2.5.2. Promoção de novos acordos e foros em saúde

Declaração Ministerial de Oslo

A Declaração de Oslo consiste em um acordo firmado em 2007 pelo Ministério de Relações Exteriores brasileiro junto a seis outros países – Noruega, França, Indonésia, Senegal, África do Sul e Tailândia. O compromisso estabeleceu uma “Agenda para a Ação” com dez pontos, tendo como objetivo situar a saúde global como um tema central e fundamental da política externa dos países. Dentre os pontos temáticos levantados no acordo, destaca-se a questão da flexibilidade do Acordo Trips de proteção da Propriedade Intelectual para a produção de medicamentos genéricos, consoante com compromisso firmado na Declaração de Doha de 2001.

Este acordo precede os trabalhos do TC 58, mas tem consequências para um maior protagonismo do Ministério da Saúde em temas internacionais, na medida em que reforça o compromisso brasileiro com a temática da saúde global, estabelecido junto a variados países com peso relativo médio no cenário internacional. Denota, neste sentido, um esforço de aproximação com países não centrais para a promoção da saúde como tema fundamental das relações internacionais. A proposição, estabelecida por fora dos foros internacionais centrais, pode ser vista como uma forma do Brasil e demais países signatários em estabelecer uma posição de pioneirismo nas ações em saúde global, que se alia às ações em saúde já em curso na política internacional brasileira.

BRICS

A saúde também passou a ser um tema central do diálogo entre os BRICS, grupo de países que congrega Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul. A partir de 2011, ocorrem quatro reuniões dos Ministros da Saúde dos BRICS, refletindo o desenvolvimento de uma agenda comum em saúde e com o objetivo de promover o BRICS como um fórum de coordenação, cooperação e consulta em assuntos relevantes relacionados à saúde pública global. Dentre os temas levantados nestes encontros, apontou-se para a importância da promoção de formatos de cooperação Sul-Sul e triangulada, do fortalecimento de sistemas de saúde e superação de problemas de acesso a produtos médicos, e reconheceu-se a importância da promoção da inovação e acesso a tecnologias de saúde (BUSS, FERREIRA e HOIRISH, 2014).

6.2.5.3. Ampliação da Participação brasileira em foros multilaterais consolidados

OMS

Dentre as atividades desempenhadas pela AISA, foi conferido destaque ao objetivo de fortalecer a participação brasileira no processo de reforma da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹²⁴.

OPAS

No tocante à Opas, diversas atividades de participação do Brasil nas Reuniões de Grupos Consultivos e nas Sessões do Conselho Executivo denotam uma participação efetiva e contínua na Organização Pan-Americana.

OCDE

O Brasil buscou ampliar sua participação em foros internacionais dos quais não é membro, como é o caso da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹²⁵. A organização tem promovido debates sobre a cooperação Sul-Sul e a área da

¹²⁴ O processo de Reforma da organização tem uma gênese mais antiga, podendo-se traçar o tema da reforma há três décadas. Para uma retomada deste tópico, sugere-se o trabalho de Ventura e Perez (2014).

¹²⁵ A OCDE é composta por 34 países membros, contando com os países mais ricos do mundo, sendo uma organização poderosa em termos econômicos. A OCDE também é uma das organizações mais proeminentes na

saúde, dos quais o Brasil buscou participar, por meio de um processo de *enhanced engagement*, que representa um movimento de aproximação e incorporação do país nos debates e discussões da Organização¹²⁶.

6.2.6. Outras atividades

Para além dos cinco eixos apresentados, identificam-se outras atividades de cooperação brasileira. No contexto do TC 58, identifica-se um trabalho de reorganização das atividades de cooperação, contemplando o mapeamento e levantamento de parcerias e atividades pré-existentes. Há um notável esforço de ordenamento do conjunto de atividades esparsas e identificação de espaços mais promissores para uma atuação do Brasil em temas internacionais. Neste sentido, foram implementadas diversas ferramentas para uma acompanhamento mais efetivo e facilitado da cooperação em saúde. É o caso do Sistema de Acompanhamento de projetos e ações de Cooperação Internacional (SISCOOP), implementado pela AISA/MS, como plataforma virtual de acompanhamento de todas as ações cooperativas em saúde, pelos variados agentes executores.

Algumas atividades dão sustentação ao objetivo de novas parcerias estratégicas, associado ao desenvolvimento das políticas traçadas para a saúde em âmbito nacional, como o fortalecimento do Complexo Industrial de Saúde. Neste sentido, foram empreendidos seminários sobre o setor da saúde no país e oportunidades de negócios, junto a empresas do setor privado.

De outra forma, o país também promoveu capacitação em variadas áreas a outros países, incluindo tecnologias para os Bancos de Leite humano, capacitação das instituições de saúde para o atendimento a mulheres e adolescentes vítimas de violência baseada em gênero, e cursos para agentes nacionais relacionados à capacitação monitoria e avaliação de projetos de cooperação. Além destes, identificam-se os variados projetos de cooperação técnica e assistência humanitária oferecidos a países latino-americanos e africanos, e à Comunidade de

cooperação internacional para o desenvolvimento, por meio de seu Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD-OCDE).

¹²⁶ O processo de *enhanced engagement* é definido pela Organização como um formato para avançar o relacionamento com cinco parceiros-chave: Brasil, China, Índia, Indonésia e África do Sul. O programa promove a participação direta e ativa desses países em diferentes frentes de trabalho da OCDE, contemplando: a participação em comissões da OCDE, levantamentos de dados econômicos (*surveys*) regulares, a adesão a instrumentos da OCDE, a integração aos sistemas de informação e estatística da OCDE, e avaliação pelos pares específica a determinados setores (OCDE, 2016).

Países de Língua Portuguesa. Destaca-se um amplo programa de apoio ao Haiti, instalado em 2010, após o terremoto de largas proporções no país.

Uma iniciativa considerada “prioridade máxima” do Ministério da Saúde e do governo brasileiro a partir de 2013 foi o Programa Mais Médicos, parceria entre os governos brasileiro e cubano e a OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014). O Programa consiste na atuação de médicos estrangeiros e cubanos no país, com o intuito de melhorar o acesso ao atendimento médico em regiões de periferia das grandes cidades e municípios do interior do país onde faltam profissionais. Além disso, são previstas as aberturas de vagas de medicina e construções de unidades de saúde. O projeto em questão foi alvo de intensa controvérsia nacional na ocasião de sua implementação¹²⁷. Não obstante sua centralidade declarada nos objetivos da política de saúde nacional, e reforçada em entrevista com atores chave, este projeto aparece como um contraponto a uma tendência brasileira de prover cooperação a outros países, na medida em que o país passa a ser receptor de recursos humanos em saúde, no âmbito de uma política externa em saúde cubana bastante consolidada e identificada nas relações de Cuba com outros países¹²⁸.

CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Este capítulo apresentou um quadro geral das práticas da cooperação internacional em saúde no período 2000 a 2015. A análise das ações empreendidas permitiu identificar cinco eixos centrais da política brasileira que integraram uma estratégia comum estabelecida pelos atores envolvidos na cooperação brasileira internacional em saúde.

No âmbito de uma concepção horizontal e estruturante, um dos objetivos centrais foi o fortalecimento de Sistemas Nacionais de Saúde. Apesar da abordagem estruturante só ter sido formalizada em 2010, é possível identificar elementos congruentes com a mesma em projetos de cooperação postos em prática pela Fiocruz no período anterior. Neste sentido, é possível argumentar que a abordagem estruturante foi sendo gestada ao longo do tempo, de acordo com alguns projetos colocados em marcha, em consonância com as orientações de políticas nacionais mais amplas.

¹²⁷ Conferir (OLIVEIRA, VANNI, *et al.*, 2015), e uma ampla variedade de notícias sobre o programa.

¹²⁸ Este tema merece, por si só, maior exploração, que fogem ao escopo de análise deste trabalho. No entanto, vale mencioná-lo, devido à centralidade com que é apresentado no âmbito da OPAS e em documentos oficiais do governo brasileiro.

Outro aspecto fundamental foi o fortalecimento da atuação brasileira em foros internacionais, situando a saúde como espaço central desta participação. Nos casos que serão apresentados, o Brasil buscou desempenhar uma posição de liderança e maior capacidade de influenciar rumos da saúde global. Ressalta-se, ainda, um objetivo fundamental de fortalecer a atuação e presença internacional da Fiocruz.

O objetivo de fortalecimento de Sistemas Nacionais de Saúde, eixo primordial da ação brasileira, não é uma perspectiva exclusiva da Fiocruz; ela é consonante com a histórica atuação da OPAS nos países americanos, e encontra respaldo no modelo de gestão da saúde almejado pelo SUS no Brasil, que conta com instituições-chave na condução, formação e provisão de saúde no país. A atuação em Redes, por sua vez, integra parte da estratégia de internacionalização da saúde, tendo a Fiocruz e o Brasil como figuras-chave na coordenação de diversas iniciativas. Estes eixos demonstram a promoção de uma estratégia bastante ampla, gestada pelo conjunto de atores promotores da cooperação brasileira, e que encontra respaldo nas práticas e ações empreendidas.

De outra forma, o fortalecimento de acordos e políticas de saúde em novos grupamentos regionais e culturais, a doação de insumos produzidos pela Fiocruz como resposta à crise de fornecimento mundial de vacinas, e a tentativa de inserção brasileira em foros multilaterais, denotam justamente este desejo de protagonismo brasileiro em variados espaços da saúde global.

A análise do conjunto de ações que integraram a cooperação brasileira em saúde permite identificar os elementos mais tangíveis da disseminação da proposta brasileira em saúde no cenário internacional. Por meio da listagem e descrição do conjunto de atividades, é possível apreender o alcance e os formatos que adquiriam a proposta nacional, gestada em conjunto com outros atores, que representaram tanto um corpo de produção de conhecimentos e insumos para a gestão pública da saúde – Fiocruz – quanto uma estrutura de disseminação de “boas práticas” internacionais para o desenvolvimento – na figura da OPAS. Os projetos de cooperação constituem o resultado prático de um programa gestado por estes três atores em torno de um imaginário comum de saúde pública, a ser difundida no cenário global para o grupo de “países em desenvolvimento”.

De maneira geral, nestas iniciativas, o governo brasileiro e a Fiocruz figuram como agentes centrais para a manutenção das estratégias e redes de cooperação

implementadas. Representam, eles próprios, *centros de cálculo* de uma estratégia mais ampla, a ser coordenada cooperativamente entre diferentes países e atores, para a troca de experiências e conhecimentos em saúde pública. É nesta posição que o país ganha espaço e projeção internacional, no estabelecimento de redes e difusão de formatos cognitivos de saúde pública nos quais demonstra possuir capacidades avançadas e compartilháveis. É neste aspecto que o conhecimento nacional se coloca como instrumento de diplomacia, capaz de auferir crescente influência nacional em debates e temas internacionais.

7. CONCLUSÃO

Os temas em saúde apresentam um terreno fértil para análises sobre a difusão de políticas, imaginários e relações entre ciência, tecnologia e sociedade em geral. Estas relações tornam-se ainda mais afeitas a ressignificações quando ultrapassam fronteiras nacionais, inserindo-se em distintos contextos culturais, políticos e institucionais. Uma compreensão do conhecimento como parte fundamental da sociedade insere novas questões à análise dos fluxos internacionais de projetos em saúde no cenário internacional contemporâneo.

A análise desenvolvida nesta Tese teve como objetivo identificar como se conformou a recente cooperação internacional em saúde brasileira, estabelecendo como hipótese que esta cooperação, integrando um importante instituto de pesquisa nacional, exporta um determinado modelo de gestão em saúde, fortemente ancorado nas capacidades científicas nacionais. Sobre um embasamento teórico construtivista, amparado na perspectiva da co-produção entre ciência e sociedade, buscou-se construir uma narrativa da cooperação internacional brasileira que reconhecesse o papel do conhecimento nacional na condução das iniciativas internacionais. Esta perspectiva compreende que a cooperação internacional deve ser analisada para além de suas práticas e narrativas, levando em consideração os processos cognitivos que acompanham essas práticas.

Para tanto, análise traçou os caminhos políticos e cognitivos pelos quais conhecimentos e experiências nacionais foram difundidos a outros países, sob a promessa de promoção da saúde. O trabalho examinou os aspectos institucionais, cognitivos e as práticas referentes à cooperação internacional brasileira em saúde, de modo a traçar os percursos do conhecimento nacional na cooperação empreendida.

Para compreender a especificidade da cooperação brasileira, foram apresentados os conceitos de imaginários sociotécnicos, voltado a compreensão das relações entre Estado e desenvolvimentos científicos, e de cultura política. De outra forma, para compreender como a cooperação busca promover modelos de ordenamento social a partir de bases cognitivas, apresentou-se o conceito de constitucionalismos. Estes conceitos centrais dialogam entre si, constituindo parte de uma teoria focada nas complexas inter-relações entre cognições sociais prevaletentes e ordenamentos sociais, que são trazidas, pelos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia, à análise das sociedades modernas.

Partindo desta perspectiva, dois conceitos centrais foram desconstruídos ao longo da Tese: a modalidade da cooperação internacional para o desenvolvimento (CID), a partir de sua evolução histórica; e o Estado, a partir de uma perspectiva cultural, em que este ator passa a ser percebido como possuindo padrões culturais de funcionamento, inscritos em seus processos decisórios, tanto formal como informalmente. É bem verdade que a desconstrução histórica da CID é reconhecida em uma variedade de análises sobre a cooperação; entretanto, o Estado nacional costuma ser percebido como uma “caixa-preta”, analisando-se apenas as políticas de cooperação adotada, os fluxos de projetos e financiamento, sem explorar os processos internos que dão forma a estas políticas. Um objetivo central deste trabalho foi o de empreender uma perspectiva cultural das relações entre ciência, tecnologia e sociedade, para abordar a especificidade do Estado brasileiro, de suas estruturas científicas, e das políticas empreendidas para sua difusão, através das práticas de cooperação técnica internacional.

Os conceitos elencados para a análise permitiram abarcar as relações entre ciência e Estado na definição de um projeto nacional de cooperação internacional para o desenvolvimento em saúde. De maneira específica, o conceito de imaginários sociotécnicos buscou explorar o papel do Estado em definir os propósitos das instituições de ciência e produção de insumos de saúde, perpassando a definição de “bens públicos” pela política adotada, tanto quanto do público servido pelos investimentos nacionais. O conceito de cultura política, por sua vez, foi adotado para identificar as especificidades nacionais no projeto encampado pelo governo brasileiro. Por fim, a ideia de constitucionalismos perpassou a análise da cooperação internacional em saúde em um cenário global marcado pela tentativa de fundamentar novos arranjos constitucionais em saúde em âmbito internacional. Em relação a este último conceito, a profunda ligação da cooperação brasileira com a OPAS mostrou-se reveladora de como os projetos e imaginários imbuídos na política de cooperação internacional brasileira foram gestados em sintonia com a perspectiva avançada por esta organização internacional.

Outro conceito fundamental, oriundo dos ESCT, foi o de centros de cálculo. Ao longo do exame da cooperação internacional brasileira, foi possível traçar diferentes núcleos que concentraram *inscrições* e cognições sobre o que foram definidas como “melhores práticas em saúde”, a serem difundidas pela cooperação. Em uma análise histórica, é possível identificar o centro de cálculo de políticas de saúde nas Américas à Repartição Sanitária Pan-Americana, que deu origem, posteriormente, à Organização Pan-Americana de Saúde. Em um

momento posterior, já inscrita na OMS e circundada pela ascensão do conceito de “desenvolvimento” no cenário internacional, a OPAS sofreu novos direcionamentos em suas atividades, configurando, ainda assim, um centro de cálculo que reunia e reproduzia inscrições e entendimentos acerca de projetos de desenvolvimento, que foram difundidos aos países atendidos pela organização. Já no contexto da cooperação internacional brasileira em saúde, o centro de cálculo da proposta brasileira parece ter sido ampliado, congregando, desta vez, para além da OPAS, as estruturas nacionais promotoras da cooperação técnica: Ministério da Saúde e Fiocruz. Este novo centro de cálculo foi alimentado por perspectivas predominantes na OPAS, mas também negociadas com a política de saúde implementada a nível nacional.

A retomada histórica da conformação de estruturas políticas em saúde nacionais revelou aspectos fundamentais de uma perspectiva co-evolucionária entre imaginários, ciência e ordenamento social na área da saúde, específicas ao caso brasileiro. Foi possível perceber como a saúde esteve, desde o início do século XX, fortemente associada à ideia de tamanho da estrutura do Estado, em relação a regiões afastadas dos principais centros urbanos, e em relação ao públicos que seriam atendidos pela saúde pública. Estas redefinições foram objeto de contínuas negociações ao longo do século em questão, e culminaram, após diversos processos e formatos políticos, no modelo contemporâneo, no qual a saúde é apontada como um dever constitucional do Estado brasileiro.

A inserção da saúde como dever do Estado, a ser provida universalmente e gratuitamente, no texto constitucional configurou um importante aspecto da formalização das relações entre Estado e saúde na política brasileira. No entanto, para além dos aspectos *formais* de uma cultura política, Jasanoff (2007) aponta para a necessidade consideração dos elementos *informais*, relacionados à base social e a relações não formalizadas, que definem a capacidade de ajuste às mudanças formais estabelecidas. O reconhecimento dos aspectos culturais não pretendeu definir quais seriam as bases da cultura política nacional, mas apontar para a necessidade de reconhecimento dos aspectos idiossincráticos como parte fundamental da conformação de políticas de ciência e tecnologia.

A análise da conformação da cooperação brasileira internacional permitiu identificar diversos aspectos formais e informais que se mostraram relevantes para compreender os caminhos pelos quais se estabeleceu esta política nacional. No campo formal, identificam-se as orientações expressas nos planejamentos institucionais da Fiocruz e do

Ministério da Saúde, que apontaram para mudanças institucionais voltadas a maior integração entre estas estruturas, tanto quanto para uma maior centralidade à área da saúde no âmbito da política nacional. Dentre os aspectos informais de especial relevância, consta a proximidade entre figuras-chave na definição das políticas de saúde, e o apoio estatal conferido à Fiocruz, permitindo que desempenhasse maior participação nas estratégias em saúde estabelecidas pelo governo no poder.

Ao perseguir o papel do conhecimento nestas relações, o caminho traçado foi o de identificar como as estruturas que formulam o conhecimento em saúde pública afetam determinadas constituições na relação entre Estado e saúde e, mais especificamente, tendo como objeto de análise a cooperação internacional, como os modelos de organização propostos pela CTI brasileira remetem ao corpo de conhecimentos que lhes deu sustentação; como se atêm a um modelo de estruturas de conhecimento em saúde nos moldes daquelas gestadas no contexto nacional.

Ao identificar a Fiocruz como braço executor de uma política de cooperação internacional brasileira, buscou-se perceber em que medida esta cooperação remetia ao corpo de conhecimentos detidos pela Fiocruz; em que medida o conhecimento detido por esta instituição mostrou-se relevante nos projetos de cooperação realizados; em que medida este conhecimento “nacional” foi difundido pela cooperação técnica internacional. O capítulo seis apresentou as práticas envolvidas na cooperação internacional, de modo a comprovar ou refutar a hipótese do estudo. Não obstante, como apresentado no capítulo anterior, essa relação não se limitou ao governo brasileiro e Fiocruz, mas foi balizada pela OPAS.

O embasamento da cooperação internacional gestada entre estes três atores permitiu identificar um imaginário comum, que conformou os projetos de cooperação interinstitucional firmados, tanto quanto os projetos de cooperação estabelecidos por estes atores com outros países em desenvolvimento. Foi possível identificar um projeto de ação baseado em um modelo específico de relações entre Estado e saúde, no qual o Estado é chamado a desempenhar um papel de provisão ampla e gratuita, à semelhança do modelo adotado no contexto brasileiro - o Sistema Único de Saúde. A proposta de organização da saúde foi embasada nos conhecimentos co-produzidos com a consolidação das estruturas de gestão e pesquisa em saúde pública. Neste sentido, estruturas científicas (Fiocruz) e políticas (ligadas ao Ministério da Saúde) nacionais em saúde constituíram dois pilares do modelo de cooperação internacional levado a cabo pelo país, buscando firmar, nos países atendidos,

novos ordenamentos nas relações entre Estado e saúde que reproduzissem o modelo formalmente estabelecido no Brasil.

As práticas de cooperação indicam que este modelo foi perseguido por meio do fortalecimento de instituições-chave da organização em saúde pública: os Institutos Nacionais de Saúde (INSs). Grande parte das práticas implementadas pela cooperação brasileira buscaram fortalecer os INS nos países em desenvolvimento atendidos, cabendo a estas estruturas a função de ponto nodal dos Sistemas Nacionais de Saúde e das Redes internacionais de colaboração em saúde.

O apoio à consolidação dos INSs foi definido de acordo com as experiências e conhecimentos nacionais, especialmente relacionados à e concentrados na Fiocruz. Neste sentido, é possível identificar um aspecto da reprodução do conhecimento nacional na cooperação: a conformação de estruturas que atuam como “repositórios de conhecimento” em saúde pública, que seguem os moldes da atuação da Fiocruz na política de saúde pública nacional recente. Além desta reprodução, também é possível considerar que a Fiocruz passa a deter uma posição de “referência” para grande parte das instituições formadas ou fortalecidas pela cooperação internacional brasileira, o que pode caracterizar um substantivo poder de influência do país nos novos ordenamentos promovidos no cenário internacional.

Outro aspecto da cooperação foi a formação de recursos humanos em saúde. Este eixo também foi conduzido pela Fiocruz, incutindo sua experiência e visão nas estruturas de formação estabelecidas, ou na formação de profissionais estrangeiros. É importante resaltar que o enfoque na formação de recursos humanos obteve substantiva influência da OPAS, e deu seguimento ao modelo de cooperação adotado pela organização internacional nos países latino-americanos na década de 1970.

A análise da cooperação internacional brasileira em saúde permitiu, assim, confirmar a hipótese da pesquisa, de que as práticas de cooperação brasileiras se ancoram em capacidades científicas nacionais. Além disso, estas capacidades são difundidas no cenário internacional, configurando amplas redes de cooperação, no âmbito das quais a Fiocruz tende a se configurar como um ator de maior peso.

Importa ressaltar, no entanto, que nem todas as modalidades de cooperação empreendidas pelo país foram marcadas pelo reforço da gestão de saúde a nível nacional. Há projetos que precederam o crescimento da cooperação internacional no século XXI, dentre os

quais é possível citar os Bancos de Leite Humano, que foram gestados nacionalmente e ganham amplitude através das Redes internacionais, mas cuja difusão é menos direcionada por estratégias nacionais ou institucionais e mais associada à construção de redes a partir de bases locais, ou seja, de trocas de experiências e informações entre pesquisadores ou centros de saúde. Nestas redes, predomina o treinamento específico à tecnologia e a troca de experiências mais localizados, e não se identifica tão claramente um modelo organização mais amplo, como seria a conformação de Sistemas Nacionais de Saúde, que modificam significativamente as relações entre estruturas políticas e a saúde.

No que concerne à perspectiva dos novos constitucionalismos que emergem no contexto contemporâneo, levantada por Jasanoff, é possível argumentar que, por meio de sua política de cooperação internacional, o Brasil e a OPAS buscam participar de maneira propositiva na definição de novos constitucionalismos no campo da saúde global, promovendo um determinado modelo de gestão a ser adotado por países em desenvolvimento na África e nas Américas. Neste sentido, as ações empreendidas direcionam a adoção de um modelo no qual as instituições brasileiras conseguem participar ativamente, tornando-se núcleos de orientação e aconselhamento das políticas, e ocupando um lugar central na provisão de conhecimentos e capacidades deste novo modelo.

Uma limitação da análise empreendida resultou na consideração essencialmente focada nas ações da Fiocruz na condução da cooperação internacional. Não foi possível identificar a existência de distintos imaginários da cooperação gestadas em demais organizações participantes da cooperação internacional, como é o caso da ABC/MRE e da própria AISA/MS. De fato, a análise revelou que a Fiocruz obteve considerável sucesso ao modelar uma perspectiva de cooperação bastante ampla, que logrou firmar alianças formais com atores relevantes para sua consecução: a OPAS e o governo brasileiro. No entanto, as entrevistas conduzidas com outros atores da cooperação revelam que estes nem sempre compartilham as visões do projeto encampado pela Fiocruz, apresentando, por vezes, leituras diversas dos objetivos da cooperação internacional, diferentes orientações e interpretações sobre sua evolução, notadamente no que se refere aos caminhos adotados pelos diferentes governos em sua promoção¹²⁹.

¹²⁹ Há, por exemplo, em alguns relatos, indicações de que a cooperação em saúde foi gestada em governos anteriores ao período analisado, sem que se identificasse o governo Lula da Silva como um ponto de inflexão no aumento das atividades. De outra forma, a evolução da cooperação técnica internacional também é mais

Em relação ao futuro da cooperação, é importante destacar que diversas análises associam o crescimento da cooperação internacional brasileira com o governo Lula da Silva, apontando inclusive a própria figura do Presidente como um dos principais proponentes da cooperação para o desenvolvimento (VIGEVANI e CEPALUNI, 2007). As entrevistas realizadas foram unânimes em apontar para uma diminuição dos recursos nacionais destinados à cooperação com o início do governo de Dilma Rousseff (2011-2014). No entanto, os dados analisados – em sua maioria qualitativos – não permitiram acompanhar eventuais mudanças de direcionamento. Os atores mais envolvidos na cooperação permaneceram na condução de suas atividades, e não houve mudanças formais identificáveis no amplo programa de cooperação internacional, estabelecido pelo governo federal junto à OPAS e à Fiocruz. Apesar disso, também não se identificaram novos desenvolvimentos pelo governo federal.

Conclui-se este trabalho reafirmando a relevância da consideração da ciência e da tecnologia, e sobretudo, dos aspectos culturais que as modelam, para compreender a construção de políticas que associam visões tão amplas e caras à condução das relações internacionais – desenvolvimento, subdesenvolvimento, solidariedade, nacionalismo, entre outros – a práticas, técnicas e materialidades efetivamente empenhadas no cenário internacional.

BIBLIOGRAFIA

ABC. Agência Brasileira de Cooperação, 2014. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/SobreAbc/Historico>>. Acesso em: 5 Novembro 2014.

ABREU, F. J. M. A Evolução da Cooperação Técnica Internacional no Brasil. **Mural internacional**, 4, n. 2, 2013.

ADLER, E. O construtivismo nas relações internacionais. **Lua Nova**, São Paulo, 47, 1999.

AGHAZARIAN, A. 'We the Peoples of Asia and Africa' - The Bandung Conference and the Southernisation of the United Nations, 1955-1970. The University of Sydney. Sydney. 2012. Disponível em: Acesso em 30/03/2015.

ALCÁZAR, L. B. S. **A inserção da saúde na política exterior brasileira**. Brasília: Instituto Rio Branco, Ministério das Relações Exteriores, Curso de Altos Estudos, 2005.

ALDEN, C.; VIEIRA, M. The new diplomacy of the South: South Africa, Brazil, India and trilateralism. **Third World Quarterly**, v.26, n. 7 2005.

ALMEIDA, C. et al. A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde". **Revista Eletrônica de Comunicação e Informação de Inovações em Saúde**, Rio de Janeiro, 4, n. 1, 2010. 25-35.

ALMEIDA, J. A. G. D. **Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano: Uma Rede de Proteção a vida que tem o conhecimento como elo**. 8º Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde. Rio de Janeiro: [s.n.]. 2008.

ANDERSON, B. **Imagined communities: reflections on the origin and spread of nationalism**. Londres e Nova Iorque: Verso, 1991.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T., et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. [S.l.]: Fiocruz, 2005.

BALDWIN, D. (Ed.). **Neorealism and neoliberalism: the contemporary debate**. Nova Iorque: Columbia University Press, 1993.

BARBOZA, T. M. T. **A saúde na agenda da política externa brasileira nos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010)**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2014.

BECK, U. **Risk Society: towards a new modernity**. Londres: Sage Publications, 1992.

BENCHIMOL, J. L. **Manguinhos do sonho a vida: a ciência na Belle Époque**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

BENCHIMOL, J. L. **Febre amarela: a doença e a vacina: uma história inacabada**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

BEST, J.; WALTERS, W. Translating the sociology of translation. **International Political Sociology**, 7, n. 3, 2013.

BLOOR, D. **Knowledge and Social Imagery**. 2ª edição. ed. Chicago: The University of Chicago Press, 1976.

BRASIL. Fiocruz apresenta balanço anual de ações. **Portal Brasil - site de notícias do Governo Federal**, Brasília, 21 out. 2014. Notícia eletrônica, última modificação: 29/07/2014. Acesso em 03 de Julho de 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. [S.l.]. 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011**. Brasília. 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde do Ministério da Saúde, 2009**. [S.l.]. 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão, Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde**. Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde. Brasília. 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Ministério - Histórico. **Portal da Saúde**, 2016. ISSN <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Site do Ministério da Saúde, 20 Março 2016..

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS. **41º Termo de Cooperação e Assistência Técnica ao Ajuste complementar celebrado entre a União Federal através do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.** Ministério da Saúde. [S.l.]. 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde.** Brasília. 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DE RELAÇÕES EXTERIORES. **South-South Cooperation Activities carried out by Brazil.** Brasília. 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DE RELAÇÕES EXTERIORES. Agência Brasileira de Cooperação. **Cooperação Técnica,** 2016. Disponível em: <www.abc.gov.br/cooperacaotecnica/conceito>. Acesso em: 03 mar. 2016.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Discurso do Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva.** [S.l.]. 2003. Disponível online em.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Discurso do Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, durante cerimônia de celebração dos 108 anos da Fiocruz-Manguinhos.** [S.l.]. 2008. Discurso proferido em 1 de Agosto de 2008.

BRENER, J. Trinta anos de não alinhados. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política,** v. 3, n. 3 1987.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Brasil e saúde global. In: PINHEIRO, L.; MILANI, C. **Política Externa Brasileira: as práticas da política e a política das práticas.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R.; HOIRISH, C. Health and development in BRICS countries. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, 23, n. 2, 2014. 390-403.

CABRAL, L.; WEINSTOCK, J. **Brazilian technical cooperation for development - drivers, mechanics and future prospects.** Londres. 2010.

CARVALHO, V. D.; COELHO, C. P. **O quadro documental da Escola de Enfermagem Anna Nery - 70 anos de evolução histórica (1922-1992).** Rio de Janeiro: Mimeo, 1992.

CERVO, A. L. Socializando o desenvolvimento: uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 37, n. 1 1994. 37-63.

CERVO, A. L.; BUENO, C. **História da política exterior do Brasil**. São Paulo: Ática, 1992.

CESARINO, L. Antropologia multisituada e a questão da escala: Reflexões com base no estudo da cooperação Sul-Sul brasileira. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 41, 2014.

CHAKRABARTY, D. Legacies of Bandung: Decolonisation and the Politics of Culture. **Economic and Political Weekly**, 40, n. 46, 2005.

CHAVES, C. L. Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 20, n. 2, 2013.

COLLINS, H. The seven sexes: a study in the Sociology of a Phenomenon, or the Replication of Experiments in Physics. **Sociology**, 9, n. 2, 1975.

COLLINS, H. M. **Changing Order: Replication and Induction in Scientific Practice**. London: Sage Publications, 1985.

COSTELLO, A.; ZUMLA, A. Moving to research partnerships in developing countries. **BMJ**, 231, 2000.

CRANE, J. Adverse events and placebo effects: African scientists, HIV, and ethics in the 'global health sciences'. **Social Studies of Science**, 40, 2010.

CRAWFORD, E. **Nationalism and internationalism in science, 1880-1939: four studies of the Nobel population**. Nova Iorque: Cambridge University Press, 1992.

CRAWFORD, E.; SHINN, T. (Eds.). **Denationalizing science: the contexts of international scientific practice**. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992.

CUETO, M. **O valor da saúde: História da Organização Pan-Americana da Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DA SILVA, A. G. Poder inteligente: a questão do HIV/AIDS na Política Externa Brasileira. **Contexto Internacional**, 27, n. 1, 2005.

ESCOBAR, A. **Encountering development. The making and unmaking of the Third World.** Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T., et al. **Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FAID, M. **The Relationship of Foreign Policy and (Global) Health in South-South Health Cooperation. An exploratory case study of Brazil's Bilateral Technical Health Cooperation in Mozambique.** Genebra: Graduate Institute of International and Development Studies, 2013.

FARIAS, D. B. L. **Brazilian South-South development cooperation: principles and experiences of the domestic bureaucracy.** International Studies Association - 55th Annual Meeting. Toronto: [s.n.]. 2014.

FARMER, P.; CAMPOS, N. G. New malaise: Bioethics and Human Rights in the global era. **Journal of Law, Medicine, and Ethics**, 32, n. 2, 2004.

FIDLER, D. The globalization of Public Health: emerging infectious diseases and international relations. **Indiana Journal of Global Legal Studies**, 5, n. 1, 1997.

FINNEMORE, M. **National interests in International Society.** Ithaca: Cornell University Press, 1996.

FLECK, L. **Genesis and development of a scientific fact.** Tradução de Fred Bradley e Thaddeus Trenn. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

FONSECA, C. M. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FREEMAN, C.; SOETE, L. **A economia da inovação industrial.** Tradução de André Luiz Sica Campos e Janaina Pamplona Costa. Campinas: Editora Unicamp, 2005.

FRICKEL, S.; MOORE, K. (Eds.). **The new political sociology of science: institutions, networks and power.** Madison: University of Wisconsin Press, 2006.

FUKUDA-PARR, S.; LOPES, C.; MALIK, K. **Capacity for Development: new solutions to old problems.** Londres: Earthscan Publications, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Relatório de atividades 2001-2004**. Rio de Janeiro. 2005a.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Plano Quadrienal 2005-2008, Rio de Janeiro, Outubro 2005b.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório de gestão 2005, Rio de Janeiro, 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório de Gestão 2006, Rio de Janeiro, 2007.
Disponível em:< >.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório de Gestão 2007, Rio de Janeiro, 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório de Atividades 2005-2008, Rio de Janeiro, 2009a.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório de Gestão 2008, Rio de Janeiro, 2009b.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório de gestão 2009, Rio de Janeiro, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Apresentação interna**. Rio de Janeiro: [s.n.]. 2012a.
Data: 22/10/2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Relatório de Gestão 2011, 2012b.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Cooperação Tripartite Brasil, Cuba, Haiti: Todos juntos pela Saúde. **http://www.cooptripartite.icict.fiocruz.br/**, 2016. Acesso em: 30 maio 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/congresso-interno. Congresso Interno**, 2016. Acesso em: 10 Janeiro 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, C. Relatório de Atividades do CRIS/Fiocruz, 2012, 2013.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, 40, 2006.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; MALDONADO, J. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, 46, 2012.

GAILLARD, J. North-South Research Partnership: is collaboration possible between unequal partners? **Knowledge and policy: the international journal of knowledge transfer and utilization**, 7, n. 2, 1994.

GIDDENS, A. **The consequences of modernity**. Cambridge: Cambridge Policy Press, 1991.

GIERYN, T. F. Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. **American Sociological Review**, 48, n. 6, Dezembro 1983. 781-795.

GUIMARÃES, R. B.; RIBERIO, E. A. W. Plano Nacional de Saúde e o lugar social em disputa. **Saúde e Sociedade**, 18, n. 4, 2008.

HACKETT, E. et al. (Eds.). **The Handbook for Science and Technology Studies**. 3ª edição. ed. Cambridge: The MIT Press, 2008.

HAJER, M. Policy without polity? Policy analysis and the institutional void. **Policy Sciences**, 36, 2003.

HESS, D. **Science Studies: an advanced introduction**. New York: New York University Press, 1997.

HILGARTNER, S. **Science on stage: expert advice as public drama**. Stanford: Stanford University Press, 2000.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de Saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, 2005. 127-141.

IANPHI. Site da instituição. **The International Association of National Public Health Institutes**, 20 Março 2016. Disponível em: <<http://www.ianphi.org/>>. Acesso em: 20 Julho 2016. Disponível em:.

IPEA, ABC. **Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2005-2009**. Brasília. 2010.

IPEA, ABC. **Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento internacional - 2010**. Brasília. 2013.

ISAGS, INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. Conselho de Saúde - Antecedentes e Estrutura. **UNASUL-Saúde**, 30 Março 2016. Disponível em: <<http://www.isags-unasul.org/>>. Acesso em: 20 Julho 2016. Disponível em:.

JASANOFF, S. **The fifth branch**. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

JASANOFF, S. In a Constitutional Moment: Science and social order at the Millennium. In: JOERGES, B.; NOWOTNY, H. **Social Studies of Science and Technology**: Looking back, ahead. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2003. Cap. 8, p. 155-180.

JASANOFF, S. The idiom of co-production. In: JASANOFF, S. **States of knowledge**: the co-production of science and the social order. Londres e Nova Iorque: Routledge, 2004. Cap. 1.

JASANOFF, S. **Designs on nature**: Science and democracy in Europe and the United States. Princeton: Princeton University Press, 2007.

JASANOFF, S. Future imperfect: Science, Technology, and the Imaginations of Modernity. In: JASANOFF, S.; KIM, S.-H. **Dreamscapes of modernity**: Sociotechnical imaginaries and the fabrication of power. Chicago: The University of Chicago Press, 2015. Cap. 1, p. 1-33.

JASANOFF, S. et al. (Eds.). **Handbook of Science and Technology Studies**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1994.

JASANOFF, S.; KIM, S.-H. Containing the Atom: Sociotechnical Imaginaries and Nuclear Power in the United States and South Korea. **Minerva**, n. 47 2009.

JONES, H. International or transnational? Humanitarian action during the First World War. **European Review of History**, 16, n. 5, 2009.

KEOHANE, R. The demand for international regimes. **International Organization**, 36, n. 2, 1982.

KICKBUSCH, I. Global Public Health: revisiting health public policy at the global level. **Health Promotion International**, 1999.

KICKBUSCH, I.; SILBERSCHMIDT, G.; BUSS, P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. **Bulletin of the World Health Organization**, 85, n. 3, 2007.

KICKBUSH, I. Advancing the global health agenda. **UN Chronicle**, XLVIII, n. 4, 2011.

KOBAYASHI, E. M.; FARIA, L.; DA COSTA, M. C. EUGENIA E FUNDAÇÃO ROCKEFELLER NO BRASIL: A SAÚDE COMO PROPOSTA DE REGENERAÇÃO NACIONAL. **Sociologias**, 22, 2009.

KRASNER, S. Structural causes and regime consequences: regimes as intervening variables. **International Organization**, 36, n. 2, 1982.

LANCASTER, C. **Foreign aid - Diplomacy, development, domestic politics**. Chicago: The University of Chicago Press, 2007.

LATOUR, B. **Science in action**. Cambridge: Harvard University Press, 1987.

LATOUR, B. **We Have Never Been Modern**. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

LATOUR, B. Give Me a Laboratory and I Will Raise the World. In: BIAGIOLI, M. **The Science Studies Reader**. New York: Routledge, 1999.

LATOUR, B. **Reassembling the social: an introduction to actor-network theory**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LEE, K. Globalization: a new agenda for health? In: MCKEE, M.; P, G.; STOTT, R. **International Co-operation and health**. [S.l.]: Oxford Scholarship Online, 2001.

LEITE, I. et al. **Brazil's engagement in international development cooperation: the state of the debate**. Institute of Development Studies; Articulação SUL; Cebrap. Open access publication, p. 103. 2014. Iara Costa Leite, Bianca Suyama, Laura Trajber Waisbich and Melissa Pomeroy, com Jennifer Constantine, Lizbeth Navas-Alemán, Alex Shankland e Musab Younis.

LIMA, A. L. G. S. D.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 10, n. 3, 2003.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LIMA, N. T. et al. Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 502.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A Saúde na construção do Estado nacional brasileiro: Reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T., et al. **Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Cap. 1, p. 27-58.

MACHADO, J. A inauguração de fachada de Lula em Moçambique. **Época**, p. , nov. 2010. ISSN Acesso em 15 de maio de 2016.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, 26/27, 1990.

MARINHO, M. G. S. M. C.; MOTA, A. (Eds.). **Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo**. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, v. III - A Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952), 2013.

MAWDSLEY, E. **From recipients to donors: Emerging powers and the changing development landscape**. Londres: Zed Books, 2012.

MAYER, M.; CARPES, M.; KNOBLICH, R. (Eds.). **The Global Politics of Science and Technology**. Berlim: Springer, v. 1 e 2, 2014.

MENDELSON, E.; WEINGART, P.; WHITELY, R. D. (Eds.). **The social production of scientific knowledge**. Dordrecht: Reidel Publishing, 1977.

MERTON, R. K. Os imperativos institucionais da ciência. In: DEUS, J. D. **A crítica da ciência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MILNER, H. International theories of cooperation among nations: strengths and weaknesses. **World Politics**, 44, n. 3, 1992.

MOREL, R. L. D. M. **Ciência e Estado: a política científica no Brasil**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979.

MOWERY, D.; ROSENBERG, N. **Trajetórias da inovação**. Tradução de Marcelo Knobel. Campinas: Editora Unicamp, 2005.

NAÇÕES UNIDAS. **Buenos Aires Plan of Action for Promoting and Implementing Technical Cooperation among Developing Countries (TCDC)**. United Nations Special Unit for TCDC. Buenos Aires. 1978.

NAÇÕES UNIDAS. **Trends in development cooperation: South-South and triangular cooperation and aid effectiveness - The Brazilian Experience**. ECOSOC. Cairo. 2008.

NAÇÕES UNIDAS. **Support to UN Development Cooperation Form 2010: South-South and triangular cooperation: improving information and data**. ECOSOC. Nova Iorque. 2009.

OCDE. **Declaração de Paris sobre a eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento**. Paris. 2005.

OCDE. **Development co-operation Report 2014: Mobilising resources for sustainable development**. [S.l.]. 2014.

OLIVEIRA, F. P. D. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, 19, n. 54, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS Portfolio. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/portifolio_2015_web_final.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 Fevereiro 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação: 1o e 2o semestres de 2009**. Organização Pan-Americana da Saúde - Representação Brasil. Brasília, p. 366. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação, 2013**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012**. Brasília. 2007.

PIGG, S. L. On sitting and doing: Ethnography as action in global health. **Social sciences and medicine**, 99, 2013.

PIRES-ALVES, F. A. et al. A cooperação técnica Opas-Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas. **Reciis**, Rio de Janeiro, 4, n. 1, 2010.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. **Recursos Críticos: História da cooperação técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Cap. 5.

PIRES-ALVES, F.; PAIVA, C.; SANTANA, J. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 32, n. 6, 2012.

POERKSEN, U. **Plastic Words: the tyranny of a modular language**. University Park: Pennsylvania University Press, 1995.

PUENTE, C. **A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento - CTDP - no período 1995-2005**. Brasília. 2010.

REIS, J. R. F. "Viver é influenciar": Mário Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). **Tempo Social**, 7, n. 2, 2015.

RENZIO, P. D. et al. **O Brasil e a cooperação Sul-Sul: como responder aos desafios correntes**. Rio de Janeiro. 2013.

RIST, G. **The history of development: from western origins to global faith**. 2ª. ed. Nova Iorque: Zed Books, 2010.

ROCHA, L. Pesquisadora do IOC assume a coordenação de rede sobre malária. **Instituto Oswaldo Cruz**, 2016. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=2026&query=simple&search_by_authorname=all&search_by_field=tax&search_by_keywords=any&search_by_priority=all&search_by_section=all&search_by_state=all&search_text_options=all&sid=32&site=fio&te>. Acesso em: 05 Maio 2016.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promesas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSENBERG, G.; OHAYON, P. Um novo modelo de gestão para as instituições públicas de Ciência, Tecnologia e Inovação: o caso da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. **30 Encontro da Anpad**, Salvador, BA, 23 a 27 setembro 2006.

ROTTENBURG, R. **Far-Fetched Facts: a parable of development aid**. Tradução de Allison Brown e Tom Lampert. Cambridge: The MIT Press, 2009.

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

SANTOS, L. A. D. C. Estado e Saúde Pública no Brasil, 1889-1930. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, 23, n. 2, 1980. 237-250.

SCHLÄGER, C. **Challenges for International Development Cooperation: the case of Brasil**. Berlim. 2007.

SHAPIN, S.; SCHAFFER, S. **Leviathan and the air-pump**. Princeton: Princeton University Press, 1985.

SKOLNIKOFF, E. **Science, Technology and the Evolution of International Politics**. Princeton: Princeton University Press, 1994.

SOUSA, S.-L. J. **Brazil as an emerging actor in international development cooperation: a good partner for European donors?** German Development Institute. [S.l.]. 2010.

STEPAN, N. **Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica**. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

STRANGE, S. **States and markets**. 2ª. ed. Nova Iorque: Continuum, 1994.

THORSTEINDÓTTIR, H.; SÁENZ, T. Tackling Meningitis in Africa. **Science**, 338, 21 Dezembro 2012. 1546-1547.

UNAIDS. **The Gap Report**. [S.l.]. 2014.

UNICEF. **Laços Sul-Sul 2007/2008**, Brasília, 2008.

VENTURA, D.; PEREZ, F. A. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. **Lua Nova**, São Paulo, 92, 2014.

VIEIRA, V. M. D. M. **Competências para inovar no setor farmacêutico: o caso da Fundação Oswaldo Cruz e de seu Instituto Tecnológico em fármacos - Far-manguinhos**. Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2005.

VIGEVANI, T. et al. (Eds.). **A dimensão subnacional e as relações internacionais**. São Paulo: Unesp, 2004.

VIGEVANI, T.; CEPALUNI, G. A política externa de Lula da Silva: autonomia pela diversificação. **Contexto Internacional**, v.29, n.2 2007.

WALZ, J.; RAMACHANDRAN, V. **Brave new world. A literature review of emerging donors and the changing nature of foreign assistance**. Center for Global Development. Washington, p. 28. 2011. (273). Disponível em.

WENDT, A. Anarchy is what states make of it: the social construction of power politics. **International Organization**, 46, n. 2, 1992.

WINNER, L. Upon opening the Black Box and finding it empty: social constructivism and the philosophy of technology. **Science, Technology and Human Values**, 18, n. 3, 1993.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. São Paulo: Artmed, 2003.

YOUNG, O. **International cooperation: Building regimes for natural resources and the Environment**. Ithaca: Cornell University Press, 1989.

APÊNDICE I¹³⁰

Dados e principais projetos de cooperação realizados pela Fiocruz no período 2001-2015.

Fontes: Relatórios de Gestão da Fiocruz, relativos aos anos 2001 a 2014.

1) Período 2001-2004

Atividades de internacionalização da Fiocruz
<ul style="list-style-type: none"> • 44 novos convênios internacionais • Criação da Câmara Técnica de Cooperação • Projeto para criação do Núcleo de Saúde Internacional (espaço virtual para aperfeiçoamento de unidades da Fiocruz no tema) • Participação em atividades do Mercosul
Fiocruz e organismos internacionais
<ul style="list-style-type: none"> • Paulo Buss, presidente da Fiocruz, é designado pelo Ministério da Saúde para representar o país na Organização Mundial da Saúde. • 56 ações em parceria com OMS e OPAS. • Vínculos com outras organizações internacionais do Sistema ONU¹³¹
Iniciativas de Cooperação Sul-Sul
<ul style="list-style-type: none"> • Negociação de acordo de cooperação no âmbito do Programa Trilateral entre Brasil, Índia e África do Sul. • Desenvolvimento de programa de reforço e aprimoramento da Saúde Pública com Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe (triangulação com Agência Japonesa de Cooperação Internacional – Jica) • Cooperação bilateral com países latino-americanos – cursos de administração de saúde, apoio técnico na produção de medicamentos e exportação de vacinas de febre amarela • Estudo de apoio à construção de fábrica de anti-retrovirais em Moçambique • 21 acordos de cooperação com instituições de saúde e ensino de 15 países (em 2003)

Fonte: (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005a).

¹³⁰ Elaboração própria, a partir dos documentos “Relatórios de Gestão” da Fiocruz, entre 2001 e

¹³¹ Unesco, Unep, Unaidns e Unicef.

2) Período 2005-2008

Participação em Redes Colaborativas Internacionais	
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Participação da Associação Internacional dos Institutos de Saúde Pública (IANPHI), criada em 2006. Por meio da Rede, a Fiocruz tem provido assessoria para a criação e fortalecimento de institutos de saúde pública na África e América Latina
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Institutos Nacionais de Saúde Pública da América Latina • Coordenação de redes internacionais <ul style="list-style-type: none"> ○ Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano ○ Tecnologia já implementada em Uruguai, República Dominicana, Paraguai e Equador.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • IFF/Fiocruz se tornou nova secretaria executiva da Rede Ibero-americana de Bancos de Leite Humano, composta por sete países: Argentina, Brasil, Bolívia, Espanha, Paraguai, Uruguai e Venezuela. Iniciativa vai seguir o modelo brasileiro, com compartilhamento de conhecimento e tecnologias no campo de aleitamento materno e saúde da mãe e da criança
Realização De Eventos Internacionais	
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração na realização de 20 eventos internacionais <ul style="list-style-type: none"> ○ Destaque para o 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, organizado pela Federação Mundial de Associações de Saúde, em que Fiocruz recebeu o Prêmio de Melhor instituição do mundo em saúde pública.
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Fiocruz sedia e organiza 1ª Reunião de Institutos Nacionais de Saúde Pública da América Latina, com diretrizes estratégicas para a cooperação técnica entre países da região
Assessorias Prestadas E Missões De Cooperação	
2006	28 assessorias prestadas
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Assessoria a Ministérios da Saúde em diversos países do continente africano <ul style="list-style-type: none"> ○ Destaque para o combate ao HIV/AIDS em países membro da comunidade de PALOPs
2008	<ul style="list-style-type: none"> • 124 unidades estrangeiras assessoradas Realização do 2º Congresso da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa sobre DST/AIDS, promovido pela Fiocruz (discussão de experiências brasileiras e africanas e apresentação de resultados de pesquisas)

Fortalecimento Do Sistema Nacional De Saúde		
	<i>África</i>	<i>América Latina</i>
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Moçambique <ul style="list-style-type: none"> ○ Assessoria à implantação de fábrica de medicamentos anti-retrovirais ○ Apoio à elaboração de Plano Estratégico para reorganização do Instituto Nacional de Saúde no país • Guiné Bissau <ul style="list-style-type: none"> ○ Assessoria à criação de Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bolívia, Paraguai, Honduras <ul style="list-style-type: none"> ○ Projetos de cooperação para o fortalecimento e estruturação de escolas técnicas
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Guiné Bissau <ul style="list-style-type: none"> ○ Missão especial envolvendo EPSJV, ENSP e Diretoria de Planejamento (Diplan) para discussão de estratégias de reorganização da Escola de Saúde Pública – níveis técnico e pós-graduação 	<ul style="list-style-type: none"> • Argentina <ul style="list-style-type: none"> ○ Convênio de cooperação entre ANLIS e Fiocruz realiza atividade do Programa de Fortalecimento Institucional para Gestão de Organizações de Saúde e de Ciência e Tecnologia no campo da Saúde: 1ª Oficina de Práticas Corporativas de Gestão
Educação Em Saúde		
	<i>África</i>	<i>América Latina</i>
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Assessoria para formação de recursos humanos em Angola e Moçambique 	<ul style="list-style-type: none"> • Bolívia e Paraguai • Assessoria para formação de recursos humanos
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Angola <ul style="list-style-type: none"> ○ Implementação do Curso de Mestrado em Saúde Pública em Angola, como parte do projeto de implantação de Escola Nacional de Saúde Pública no país. ○ Assessoria para formação de recursos humanos técnicos em saúde ○ Apoio à re-estruturação de Escolas Técnicas em Saúde em Angola • Moçambique <ul style="list-style-type: none"> ○ Assessoria para formação de recursos humanos técnicos em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Bolívia, Uruguai, Argentina e Honduras <ul style="list-style-type: none"> ○ Formação de técnicos em saúde e auxiliares
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Moçambique <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa de mestrado em Ciências da saúde (IOC/Fiocruz e INS Moçambique, financiamento captado com ABC, Capes e CNPq – Programa Pró-África) ○ Curso de avaliação do Programa de HIV-AIDS em cooperação com CDC (EUA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Argentina <ul style="list-style-type: none"> ○ Inauguração do curso de Mestrado em Tecnologia de Produção de Imunobiológicos do Programa de Pós-Graduação em Biologia Celular e Molecular do IOC/Fiocruz. • Equador, Nicarágua, Chile, Honduras e Bolívia <ul style="list-style-type: none"> ○ Profissionais dos Ministérios da Saúde destes países participaram de treinamento de genotipagem de

		rotavírus (IOC/Fiocruz). Participação da Opas.
Fornecimento De Insumos De Saúde		
	<i>África e Ásia</i>	<i>América Latina</i>
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Produção conjunta, entre Biomanguinhos e Instituto Finlay (Cuba) de vacinas contra meningite AC para o continente africano, atendendo pedido emergencial da Organização Mundial da Saúde <ul style="list-style-type: none"> ○ 1,9 milhões de doses emergenciais expedidas para Mali • Exportação de vacinas de febre amarela por solicitação da Unicef para países da África (7,2 milhões de doses): <ul style="list-style-type: none"> ○ Congo, Gana, Guiné, Costa do Marfim, Mali, Ruanda, São Tomé e Príncipe e Togo 	<ul style="list-style-type: none"> • Exportação de vacinas de febre amarela por solicitação da Opas para países da América Latina (9,8 milhões de doses)
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Exportação de vacinas de febre amarela: <ul style="list-style-type: none"> ○ 5.590.700 doses para a África ○ 4.000 doses para a Ásia • Exportação de vacinas de meningite meningocócica A e C: <ul style="list-style-type: none"> ○ 67.700 doses para a Ásia ○ 3.229.500 doses para a África. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exportação de vacinas de febre amarela: <ul style="list-style-type: none"> ○ 3.346.750 doses para países da América do Sul ○ 115.300 doses para a América Central
Destaque		
2006	Assinatura do Termo de Cooperação 41 (TC 41) com a OPAS	

3) Período 2009-2014

Participação Em Redes Colaborativas Internacionais		
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e aprovação do do Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) • EPSJV/Fiocruz torna-se coordenadora da Rede de Escolas Técnicas em Saúde da CPLP 	
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Rede de Escolas de Saúde Pública da UNASUL Instituída em 2011, com o objetivo de fomentar a cooperação técnica e a troca de experiências entre Escolas de Saúde Pública, Centros Formadores e instâncias de governo dos países membros da Unasul. Fomento ao fortalecimento das capacidades locais e regional de formação e educação permanente de profissionais de saúde pública. Secretaria Executiva exercida pela ENSP/Fiocruz. 	
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de Observatório Internacional de Saúde, que integra redes estratégicas para a Fiocruz <ul style="list-style-type: none"> ○ RINS – Rede de Institutos Nacionais de Saúde ○ RESP – Rede de Escolas Públicas de Saúde ○ RETS – Rede de Escolas Técnicas de Saúde ○ RBLH – Rede de Bancos de Leite Humano (mais de 20 países) ○ Rede Pan-Amazônica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. • Junto à ABC, apoio à instalação de bancos de leite humano e coordenação da Rede de Bancos de Leite Humano 	
Realização De Eventos Internacionais		
2009	<ul style="list-style-type: none"> • CPLP <ul style="list-style-type: none"> ○ 2º Congresso sobre DST/AIDS 	
2014	<ul style="list-style-type: none"> • UNASUL <ul style="list-style-type: none"> ○ Rede de Institutos Nacionais de Saúde (RINS) e Fiocruz promovem seminário sobre o enfrentamento da Epidemia de Ebola 	
Assessorias Prestadas e Missões De Cooperação		
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Burkina Faso <ul style="list-style-type: none"> ○ Assessoria à Embaixada do Brasil em Burkina Faso para o desenvolvimento de um plano estratégico de cooperação bilateral em Saúde Pública • Etiópia <ul style="list-style-type: none"> ○ Ensino, pesquisa e colaboração técnica em avaliação de situações endêmicas regionais (ENSP/Fiocruz e Universidade de Tulane, EUA) • Mali, Libéria e Serra Leoa <ul style="list-style-type: none"> ○ Missões de cooperação 	
Fortalecimento De Sistemas Nacionais De Saúde		
	África	América Latina
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Moçambique <ul style="list-style-type: none"> ○ Apoio à criação do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança (reorganização da atenção à saúde materno-infantil) ○ Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde, mediante aperfeiçoamento do seu Plano Estratégico e participação em estratégia de cooperação triangulada junto à IANPHI e o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) • Guiné-Bissau <ul style="list-style-type: none"> ○ Apoio ao desenvolvimento do Instituto Nacional de Saúde (INASA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Argentina <ul style="list-style-type: none"> ○ Assessoria à ANLIS na implantação e avaliação de sistema corporativo de gestão • El Salvador <ul style="list-style-type: none"> ○ Assessoria ao Ministério da Saúde de El Salvador para implantação do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde • Bolívia, Paraguai, e Brasil <ul style="list-style-type: none"> ○ Desenvolvimento do projeto de fortalecimento de formação de técnicos em saúde nos três países

	<ul style="list-style-type: none"> • PALOPS, União Europeia e OMS <ul style="list-style-type: none"> ○ Participação no desenho do programa de cooperação entre União Europeia, OMS e PALOPs para o desenvolvimento de plano diretor de recursos humanos em saúde 	
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Cabo Verde <ul style="list-style-type: none"> ○ Primeiro Banco de Leite Humano 	<ul style="list-style-type: none"> • Haiti <ul style="list-style-type: none"> ○ Parceria com Cuba no desenvolvimento de ações para a reconstrução do setor saúde no Haiti, através de programas nas áreas de sistema de vigilância epidemiológica e programas de vacinação; construção de capacidades e assessoria direta.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Angola <ul style="list-style-type: none"> ○ Conclusão do PROFORSA – Projeto de Fortalecimento do sistema de saúde de Angola, com participação do Ministério de Saúde de Angola, Agência Internacional do Japão (JICA), ABC/MRE, Ministério da Saúde do Brasil e Unicamp • Moçambique <ul style="list-style-type: none"> ○ Mestrado em Sistemas de Saúde, em parceria entre Fiocruz, INS e Agência de Cooperação do Canadá (CIDA) 	
Educação Em Saúde		
	África	América Latina
2009	<ul style="list-style-type: none"> • RETS/CPLP <ul style="list-style-type: none"> ○ Apoio aos Ministérios da Saúde de Angola, Moçambique, Cabo Verde e Guiné Bissau na re-estruturação das escolas técnicas, implantação de cursos de formação pós-secundária e desenvolvimento de competências na área de gestão acadêmica 	<ul style="list-style-type: none"> • Argentina <ul style="list-style-type: none"> ○ Inauguração do curso de especialização em gestão de instituições de C&T em saúde (Convênio com ANLIS) • Colômbia <ul style="list-style-type: none"> ○ 1º curso extra-muros para diagnóstico molecular de leptospirose
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de alunos africanos <ul style="list-style-type: none"> ○ 27 alunos africanos se formaram em especialização em políticas públicas. Curso organização pela EPSJV/Fiocruz para PALOP, realizado em cinco módulos, em Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Moçambique e Brasil • CPLP <ul style="list-style-type: none"> ○ Curso de manejo da tuberculose • Moçambique <ul style="list-style-type: none"> ○ Curso de formação de mestres entre os funcionários do INS com ênfase em diagnóstico molecular e imunopatogenia de doenças infecciosas 	<ul style="list-style-type: none"> • Peru <ul style="list-style-type: none"> ○ Curso de Mestrado em Saúde Pública, com o Instituto Nacional de Saúde do Peru • Paraguai <ul style="list-style-type: none"> ○ Curso de atenção primária • Argentina <ul style="list-style-type: none"> ○ Criação de mestrado acadêmico em Biologia Celular e Molecular, ministrado pelo IOC/Fiocruz na ANLIS, ofertando mesmas disciplinas disponíveis para os alunos brasileiros.
Fornecimento De Insumos De Saúde		
	África e Ásia	América Latina

2009	<ul style="list-style-type: none"> • Em cooperação com OMS e Unicef, exportação de <ul style="list-style-type: none"> ○ 7.731.200 doses de vacina de febre amarela para países da África ○ 3.078.300 doses de vacina de meningite meningocócica A e C para países africanos e asiáticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Em cooperação com OMS e Unicef, exportação de <ul style="list-style-type: none"> ○ 6.821.800 doses de vacina de febre amarela para América Latina
------	---	---

4) Outras Redes colaborativas internacionais das quais a Fiocruz participa

- CYTED – Rede Ibero americana de Ciência e Tecnologia para Desenvolvimento;
- RETS – Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde;
- ECLAT – Rede Internacional para estudos de ecologia, comportamento, biologia, genética;
- Rede SALUD - Rede de Investigação de Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul;
- DNDi – Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas;
- Rede Pan-Amazônica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
- Rede Latino-Americana de Patrimônio Histórico e Cultural da Saúde;
- OCTIS – Observatório de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;
- AMSUD – Pasteur,
- ACTG – Adults AIDS Clinical Trials Network;
- HPTN – The HIV Prevention Trials Network;
- Rede Interagencial de Informação para Saúde
- Rede Internacional de Geografia da Saúde.

APÊNDICE II¹³²

Dados e principais projetos de cooperação realizados sob o Termo de Cooperação 41, entre República Federativa do Brasil e OMS/Opas: “Programa de Saúde Internacional”

- Assinatura do termo: 31 de dezembro de 2005
- Vigência inicial: até 31 de dezembro de 2010
- Prorrogado até 31 de dezembro de 2015

Órgãos executores:

- OPAS/OMS
- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)
- Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz (ACI/Fiocruz/MS)
- Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA/MS)

Objetivo: Desenvolver um programa de cooperação internacional em saúde, voltado ao intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias disponíveis em instituições do campo da saúde pública no Brasil e outros países integrantes da OPAS/OMS¹³³.

Propósito: contribuir para fortalecer a capacidade do Brasil no desenvolvimento de processos de Cooperação Sul-Sul na área de saúde, com prioridade para a Região da América do Sul e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Orçamento: O orçamento total disponibilizado até 1º semestre de 2015 foi de R\$ 43.995.000,00. Os recursos foram alocados em diferentes etapas, por meio da assinatura de Termos de Ajuste (TA), como expresso na tabela abaixo:

Ano	Termo de Ajuste	Valor
2006	TA 1	R\$ 14.070.000,00 ¹³⁴
2010	TA 2	R\$ 29.925.000,00
2010	TA 3	R\$ 0,00 (prorrogação de prazo)
Tot		R\$ 43.995.000,00

¹³² Elaboração própria, a partir dos documentos “Relatórios de Gestão dos Termos de Cooperação”, Opas, no período compreendido entre 2008 e 1º semestre de 2015.

¹³³ Expresso no Relatório de Gestão do Termo de Cooperação 41, referente ao ano 2008.

¹³⁴ Os recursos do TA 1 advieram do orçamento da Secretaria de Gestão e Trabalho e da Educação em Saúde, do Ministério da Saúde (SGTES/MS). A informação sobre a origem dos recursos subsequentes não constam nos Relatórios de Gestão, mas foram alocados seja pelo Ministério da Saúde, seja pela Opas. Devido ao formato predominante de alocação de recursos dos TCs, acredita-se que advieram majoritariamente do MS.

Resultado Esperado: Desenvolvimento de Recursos Humanos do Programa de Saúde Internacional. As ações programáticas para atingir o resultado foram:

1. Apoiar o Programa de Qualificação Avançada em Gestão Intersetorial da Saúde
2. Mobilização de Redes Colaborativas Nacionais para a Cooperação Sul-Sul
3. Apoiar a constituição de Consórcios Internacionais de Redes de Cooperação Técnica para Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

Atividades realizadas no âmbito do TC 41 (2005-2015):

1 - Apoiar o Programa de Qualificação Avançada em Gestão Intersetorial da Saúde

- **Curso Ensino a Distância de Direito Sanitário para membros do Ministério Público:**

Curso realizado em parceria entre Fiocruz, UnB e Centro de Pesquisa e Estudos de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo. Conta com acompanhamento técnico da Opas também na área de Direito Sanitário Internacional (Escritório da Opas em Washington). O curso é focado no desenvolvimento e ensino do Direito Sanitário na formação de promotores, procuradores e magistrados para acompanhar a atuação dos gestores e conselhos de saúde; em desenvolver ações voltadas ao cumprimento dos princípios constitucionais do direito à saúde com garantia do acesso universal e equidade; em monitorar a formulação e implantação das políticas de saúde e uma atuação mais rigorosa dos órgãos do governo; e em aplicar decisões conformes com a administração do SUS.

- **I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde**

Executado em Brasília, pela Fiocruz (coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP, com apoio da Diretoria Regional de Brasília/DIREB), com o apoio técnico da Representação da OPAS/Brasil, destinou-se aos profissionais que trabalham na área de cooperação internacional.

- **Mestrado Profissional Desenvolvimento e Políticas Públicas**

O curso visa atender à demanda latino-americana por gestores governamentais nas áreas de formulação, implantação e avaliação de políticas públicas de desenvolvimento. Inclui participação da ENSP/Fiocruz, DIREB, IPEA.

- **Apoio ao Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (2010)**

Projeto objetiva apoiar a agenda da Presidência da Fiocruz, por intermédio do CRIS, na elaboração e desenvolvimento de projetos de cooperação, conforme diretrizes do Ministério da Saúde e da política externa brasileira

- **Apoio ao Escritório Fiocruz/África**
- **Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia da Saúde (NETHIS)**

Núcleo constituído em parceria entre CRIS/Fiocruz e Universidade de Brasília/Cátedra Unesco – PPG em Bioética, com apoio da Opas. Criado em 2010, tem sede na Fiocruz Brasília e se destina a promover o debate sobre temas relacionados à Cooperação Sul-Sul em saúde sob a perspectiva da Bioética, realizar encontros técnico-científicos e investigações.

- **Mestrado Saúde Global e Diplomacia da Saúde**

- **Gestão do conhecimento e cooperação internacional da OPAS/OMS no Brasil**

Projeto visa apoiar i) o novo portal Web da Opas/OMS no Brasil, de acordo com orientações e padronizações estabelecidas pela Opas/Washington; ii) atividades de cooperação internacional da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa) no contexto do plano de comunicação e gestão do conhecimento da Representação da Opas no Brasil; iii) elaboração da execução de um plano de comunicação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde.

- **Curso para Formação de Lideranças de Elevada Qualificação no Campo da Educação nas Profissões de Saúde - Faimer/Brasil**

Projeto desenvolvido junto à Universidade Federal do Ceará e FAIMER-Brasil (Instituto Regional de Educação Médica), consiste em programa de desenvolvimento docente para formação de educadores nas Profissões de Saúde. O curso se destina à formação de lideranças qualificadas em educação nas profissões de saúde, que sejam capazes de potencializar e difundir políticas desenvolvidas pela SGTES/MS. O público-alvo é de docentes de cursos de graduação na área de saúde, e o programa abrange temas de educação e liderança voltados à realidade brasileira, com ênfase no desenvolvimento de rede de educadores em saúde. O FAIMER-Brasil é patrocinado pela Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER), organização sem fins lucrativos da Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)¹³⁵.

2 - Mobilização de Redes Colaborativas Nacionais para a Cooperação Sul-Sul

- **Rede Saúde & Diplomacia**

Projeto sob coordenação técnica da Opas e CRIS/Fiocruz, visa desenvolver e disseminar uso de ferramentas de construção coletiva de conhecimento e de relacionamentos em comunidades, e estimular o desenvolvimento da Cooperação Técnica entre Países mediante uso da Internet como facilitador da articulação entre os integrantes das redes de conhecimento em áreas de interesse da saúde pública e da diplomacia em saúde. Criação do Sítio Web Saúde & Diplomacia (www.saudediplomacia.org.br) e do boletim eletrônico Arco Notícias, disponível em www.opas.org.br/rh/edicoes_arco.cfm.

- **Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)**

A RETS é uma estratégia de articulação e cooperação técnica entre instituições vinculadas à educação de técnicos em saúde, com o objetivo de fortalecer os sistemas nacionais de saúde. Articula cerca de 100 instituições dos continentes americano, africano e europeu, incluindo instituições de ensino técnico, entidades associativas de profissionais, órgãos de governo e representações da Opas/OMS. Está sob coordenação da EPSJV/Fiocruz, e baseada na experiência brasileira da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS).

- **Rede CADRHU/CIRHUS – Região Andina**

A Rede, baseada na metodologia CADRHU/CIRHUS de especialização em gestão de políticas de recursos humanos em saúde, visa apoiar os países da sub-região andina (Chile, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela) no fortalecimento de suas capacidades nesta área, no marco do

¹³⁵ Fonte: <brasil.faimerfri.org>. Acesso em março de 2016.

Chamado à Ação de Toronto. Os cursos são implantados, com apoio da equipe CADRHU, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte pela Universidad del Valle e Universidad del Bosque, na Colômbia; Universidad Central del Ecuador/Instituto de Salud Pública, no Equador; Universidad Peruana Cayetano Heredia/Escuela de Salud Pública, no Peru; Universidad Nacional de Chile e Universidad Católica de Chile.

- **Rede Internacional de Observatórios de RH – ObservaRH**

Busca promover a constituição de enlances entre a Rede ObservaRH no Brasil e os observatórios de RH de saúde de outros países, mediante apoio para a constituição de redes nacionais e regionais na América Latina. Os observatórios de RH são iniciativa da OPAS, congregando 21 países da Região das Américas, com a função de monitorar tendências que repercutem nas políticas de recursos humanos em saúde nos respectivos países. O propósito das Redes nacionais são de produzir estudos e pesquisas, propiciar amplo acesso a informações e análises sobre a área de trabalho e educação em saúde, com vistas a contribuir para a formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e projetos em Recursos Humanos. A Rede ObservaRH contempla a Região Andina com a criação da Rede ObservaRh Edmundo Granda (www.observarh.org). Coordenado pela SGTES/MS.

- **Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) Internacional**

A RIPSA visa o aperfeiçoamento da capacidade pública de formulação, gestão e avaliação de políticas, além de ações dirigidas à melhoria da qualidade de vida e saúde da população. O objetivo do projeto é divulgar os êxitos, obstáculos, estratégias e metodologias da RIPSA; estimular a troca de experiências semelhantes com relevância para a saúde global; mapeamento de necessidades e oportunidades de Cooperação Técnica entre Países nessa área.

3 - Apoiar a constituição de Consórcios Internacionais de Redes de Cooperação Técnica para Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

- **Conexão Ensp/Fiocruz do Campus Virtual em Saúde Pública (CVSP/OPAS)**

O Campus Virtual de Saúde Pública, organizado pela OPAS em conjunto com os países da região, se propõe a atualizar os programas de educação permanente, além de trocar informação e promover estratégias alternativas de cooperação em rede. No Brasil, o CVSP corresponde à Universidade Aberta do SUS, apoiada pela Opas Brasil em cooperação com SGTES/MS. Esse projeto visa fortalecer essa estratégia de cooperação técnica entre os países das Américas e o Brasil, por meio sua Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, no marco da Escola de Governo em Saúde do SUS.

- **Cooperação Técnica entre Países (CTP)**

- Brasil/Canadá em Planejamento RH para Atenção Primária à Saúde (Projeto CONSORTIUM): Iniciativa voltada à construção de instrumental e de capacidade institucional no planejamento dos recursos humanos para a Atenção Primária à Saúde, levando em conta demandas epidemiológicas e demográficas das comunidades atendidas. Coordenação a cargo do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Brasil/Palop em Educação Técnica: objetiva fortalecer educação de técnicos em saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, por meio de cooperação técnica, mobilizando instituições da RETS e RET-SUS.

- Brasil /América Latina em Educação Técnica: apoio à EPSJV/Fiocruz na missão de Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde. Cooperação técnica com instituições integrantes da RETS na América do Sul.
- Brasil/Argentina – Projeto ANLIS: apoio à realização dos cursos de pós-graduação oferecidos em convênio entre Fiocruz e Administración Nacional de Laboratórios e Institutos de Salud Dr. Carlos G. Malbran (ANLIS) da Argentina, em “Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública” e “Mestrado em Biologia Celular e Molecular”.
- Brasil/Moçambique na área Materno-Infantil: apoio a programas de prevenção da mortalidade materna, desenvolvimento de especialidades pediátricas no hospital Central de Maputo, capacitação de pessoas para programas de atenção neonatal, elaboração de material didático e de apoio bibliográfico para atividades docentes. Projeto realizado pela Fiocruz.
- Brasil/Moçambique na área de DIP/DST/Aids
- Brasil/Paraguai em RH para Sistemas e Serviços de Saúde: apoio ao fortalecimento do Ministério de Saúde do Paraguai nas áreas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Família; e Plano Nacional de Saúde. Coordenação a cargo da ENSP/Fiocruz.
- Cone Sul em Educação técnica – Atenção Primária à em Saúde/Enfermagem: Articulação entre Ministérios da Saúde do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai com intermediação da Representação da Opas Uruguai, para fortalecer as Unidades de Recursos Humanos em planos e programas de desenvolvimento de enfermagem na sub-região.
- Brasil/Haiti em Educação Técnica: desenvolvimento de atividades locais pactuadas entre Ministério da Saúde do Haiti e do Brasil (por intermédio da SGTES); capacitação e programas de formação.
- Brasil/Uruguai em enfermagem.

- **Rede Pan-Amazônica de CT&I em Saúde**

O projeto visa apoiar a Rede de Cooperação Internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde nos países membros da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) para ajudar a solucionar os problemas sanitários da Região. O plano de trabalho está a cargo do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CpqLM/Fiocruz).

- **Rede Atenção à Saúde do Trabalhador da Saúde**

A Rede visa articular o tema da gestão de recursos humanos e da atenção a saúde na abordagem das condições de saúde dos trabalhadores desse setor, bem como fornecer elementos para elaborar políticas que transformem os condicionamentos e situações de precariedade e insalubridade prevalentes. Projeto iniciado em 2006, promovendo cooperação entre países para estudar, pesquisar e fornecer insumos para avaliar as práticas em saúde ocupacional no setor saúde.

- **CIRHUS/Andes**

Curso Internacional de Especialização em Gestão de Políticas de Recursos Humanos, para a qualificação dos dirigentes de recursos humanos em saúde dos países da Região andina (realizado em 2006-07)

- **CIRHUS/Mercosul**

II Curso Internacional de Especialização em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde (CIRHUS/MERCOSUL), voltado para qualificação de dirigentes de recursos humanos de saúde dos países do MERCOSUL e para os estados brasileiros que fazem fronteira com esses países (março a novembro 2008)

- **Grupo de Trabalho de Recursos Humanos do Conselho de Saúde da Unasul**

Projeto executado pelo CRIS/Fiocruz com o objetivo de apoiar a SGTES/MS na representação do Brasil no Grupo Técnico de Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde do Conselho de Saúde da União de Nações Sul-Americanas (Unasul)

- **Apoio nacional à implantação do Parágrafo 15 da Estratégia Global sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual**

Projeto apresentado pela AISA/MS, com objetivo de apoiar o governo nacional na realização de ações prioritárias para a Estratégia Global no âmbito das negociações internacionais.

- **Ações de apoio a temas de Propriedade Intelectual e Inovação em saúde na região das Américas**

- Avaliação do impacto dos acordos de livre comércio no acesso a medicamentos: apoio à presença de representantes dos Ministérios da Saúde e dos Institutos de Propriedade Intelectual da Guatemala, Honduras, Nicarágua, El Salvador, Costa Rica e República Dominicana em seminários regionais para discussão de relatório de avaliação de impacto.
- Revisão do quadro legal e regulamentar em matéria de propriedade intelectual
- Realização do Curso de Saúde Pública e Propriedade Intelectual, 5ª edição, na Argentina
- Análise de lacunas, obstáculos e potencialidades da Inovação em Saúde nas Américas
- Inovação e as prioridades nacionais de saúde e sub-regional
- Plataforma de Inovação Regional, Acesso e Política Farmacêutica

- **Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS)**

Instituição criada no âmbito da Unasul-Saúde, com vistas a apoiar os processos de desenvolvimentos dos sistemas de saúde da América do Sul. A cargo do CRIS/Fiocruz.

- **Incentivo às Reformas de Graduação com foco em Atenção Primária em Saúde na Cooperação Técnica entre Países Sul-Sul**

Reforço à capacidade dos países da América Latina e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa de efetivar reformas de graduação do ensino das profissões de saúde, voltadas à Atenção Primária à Saúde, tendo como referência a experiência do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde do Brasil.

- **Apoio à cooperação técnica junto à Rede ePORTUGUESe**

A Rede ePORTUGUESe consiste em uma plataforma da OMS para melhorar o acesso à informação em saúde em português, sexta língua mais falada do mundo e a mais falada abaixo do Equador, mas que não integra os idiomas oficiais das Nações Unidas. Uma das formas de atuação desta rede consiste na tradução de documentos de saúde da OMS ao português. A cooperação técnica brasileira junto à Rede ePORTUGUESe objetiva difundir conhecimento gerado no âmbito da Opas/OMS no Brasil para favorecer o acesso à literatura técnico-científica e institucional em português, aos países integrantes da CPLP, destacando-se a circulação de informação nos seguintes canais de comunicação: Biblioteca virtual em Saúde, Biblioteca Azul em português e Blog da Rede.

- **Prêmio Sérgio Arouca de Excelência em Saúde Pública**

Visa concessão de Prêmio nas sessões do Conselho Diretor da Opas, com o intuito de dar visibilidade a ações bem-sucedidas no campo da saúde pública, que representem avanços significativos nas condições de saúde das sociedades do continente americano, e que sejam passíveis de replicação.

- **Rede de Institutos Nacionais de Saúde- RINS/Unasul**

Operado pelo CRIS/Fiocruz, voltado à consolidação da rede estruturante de Institutos Nacionais de Saúde, no âmbito do Grupo de Trabalho em Recursos Humanos da Unasul-Saúde.

- **Rede de Escolas de Saúde Pública – CPLP e Unasul**

Operado pelo CRIS/Fiocruz, com objetivo de consolidar rede estruturante de escolas de saúde pública entre CPLP, no âmbito do Programa Estratégico de Cooperação em Saúde, e Unasul, pelo Grupo de Trabalho de Recursos Humanos.

- **Rede Consumo Seguro e Saúde nas Américas**

Projeto a cargo da Anvisa, no contexto da Resolução “Proteção ao consumidor: rede consumo seguro e saúde nas Américas”, da Comissão Geral do Conselho Permanente da Organização dos Estados Americanos. Envolve capacitação de agentes técnicos e autoridades, em espaço de interação, diálogo e articulação em rede, com vistas à proteção da saúde do consumidor.

- **Programa de Bolsas Unasul**

Projeto coordenado pelo CRIS/Fiocruz, voltado à concessão de bolsas de estudo de curta duração para a capacitação de altos dirigentes dos países parte da Unasul.

- **Apoio à Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**

Repasso de recursos à OMS, por solicitação da AISA/MS, destinado a elaboração de documentos técnicos preparatórios para a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) promovida pela OMS, realizada no Brasil em 2011.

- **Curso Internacional à distancia em Saúde da Família – Brasil-Paraguai**

Proposta da Fiocruz Pantanal e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, como Curso de Especialização em Atenção Primária de Saúde para Equipes de Saúde da Família no Paraguai.

- **Fortalecimento da Força de Trabalho em Saúde em Países Lusófonos e da Região das Américas– GHWA**

Sob coordenação da OMS e Global Health Workforce Alliance (GHWA) em parceria com Opas e Ministério da Saúde do Brasil, realização do III Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde, para discussão da agenda global em Recursos Humanos em Saúde. Conferência culminou na Declaração de Recife (2013).

- **Participação no International Forum on Quality and Safety in Healthcare**
- **Promoção de intercâmbio de experiências entre os sistemas de saúde do Brasil e Cuba**
- **Apoio a projetos da CPLP**
 - Realização de oficina “*Public engagement in science: opportunities, issues and challenges in African Portuguese speaker countries*”

APÊNDICE III¹³⁶

Dados e principais projetos de cooperação realizados sob o Termo de Cooperação 58, entre República Federativa do Brasil e OMS/Opas: “Fortalecimento Institucional da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde”

Período de análise: Do início de vigência (Maio 2009) até 1º semestre de 2015

- Assinatura do termo: 19 de maio de 2009
- Vigência inicial: até 18 de maio de 2014
- Prorrogado até 18 de maio de 2019

Órgãos executores: Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA/MS) e OPAS/OMS

Objetivo: Ampliar e fortalecer a liderança política da saúde brasileira no cenário internacional¹³⁷.

Propósito: Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde fortalecida para responder às demandas de ação internacional e do modelo de gestão do Ministério da Saúde¹³⁸.

Orçamento: O orçamento total disponibilizado até 1º semestre de 2015 foi de R\$ 29.976.727,00. Os recursos foram alocados em diferentes etapas, por meio da assinatura de Termos de Ajuste (TA), como expressos na tabela:

¹³⁶ Elaboração própria, a partir dos documentos “Relatórios de Gestão dos Termos de Cooperação”, Opas, no período compreendido entre 2009 e 1º semestre de 2015.

¹³⁷ Expresso no Relatório de Gestão do Termo de Cooperação 58, referente ao ano 2009.

¹³⁸ Expresso no Relatório de Gestão do Termo de Cooperação 58, referente ao ano 2009.

Ano	Termo de Ajuste	Valor
2009	TA 1	R\$ 3.067.118,00
2010	TA 2	R\$ 5.926.282,00
2010	TA 3	R\$ 8.045.340,00
2012	TA 4	R\$ 490.518,00
2012	TA 5	R\$ 5.534.625,00
2014	TA 6	Prorrogação de vigência do TC 58 (até 2019)
2014	TA 7	R\$ 6.912.844,00
Total (até 2015)		R\$ 29.976.727,00

As ações, os projetos e objetivos do TC 58 se alinham aos:

- Documento “Estratégia de Cooperação Técnica consolidada entre Opas e Brasil para período 2008-2012” (até 2012);
- Programa “Mais Saúde” e “Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde” (PAC Saúde) (até 2011);
- Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015 (em 2012)
- Plano Nacional de Saúde (2012-2015) (a partir de 2012);
- Diretrizes da Política Externa Brasileira.

Ao longo da duração do TC 58, foram estabelecidos os seguintes ‘Resultados Esperados’:

- Aperfeiçoar a capacidade da AISA de coordenar, com o Ministério das Relações Exteriores, a agenda internacional de interesses do Ministério da Saúde, incluindo a participação do Brasil em fóruns multilaterais
- Aperfeiçoar a capacidade da AISA de coordenar, com o Ministério das Relações Exteriores e outros parceiros, posições sobre temas especializados de interesse do Ministério da Saúde, incluindo a participação em fóruns políticos
- Aperfeiçoar a capacidade da AISA de desempenhar seu papel político de coordenação e assessoramento nos processos de integração e iniciativas de desenvolvimento da saúde, em nível regional e global

- Aperfeiçoar a capacidade da AISA de coordenar as ofertas e demandas da cooperação técnica, científica e tecnológica e de ajuda humanitária

No âmbito do Projeto Haiti, a partir de 2013, definiram-se os seguintes ‘Resultados Esperados’ adicionais:

- Ações de apoio à organização do sistema e dos serviços de saúde do Haiti implantadas e implementadas (estabelecido em 2013)
- Apoio ao Programa de formação e qualificação de agentes comunitários de saúde, técnicos e profissionais de saúde haitianos para todo o programa realizado
- Programas haitianos de imunização e de vigilância epidemiológica ampliados e consolidados com o apoio do Brasil e de Cuba.

Principais ações da AISA no âmbito do TC 58¹³⁹

1) Planejamento:

- a. Coordenar a posição brasileira nas sessões do Conselho Executivo da OMS e no Conselho diretor da OPAS, tendo como base subsídios das áreas técnicas do MS.
- b. Acompanhar o tratamento dos temas de saúde nas agências do Sistema das Nações Unidas, com foco prioritário na Organização Mundial do Comércio (OMC) e na Organização Mundial de Propriedade Intelectual (OMPI)
- c. Apoiar, acompanhar e negociar propostas no âmbito dos: Convenção da Biodiversidade/Protocolo de Cartagena; Convenção de Ramsar; Convenção de Viena para a Proteção da Camada de Ozônio/Protocolo de Montreal; Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente; Convenção para a Proibição de Armas Biológicas; Convenção para Proibição de Armas Químicas; Convenção Quadro de Mudanças Climáticas
- d. Ações de cooperação nas fronteiras e no âmbito do Mercosul-Saúde e Unasul-Saúde
- e. Facilitar e estimular processos e projetos de cooperação técnica, educacional, científica e tecnológica em saúde, nos eixos sul-sul, norte-sul e trianguladas.

2) Projetos de cooperação previamente existentes, continuados durante o período em análise

a. Ações de integração das políticas de saúde no âmbito do Mercosul:

- Reuniões anuais dos Ministros de Saúde do Mercosul
- Reuniões ordinárias do SubGrupo de Trabalho nº 11 – Saúde-Mercosul
- Apoio à implementação e manutenção do site “Mercosul Saúde”
- Projeto de cooperação para apoio ao sistema de informação e comunicação em saúde do Mercosul
- Encontro dos representantes do Mercosul para Congressos Nacionais sobre AIDS, e discussão do tema da Saúde Prisional relacionada às DSTs (2013)
- Fórum para discussão das macropolíticas e estratégias para o setor saúde.
- Sistema de Vigilância Epidemiológica do Mercosul (VIGISAS)
- Observatório Mercosul de Políticas e Sistemas de saúde
- Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS)

¹³⁹ Elaboração própria, a partir dos documentos “Relatórios de Gestão do TC 58”, no período compreendido entre 2009 e 1º semestre de 2015.

- Apoio à Rede ePORTUGUESe: Visa fortalecer a colaboração entre os países de língua oficial portuguesa nas áreas de capacitação de RH em saúde. Proposta de que os documentos existentes sejam impressos na OMS de acordo com demanda e necessidade dos PALOPs (2013)
- GT Itaipu Saúde – 72ª Reunião

3) Coordenação das ofertas e demandas de cooperação técnica, científica, tecnológica e ajuda humanitária

- Alguns projetos triangulares em saúde:
 - Implementação da Estratégia de Redes Integradas de Serviços de Saúde no Paraguai
 - Fortalecimento do Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai
 - Projeto de cooperação: Alemanha-Brasil- Uruguai
 - Negociação de cooperação prestada ao Chile, Uruguai, Equador, com apoio da Alemanha
- Plano Estratégico de cooperação em Saúde (PECS/CPLP)
- Criação da Rede Sul-Americana de Assessorias Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde (REDESUL-ORIS)
- Implantação de Sistema de Acompanhamento de projetos e ações de cooperação internacional (SISCOOP)

4) Demais reuniões e atividades ano a ano

2009	
<i>Participação em fóruns multilaterais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Workshop sobre Biossegurança “Protocolo de Cartagena sobre Biossegurança: Autoridades Nacionais competentes”
<i>Participação em fóruns de integração regional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • VI Reunião de Alto Nível da Nova Agenda de Cooperação e Desenvolvimento fronteiriço Brasil-Uruguai • I Reunião de Desenvolvimento e gestão de Recursos Humanos da Unasul: Criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS). • II Reunião do subgrupo de trabalho de saúde na fronteira Brasil/Venezuela • V Reunião da Comissão Mista de Cooperação Transfronteiriça Brasil-Guiana Francesa • Trabalhos da Reunião de Ministros da Saúde Mercosul e do SGT n°11 Saúde-Mercosul • I Reunião da Comissão Mista de Cooperação Técnica Brasil-Costa Rica (prospecção de cooperação internacional)
<i>Realização de seminários</i>	<ul style="list-style-type: none"> • “Setor Saúde no Brasil e Oportunidades de Negócios” – Organizado pela Embaixada Brasileira em Pequim, com colaboração da AISA.
<i>Ações Relativas à Cooperação Técnica Internacional prestada</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento técnico de levantamento análise de todos os projetos de cooperação prestada pelo Ministério da Saúde no continente africano • Avaliação da Assistência Humanitária Internacional prestada a partir de 2006 na área de HIV/Aids • Relatórios técnicos sobre cooperação Brasil-Angola; Brasil-Moçambique • Produção do primeiro volume de Boletim Digital de divulgação das atividades desenvolvidas: Cooperação Saúde • Atividades de acompanhamento de técnicos estrangeiros em capacitação para tratamento da Malária (de Angola, Cabo Verde e Guiné Bissau)
<i>Outras atividades</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde (DPROJ/AISA/MS); • Criação do Grupo de Técnico de Assistência Humanitária Internacional em Saúde; • Realização da I Reunião Ampliada do Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde; • Videoconferência sobre Memorando de Entendimentos na Área da Saúde entre Brasil e Canadá; • Reunião Grupo técnico em saúde para elaboração de plano de saúde na fronteira com Peru; • Documentos técnicos de apoio aos objetivos do TC 58, incluindo levantamento de atividades de cooperação com: China, Japão, Canadá, França, Bélgica.

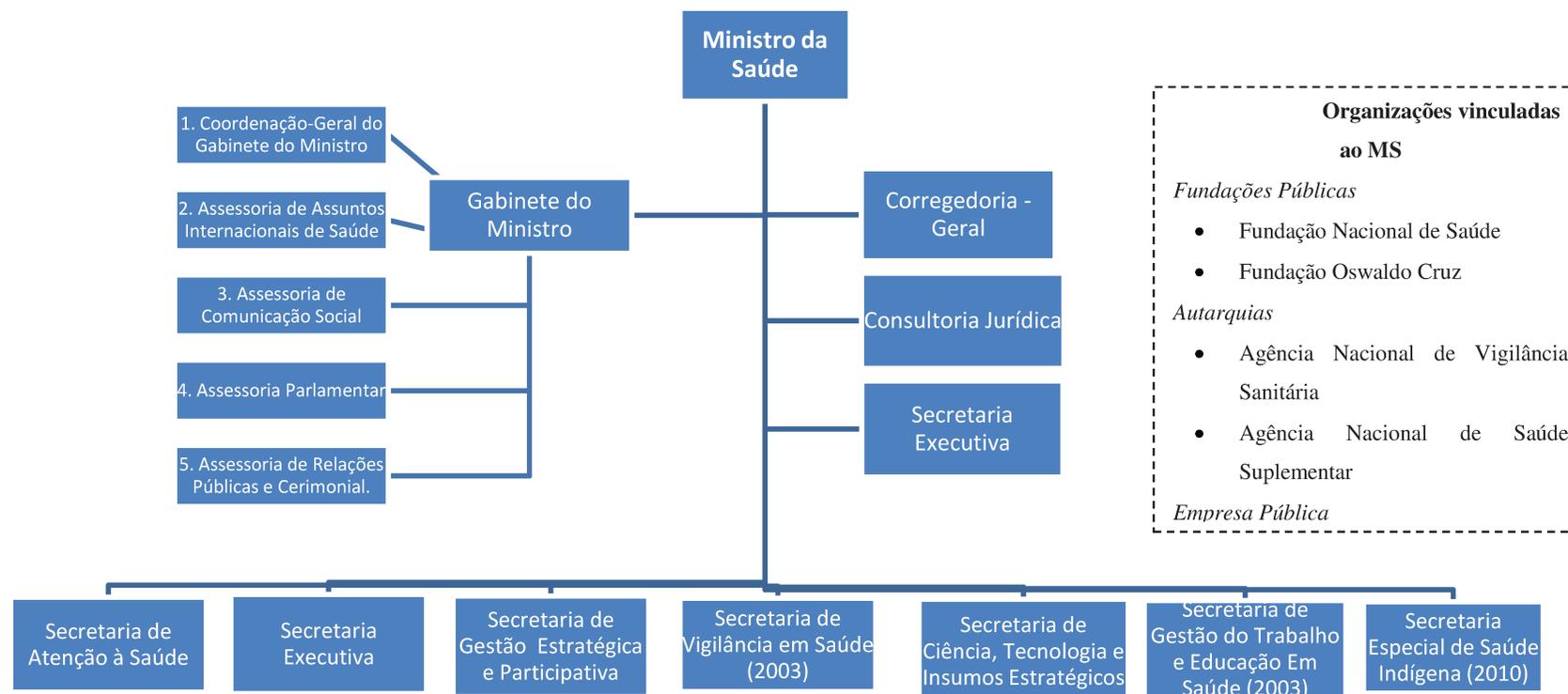
2010	
<i>Participação em fóruns multilaterais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de <i>enhanced engagement</i> do país junto à área de saúde da OCDE: produção de relatórios técnicos sobre as relações do país com a OCDE, e sobre o processo e propostas para a participação como ouvinte das Assembleias decisória da OCDE em saúde.
<i>Fóruns de integração regional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento do tema “Avaliação de Tecnologias em Saúde” no Mercosul • Reunião de desenvolvimento e gestão de recursos humanos na Unasul: discussão de temas relacionados ao ISAGS • Atividades relativas à REDESUL-Oris
<i>Realização de seminários</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Workshop “Capacidades Nacionais em Segurança Biológica”, no âmbito dos trabalhos relativos à Convenção para Proibição de Armas Biológicas e Toxinas. • Preparação de painel “Segurança Química Internacional e suas implicações para a Saúde” no Simpósio Brasileiro de Saúde Ambiental
<i>Ações Relativas à Cooperação Técnica Internacional prestada</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de guia de boas práticas e diretrizes da Assistência Humanitária Internacional em Saúde
<i>Outras atividades</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Produção de documentos técnicos de apoio aos objetivos do TC58: levantamento de atividades de cooperação em saúde com distintos países e regiões; apoio à integração entre fronteiras Brasil-Uruguaí; relatório sobre processos de capacitação de gestores e técnicos em saúde para a tríplice fronteira; resultados da cooperação bilateral com Peru no âmbito do SUS, entre outros. • Reuniões sobre cooperação bilateral em saúde com Venezuela e Guiana Francesa • Formação: participação de profissionais do MS em curso de Monitoria e Avaliação para projetos de cooperação internacional
2011	
<i>Participação em fóruns multilaterais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação da Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Doenças Não-Transmissíveis; • 64ª Assembleia Mundial da Saúde/OMS; • Presença nas reuniões de Comitês Executivos e sessão do Conselho Diretor da OpaS; • Reunião de Ministros da Saúde dos BRICS; • Participação nos debates do Processo de Reforma da OMS; • Presença na 130ª sessão do Conselho Executivo da OMS; • 3ª Sessão Intergovernamental de Negociação de um Tratado Global Vinculante sobre Mercúrio; • 7ª Reunião do Grupo de Trabalho sobre o Artigo 8(j) e disposições associadas da Convenção sobre Diversidade Biológica (CDB); • 7ª Conferência de Revisão da Convenção sobre Proibição de Armas Biológicas

	<ul style="list-style-type: none"> • Participação na Reunião da OCDE sobre Cooperação Sul-Sul e triangular • Representação do Brasil nas discussões preparatórias à reunião de Busan sobre Cooperação Sul-Sul
<i>Fóruns regionais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião extraoficial e Oficina de Vigilância Epidemiológica do HIV/Aids da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids • Reuniões do Núcleo de articulação dos sistemas de informação e comunicação em saúde e de diversas Comissões Intergovernamentais em saúde, para preparação da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul. • Reunião extraordinária de Ministros da Saúde do Conselho Sul-americano de Saúde/Unasul • Reuniões de comitês sobre saúde nas fronteiras • Atividades de desenvolvimento de ações no âmbito da REDESUL (Oficinas e I Fórum Sul-Americano de Cooperação Internacional em Saúde)
<i>Realização de seminários</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 1º e 2º Sessão do Seminário “O Protocolo de Nagoia e a Saúde: Buscando novos rumos para a sustentabilidade”; • Oficina de Trabalho: Estratégias para implementação da Autoridade Nacional Competente para o Protocolo de Cartagena sobre Biossegurança no Âmbito da Saúde.
<i>Ações Relativas à Cooperação Técnica Internacional prestada</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de representantes do Grupo Técnico de Assistência Humanitária em saúde em Washington, promovida pela Opas, Departamento de Estado de Saúde dos EUA, Banco Mundial e USAID.
<i>Outras atividades</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de fortalecimento do Sistema e serviços públicos de saúde do Haiti • Levantamento ações de cooperação com Suécia; • Aproximação com Canadá e Índia; • Missões exploratórias a Portugal e Espanha para capacitação como Centro Colaborador para o Influenza.
2012	
<i>Participação da AISA em fóruns multilaterais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 11º Conferência das Partes da Convenção sobre Biodiversidade –CDB • Conferência das Partes da Convenção sobre a Proibição do Desenvolvimento, Produção e Estocagem de Armas bacteriológicas (biológicas) e à Base de Toxinas e sua Destruição • Atividades internas de capacitação da AISA para ações relacionadas ao processo de reforma da OMS
<i>Realização de evento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de Trabalho “Autoridade Nacional Competente do Protocolo de Cartagena: Procedimento Operacional”
<i>Outras atividades</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos técnicos: levantamento de ações bilaterais com Noruega, Singapura, Portugal e União Europeia. • Documentos técnicos referentes à participação da AISA na UNASUL e Fórum permanente de saúde do Mercosul

2013	
<i>Participação da AISA em fóruns multilaterais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação dos pronunciamentos do Brasil nas reuniões do Conselho Executivo da OMS • II Reunião do Grupo Consultivo dos Países (Opas), realizada em Washington , para discussão do Plano Estratégico Opas 2014-2019 e Proposta de Orçamento 2014-2015 da Opas; • 66ª Assembleia Mundial de Saúde e das Sessões do Conselho Executivo da Organização • II Reunião de Ministros da Saúde do BRICS • Reunião do Grupo de Trabalho da OMS sobre condutas relacionadas a medicamentos abaixo do padrão ou falsificados • Acompanhamento de Missão da OMS ao Brasil
<i>Cooperação bilateral</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião de cooperação com EUA: “Global Smoke Free Worksite Challenge” • Reunião Subgrupo de Saúde Brasil/Guiana Francesa
<i>Programa Mais Médicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ano de implementação do Programa Mais Médicos, descrito como “prioridade máxima” do Ministério da Saúde, com forte envolvimento da AISA.
2014	
<i>Participação em fóruns multilaterais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • First BRICS Workshop of Collaboration on Pharmaceutical Innovation and Development, com presença dos Ministérios da Saúde dos BRICS, OMS, Unaid e indústrias farmacêuticas; • IV Reunião dos Ministros da Saúde dos BRICS; • 16º ICDRA – Conferência Internacional de Agências Reguladoras de Medicamentos (OMS); • Organização do Workshop “CEWG (Consultative Expert Working Group) Demonstration Projects” (em parceria com Fiocruz e OMS); • 12º Encontro dos Grupos de Trabalho FAO/OMS sobre preparação da II Conferência Internacional de Nutrição; • Conferência Mundial sobre Povos Indígenas (ONU); • “Encontro regional para avaliação do progresso na implementação da estratégia global e plano de ação para inovação em saúde pública e da propriedade intelectual para o Sudeste da África”
<i>Ações em fóruns regionais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Missão técnica Brasil-Caricom para fortalecimento da rede laboratorial e revisão de protocolos de combate ao Chikungunya e Ebola; regulamento sanitário internacional; treinamento de Recursos Humanos em saúde e doenças não comunicáveis
<i>Ações Relativas à Cooperação Técnica Internacional prestada</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Presença da AISA em reuniões com delegados de outros países (Suriname e Etiópia) para definição de possibilidade de cooperação ou parcerias.

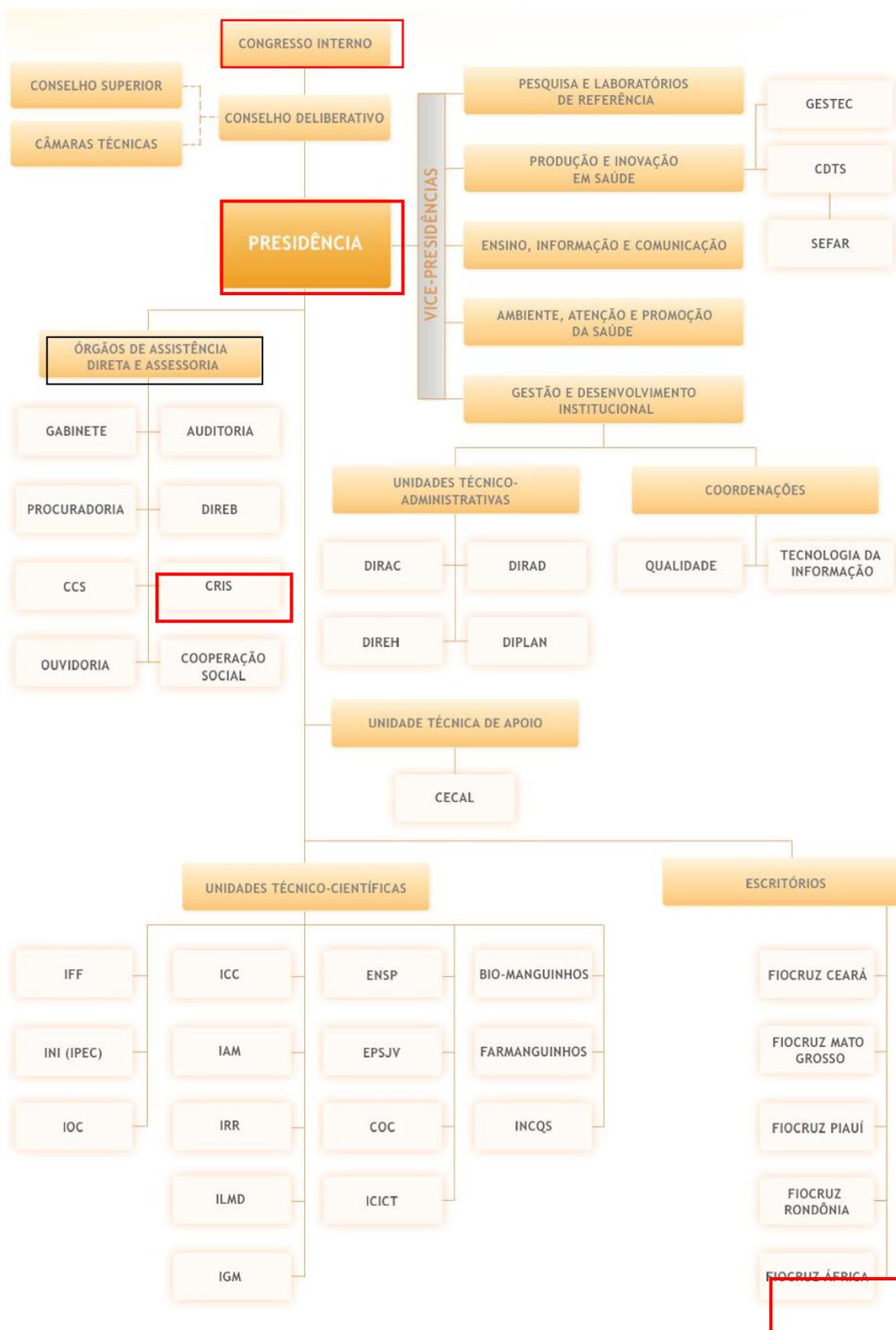
<i>Outras atividades</i>	Oficina do projeto em saúde em áreas e fronteira Uruguai-Brasil (Junto à ENSP/Fiocruz e CRIS/Fiocruz)
2015	
<i>Participação em fóruns multilaterais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião da Sessão Especial da Assembleia Geral – UNGASS; Sessão da Comissão de entorpecentes e sessão do diálogo Brasil e União Europeia sobre drogas; • I Conferência de Ação Global contra demência em Genebra; • Reunião sobre Reforma da Organização Mundial da Saúde – OMS – Atores Não Estatais • Reunião de Alto Nível em Segurança de Trânsito (preparativos para 2ª Conferência Global Alto Nível em Segurança de Trânsito) • 48ª Sessão da Comissão sobre População e Desenvolvimento • 68ª Assembleia Mundial da Saúde • XXVII Reunião do Comitê de Política e Coordenação – Genebra • III Conferência Mundial para Redução do Risco de Desastres • Reunião BRICS de Cooperação em Tuberculose
<i>Fóruns regionais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nova metodologia de trabalho Mercosul/Unasul, com o objetivo de reduzir custos e evitar sobreposição de temas nos fóruns globais
<i>Cooperação bilateral</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões e atividades entre Fiocruz e Unitaid

ANEXO I – ORGANOGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA FIOCRUZ



Fonte: Elaboração própria a partir do organograma do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2016).

Figura 0-1 - Organograma da Fiocruz, com destaque para órgãos centrais na conformação da cooperação internacional brasileira



Fonte: Site da Fiocruz, acesso em 10 de Julho de 2016

ANEXO II

ARTIGOS 196 A 200 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Seção II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [\(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

IV - [\(revogado\)](#). [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006\)](#)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010\) Regulamento](#)

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006\)](#)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015\)](#)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.