

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS APLICADAS
CAMPUS V- JOÃO PESSOA – PB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES
INTERNACIONAIS**

FABÍOLA FARO ELOY DUNDA

**Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde como
Soft Power do governo Lula (2003-2010)**

**João Pessoa
2012**

FABÍOLA FARO ELOY DUNDA

**Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde como
Soft Power do governo Lula (2003-2010)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba para a obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais.

Área de Concentração: Política Externa Brasileira

Orientador: Prof. Dr. Henrique Altemani de Oliveira

**João Pessoa
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CAMPUS V – UEPB

D914c Dunda, Fabiola Faro Eloy.
Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde como Soft Power do governo Lula / Fabiola Faro Eloy Dunda. – 2012.
144f. : il. color

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa, 2012.

“Orientação: Prof. Dr. Henrique Altemani de Oliveira”.

1. Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde. 2. Política Externa do governo Lula. 3. Soft Power. I. Título.

21. ed. CDD 327.17

Nome: DUNDA, Fabíola Faro Eloy

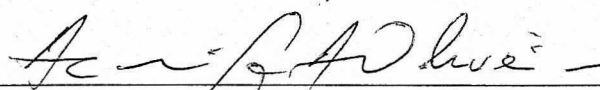
Título: Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde como Soft Power do governo Lula
(2003-2010)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Relações Internacionais da Universidade Estadual da Paraíba para obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais.

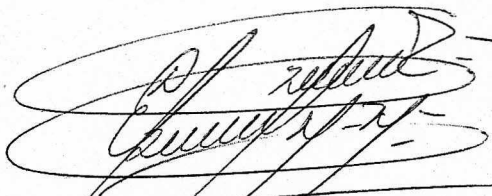
Área de Concentração: Política Externa Brasileira

Aprovado (a) em: 03/12/2012

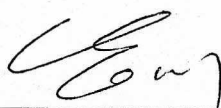
Banca Examinadora



Prof. Dr. Henrique Altemani de Oliveira
Orientador - UEPB



Prof. Dr. Elias David Morales Martinez
Examinador Interno - UEPB



Prof. Dr. Eiiti Sato
Examinador Externo - UNB

Para meus pais

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me ensinaram a caminhar sempre em frente, em busca dos meus sonhos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Henrique Altemani de Oliveira por sua disposição em compartilhar comigo as minhas preocupações, pelo incentivo e empenho na orientação da minha Dissertação.

Ao Prof. Paulo Kuhlmann, pelo incentivo, e pela paciência nas discussões sobre os temas de Segurança Internacional.

Aos professores do Mestrado, que contribuíram para o meu aprofundamento no vasto campo das Relações Internacionais.

À Banca de Qualificação do projeto de Dissertação, Prof. Elias David Morales Martinez e Prof^a. Andréa Maria Calazans Pacheco Pacífico, pelas valorosas contribuições e críticas.

Aos meus colegas de Mestrado, que tornaram o meu percurso mais proveitoso e agradável.

“De modo suave você pode sacudir o mundo”

Mahatma Gandhi

RESUMO

DUNDA, Fabíola Faro Eloy. **Cooperação Sul-Sul em Saúde como Soft Power no governo Lula (2003-2010)**. 2012. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais). Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais. Universidade Estadual da Paraíba

A temática da saúde está inserida no contexto das Relações Internacionais, evoluindo as ações cooperativas na área, desde iniciativas como a criação de Conselhos Sanitários e Conferências Internacionais de Saúde, ainda no Século XIX, até a Constituição do Escritório Sanitário Internacional, em 1902, posteriormente denominado Organização Pan-Americana de Saúde em 1958, e a Organização Mundial de Saúde, criada no contexto do pós II Guerra Mundial, em 1948. Projetos brasileiros de cooperação em saúde coincidem com o próprio desenvolvimento da cooperação brasileira, ao longo dos últimos sessenta anos. A cooperação Sul-Sul brasileira em saúde teve as suas práticas aprofundadas durante o governo Lula, ao se considerar o número de projetos na área, as áreas geográficas em que os projetos foram estabelecidos e a presença da temática nos blocos e fóruns de que o Brasil participa. A presente Dissertação tem por objetivo analisar a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde, como instrumento de Soft Power do governo Lula, no período de 2003 a 2010, utilizando para este fim, as dimensões temática, geográfica e política. Observar, inicialmente, se um ponto de interseção existe entre a Política Externa brasileira no governo Lula e as iniciativas de cooperação em saúde, permitirá a avaliação se esta cooperação constituiu-se como instrumento de inserção do Brasil no Sistema Internacional. Foram coletados dados do Ministério da Saúde, da Agência Brasileira de Cooperação e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, quanto à temática, aos números da cooperação e dos projetos, e quais os países cooperantes nessa área, sendo os mesmo correlacionados com os dados da literatura pertinentes ao histórico e desenvolvimento da cooperação brasileira, e especificamente a cooperação em saúde, bem como, com a Política Externa do governo Lula. A análise dos dados e o confronto com a literatura permitem a conclusão de que houve aumento da cooperação Sul-Sul brasileira em saúde durante o governo Lula, destacando-se os projetos na área de HIV/AIDS e de Bancos de Leite Humano, que juntos, corresponderam nos dados mais recentes, a mais de 50% dos projetos de cooperação na área. Os projetos de cooperação em saúde seguiram as linhas diretrizes da Política Externa brasileira, quando se consideram as áreas geográficas onde os projetos foram estabelecidos (América do Sul, Caribe, África e Ásia), bem como quando se observa quais projetos de cooperação em saúde são contemplados dentro das iniciativas, MERCOSUL, UNASUL, Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), Fórum de Diálogo IBAS e BRICS. A existência de projetos de cooperação, de Planos de Ação entre os países, bem como de Declarações dos Ministros de Saúde dos países participante dos blocos e dos Fóruns de Diálogo, acordando os mesmos, em aprofundar a temática e instituir projetos na área, representam elementos que permitem a conclusão de que a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde constituiu-se como instrumento de Soft Power durante o governo Lula, e nesse contexto, permitiu maior inserção do país no Sistema Internacional.

Palavras-chave: Cooperação Sul-Sul brasileira em saúde; Política Externa do governo Lula; Soft Power; Inserção no Sistema Internacional

ABSTRACT

DUNDA, Fabíola Faro Eloy. **Brazilian South/South health cooperation and Lula's Soft Power Government (2003-2010)**. 2012. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais). Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais. Universidade Estadual da Paraíba.

The health subject is inserted in the International Relations context and has been developing cooperative actions in the area since some initiatives like the creation of the Sanitation Councils and International Health Conferences in the XIX century, till the International Sanitation Office Constitution in 1902 which was later on named as the Pan American Health Organization in 1958 and the World Health Organization, created in the post II World War context in 1948. The Brazilian South/South cooperation had its practices deepened during Lula's government if we take into consideration the number of projects in the area, the geographical areas in which the programs were established, the presence of the subjects in the forums in which Brazil took part. This work aims at analyzing the Brazilian South/South cooperation in the health area as an instrument of Lula's Soft Power government instrument between 2003 and 2010 and to do so, were used the geographical and political dimensions of analysis. Observe at first if a intersection point between the Brazilian External Politics during Lula's government and the initiatives in health cooperation exists will allow the evaluation if this cooperation was an instrument of inserting Brazil in the International System. Data from the Health Ministry, Brazilian Cooperation Agency and from the Institute of Applied Economics Research concerning the subject, numbers referring to cooperation, and cooperative countries were collected. This data was correlated with the literature relevant to the subject and to the Brazilian cooperation development, specifically the health cooperation as well as to the external politics in Lula's government. The analysis of the data and the confrontation with the literature allow us to conclude that there was an increase in the South/South health cooperation during Lula's government mainly the projects concerning the HIV/AIDS area and the human milk bank. According to recent data, these projects together corresponded to more than 50% of the cooperative ones in the area. The health cooperative projects followed the directives of the Brazilian External Politics when taking into consideration the geographical areas where these projects were set up (America, Caribe, Africa and Asia), as well as when we observe which cooperative health projects are considered in the MERCOSUL, UNASUL, Portuguese language speaking countries communities (CPLP), IBAS and BRICS Dialogues Forums. The existence of cooperation projects, of Actions Plans among countries as well as the declarations of the Health Ministry of the countries taking part in the blocks and Dialogue Forums are representative elements to conclude that the Brazilian South/South health cooperation is an instrument of Soft Power during Lula's government and in this context it has inserted Brazil in the International System

Key-words: Brazilian South/South health cooperation; Lula's External Politics government; Soft Power; Insertion in the International System.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Cooperação Brasileira Internacional (2005-2009).	67
Tabela 2 - Cooperação técnica Sul-Sul em Saúde (2010) distribuída por área geográfica em números absolutos e percentuais	78
Tabela 3- Percentual de Projetos distribuídos por área temática (HIV/AIDS e Bancos de Leite Humano) anos em 2010 e 2011	121
Tabela 4 - Cooperação brasileira em saúde no que tange aos números de projetos por área geográfica.....	123

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Recursos investidos em saúde de acordo as Instituições participantes	69
Gráfico 2– Projetos de cooperação por Área de Saúde	86
Gráfico 3 - Distribuição dos Bancos de Leite Humano de acordo com o número dos mesmos em cada país.	98
Gráfico 4 – Projetos em Execução/Total de Projeto.....	99
Gráfico 5 – Situações de Projetos por Área Geográficas	100
Gráfico 6 – Porcentagem de Projetos de Cooperação em Vigência, Segundo Países Africanos de Língua Portuguesa, Inglesa e Francesa	101
Gráfico 7 - Principais áreas de Cooperação na América Latina e Caribe	120
Gráfico 8 - Projetos de saúde registrados de acordo com a área geográfica e com a situação de em execução, em negociação e concluídos.	122

Lista de Siglas

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde
ANVISA	Agência Brasileira de Vigilância Sanitária
AOD	Ajuda Oficial ao Desenvolvimento
CAD	Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNTA	Comissão Nacional de Assistência Técnica
CONTAP	Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso
BLH	Banco de Leite Humano
BRICS	Fórum de Diálogo Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
C&T	Ciência e Tecnologia
CF	Cooperação Financeira
CF	Constituição Federal
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CT	Cooperação Técnica
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DCT	Divisão de Cooperação Técnica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome
IBAS	Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
G77	Grupo dos 77
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
MES	Ministério de Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública

NOEI	Nova Ordem Econômica Internacional
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OPEP	Organização de Países Produtores de Petróleo
PALOP	Países de Língua Oficial Portuguesa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRODIRS	Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMC	Organização Mundial do Comércio
ONG	Organização Não-Governamental
SALT	Strategics Arms Limitations
SAE/PR	Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
SICD	Sistema Internacional de Cooperação ao Desenvolvimento
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SEGIB	Secretaria Geral Ibero Americana
SUBIM	Subsecretaria de Cooperação Económica e Técnica Internacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UNAMA	United Nations Mission Assistance in Afeganistan
UNASUL	União das Nações Sul Americanas
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development
UE-ACP	União Européia-África,Caribe e Pacífico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL	22
1.1 Por que os Estados Cooperam?	22
1.2 O Sistema Internacional de Cooperação para o Desenvolvimento.....	26
1.2.1 Conceitos básicos e Classificação da Cooperação para o Desenvolvimento	26
1.2.2 Motivações para a Cooperação Internacional.....	29
1.3 Contexto Histórico da Cooperação para o Desenvolvimento.....	33
1.3.1 Os anos 1950 e 1960: a criação da Cooperação para o Desenvolvimento	36
1.3.2 Os anos 1970 e 1980: entre a dimensão social e econômica da cooperação	40
1.3.3 O período pós Guerra Fria até os dias atuais	43
1.4 Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento: evolução histórica	46
1.4.1 Cooperação Sul-Sul	48
2. COOPERAÇÃO BRASILEIRA INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO	57
2.1 O Contexto Histórico.....	57
2.2 A Estrutura da cooperação técnica brasileira: a Agência Brasileira de Cooperação	63
2.3 Os números da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento (2005-2009)	66
2.4 Cooperação Sul-Sul Brasileira	70
2.4.1 A cooperação Sul-Sul brasileira no contexto da Política Externa do Governo Lula.....	76
2.5 A cooperação Sul-Sul brasileira em Saúde.....	83
2.5.1 A Dimensão Temática (O Programa HIV/AIDS, os Bancos de Leite Humano)	85
2.5.2 A Dimensão Geográfica	99
2.5.3 A Dimensão Política.....	102

3. COOPERAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE E SOFT POWER NO SISTEMA INTERNACIONAL.....	111
3.1 “Poder” no Sistema Internacional: “Hard”, “Soft” e “Smart	111
3.2 Soft Power e Cooperação Brasileira em Saúde: quando Teoria e Prática se encontram	115
3.3 A Saúde como Instrumento de Inserção do Brasil no Sistema Internacional	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133

INTRODUÇÃO

A ideia inicial para o desenvolvimento desse trabalho surgiu do interesse pessoal em tentar utilizar um conhecimento prático, o exercício da medicina, dentro do contexto da Cooperação Internacional em saúde no campo das Relações Internacionais. Considerando a saúde como instrumento de análise, o aprofundamento do estudo dessa área, ao se utilizar a vertente política da sua atuação, redimensiona e amplia a forma como um campo bastante específico do conhecimento pode ser discutido, a partir de um prisma diferente.

Dessa forma, a saúde dentro das Relações Internacionais constitui o eixo central que permeia essa Dissertação, que vai abordá-la por meio de uma vertente política, inserindo-a no contexto da Cooperação Internacional. O escopo dessa abordagem pretende particularizar a Cooperação Sul-Sul brasileira em saúde durante o período do governo Lula, analisando se a saúde pode ser considerada um instrumento para a maior inserção do país no Sistema Internacional.

Ao se ampliar o escopo de análise da saúde inserindo-a no contexto das Relações Internacionais, o afastamento inicial e proposital da sua associação com a prática médica *stricto sensu*, ou seja, a relação médico-paciente, permite que esse ente específico, a saúde, seja passível de apreciação no campo da cooperação técnica internacional sob o prisma da vertente política, possibilitando a sua análise.

Iniciativas de Cooperação Internacional em saúde remontam ao século XIX, por meio de ações como a criação do Conselho Sanitário no Egito em 1833, em que representantes de vários países tiveram como objetivo a proteção dos países europeus, bem como cuidar de problemas de quarentena e de higiene internacional (VILLA et al, 2001:102). A Primeira Conferência Internacional de Saúde ocorreu em 1851, derivando dela a convenção de normas para a criação de um código internacional referente à quarentena, à notificação de Cólera, Peste e Febre Amarela (VILLA et al, 2001:103).

Considerando o período que transita entre o final do século XIX e o começo do século XX, encontram-se as raízes da constituição da Organização Pan-Americana de Saúde, no ano de 1902. Neste ano, ocorre a Primeira Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, tendo como resultado a criação do Escritório Sanitário Internacional. O Escritório viria a se transformar, em 1958, na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2011: 6), órgão representativo da Organização Mundial de Saúde nas Américas.

No contexto de reconstrução do pós-guerra, a criação das Nações Unidas, em 1945, também lança a ideia de se criar um órgão que pudesse ser responsável pelos temas da saúde mundial. Nesse sentido, em 1948, é criada a Organização Mundial de Saúde (OMS). Cinquenta e três delegados dos cinquenta e cinco países membros da OMS, participaram da Primeira Assembleia Mundial de Saúde nas Nações Unidas que tinha, àquela época, prioridades, tais como o combate à Malária, à Tuberculose, às Doenças Venéreas, à Desnutrição, os cuidados com a saúde da mulher e das crianças, e o acesso e a construção de redes sanitárias, preocupações estas que permanecem pertinentes até os dias atuais. No mundo do fim do século XX e início do século XXI, juntam-se a essas prioridades a pandemia de HIV/AIDS, que atualmente alcança proporções alarmantes, ceifando milhões de vidas produtivas no mundo do terceiro milênio (OMS, 2007: 4).

A existência de uma Agenda Internacional durante o período da Guerra Fria dividia os assuntos de interesse global em dois planos, o da “alta política” e o da “baixa política”. O primeiro plano se referia aos assuntos relacionados à segurança estratégica, enquanto o segundo era referente a temas, tais como, comércio, desenvolvimento, educação e outros assuntos não relacionados diretamente à segurança estratégica dos países e das superpotências (SATO, 2010: 47), em cujo local a saúde era enquadrada.

O pensamento de que a saúde é um bem universal, direito humano e que deve ser estendido a todos os povos do mundo está presente na Declaração de Alma Ata de 1978, que conclama todos os Estados, desenvolvidas e em desenvolvimento, a aprofundarem suas políticas públicas de saúde, principalmente de cuidados primários nessa área. Dentro desse escopo, entende-se que maior ênfase deve ser dada à educação, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das principais doenças infecciosas, endêmicas, doenças e lesões comuns à (s) região (ões) geográfica (s), imunização, nutrição, cuidados à saúde materno-infantil, saneamento básico, fornecimento de medicação e atenção a setores correlatos à saúde tais como agricultura, pecuária, indústria de alimentos e habitação, para citar algumas dessas áreas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA).

A Cooperação Internacional em Saúde é um dos eixos do Sistema de Cooperação Internacional, que nos moldes como é conhecida atualmente, surge no período pós Segunda Guerra Mundial, em meio a um mundo devastado no âmbito social, político, econômico e comercial. A criação das Organizações das Nações Unidas, em 1945, o Plano Marshall, em 1948 e as Instituições que surgiram decorrentes das negociações de Bretton Woods, em 1944, ou seja, o Banco Mundial e o Fundo

Monetário Internacional, (PUENTE, 2010: 40), podem ser considerados como marcos políticos situados na origem da Cooperação Internacional para o desenvolvimento.

Se em um primeiro momento, a lógica da Cooperação Internacional pautou-se na verticalidade, essa condição pode ser atribuída em grande parte, à lógica da supremacia do país que saiu mais fortalecido política e economicamente desse embate, os Estados Unidos, e de seus pares europeus já fortalecidos econômica e politicamente após o período do Plano Marshall.

A ideia de horizontalidade nas práticas de Cooperação Internacional começou a ser pensada a partir da Conferência de Bandung, em 1955, que além de “representar mais do que um movimento de apoio ao processo de descolonização de países africanos e asiáticos, promoveu o início da aproximação e cooperação política dos países do Terceiro Mundo” (OLIVEIRA, 2008: 75). É a partir do movimento e da aproximação de países dentro desse contexto, que o aprofundamento desse pensamento se consubstancia, e um novo modelo de cooperação, pautado mais nas semelhanças e no caráter de identidade dos países com menor grau de desenvolvimento econômico àquela época, concretiza-se no que ficou conhecido como Cooperação Sul-Sul.

Particularizando o Brasil dentro do Sistema de Cooperação Internacional, o mesmo é referido por Schläger (2007: 5) como um país que apresenta dentro desse Sistema um perfil híbrido, ou seja, é um país receptor e doador de ajuda internacional. No campo da saúde, podem-se citar projetos desenvolvidos em triangulação, tais como o que envolve o Brasil, a Alemanha e o Uruguai para o período 2010-2012 para o fortalecimento do Sistema de Saúde Uruguaio (HERLT, 2001, apresentação oral)¹, e que reflete também nas relações de fronteira entre os dois países. No escopo da cooperação brasileira em saúde, o país vem implementando projetos de cooperação Sul-Sul no âmbito da América Latina e Caribe, no Continente Africano (e que prioriza projetos com países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa), e Ásia, que particulariza a cooperação trilateral (Índia, Brasil e África do Sul), por meio do Fórum IBAS.

As ações no âmbito da saúde abrangem de uma forma geral a formação de pessoal, informação em saúde, diagnóstico e tratamento da Malária, Dengue, Tuberculose, HIV/AIDS, Bancos de Leite Humano e Vigilância Ambiental, dentre outros projetos (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2010). Enfatizando a cooperação trilateral do Fórum IBAS, a cooperação em saúde em uma de suas vertentes, visa promover um

¹ Informações retiradas da apresentação da autora no I Fórum Sul-Americano Internacional em Saúde, Cooperação para a integração, realizado na cidade do Rio de Janeiro em 2011.

regime equilibrado de propriedade intelectual internacional, e contribuir para o progresso econômico e social dos países em desenvolvimento assegurando o acesso ao conhecimento e à saúde. (LAL, 2010: 17)

Em uma análise, já incorporando a cooperação Sul-Sul em saúde no âmbito da Política Externa brasileira, percebem-se prioridades de regiões com as quais o país tende a cooperar, bem como os tipos de projeto na área de saúde estabelecidos prioritariamente. Especificamente dentro dessa análise, e os países dentro do continente americano na sua porção sul e central, e países africanos de língua portuguesa encontram-se dentro do escopo de ação da Política Externa brasileira. Relativo às áreas técnicas, os projetos priorizam a formação de recursos humanos, combate a doenças endêmicas², ações para o combate à mortalidade infantil e degradação ambiental. Estas são consideradas áreas em que o Brasil apresenta modelos considerados de “sucesso”.

No campo da saúde, pode-se fazer referência à produção de medicamentos genéricos e treinamento de profissionais de saúde para o combate ao HIV/AIDS; ao modelo dos Bancos de Leite Humano; à produção de medicamentos de combate à malária e ao modelo do Sistema de Saúde brasileiro, que está baseado nos princípios da universalidade e equidade de atendimento à saúde.

Considerando-se a saúde dentro do escopo da Cooperação Internacional, o tema será o eixo diretivo dessa Dissertação como já citado, que tem como objeto de estudo a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde. Surge nesse sentido, o ponto de partida dessa Dissertação, a partir da seguinte pergunta: a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde, como instrumento de soft Power, aumentou a inserção do Brasil no Sistema internacional?

O conceito de soft Power estabelecido por Nye (2004: 69) considera que o mesmo seria a “habilidade de conseguir o que você quer (entendendo-se aqui a vontade do Estado) por meio da atração, mais do que por meio de coerção ou pagamentos”³ (tradução da autora). A cultura, os ideais políticos de um país, bem como a(s) política(s) implementada pelo mesmo, dentro da relação com outros países no Sistema Internacional, exerce(m) forte influência para que o soft Power seja utilizado, e que ao ser implementado, permita que o(s) objetivo(s) desse país em questão, seja (m) alcançado (s).

² Segundo o Novo Dicionário da Língua Portuguesa Aurélio (1ª Edição, 1975), endêmico significa pertencente ou relativo à endemia. Peculiar à determinada população ou região

³ No texto original: “It is the ability to get what you want through attraction rather than coercion or payments. It arises from the attractiveness of a country’s culture, political ideals, and policies”.

O Brasil possui vários projetos de cooperação em saúde, que abrange o entorno geográfico (América do Sul), a América Central, o Caribe, a África e a Ásia. Dentre esses projetos podem-se citar o Programa de Combate ao HIV/AIDS e os Bancos de Leite Humano, que juntos correspondem a quase cinquenta por cento (50%) de projetos de cooperação empreendidos pelo Brasil, nos dados publicados pela Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde de 2010 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010)

O panorama histórico e político delineado anteriormente e que incluiu um breve relato da constituição de Organizações relacionadas à saúde, situando a mesma dentro do contexto da Cooperação Internacional e brasileira, orienta o pensamento no sentido de que a saúde constitui-se como instrumental político importante como poder brando, dentro do Sistema de Cooperação Internacional.

Emerge da observação mais detalhada da cooperação brasileira em saúde, o problema de pesquisa. Ao se considerar a existência de um modelo de cooperação entendido como hegemônico (Norte-Sul), com parâmetros de atuação reconhecidos e estabelecidos no Sistema Internacional, a cooperação brasileira em saúde (Sul-Sul) pode ser medida e avaliada como parâmetro de inserção do país dentro desse mesmo Sistema?

O entendimento da cooperação brasileira em saúde prescinde, então, da construção de um modelo de análise prévio, no sentido de avaliar a viabilidade da pesquisa. Nesse sentido, o ponto de partida incluiu a necessidade de procurar o número de projetos na área estabelecidos pelo Brasil, com quais países, que projetos de saúde, em que contexto político estava inserido a cooperação brasileira em saúde, e se havia estatísticas sobre a cooperação em questão. A construção desse modelo de análise pretendia ter, como produto dessa interação, a resposta, se, por meio da interação das categorias de análise estabelecidas, a cooperação em saúde poderia ser avaliada ou não, como instrumento de inserção do país no Sistema Internacional.

Considerando a saúde como eixo central dessa Dissertação, e a cooperação brasileira em saúde, o objeto de pesquisa, a hipótese formulada foi a de que, a relação Norte-Sul e Sul-Sul no contexto da cooperação estabelece uma relação “tensionada”, uma vez que esta última busca readequação das regras, de forma a possibilitar a promoção de seus respectivos interesses no Sistema Internacional. Considerando o modelo Sul-Sul como complementar ao modelo de cooperação Norte-Sul (reconhecido como hegemônico), os modelos de análise da cooperação Sul-Sul em saúde, podem permitir que a mesma seja medida e analisada como instrumento de inserção do país no Sistema Internacional durante o governo Lula.

Considerando-se que o conceito de cooperação internacional não encontra uma definição única e aceita de forma universal dentro da comunidade acadêmica, assim também ocorre com relação ao conceito de cooperação Sul-Sul. Apesar de a cooperação Sul-Sul ter linhas diretivas expostas de uma forma geral como alternativa ao modelo complementar norte-sul, tais como, ser pautada mais no caráter de identidade dos países, respeito pela soberania dos países em desenvolvimento, não ingerência nos assuntos internos dos países parceiros e vantagens comparativas frente à cooperação dos países desenvolvidos (CORREIA, 2010: 91), a compreensão de como esse processo de cooperação se faz é passível de análises mais alargadas sobre o tema.

A Dissertação tem como objetivo geral analisar a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde no contexto do Sistema Internacional de Cooperação. Dentro desse escopo, os objetivos específicos pretendem: a) Analisar a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde nos termos da política externa do governo Lula; b) Demonstrar a articulação existente entre as linhas da Política Externa brasileira no Governo Lula e os projetos de cooperação Sul-Sul em saúde no mesmo período; c) Avaliar se ocorre aumento da inserção brasileira no sistema internacional, por meio da cooperação Sul-Sul em saúde; d) Verificar “se” e “como” a saúde pode ser uma variável passível de análise de inserção do Brasil no Sistema Internacional, por meio da cooperação Sul-Sul em saúde.

A metodologia aplicada na pesquisa está baseada no método indutivo, descritivo, bibliográfico. Serão utilizadas fontes secundárias com pesquisa de literatura específica da área de Política Externa brasileira, cooperação internacional, cooperação Sul-Sul brasileira em saúde e levantamento de informações sobre os projetos de cooperação brasileira em saúde, além de sítios oficiais, como a Agência Brasileira de Cooperação, Ministério da Saúde, Ministério das Relações Exteriores, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Organização das Nações Unidas, Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Teses de Doutorado e Dissertações de Mestrado que versam sobre cooperação internacional e brasileira em saúde.

Optou-se pela delimitação de tempo de análise o período do governo Lula, considerando-se que um dos eixos principais do governo do presidente Lula priorizou a saúde e o desenvolvimento social, aprofundando ações efetivas nesse campo, a exemplo do programa “Fome Zero” e de políticas de combate à epidemia de HIV/AIDS.

A presente Dissertação está dividida em quatro capítulos, apresentando-se o último como as considerações finais. O capítulo 1 expõe a base teórico-conceitual da Cooperação Internacional, situando-a no contexto histórico do sistema internacional ao longo dos últimos sessenta anos. Para alcançar esse intuito é feita a explanação sobre as

conceituações em suas diferentes modalidades, dando-se especial ênfase para a cooperação técnica entre países em desenvolvimento e a cooperação Sul-Sul.

O capítulo 2 discorre sobre a cooperação internacional brasileira para o desenvolvimento, que está vinculada intimamente à evolução histórica da criação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Para esse fim, será apresentado o histórico da criação e da estruturação da ABC, e, em que moldes a agência promove e recebe cooperação internacional. Serão expostos também os números oficiais da cooperação brasileira para o desenvolvimento no período de 2005 a 2009. Após o exposto, tentar-se-á interconectar o modelo de cooperação Sul-Sul brasileira nos termos da Política externa do governo Lula, aprofundando essa análise por meio da exposição dos principais projetos de cooperação brasileira em saúde, tendo-se como pano de fundo o período entre Reforma Sanitária brasileira e a constituição da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL).

Exposto então aspectos pertinentes à Cooperação Sul-Sul brasileira em saúde, passa-se para o capítulo 3, em que se fará a análise da relação entre a Cooperação Brasileira em Saúde e soft Power no Sistema Internacional. Considerando-se a saúde como um tema das Relações Internacionais, e a cooperação Sul-Sul em saúde como instrumento de soft Power no Sistema Internacional, tentar-se-á responder ao questionamento que permeia a Dissertação, ou seja, se a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde, atuando como soft Power, possibilitou maior inserção do Brasil no sistema internacional durante o governo Lula.

1. COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL

1.1 Por que os Estados cooperam?

Na base da discussão sobre a cooperação, saindo de um pensamento de dimensão “micro” que poderia estar ligada à base da formação da sociedade, o indivíduo, até chegar à dimensão “macro”, os Estados, que formam o Sistema Internacional, surge o questionamento de por que os indivíduos e os Estados cooperam.

Segundo Ayllón (2007: 40), “cooperar” significa etimologicamente atuar em conjunto com outros para conseguir um mesmo fim⁴(tradução da autora), e que “diferente dos animais que cooperam para satisfação mútua de interesses e a provisão de necessidades, os homens, os indivíduos têm incorporado o componente do altruísmo e desinteresse em muitas de suas atuações de cooperação” (tradução da autora), (HARCOURT apud AYLLÓN, 2007: 40)⁵. O altruísmo, nesse sentido, estaria agregado à função intelectual do ser humano, uma vez que, mesmo ao considerá-lo como uma ação “desinteressada”, teria uma função e uma finalidade de bem estar coletivo, que aos animais, na ação cooperativa, está baseada no instinto de sobrevivência.

Ainda no campo dos conceitos, cooperação “é o movimento pelo qual atores ajustam seus comportamentos às preferências de outros, mediante um processo de coordenação política, a fim de reduzir consequências negativas para ambos” (MILNER apud PUENTE, 2010: 94). Nesse sentido, diferente da assertiva anterior, esse pensamento introduz a ideia de que o bem estar coletivo, para as partes que cooperam, seria estabelecido a partir do movimento interessado inicial de uma das partes, em prol de seu bem-estar, mas que ao final geraria consequências positivas para todos os atores envolvidos no processo.

O termo “barganha” com significado de cooperação, “pode ocorrer de forma tácita até mesmo entre inimigos no meio de uma guerra” (STEIN apud SATO, 2010: 50). Transportando esse pensamento para as relações sociais, os indivíduos em sociedade e os Estados dentro do Sistema Internacional também podem, tacitamente, respeitando suas diferenças, procurar o meio que mais favoravelmente permita que seus objetivos sejam alcançados (SATO, 2010: 50). Aprofundando essa visão, a cooperação estaria pautada, nesse caso, não apenas no interesse do (s) ator (es) envolvido(s) no

⁴ Texto original: “Etimologicamente cooperar significa actuar conjuntamente con otros para conseguir un mismo fin”

⁵ Texto original: “[...] mientras los primeros cooperan para la satisfacción mutua de intereses y la provisión de necesidades, los segundos incorporan un componente de altruismo y desinterés en muchas de sus actuaciones de cooperación”

processo, mas na maneira estratégica em como esse(s) ator (es) vai (ão) conseguir alcançar os seus interesses dentro da relação de cooperação.

Será possível transcrever, no entanto, que o que compele indivíduos a cooperar estaria embutido também nas motivações dos Estados em atuar da mesma forma? Autores como Attiná (1983) afirmam que para obter maiores ganhos, os governos tendem a fazer cálculos individuais, principalmente ao perceberem que, cooperar com outro governo, é o melhor modo de conseguir que seus objetivos nacionais fundamentais sejam alcançados (ATTINÁ apud AYLLÓN, 2007: 40). Nessa mesma linha de pensamento, Sato (2010: 46) considera que a cooperação internacional significa,

governos e instituições desenvolvendo padrões comuns e formulando programas que levam em consideração benefícios e também problemas que, potencialmente, podem ser estendidos para mais de uma sociedade e até para toda a comunidade internacional.

Esse pensamento reforça a ideia de que existe um pensamento interessado, calculado, e que os interesses dos atores sejam alcançados, com mínimo prejuízo para as partes dentro dessa relação.

Ultrapassando a discussão sobre por que um Estado consideraria o ato de cooperar, e, nesse sentido, o entendimento da ação como um fim, uma finalidade, Holsti (1967) procura por explicações que favoreceriam o estabelecimento de relações cooperativas. Nesse sentido, o ato de cooperar faz parte de um processo pelo qual duas ou mais partes poderiam alcançar os ganhos desejados, ou seja, situações em que houvesse:

a existência de objetivos, interesses e necessidades similares ou complementares entre as partes; a distribuição equitativa de custos, riscos e benefícios entre as partes; a confiança em que a outra parte cumprirá com suas obrigações; interações desenvolvidas e termos de reciprocidade e confiança mútua (tradução da autora), (HOSLI apud AYLLÓN, 2001: 41)⁶

Seriam estas condições facilitadoras, para que relações cooperativas fossem estabelecidas entre os Estados.

O questionamento inicial desse capítulo, porém, permanece ainda sem resposta, acrescentando-se ainda a prerrogativa de: “por que um Estado cederia parte de seus escassos recursos públicos para promover, entre outras coisas, o bem-estar de pessoas

⁶ Texto original: “Existencia de objetivos, intereses y necesidades similares o complementarias entre las partes; distribución equitativa de costes, riesgos y beneficios entre las partes; confianza en que La otra parte cumplirá con sus obligaciones; las interacciones se desarrollan en términos de reciprocidad y confianza mutua”

em outros países, em detrimento de seus próprios nacionais”⁷ (tradução da autora) (LANCASTER, 2007: 3). A resposta estaria na forma como o Estado entende o significado da “ajuda” dentro da sua relação com outro(s) Estado(s) no sistema internacional. Nesse sentido, vertentes ou matrizes se apresentam, sob a perspectiva das Relações Internacionais e da cooperação internacional, para tentar explicar ou interpretar esse ato (LANCASTER, 2007: 3).

A matriz realista entende que a “ajuda” é um instrumento de poder político e diplomacia no sentido de *hard Power*, ou poder duro, que seria um poder político (econômico e/ou militar) exercido de forma direta. Nesse sentido, a cooperação internacional seria exercida sob o prisma da manutenção do poder, segurança e sobrevivência do Estado no Sistema Internacional, e o impacto da ajuda no Estado que a receberia seria considerado como incidental ou instrumental, pois o fim último seria a aumentar a segurança do Estado doador (LANCASTER, 2007: 3). Segundo Ayllón (2007: 42), a “ajuda” externa serve “para que o Estado mantenha seu poder e seu crescimento, consiga influência política, prestígio, vantagens geoestratégicas, a intensificação do comércio, e como forma de oferecer apoio a países em desenvolvimento em troca de facilidades” (tradução da autora)⁸.

A escola Marxista, a abordagem pós-moderna e os teóricos da dependência entendem que a “ajuda” é uma ferramenta de dominação que resulta da relação entre o centro do sistema internacional, onde se encontram os países desenvolvidos, e a periferia, onde se encontram os chamados países em desenvolvimento. A cooperação, segundo essa visão, entende que dentro dessa relação, ocorreria controle e exploração dos primeiros (países desenvolvidos) para com os últimos (países em desenvolvimento) (LANCASTER, 2007: 3), existindo nesse sentido, o desequilíbrio dos atores dentro dessa relação, podendo-se inferir que, dentro dessa divisão, existe a visão de “país dominante” e “país dominado”, expondo relações assimétricas que são aumentadas a partir dessas iniciativas, em certo sentido. Essa visão também é ressaltada por Ayllón (2007: 42), que acrescenta ainda que a cooperação “legitimaria” a intromissão do Norte nos assuntos internos de outros países⁹ (tradução da autora).

⁷ Texto original: “why then would they provide their own scarce public concessional resources to promote, among other things, the well-being of people in other countries?”

⁸ Texto original: “La ayuda externa sirve para que los Estados mantengan su poder y para su crecimiento, para lograr influencia política, prestigio, ventajas geoestratégicas, la intensificación del comercio, la garantía de inversiones o, aún, como forma de ofrecer sobornos a las elites de países en desarrollo a cambio de apoyos [...]”

⁹ Texto original: [...] “un mecanismo que asegura la intromisión del Norte en los asuntos internos de otros países”

Os liberais institucionalistas entendem que a “ajuda” é instituída e baseada em fatores éticos, culturais e históricos (PUENTE, 2010: 91). Segundo Lancaster (2007: 4), a “ajuda” seria também um instrumento ou reflexão da tendência dos Estados cooperarem, uma vez que esses mesmos Estados estariam sofrendo, em algum grau, os efeitos negativos (sociais, econômicos, cultural, etc.) da onda de globalização, tendo a possibilidade de expansão do que se entende por bens públicos globais, como por exemplo, o controle da disseminação da epidemia de doenças infecciosas, gerando, nesse sentido, um bem maior e coletivo para a humanidade.

A matriz construtivista entende que Estados ricos deveriam prover assistência para Estados mais pobres, no intuito de tentar promover melhores condições de vida para essas populações (LANCASTER, 2007: 4). Essa visão incorpora de certa forma o aspecto moral, quando sinaliza que populações menos favorecidas têm o direito a melhores condições de vida, e que sociedades mais desenvolvidas economicamente teriam o dever de oferecer essa possibilidade.

Por fim, a matriz estruturalista, que assinala o caráter utilitarista da cooperação internacional, principalmente quando se considera os países em desenvolvimento no sistema de cooperação que, ao se verem como agentes de sua própria transformação tentariam potencializar suas ações dentro do sistema internacional (PUENTE, 2010: 91). Esse é um dos pensamentos que poderia ser incorporado à forma como se estabelecem as parcerias de cooperação Sul-Sul.

Diante do exposto, faz-se necessária a ponderação de que nenhuma dessas teorias ou abordagens explica de forma adequada por que os Estados decidem cooperar. Ao longo dos últimos sessenta anos, tendo como marco inicial o fim da Segunda Guerra Mundial, críticas têm emergido ao se questionar se a “ajuda” tem sido ou é realmente efetiva. Qual seria seu real impacto nas sociedades que a recebem? Assentados sobre esses pilares, argumentos para que a mesma deva ser suspensa acabam por se fortalecer. Por outro lado, os defensores da “ajuda” internacional advogam que mediante reformas nesse sistema, a “ajuda” passaria a ser mais efetiva e poderia, ao contrário, ser expandida e se tornar mais efetiva (LANCASTER, 2007: 2).

A linha de pensamento adotada nessa Dissertação é a de que as matrizes teóricas que tentam dar significados e justificativas para a origem do processo de cooperação, no âmbito da saúde, encontram-se interconectadas. A saúde entendida com um bem global a que todas as pessoas têm direito, não deve ter as suas iniciativas, por meio de projetos de cooperação, alinhadas unicamente pelo pensamento de “ganho” de poder político, visto que as iniciativas na área geram impactos sociais sobre as populações, almejando-

se sempre que este impacto seja positivo. Não deve ser pensada, da mesma forma, como uma iniciativa visando apenas o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, em um sentido puramente altruísta ou ético, pois a cooperação é uma ação política que visa a consecução dos interesses dos atores que a implementam. Entender a cooperação em saúde puramente como uma iniciativa que pretende, por meio de coalizões, fortalecer o status daqueles que cooperam, em contraposição ao padrão tradicional existente, também seria muito simplista, uma vez que, no sistema internacional, “ricos e pobres”, “desenvolvidos e em desenvolvimento”, “Norte e Sul” são dicotomias que coexistem, interagem e se complementam na maior parte das vezes, e prescindem do caráter político e econômico para que a cooperação seja de fato implementada.

Entre críticos e defensores da ajuda internacional é inegável a sua presença ao longo dos anos no sistema internacional. Pontuando a origem do seu início, nos moldes como é conhecida na atualidade, no período que sucede o fim da Segunda Guerra, a cooperação internacional continua, e ainda se mantém em contínua modificação.

Silvestre (2007: 10) ressalta que no sistema internacional existe o que ela denomina de “caráter flutuante dos quantos de poder entre os atores internacionais”, introduzindo a ideia de que, o “universo” da cooperação internacional é um campo de disputa de poder, e que esse poder assume um caráter volátil entre os atores dentro desse sistema.

Compreender a cooperação internacional é compreender a história das Relações Internacionais fragmentada em seus períodos. O fim da Segunda Guerra Mundial deflagra, dentro do continuum do tempo, o início de um novo período na história, e é a partir dele que começa a se inscrever a história da cooperação internacional.

1.2 O Sistema Internacional de Cooperação para o Desenvolvimento

1.2.1 Conceitos básicos e classificações da Cooperação para o Desenvolvimento

Pode causar estranheza para os menos habituados aos estudos sobre a cooperação internacional o entendimento de que “ajuda” e “cooperação” não parte dos mesmos pressupostos. Na literatura norte-americana, o termo “Ajuda Externa” é muitas vezes utilizado como “assistência ao desenvolvimento”, ou “cooperação ao desenvolvimento”. Faz-se necessário, então, a atribuição de significados às palavras, visto que ao longo da Dissertação o termo cooperação será o mais utilizado, embora o

termo “ajuda”, a depender do contexto, possa, também, ser utilizado (LANCASTER, 2007: 9).

Segundo Ayllón (2006: 6), o termo “ajuda externa” significa assistência ao desenvolvimento e assistência militar, não tendo por objetivo sempre, o desenvolvimento, condição esta, por outro lado, intimamente relacionada à definição de “assistência ao desenvolvimento”. No redimensionamento dos significados dos termos, “cooperação ao desenvolvimento” implica na existência do desenvolvimento como fim último, partindo do pressuposto que exista entre doador e receptor uma iniciativa comum de cooperação (AYLLÓN, 2006: 6).

Partindo-se, então, da compreensão do significado dos termos ajuda, assistência e cooperação, pode-se aprofundar o estudo da cooperação dentro do sistema internacional, redimensionando-a para uma visão macro. Nesse sentido, é importante que se definam a natureza e as finalidades da ajuda externa e da ajuda oficial ao desenvolvimento (AOD), termos que muitas vezes se confundem. Diante disso, seguem-se as seguintes definições:

a) Cooperação Internacional ao Desenvolvimento (CID) seria o “conjunto de atuações realizadas por atores públicos e privados entre países de diferente nível de renda com o propósito de promover o progresso econômico e social dos países do sul, de modo que seja mais equilibrada a relação com o norte e mais sustentável”(tradução nossa),(SANAHUJA e GOMÉZ apud ARISTIZÁBAL, 2010:8)¹⁰.

b) Ajuda Oficial ao desenvolvimento (AOD) seria constituída por “fluxos econômicos que as agências oficiais, incluídos os governos estatais e locais, ou suas agencias executivas, destinam aos países em desenvolvimento e às instituições multilaterais. O principal objetivo deve ser a promoção do desenvolvimento econômico, e o bem estar dos países em vias de desenvolvimento, os fluxos devem ter caráter concessionário e um elemento de doação de ao menos 25%”¹¹ (tradução nossa),(SANAHUJA e GOMÉZ apud ARISTIZÁBAL, 2010: 9)

¹⁰ Texto original: “conjunto de actuaciones, realizadas por actores públicos y privados, entre países de diferente nivel de renta con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur, de modo que sea más equilibrado en relación con el Norte y resulte sostenible”

¹¹ Texto original: “flujos que las agencias oficiales, incluidos los gobiernos estatales y locales, o sus agencias ejecutivas, destinan a los países en desarrollo y a las instituciones multilaterales y que en cada operación satisfacen las siguientes condiciones: a) tienen como principal objetivo la promoción del desarrollo económico y el bienestar de los países en desarrollo y b) son de carácter concesional y contienen un elemento de donación de al menos el 25%.

c) Sistema Internacional de Cooperação ao Desenvolvimento (SICD) seria a “Rede de instituições públicas, e da sociedade civil, que promovem ações de Cooperação Internacional ao desenvolvimento. O SICD está formado por muitas organizações de diferentes naturezas, orientações e funções, dentre as quais se encontram organismos internacionais, governos e instituições públicas dos países doadores e receptores de ajuda, organizações não governamentais, empresas e outras entidades da sociedade civil”. (GALÁN e SANAHUJA apud AYLLÓN, 2006: 7).

A Cooperação para o Desenvolvimento pode ser classificada de acordo com a origem, os canais de execução e os instrumentos dos países envolvidos (ALONSO apud PUENTE, 2010: 41).

Quanto à origem, a cooperação pode ser pública ou privada. Se pública, a fonte de custeio será de fontes governamentais, e, se privada, serão entidades outras como empresas, associações, fundações privadas, Organizações Não Governamentais (SANAHUJA e GOMÉZ apud ARISTIZÁBAL 2010: 10; PUENTE, 2010: 41).

Quanto aos canais de execução, a cooperação pode ser bilateral, multilateral ou triangular, descentralizada e mediante Organizações Não governamentais (ONG) (PUENTE, 2010: 41). A cooperação bilateral seria executada a partir de fontes governamentais por meio de doações, ou créditos, para os governos dos países receptores, como também para organizações privadas como as ONG. O modelo multilateral implica na participação de organizações internacionais por meio de seus próprios projetos, e programas de cooperação, financiados pelos recursos dos Estados membros. Por fim, o modelo trilateral, em que dois atores (dois Estados ou um Estado e um organismo internacional) executam projetos de cooperação em um terceiro país (em desenvolvimento) (ARISTIZÁBAL, 2010:10; PUENTE, 2010: 41-42).

A cooperação pode ser ainda descentralizada. Nesse caso, entes subnacionais, tais como Estados e municípios, instituições públicas (Universidades), executam projetos de cooperação com outros Estados; Organizações Não Governamentais de desenvolvimento, ou seja, aquelas que são consideradas entidades não públicas, tais como fundações e outros atores da iniciativa privada, que também podem ser atores de cooperação para o desenvolvimento (PUENTE, 2010: 42). O critério da concessionalidade pode estar ou não incluído nos critérios da ajuda, que significa que a ajuda só será efetuada, se o país receptor concordar em executar condições pré-estabelecidas pelo país doador.

E para finalizar, quanto aos instrumentos da cooperação, estes se dividem em: Cooperação Financeira (CF) quando ocorrem transferências e acessos diferentes ao capital, a exemplo de microcréditos de fomento para o desenvolvimento de projetos produtivos de setores específicos no país receptor, quando esse não tem acesso ao crédito por meio de mecanismos convencionais dentro do próprio país; Cooperação Técnica (CT), que tem por finalidade proporcionar transferência de recursos técnicos e conhecimento, para qualificação de recursos humanos no país receptor; Cooperação Científico-Tecnológica (C&T), que apoia o fortalecimento das capacidades tecnológicas no país receptor, sendo disseminada essa modalidade, por meio do fomento à pesquisa nas Universidades e financiamento de pesquisa, por exemplo, com bolsas de estudos nacionais e internacionais; Ajuda Alimentar por meio da doação direta de alimentos, ou por meio de linhas créditos concessionais, ou ainda ajuda não reembolsável para a aquisição de produtos alimentícios, e ajuda Humanitária, quando a comunidade internacional envia materiais de primeira necessidade, técnicos e profissionais como médicos, enfermeiros, equipes de resgate para prestar assistência às comunidades atingidas, em situações de desastres naturais e conflitos bélicos (PUENTE, 2010: 41-42; ARISTIZÁBAL, 2010: 12).

Não existe cooperação desinteressada, e no cerne dessa questão, diferentes visões no campo das Relações Internacionais tentam perceber o que poderia motivar um Estado a participar desse sistema de cooperação, em que existem diferentes atores, e modalidades de inter-relação.

1.2.2 Motivações para a Cooperação para o Desenvolvimento

Entender as motivações que levam um Estado a cooperar, é parte importante do estudo da cooperação para o desenvolvimento, uma vez que estas podem aparecer no discurso de forma explícita, ou não. De um modo geral essas motivações não seguem um caráter linear ao longo do tempo, variam de país para país e, dependem das relações entre os países no contexto internacional vigente (PUENTE, 2010: 51). Embora de forma geral seja dada ênfase às motivações dos países doadores, também as têm os países receptores na relação de cooperação, que podem considerar a ajuda como fator de redução ou comprometimento da autonomia política-econômica, e dos interesses nacionais. Para países com menor desenvolvimento econômico, questionar a ajuda externa e/ou mesmo recusá-la torna-se decisão bastante difícil (PUENTE, 2010: 59).

Nesse sentido, as motivações de um país ou dos atores envolvidos na cooperação podem ser de cunho moral, humanitário e altruístico. Essa vertente se fortalece em elementos filosóficos e religiosos, os quais fazem pressupor que países mais ricos e economicamente desenvolvidos teriam o dever moral de ajudar aqueles países em condições econômicas e sociais desfavoráveis. A ética também tem sido colocada como elemento motivacional na cooperação, por entender que, a repartição mais equilibrada dos recursos globais entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, também estaria servindo, a longo prazo, aos interesses dos países doadores (PUENTE, 2010: 52-53).

No período inicial após o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1947, com a Europa ainda em ruínas e lutando para se reconstruir, a influência soviética sobre países como a Alemanha, Polônia, Hungria, Romênia e outros países do Leste Europeu crescia (LANCASTER, 2007: 28). Esse fato também vai ser ressaltado por Lohbauer (2008: 108) ao destacar que “a ocupação militar da Europa Centro-Oriental, e a capacidade de manipular grupos comunistas em diversos países, davam à União Soviética uma força desigual na distribuição de poder”.

O aumento da influência soviética sobre esses países determinou, em contrapartida, o aumento da preocupação dos Estados Unidos com a região. Enquanto Moscou exercia pressão para que o governo turco fizesse concessão territorial para o governo Soviético, o governo da Iugoslávia dava suporte político para a insurgência comunista na Grécia. (LANCASTER, 2007: 28). A revolta comunista na Grécia foi contida, e eleições livres ocorreram no país, em 1946, sendo eleito um governo monárquico. No entanto, uma Guerra Civil teve início logo depois da eleição, com os comunistas recebendo apoio dos soviéticos, búlgaros e iugoslavos. As tropas britânicas conseguiram conter a ascensão de um regime comunista, mas anunciaram, em 1947, que sozinhos não conseguiriam conter a situação na Grécia (LOHBAUER, 2008: 109).

Preocupado com o avanço soviético na região, os Estados Unidos decidiram dar início a um plano de ajuda econômica para a Grécia e a Turquia, que tinha por finalidade estabilizar os dois regimes, evitando que eles fossem absorvidos para dentro do bloco comunista (LANCASTER, 2007: 28). No início de 1947, o Presidente Americano Harry Truman conseguiu do Congresso Americano, a liberação de recursos para auxiliar os britânicos na Grécia e na Turquia, contra o comunismo. Em junho do mesmo ano, o Secretário de Estado Norte-Americano, o ex-general George Marshall lançou um audacioso plano de financiamento, para ajudar os países europeus, no processo de reconstrução econômica dos países europeus (LOHBAUER, 2008: 111).

No pensamento de Lancaster (2007) a ajuda econômica dada pelos Estados Unidos à Grécia e à Turquia com a finalidade de estabilizar os dois regimes, evitando que os mesmos fossem cooptados para o bloco comunista, teria deflagrado o início da Ajuda externa, que foi seguido pelo estabelecimento do Plano Marshall (1948-1952), significando, este último, um programa de assistência que tinha por finalidade ajudar a estabilização e a reconstrução da Europa.

A reconstrução econômica europeia era interessante para os Estados Unidos, que via nessa estabilidade a capacidade de absorção, pelo mercado europeu, dos produtos de consumo norte-americano. O Plano, que tinha espectro de alcance até a União Soviética foi rejeitado pela mesma, que, em 1949, criou seu próprio Conselho de Ajuda Econômica Mútua, o Comecon (LOHBAUER, 2008: 111).

O Plano Marshall também é considerado por Ayllón (2007: 34) como um dos primeiros antecedentes dos grandes programas de ajuda internacional, ressaltando o autor que, ao mesmo tempo em que os Estados Unidos forneceram o valor aproximado de US\$ 14 bilhões de dólares para os aliados europeus (em valores da época), para a recuperação da indústria devastada pela Guerra, favorecia também os seus interesses comerciais e estratégicos para a contenção do comunismo.

No final dos anos 1950, com a Europa já reconstruída do período da Guerra, os Estados Unidos começaram a pressionar, para que países europeus estabelecessem ou expandissem, se já existentes, programas de ajuda (LANCASTER, 2007: 29). A pressão americana para o estabelecimento e/ou expansão dos programas de ajuda executados pelos próprios países europeus, no final dos anos 1950 surtiu efeito, embora em países como o Japão a expansão da ajuda internacional não tenha sido estabelecida necessariamente pela pressão americana, uma vez que o país já tinha antecedentes de ajuda externa.

No caso do Japão, havia a necessidade urgente de assegurar acesso a matérias-primas e produtos agrícolas e mercados para as suas exportações (LANCASTER, 2007: 29). Pode-se utilizar como ilustração a relação Brasil-Japão nesse período. Nessa relação, enquanto o Brasil podia fornecer matérias-primas e produtos agrícolas para o Japão, este último poderia suprir as necessidades brasileiras de insumos industriais básicos e de bens de capital. Visualizando esse cenário, o projeto de construção da Usiminas, a transferência de indústrias têxteis e a instalação da fábrica da Toyota em São Paulo (OLIVEIRA, 2008: 80) representou, de fato, o estabelecimento dessa relação.

No caso da Alemanha, a promoção de suas exportações representava maior importância do que a expansão da sua ajuda internacional motivada pelas reparações da

Guerra. Pensando assim, o país foi impulsionado a entrar no programa de ajuda externa. Como ressaltado por Lancaster (2007: 30), no início dos anos 1950, o governo Alemão começou a promover assistência técnica de pequeno tamanho, no intuito de ajudar importadores de bens alemães e seu uso efetivo.

Dentro do contexto da expansão da ajuda alemã, o Brasil esteve entre seus mercados preferenciais para o estabelecimento de suas indústrias. A Companhia Siderúrgica Mannesmann, em 1954, primeira indústria alemã a se estabelecer no Brasil, a Usina Sofunge para a construção de caminhão diesel, em 1955, e a inauguração da fábrica da Volkswagen em São Paulo, em 1959, símbolos da presença da indústria alemã no país, são iniciativas representativas dessa cooperação durante esse período (LOHBAUER, 2000 apud OLIVEIRA, 2008: 81).

Países nórdicos como Noruega, Suécia e Dinamarca também começaram a organizar agências de ajuda internacional no início dos anos 1960, motivada a ajuda, segundo alguns analistas do governo escandinavo sobre suas motivações para mesma, na vontade desses países em compartilhar valores e normas. Em 1952, a Noruega estabeleceu um programa formal de ajuda externa, seguida da iniciativa pela Suécia e Dinamarca. Nesse contexto, a Suécia organizou a sua agência de assistência internacional em 1961 (LANCASTER, 2007: 31)

França e Alemanha expandiram seus programas de ajuda na metade dos anos 1960, criando a França, em 1961, o Ministério para Cooperação internacional. A exigência de coalizões políticas também impulsionou a criação da Secretaria de Estado para o programa de desenvolvimento na Holanda em 1963 (LANCASTER, 2007: 31)

Na visão de Puente (2010: 53-54), não só as motivações políticas e estratégicas teriam sido o principal instrumento utilizado pelos países desenvolvidos para alcançar os seus interesses nas relações com os países subdesenvolvidos. O autor resalta também os pactos, as alianças político-estratégicas, a cooperação militar e o uso de recursos coercitivos, instrumentos também utilizados dentro dessa relação.

No período inicial da Cooperação para o desenvolvimento, e dentro do contexto da Guerra Fria, estreita correlação entre determinantes político-estratégicos e ajuda externa existia. Faz-se a observação pontual de que nesse período, países doadores elegiam países recipiendários, condicionando o recebimento da ajuda baseados em lealdade político-estratégica (PUENTE, 2010: 54).

As motivações econômico-comerciais também exercem forte influência nas relações de cooperação entre países. Pode-se citar, por exemplo, a cooperação existente entre ex-Potências e ex-Colônias, em que um dos interesses relacionados, seria a

manutenção do acesso (privilegiado) ao mercado nos países receptores da ajuda. Nesse tipo de cooperação, ocorre o que muitas vezes se chama de “ajuda atada” (PUENTE, 2010: 55-56) ou “ligada”, como utiliza Aristizábal (2010: 10), ou seja, a pré-condição para o país receber ajuda externa é a de que ele deve utilizar uma parcela dos recursos transferidos do país doador para adquirir os seus produtos e serviços.

A motivação histórica e cultural está pautada de forma geral em semelhanças partilhadas entre países de mesmo nível de desenvolvimento, ou com passado colonial, ou que a própria localização geográfica seja imperiosa de “movimentos” de cooperação tal como, a cooperação efetuada por países do sul, conhecida como cooperação Sul-Sul.

Laços históricos e culturais também podem ser citados como presentes nas motivações para a cooperação dos países árabes da Organização dos Países Produtores de Petróleo (OPEP) com os seus vizinhos no Oriente Médio, uma vez que partilhariam esses países a mesma região ou continente, e as relações de vizinhança podem influenciar nas políticas de cooperação efetiva, inclusive para a resolução de problemas comuns (PUENTE, 2010: 57-58).

O contexto internacional influenciou e continua influenciando de forma importante o contexto em que ocorre a cooperação entre os Estados; influenciou e influencia a decisão de cooperar, os motivos, e a forma como se estabeleceu e se estabelece esse processo e finalidade. Nesse sentido, conhecer a história das Relações Internacionais a partir do período do pós Segunda Guerra permite o aprofundamento e a compreensão dessa relação entre os Estados.

No período do imediato pós Guerra, entre 1945 e 1949, o termo “ajuda” era entendido como ações que tinham por finalidade, a reconstrução da Europa e o desenvolvimento dos países. No entanto, essa finalidade estava inserida no contexto em que duas Superpotências, Estados Unidos e União Soviética, polarizavam ideologicamente o mundo daquele período, e pretendiam montar um sistema de alianças, além da preservar zonas de influência, referentes a cada pólo de poder. Dentro desse espectro, estas foram algumas das condicionantes que permearam a origem da Cooperação Técnica Internacional, que nasceu dentro de um contexto estratégico, em que fins e funções assumem carácter ambivalente (CERVO, 1994: 38).

1.3 Contexto Histórico da Cooperação para o Desenvolvimento

O surgimento da cooperação internacional nos moldes como é conhecido nos dias atuais, tem sua origem no período pós Segunda Guerra Mundial (AYLLÓN, 2006:

11-15; AYLLÓN, 2007: 34; ARISTIZÁBAL, 2010: 14-20; CORRÊA, 2010: 11; LANCASTER, 2007: 5; PUENTE, 2010: 40; THÉRIEN, 2002: 452-453), não excluindo que antes desse período iniciativas de cooperação tenham existido. No entanto, os moldes em que se executa a cooperação atualmente só passou a existir no pós Segunda Guerra, determinada por um contexto “favorável” para que essa iniciativa se desenvolvesse. Autores como Lancaster (2007: 5) afirmam que a “ajuda externa” começou como um “expediente temporário da diplomacia da Guerra Fria” (tradução da autora)¹².

A Cooperação Técnica Internacional foi formalmente instituída pela resolução nº 200 de 1948 da Assembleia Geral das Nações Unidas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS). A noção de Cooperação Técnica Internacional envolveu três elementos na relação entre os Estados, a transferência não comercial de técnicas e conhecimentos; o desnível quanto ao desenvolvimento alcançado por receptor e prestador; e a execução de projetos em conjunto, envolvendo peritos, treinamento de pessoal, material bibliográfico, equipamentos, estudos e pesquisas (CERVO, 1994: 39).

O contexto da Guerra Fria, com duas superpotências se confrontando ideologicamente, e assentando-se em pólos ideológicos distintos, permitiu que, uma pudesse evitar a expansão da outra, por meio do equilíbrio de poder. Assimetrias de desenvolvimento econômico vigentes até hoje, mas que àquela época estavam inseridas em um contexto particular determinado pela realidade pós-colonial, também compõem esse panorama, e contribuem para a compreensão dessa disparidade da relação norte/sul.

O fim da Guerra Fria agrega outros sentidos à percepção da cooperação para o desenvolvimento. O aprofundamento da globalização, a difusão da ideia de democracia, a eclosão de conflitos étnico-religiosos em pequenos países, além dos problemas econômicos no universo dos países doadores da ajuda, são fatores que vão exercer influência nos fluxos da ajuda a partir desse período (LANCASTER, 2007: 44).

Dentro desse contexto, Ayllón (2006: 11-15; 2007: 34-35) e Thérien (2002: 450-459) aprofundam a discussão do surgimento da cooperação no pós Guerra. Ayllón (2006) acrescenta à discussão três dinâmicas que ocorrem e perpassam por esse período: o conflito leste/oeste, o conflito norte-sul e a globalização. O conflito leste/oeste, pautado na lógica da segurança estratégica, dividiu o mundo entre duas superpotências (Estados Unidos e União Soviética), derivando, dessa polarização, os interesses estratégicos, e conseqüentemente, os fluxos de ajuda internacional.

¹² Texto original:[...] “aid (for purposes other than humanitarian relief) began as a temporary expedient of Cold War diplomacy”

O conflito norte/sul tem suas raízes no movimento de descolonização dos países africanos e asiáticos e gerou desdobramentos, que no plano político pode ser assinalado na criação do Movimento dos países Não Alinhados. A UNCTAD (Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento), institucionalizada em 1964 (AYLLÓN, 2007, 35) previa o encontro dos países, a cada quatro anos, com os órgãos intergovernamentais se encontrando nos períodos entre as sessões, existindo, também, uma secretaria permanente encarregada de promover suporte logístico necessário para esses encontros. A criação do Grupo dos setenta e sete (Grupo dos 77) ocorreu de forma simultânea à institucionalização da UNCTAD, desejando ter, e ser “voz” das preocupações dos países subdesenvolvidos nas discussões com os países industrializados¹³. A criação de uma Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI) foi uma das reivindicações do grupo de países subdesenvolvidos nessa Conferência.

O histórico da cooperação para o desenvolvimento, a partir do fim da Segunda Guerra, compreende o período da Guerra Fria, em que se observaram transformações políticas, econômicas, sociais, comerciais e culturais. O seu término, acaba por permitir novas perspectivas para um mundo em que não mais existem duas superpotências, mas uma grande potência¹⁴, os Estados Unidos, e potências menores, como os países europeus, considerados dentro da divisão de Potências Menores¹⁵ (Potências Regionais e Potências Médias), como Potências Médias¹⁶.

O processo de globalização fortalecido após o fim da Guerra Fria testemunhou o recrudescimento de conflitos, como o visto nos Bálcãs, e a religião como variável a ser considerada também dentro das transformações do mundo após esse período. O fortalecimento do pensamento da segurança estratégica, principalmente após os

¹³ Informações retiradas do sitio da UNCTAD relacionadas ao histórico da I Conferência em 1964, disponível em <http://archive.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=3358&lang=1>. Acesso em 15/10/2012

¹⁴ Martin Wight considera em seu livro “A Política do Poder” que “Grandes Potências” seriam “[...] potências com interesses gerais, ou seja, cujos interesses são tão amplos quanto o próprio sistema de estados, o que significa que hoje em dia abrangem o mundo todo”, definição que foi reformulada pelo Professor Toynbee posteriormente para evitar a ambiguidade do significado da palavra “interesses” como “uma grande potência pode ser definida como uma força política que exerce um efeito que se estende sobre o maior campo de ação da sociedade na qual opera”(2002: 33)

¹⁵ Por Potência Menor Wight vai considerar que “haverá, em subsistemas como esses (mundo árabe, América do Sul, Europa), alguns estados com interesses gerais em relação à região limitada e à capacidade de agirem por si sós, o que lhes confere a aparência de grandes potências locais”(2002: 48), podendo nesse sentido serem considerados potências regionais, inserindo-se, por exemplo, nessa categoria, o Brasil.

¹⁶ Potência Média, segundo Wight “é uma potência com poderio militar, recursos e posição estratégica de tal ordem que em tempos de paz as grandes potências desejam ter seu apoio. Em tempos de guerra, contudo, mesmo não tendo chance de sair vitoriosa, ela pode esperar infligir a uma grande potência danos bem maiores do que esta última pode esperar causar caso ataque a potência média” e seriam nos dias atuais, Grã-Bretanha, França, Alemanha e Japão (2002: 50)

atentados terroristas ao World Trade Center em 2001, passou também a influenciar os fluxos da ajuda e da cooperação internacional.

A história da cooperação para o desenvolvimento é de modo geral dividida para análise do seu entendimento, em anos, como utiliza Aristizábal (2010: 14-37), Lancaster (2007: 28-61) e Puente (2010: 40-51). Nesse sentido, esses autores dividem o histórico da cooperação para o desenvolvimento entre os anos 1950 e 1960, os anos 1970 e 1980 e o período dos anos 1990 até os dias atuais. A compreensão da origem e evolução da cooperação para o desenvolvimento é feita por Ayllón (2007: 34) por meio do que ele chama de dinâmicas, e que são representadas pelos conflitos leste/oeste e norte/sul, e pelo aprofundamento do fenômeno da globalização.

A divisão histórica baseada nas transformações ocorridas dentro do lapso de tempo que a elas são atribuídas, estabelece uma profundidade mais objetiva de como o contexto influencia e é influenciado pela cooperação entre os Estados. A análise da cooperação para o desenvolvimento por meio da dinâmica dos conflitos leste/oeste, norte/sul e da globalização visualiza essa mesma realidade e transformação sob um prisma diferente.

Nesse sentido, como as duas formas de apresentação da evolução da cooperação para o desenvolvimento são interessantes e pertinentes, serão expostas de forma mescladas nessa Dissertação.

1.3.1 Os anos 1950 e 1960: a criação da cooperação para o desenvolvimento

O período imediato pós Segunda Guerra Mundial é considerado como marco temporal do início da cooperação para o desenvolvimento. Nas suas raízes encontram-se a criação das Nações Unidas, em 1945, e das instituições resultantes das negociações de Bretton Woods (o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial) e o Plano Marshall (1948-1952) (PUENTE, 2010: 40). Ayllón (2007: 34) afirma ter sido o Plano Marshall um dos primeiros antecedentes dos grandes programas de ajuda internacional, que serviu tanto aos interesses europeus de recuperação econômica e comercial, quanto aos interesses dos Estados Unidos como instrumento de contenção do comunismo.

No capítulo IX da Carta das Nações Unidas de 1945, o termo “cooperação internacional” foi utilizado dentro do entendimento da reconstrução pós Guerra: “As Nações Unidas favorecerão: [...] a solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e conexos; a cooperação internacional, de caráter cultural e educacional”, demonstrando que a ideia de cooperação internacional já estava

incorporada em suas origens à base de uma das instituições criadas nesse período (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS).

O fim da Segunda Guerra mundial mostra um mundo em desequilíbrio econômico, comercial e social, expõe uma Europa em “ruínas” (LANCASTER, 2010: 28) e um país fortalecido economicamente, os Estados Unidos. A efetividade do Plano Marshall se mostrou evidente quando, no início dos anos 1950, os países europeus destruídos pela guerra, já mostravam sinais de crescimento e desenvolvimento. No contexto do fim da Segunda Guerra encontra-se o início da Guerra Fria, que vai polarizar o mundo entre dois blocos, um capitalista liderado pelos Estados Unidos, e um socialista liderado pela União Soviética. Esse mundo, sob a lógica da segurança estratégica, impõe que duas superpotências disputem áreas de influência.

Puente (2010: 43) vai considerar os anos entre 1950 e 1960 como a fase do preenchimento das lacunas. Durante esse período, o pensamento para que houvesse desenvolvimento estava atrelado à iniciativa de investimentos maciços de capital nas economias “subdesenvolvidas”¹⁷ (tradução da autora), que não dispunham de poupança externa suficiente, mas possuíam matéria-prima e mão de obra em abundância. O capital externo entraria para preencher as “lacunas” existentes nessa relação entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, ou seja, para a escassez de capital e de qualificação técnica, seriam dadas condições aos países subdesenvolvidos de absorver os capitais injetados.

Os anos 1950, no contexto da Cooperação Técnica Internacional, vão-se traduzir por um conjunto de atividades que englobam o campo econômico, técnico-científico e político. No campo econômico, as atividades vão-se desenvolver entre parceiros com nível de desenvolvimento semelhante ou desigual. A cooperação no campo técnico-científico vai seguir o mesmo padrão, ressaltando-se que nos domínios de inovação criadora, restrições por parte do Estado prestador dessa cooperação e detentor de conhecimento e interesses na área, poderiam existir. No campo político, a cooperação representava a capacidade de viabilização das modalidades econômicas e técnico-científicas, bem como representava a capacidade de sustentar desígnios estratégicos e de segurança comuns. Por fim, a cooperação no âmbito cultural também se fez presente, dando condições para que os demais interesses dos países pudessem ser viabilizados (CERVO, 1994: 39).

¹⁷ Termo utilizado no discurso “Inaugural Address” do presidente Harry S.Truman em 1949. Texto original: [...]“for the improvement and growth of underdeveloped areas”

Aristizábal (2010: 14-20) e Lancaster (2007: 28-33) vão destacar a motivação geopolítica para o real destino dos fluxos da ajuda externa, ou seja, a ajuda seria direcionada para aquelas áreas, regiões ou países do mundo que foram considerados importantes na visão geoestratégica dentro do confronto ideológico leste/oeste. Essa é também uma das dinâmicas ressaltadas por Ayllón (2007: 34), que tenta explicar o surgimento da ajuda externa baseada mais na conjuntura geopolítica decorrente da bipolaridade da Guerra Fria do que exclusivamente em motivos altruístas e humanitários nesse período. Seguindo essa linha de pensamento, a cooperação internacional serviu como instrumento político para fortalecer econômica, social e politicamente os países da zona de influência capitalista ou socialista, tentando evitar que os países sucumbissem à influência da “potência inimiga”, de acordo com o ângulo que se considera ser a fonte da ajuda.

Os anos 1960 agregaram duas novas funções ao contexto da Cooperação para o Desenvolvimento, associá-la à captação de ciência e tecnologia (países receptores da ajuda), ou usá-la para fortalecer os interesses e a presença do (s) país (es) no exterior (países prestadores da ajuda) (CERVO, 1994: 40).

O bloco socialista também cooperou durante os anos 1960, gastando União Soviética e República Popular da China grandes somas de dinheiro. No caso particular da República Popular da China, seus projetos incluíram o financiamento da rodovia Tanzânia-Zâmbia com mais de 1.300 milhas de extensão. Como no bloco capitalista, o bloco socialista utilizou a cooperação para subsidiar e estabilizar economias de países dentro da zona de influência soviética, tais como Coreia do Norte, Cuba e Mongólia (LANCASTER: 2007 31-32).

Outro fator importante a ser considerado nesse período e propulsor da cooperação para o desenvolvimento é o movimento de descolonização dos países africanos e asiáticos, o que determinou o aparecimento no sistema internacional de novos países, criando novas demandas técnicas e financeiras para os seus planos de desenvolvimento (ARISTIZÁBAL, 2010: 14-15). Esse fator também é destacado por Lancaster (2007: 28-33) e por Corrêa (2010: 12) que aprofundam essa análise ao introduzir a ideia de que, se em um primeiro momento as ex-Potências retiraram a ajuda para as suas ex-Colônias, no final dos anos 1950 esse entendimento mudou, ao perceberem as ex-Potências que, sendo o processo de descolonização inevitável, o retorno da assistência às ex-Colônias seria importante para manter as relações econômicas, e assim continuarem suprindo as suas necessidades de mercado e comércio, bem como continuarem mantendo a influência sobre elas.

A cooperação entre a União Europeia e os países África, Caribe e Pacífico (UE-ACP) tem origem no Tratado de Roma (1957), em que os países signatários expressaram a sua solidariedade com os territórios e as colônias de ultramar, comprometendo-se a contribuir com o seu desenvolvimento. No aprofundamento da relação UE-APC, foram assinados os acordos de Yaoundé I e II, respectivamente 1963-1969 e 1969-1975, regulando, pela primeira vez, as relações entre os Estados Membros da Comunidade Económica Europeia e os países constituintes ACP. Em 1975, foi assinada a Convenção de Lomé I, revisada quinquenalmente até a Convenção de Lomé IV, em 2000, quando foi extinta. Em 2000, foi assinado o Acordo de Cotonou, para vigor por 20 anos, tendo sido instituído em razão das mudanças políticas mundiais nos anos 1990; o aumento da pobreza e dos conflitos bélicos na região; o aumento da ajuda humanitária para a região, que muitas vezes era desviada de seu objetivo final por corrupção, e a percepção dos países ACP, no aprofundamento da crise nas relações entre os países envolvidos no acordo, de que estava havendo um deslocamento do interesse da Comunidade Económica Europeia para parcerias com países da Bacia do Mediterrâneo (PEREIRA, 2005: 6-30).

Se nos primórdios da constituição da Cooperação a relação ainda se fazia entre Potências e suas Colônias Ultramarinhas, com o processo de descolonização dos países africanos e asiáticos, a cooperação passa a ser estabelecida entre ex-Potências e ex-Colônias, que pretendiam, diante de um novo contexto político mundial, ter acesso aos mercados e manter a ajuda financeira decorrente dessa relação. Exemplo dessa relação são os empréstimos concedidos pelos países da Comunidade Económica Europeia aos países ACP, particularmente ao setor mineiro, de forma a manter e/ou incentivar a sua produção e garantir a oferta de matéria-prima mineral para a Europa, enquanto promovia o desenvolvimento de novos recursos mineiros e energéticos nos países ACP (PEREIRA, 2005: 6-30).

Utilizando a dinâmica do conflito norte/sul, Ayllón (2007: 35) vai fazer referência ao processo de descolonização dos países africanos e asiáticos, mostrando que o aumento do número de países, a partir desse período no sistema internacional, não repercutiu apenas nas demandas econômico-comerciais desses novos países, repercutiu também no âmbito político por meio da conscientização de que esses novos países tinham “voz” e queriam ser ouvidos. Dessa consciência, surge o movimento dos países não alinhados, em que os países passam a reivindicar mudanças no sistema internacional vigente para que suas demandas sejam atendidas. Nesse período, são plantadas as raízes que posteriormente irão estabelecer movimentos de cooperação entre

os países do sul, mediante o entendimento de que suas semelhanças os fortalecem, e podem ser um modelo alternativo à cooperação tradicional norte-sul, ou seja, entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

1.3.2 Os anos 1970 e 1980: entre a dimensão social e econômica da cooperação

Se a ideia de que era a cooperação a variável que levaria ao desenvolvimento no pensamento instituído entre os anos 1950 e 1960, a década seguinte vai desmistificar essa assertiva. A constatação de que os países subdesenvolvidos não tinham alcançado o seu desenvolvimento econômico autossustentável, mesmo tendo recebido grandes influxos de capitais estrangeiros na década anterior, trazem à tona o questionamento sobre a forma como foi executada essa política de ajuda (PUENTE, 2010: 44)

Puente (2010: 44) vai chamar os anos 1970 de fase da dimensão social, e os anos 1980 de fase do ajuste estrutural, ressaltando para o primeiro período, o questionamento das causas da falha do período do preenchimento das lacunas, e para o segundo, as modificações no padrão de fluxo da ajuda em decorrência da crise político-econômica, secundária aos dois choques do petróleo, e o estabelecimento do Consenso de Washington.

Quanto às falhas do período compreendido entre 1950 e 1960 e que, nos anos 1970, poderiam justificar a não melhora efetiva do crescimento e do desenvolvimento econômico dos países subdesenvolvidos, faz-se a observação de que, apesar do influxo de capitais naquele período, a depender do ator que tenta justificar o insucesso da forma como a iniciativa da cooperação foi estabelecida, surgiram explicações talvez reducionistas para o fato, tais como uma quantidade insuficiente de capitais aplicados, ou má aplicação ou aproveitamento dos recursos ou ainda, a falta de condições inerentes ao próprio país beneficiário, como ressalta Puente (Puente, 2010: 44).

Independentemente das justificativas, o que se observou no período seguinte (anos 1970), foi que não houve maior crescimento e desenvolvimento econômico dos países que receberam ajuda externa nos anos anteriores (PUENTE, 2010: 44). O fator melhor redistribuição de renda como contribuinte para o desenvolvimento começa a aflorar, tanto para a visão dessa perspectiva em nível nacional como internacional. Se nos anos 1950 e 1960 a ideia era a de que desenvolvimento e crescimento econômico deveriam caminhar juntos, os anos 1970 introduzem o pensamento da finalidade desse desenvolvimento, incorporando a dimensão social nessa análise. Melhorar a qualidade

de vida das populações deveria também ser incorporado à perspectiva de desenvolvimento (PUENTE, 2010: 44)

Lancaster (2007: 33-44) faz um retrospecto histórico do contexto mundial mostrando o panorama político e econômico nesse período, e que iria influenciar, na década seguinte, o padrão da cooperação internacional. O período da “*Detente*”, em que ocorre uma “redução da tensão” da guerra fria entre Estados Unidos e União Soviética, inicia-se no final dos anos 1960. Rodrigues (2004) vai ressaltar que a ascensão do Presidente Richard Nixon ao governo americano, pôs em prática a iniciativa de maior aproximação entre Estados Unidos e União Soviética. O SALT I (Strategic Arms Limitations Talks) acordo assinado em 1972, limitando significativamente o número de mísseis balísticos intercontinentais ofensivos possuídos pelos Estados Unidos e pela União Soviética, constituiu-se como exemplo da tentativa de aproximação entre esses países durante esse período (RODRIGUES, 2004).

Os choques do petróleo que ocorreram nos anos 1970 exerceram papel relevante, no contexto político-econômico da época. O impacto econômico tanto para os países industrializados como para os países subdesenvolvidos, decorrente do embargo da Organização dos Países Produtores de Petróleo aos países que davam suporte à Israel, no conflito entre Síria e Egito contra Israel, em 1973, levaram ao aumento do preço dos barris de petróleo em quatro vezes o valor estabelecido para a época. Esses preços permaneceram elevados até o final dos anos 1970, quando dobraram novamente em decorrência da Guerra Irã-Iraque (LANCASTER, 2007: 35).

A economia americana na época entrava em um período de recessão, agravada ainda mais pelo desgaste econômico da Guerra do Vietnã. As desvalorizações seguidas do Dólar em 1971 e 1973 produziram impacto econômico negativo imediato nas economias mundiais que, de uma forma geral, tinham as suas reservas em dólares. A decisão unilateral do governo americano de romper o acordo de Bretton Woods, na tentativa de salvar a sua economia, levou a extinção definitiva do acordo em 1976 (ARISTIZÁBAL, 2010: 23).

Os anos 1980 são considerados por Puente (2010: 45) como a fase do ajuste estrutural. É um período marcado pelos efeitos das crises do Petróleo na década anterior e da recessão dos países desenvolvidos. A Cooperação para o Desenvolvimento é afetada então pela diminuição da ajuda por parte dos países doadores, inseridos no contexto da recessão econômica, bem como pelos ajustes fiscais implementados pelo Fundo Monetário Internacional, como medida para equilibrar a balança de pagamento dos países em desenvolvimento.

A “Década Perdida” foi um termo que designou o período de estagnação não só da economia brasileira, mas também da América Latina, em decorrência dos dois choques do petróleo nos anos 1970, e que levou à consequente elevação dos juros externos e a superinflação dentro do contexto da decadência do regime autoritário no Brasil (SOUZA, 2009: 25). A consequência dessas medidas, cuja ênfase foi colocada na estabilidade macroeconômica com intervenção estatal mínima como medida para salvar o sistema financeiro internacional, passa a ser visualizada por meio da deterioração das condições sociais nos países em desenvolvimento. Diante desse contexto surge um novo ator no cenário internacional, as Organizações Não Governamentais. Atuando inicialmente no campo da assistência humanitária, essas organizações vão ganhando espaço e se multiplicando, atuando posteriormente em outros campos da cooperação internacional (PUENTE, 2010: 46-47).

Lancaster (2007: 36) faz referência às crises de alimentos e de fome que ocorreram nos anos 1970 e 1980 em países africanos em decorrência da seca na Etiópia e das enchentes, em Bangladesh, e que ocasionaram elevações dos níveis de ajuda como resposta temporária ao alívio da fome nestas populações. Lancaster (2007) ressalta também o crescimento do número de Organizações Não Governamentais (ONG) em países desenvolvidos, que vão trabalhar com questões relacionadas ao desenvolvimento, alívio de sofrimento de pessoas que vivem em condições sub-humanas, pobreza, doenças, desastres naturais, dentre outras questões.

A expansão da ajuda externa não se fez notar apenas pelas questões assinaladas anteriormente. Ocorreu também, nesse período, o entendimento de que outros atores tais como, as agências multilaterais de ajuda, deveriam participar desse processo. É dentro dessa concepção que iniciativas estabelecidas pelo Banco Mundial, pelo Fundo de Desenvolvimento Europeu e pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), por exemplo, passaram a ser desenvolvidas e expandidas (LANCASTER, 2007: 42)

Em um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), abordando a questão dos níveis de pobreza e indigência no Brasil entre 1977 e 1999, Barros et al (2001) observaram o aumento do número percentual de pessoas consideradas pobres¹⁸, que em 1990 atingiu, para esse intervalo, seu percentual mais elevado 43,8 % e de

¹⁸ Por pobreza, os autores do estudo entendem que: “refere-se a situações de carência em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto histórico. [...] e linha de pobreza pretende ser o parâmetro que permite, a uma sociedade específica, considerar como pobres todos aqueles indivíduos que se encontrem abaixo do seu valor” (BARROS ET AL, 2001: 2).

indigentes¹⁹, 21,4% para o mesmo período. Esses percentuais mantiveram-se elevados até o ano de 1995, quando começam então o seu declínio, atingindo no final dos anos 1990 os percentuais de pobreza e indigência de 34,1% e 14,5% respectivamente. Os autores atribuem as explicações para esse fato ao impacto econômico ocasionado pelo Plano Real. Nesse sentido, o estudo do IPEA demonstrou que os ajustes estruturais efetuados a partir das diretrizes do Consenso de Washington repercutiram sobre as condições sociais da população, ao serem analisadas as informações sobre número percentual de pobres e indigentes durante esse período e as modificações que ocorreram quando se correlacionam esses dados, com a implantação dos planos econômicos brasileiros para esse período.

A efetividade da cooperação para o desenvolvimento passa então a ser questionada tanto pelos países doadores quanto recipientes de ajuda, a partir do momento em que os primeiros superpuseram e priorizaram o saneamento da economia mundial, sobre a melhoria das condições sociais das populações.

1.3.3 O período pós Guerra Fria até os dias atuais

O fim da Guerra Fria muda novamente o panorama político mundial. A motivação geopolítica para a Cooperação para o Desenvolvimento é afetada pelo enfraquecimento do pensamento da segurança estratégica, uma vez que o fim do “conflito” consolida o poder político de uma das superpotências, Estados Unidos, ao mesmo tempo em que expõe a desestrutura da União Soviética. A erupção de conflitos étnico-religiosos nos Balcãs e o genocídio em Ruanda são alguns dos exemplos da instabilidade política, que o mundo testemunhou no período inicial após o fim da Guerra Fria. A cooperação assumiu a face da ajuda humanitária, ficando as iniciativas para a cooperação para o desenvolvimento menos evidentes diante desse contexto. A ajuda externa é então direcionada para países em conflito e para a sua reconstrução após o fim do conflito (LANCASTER, 2007: 45).

Outro importante fator para o direcionamento da cooperação nesse período é a intensificação do processo de globalização não apenas nos fluxos econômicos, mas também na área da tecnologia, que produz uma contração do espaço temporal do

¹⁹ Por indigência, os autores do estudo fazem a seguinte referência: “A linha de indigência, endogenamente construída, refere-se somente à estrutura de custos de uma cesta alimentar, regionalmente definida, que contemple as necessidades de consumo calórico mínimo de um indivíduo. A linha de pobreza é calculada como múltiplo da linha de indigência, considerando os gastos com alimentação como uma parte dos gastos totais mínimos, referentes, entre outros, a vestuário, habitação e transportes” (BARROS ET AL, 2001: 2).

mundo. Progressos no âmbito dos transportes encurtando distâncias, o acesso aos computadores e das redes de informação sobre os temas mais variados possíveis, permite que no período de segundos, pessoas se aproximem, independentemente das distâncias mundiais (ARISTIZÁBAL, 2010: 35). Realidades desconhecidas em lugares remotos do globo passam a ser conhecidas, como as condições de pobreza dos povos de países africanos, os conflitos que eclodem entre nações e as doenças que não respeitam fronteiras.

O mundo interconectado passa também a estar mais consciente dos seus problemas e, é durante esse período, que ocorrem várias conferências e Cúpulas para a discussão de temas relacionados ao meio ambiente (Rio 92), desenvolvimento e direitos humanos (Viena, 1993), questões de gênero (Beijing, 1995), fome no mundo (Roma, 1996) e sobre o clima global (Kyoto, 1997). Essas conferências e Cúpulas geraram discussões e negociações para a criação de planos de ação de combate a essas ameaças e/ou assimetrias sociais, frequentemente envolvendo processos de cooperação entre os países (ARISTIZÁBAL, 2010: 46).

A onda de democratização nos países em desenvolvimento, mudando de regimes autoritários para regimes democráticos, também foi um fator que influenciou os fluxos da cooperação para o desenvolvimento. Países da América Latina, à exemplo do Brasil, que entraram em processo de abertura democrática a partir da metade dos anos 1980 e o colapso de regimes totalitaristas no leste europeu, no final dos anos 1980, encorajou demandas democráticas, principalmente este último, para países da África Sub-saariana. Conferências nacionais ocorridas no Congo, em Mali e em outros países africanos levaram à reformulação de suas Constituições e estabelecimento de eleições em países como o Quênia, a Zâmbia e a Tanzânia. Uma das direções que tomou os fluxos de cooperação para países da África Subsaariana foi por meio da assistência para a efetivação do processo eleitoral do país, suporte dado por meio de assistência técnica e treinamento de pessoal (LANCASTER, 2007: 47).

A entrada do século XXI incorporou mais temas à cooperação para o desenvolvimento. Com o recrudescimento da temática da pobreza como variável importante dentro do contexto de desenvolvimento das sociedades, ações para sua erradicação voltam a ter relevância nos objetivos da cooperação internacional. Dentre esses temas, os Objetivos do Milênio²⁰ estabelecidos na Cúpula do Milênio, e os

²⁰ Os Objetivos do Milênio são: 1) Acabar com a fome e a miséria; 2) Promover educação básica para todos; 3) Promover a igualdade entre sexos e a valorização da mulher; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde das gestantes; 6) Combater a AIDS, a Malária e outras doenças; 7) Melhorar a

atentados terroristas em 11/09/2001 exercem também a partir desse período, influencia sobre os fluxos da cooperação internacional. O combate à AIDS, à malária e a outras doenças, como objetivo seis, e reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna como objetivo quatro e cinco respectivamente, são temas ressaltados nessa Dissertação. Os Bancos de Leite Humano são iniciativas que estão plenamente incorporadas à tentativa de se alcançar a meta de diminuição da mortalidade infantil no mundo, fortalecida ainda mais essa iniciativa pela criação da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, da qual o Brasil faz parte junto com outros países Latino-Americanos e a Espanha.

A Conferência de Monterrey sobre o Financiamento do Desenvolvimento no ano de 2002 produziu alguns compromissos da parte dos países doadores, tais como “alocação de 0,7% do produto interno bruto para a cooperação para o desenvolvimento, tentar melhorar a qualidade da ajuda por meio de melhor harmonização de procedimentos, reduzir a cooperação “atada ou ligada”, e ter como foco a redução da pobreza” (PUENTE, 2010: 50). No entanto, a ideia de que segurança internacional, pobreza e terrorismo internacional estavam conectados foi bastante propalado pelos meios de comunicação à época. Essa conexão pode ser percebida em um trecho do discurso do Presidente George W. Bush, após o atentado de 11/09/2001, em que o mesmo afirma o que se segue:

no Afeganistão nós vemos a visão da al Qaeda para o mundo. O povo afegão tem sido brutalizado, muitos têm fome e muitos têm fugido. [...] e nós iremos buscar nações que forneçam ajuda e asilo para o terrorismo. Cada nação em cada região tem uma decisão a tomar: ou você está conosco ou você está com os terroristas²¹

Esse trecho do discurso do Presidente Bush sinaliza para a ideia de que pobreza e regimes autoritários em Estados que, na visão ocidental, são considerados não democráticos, estariam conectados. Na visão de Puente (2010: 51), a recuperação dos níveis de cooperação para o desenvolvimento a partir dos anos 2000 estaria relacionada, em maior escala, aos imperativos da segurança internacional e, em menor escala, aos

qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8) Incentivar que todos trabalhem pelo desenvolvimento. Fonte: <http://www.objetivosdomilenio.org.br>. Acesso em 01/06/2012

²¹ Trecho do discurso do Presidente Bush Filho proferido em 20/09/2001 após o atentado terrorista em 11/09/2001, e transcrito pela rede CNN de notícias. Texto original: “In Afghanistan we see al Qaeda's vision for the world. Afghanistan's people have been brutalized, many are starving and many have fled.[...] And we will pursue nations that provide aid or safe haven to terrorism. Every nation in every region now has a decision to make: Either you are with us or you are with the terrorists”. Acesso em 15/08/2012

compromissos assumidos pelos países desenvolvidos para os Objetivos do Milênio. O que se presenciou a partir desse período, no que tange ao Afeganistão, foi um aumento da ajuda externa e a criação pelas Nações Unidas, de uma missão de assistência para o Afeganistão, presente no país desde 2002, a UNAMA (United Nations Mission Assistance in Afghanistan) que tem como prioridade dar suporte ao governo afegão em áreas críticas, incluindo segurança, governança, desenvolvimento econômico e cooperação regional, com mais de trinta e dois projetos em execução nos últimos anos²².

A cooperação para o desenvolvimento pautada em sua origem na verticalidade, experimenta ao longo dos últimos sessenta anos modelos alternativos de cooperação. Em contraposição aos fluxos de cooperação norte-sul, desenvolveu-se o modelo Sul-Sul de cooperação e que por meio da variante triangular, vem chamando a atenção da comunidade internacional para essa forma de arranjo e para os países que a executam, a exemplo do Brasil. A cooperação Sul-Sul é um termo de uso mais recente e tem origem na cooperação técnica entre países em desenvolvimento, criada ainda no período da Guerra Fria.

1.4 Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento: evolução histórica

No período pós Segunda Guerra Mundial, quando se origina a cooperação internacional nos moldes como é conhecida nos dias atuais, iniciam-se também as modalidades de cooperação técnica (CT) e a cooperação financeira (CF), referidas como pilares da cooperação para o desenvolvimento (PUENTE, 2010: 65).

O termo “assistência técnica”, presente na Resolução nº 200 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 1948, foi substituído pelo termo “cooperação técnica”, pois no entendimento da Assembleia Geral da ONU, de 1959, o termo cooperação pressupõe tanto a relação entre partes desiguais, como também relações de troca e de interesses mútuos entre países²³, determinando então a mudança do termo.

Na evolução do termo desde o seu nascedouro, evoluíram também as práticas de cooperação técnica pautadas no entendimento do significado de cooperação. Cooperação com quem? Em que termos? Com que finalidade?

²² Informações retiradas do sítio da UNAMA. Disponível em: <http://unama.unmissions.org/Default.aspx?tabid=12269&language=en-US>. Acesso em 15/08/2012

²³ Informações retiradas do histórico da cooperação entre países em desenvolvimento disponível no sítio da Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Disponível em < http://www.abc.gov.br/abc_por/webforms/interna.aspx?secao_id=20&Idioma_id=1>. Acesso em 01/07/2012

Nesse sentido, se em um primeiro momento a cooperação técnica no contexto da cooperação para o desenvolvimento surgiu para preencher as lacunas existentes dentro da relação entre países desenvolvidos e países subdesenvolvidos, a iniciativa estabeleceu, para essa relação, a orientação verticalizada do fluxo de cooperação. Subentende-se daí a ideia da existência de um doador ativo e um receptor passivo, sem que as suas particularidades locais fossem de fato consideradas dentro desse contexto. Essa foi a tônica que permeou as relações de cooperação técnica até os anos 1970, período em que críticas começam a emergir, diante da constatação de que o desenvolvimento atado a cooperação não conduziu a elevados patamares de crescimento (PUENTE, 2010: 65)

A percepção dos países em desenvolvimento de que as relações norte/sul se assentavam sobre uma lógica prejudicial a eles, permitiu que o modelo de cooperação vigente fosse questionado, pavimentando o caminho para que novas alternativas de cooperação entre países em desenvolvimento pudessem ser desenvolvidas, fortalecendo, nesse sentido, o seu posicionamento no cenário internacional.

A Conferência de Bandung, em 1955, é referida como marco político originário da ideia da cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD). No contexto dos processos de descolonização, Oliveira (2008: 75) ressalta que a Conferência de Bandung, em 1955, representou mais do que um movimento de apoio aos processos de descolonização da Ásia e África, mas o início da aproximação e da cooperação política dos países do Terceiro Mundo. Como produtos dessa conferência, forma-se, no plano político, o Movimento dos países não alinhados, estabelecido em 1961 e, no plano econômico o Grupo dos Setenta e Sete (G77), criado em 1964.

Na Primeira Conferência das Nações Unidas para Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), a discussão girou em torno da dinâmica dos problemas econômico-comerciais mundiais. Os países subdesenvolvidos sustentavam a importância que as matérias-primas por eles produzidas exerciam na dinâmica do comércio internacional, tentando incorporar ações político-diplomáticas a esse contexto, e conclamando para a criação de uma Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI) (LAFER, 1991: 2).

A inserção da dimensão social na avaliação da cooperação para o desenvolvimento nos anos 1970 fortaleceu a ideia de que, as necessidades humanas básicas deveriam ser consideradas como variável para se alcançar o desenvolvimento, sendo ressaltada a questão da redistribuição de renda, dentro desse contexto (PUENTE, 2010: 44).

No contexto da evolução desse modelo de cooperação, mais uma etapa foi transposta para a consolidação da iniciativa, quando em Buenos Aires, em 1978, chefes de cento e trinta e oito Estados se reuniram para a Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica, e estabeleceram o que foi chamado de Plano de Ação de Buenos Aires. O Plano recomendava a implementação de iniciativas para níveis nacional, regional, sub-regional, inter-regional e global, com o objetivo de aumentar o desenvolvimento dos países em desenvolvimento e a cooperação para o desenvolvimento internacional em áreas como transporte, comunicação, emprego, desenvolvimento de recursos humano, como também a indústria e agricultura, e principalmente economia (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994).

Emerge do aprofundamento dessas percepções, o desenvolvimento de um modelo alternativo à verticalização nas relações de cooperação. A chamada cooperação técnica entre países em desenvolvimento é estabelecida em termos de horizontalidade, e entende que ela é primordialmente estabelecida entre países com níveis semelhantes de desenvolvimento econômico e de laços culturais e de identidade fortes. Nesse sentido, a iniciativa se opõe ao caráter vertical nas relações de cooperação vigente desde o período após o fim da Segunda Guerra Mundial.

O termo cooperação técnica entre países em desenvolvimento é considerado quase como sinônimo de cooperação técnica horizontal e cooperação Sul-Sul. Puente (2010: 75) ressalta que esta última “abrange um leque maior de postulações e atividades que vão além da cooperação técnica, e normalmente traduzem esforços de coordenação diplomática dos países em desenvolvimento no âmbito das relações internacionais, sobretudo na esfera econômica”.

No aprofundamento do conceito de cooperação técnica entre países em desenvolvimento, o termo cooperação Sul-Sul encontra o seu espaço e, sendo um termo ainda de história muito recente, apresenta-se em expansão e fonte contínua de estudo.

1.4.1 Cooperação Sul-Sul

No histórico da emergência da cooperação Sul-Sul, ressalta-se que ela esteve “intimamente relacionada ao fim do colonialismo nos anos 1950 e 1960”²⁴ (tradução da autora) (FOLKE; FOLD E ENEVOLDSEN 1993: 22 apud KRAGELUND, 2010: 2).

²⁴ No texto original, a frase é atribuída ao estudo de Folke, Fold e Enevoldsen “South-South trade and development: Manufacturers in the new international division of labour”. New York: St. Martin’s Press, e é citada no artigo de Kragelund (2010: 2): “The south-South cooperation is closely related to the liquidation of colonialism in the 1950’s and 1960’s”.

De forma particular e para o contexto da época, suas origens estão relacionadas à Conferência de Bandung, em 1955, que apoiando os processos de descolonização dos países africanos e asiáticos, representou também o início da aproximação e da cooperação política dos países do Terceiro Mundo (OLIVEIRA, 2008: 75). A percepção de que interesses comuns e benefícios mútuos poderiam ser alcançados por meio da cooperação entre países do Sul, deflagrou em certa medida, a semente para a criação dos marcos institucionais situados na origem da Cooperação Sul-Sul, ou seja, o Movimento dos Países Não Alinhados e o Grupo dos 77 (G77) (SILVA, 2010: 3).

A conferência de Bandung tinha dois objetivos centrais: “garantir a manutenção e a promoção da paz e da segurança regional pelo estabelecimento de dez princípios gerais de cooperação amigável; e buscar a prosperidade comum e o bem-estar de todos a partir da cooperação econômica, social e cultural” (ESTEVES et al, 2012: 53). Nesse sentido, percebe-se que a ideia de cooperação como instrumento de ajuda mútua e fortalecimento de todos, respeitando-se a soberania nacional, estava inserida na origem da sua formação.

A I UNCTAD (Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento), realizada em 1964, representou um fórum intergovernamental para discussão sobre as questões relacionadas ao comércio internacional. Concomitantemente à Conferência foi criado o Grupo dos Setenta e Sete (G77) que, institucionalizado em 1964, representou um instrumento de diálogo utilizado pelos países do Sul para expressar as suas preocupações, e fortalecer as suas capacidades de negociação entre o Norte e o Sul dentro do fórum (UNCTAD). Esteves et al (2012: 23) ressaltam ainda que no âmbito da I UNCTAD e no interior do Grupo dos 77 foram institucionalizadas duas modalidades de cooperação Sul-Sul: a Cooperação Técnica e a Cooperação Econômica entre Países em Desenvolvimento. Considerando-se que a cooperação econômica incluía a cooperação comercial e financeira entre países do Sul, cujo intuito seria impulsionar o desenvolvimento econômico dos países em desenvolvimento, a ênfase da cooperação Sul-Sul passa a ser dada à vertente da cooperação técnica (ESTEVES et al, 2012: 53).

Os dois choques do petróleo que ocorreram no transcorrer dos anos 1970, geraram impacto no funcionamento da economia mundial, na década posterior. A elevação do preço dos barris de petróleo, trouxe implicações para a balança comercial dos países que dependiam da sua produção externa, em cujo contexto o Brasil estava incluído (SOUZA, 2009: 26). No campo da cooperação internacional, em 1978, é realizada a Conferência do Sul Global sobre a Cooperação Técnica entre Países em

Desenvolvimento, dela resultando o estabelecimento do Plano de Ação de Buenos Aires, que significou o estabelecimento de diretrizes e da conceituação da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CPTD) (ESTEVES et al, 2012: 53), como um processo multidimensional, efetuado de forma bilateral ou multilateral e em que instituições públicas e privadas poderiam participar (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994).

O Plano de Ação de Buenos Aires utilizaria, pela primeira vez, a expressão “cooperação horizontal”, caracterizando a cooperação Sul-Sul como a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (ESTEVES et al, 2012: 54). No contexto político-econômico da época é estabelecido, na Assembleia Geral das Nações Unidas de 1974, a Declaração para uma Nova Ordem Econômica Internacional, que tinha como proposição o desenvolvimento de relações comerciais mais igualitárias entre os países. No entanto, em termos concretos, ela não se consolidou (KRAGELUNG, 2010: 2).

Ocorre também no âmbito do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a criação da Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul, estabelecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas, de 1978, e que passou a promover, a coordenar e a apoiar as cooperações Sul-Sul e triangular em bases globais e da própria Organização das Nações Unidas.

Os anos subseguintes ao Plano de Ação de Buenos Aires (1978) não mostraram grandes avanços no campo da cooperação horizontal, devido, em grande parte, aos reflexos da recessão econômica em decorrência dos dois choques do petróleo e da tentativa de reequilíbrio econômico mundial por meio do Consenso de Washington. Assimetrias importantes de desenvolvimento entre os países eram fatores que exerciam influência no estabelecimento de iniciativas de cooperação Sul-Sul, uma vez que para que a cooperação pudesse ocorrer e ser minimamente efetiva deveria existir, dentro dessa relação, ao menos um país em nível intermediário de desenvolvimento (PUENTE, 2010: 80).

Na década seguinte, Silva (2010) ressalta que o reflexo da recessão econômica mundial vai refletir-se em taxas elevadas de inflação e elevação das dívidas externas dos países em desenvolvimento. Os ajustes estruturais dos anos 1980, na tentativa de sanar a economia mundial, representaram uma desmobilização na história da cooperação Sul-Sul, ao se considerar que a prioridade se encontrava em reconduzir o Sistema Internacional ao equilíbrio macroeconômico (SILVA, 2010: 3).

Nos anos 1980, o número de países em desenvolvimento que se enquadravam no critério de países de nível intermediário e capazes de participar de projetos de

cooperação era reduzido. Dentre eles, encontrava-se o Brasil, considerado país estratégico e com capacidades e experiência para a promoção de cooperação Sul-Sul (PUENTE, 2010: 80).

A entrada nos anos 1990 demonstrou que houve, em decorrência dos ajustes fiscais da década anterior, aumento da pobreza e da desigualdade social, além do desequilíbrio financeiro internacional, contribuindo, este último, para as crises financeiras que ocorreram ao longo da década (SILVA, 2010: 3)

O fim da Guerra Fria no final dos anos 1980 vai permitir a revitalização da cooperação internacional. As várias Conferências que ocorreram a partir desse período, tais como a Rio 92, sobre desenvolvimento e meio ambiente, a Conferência sobre População e desenvolvimento no Cairo em 1994 e a Conferência sobre o Clima em Kyoto em 1997 são exemplos concretos da mudança de rumo que a cooperação internacional passa a tomar a partir desse período (LANCASTER, 2007: 46).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no âmbito multilateral também contribuiu para reforçar a capacidade institucional dos países em desenvolvimento, permitindo que eles pudessem estar habilitados a participar de projetos de cooperação. Nos anos 1990, os critérios da graduação²⁵ utilizados pelos países doadores, e membros do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (DAC) também passaram a influenciar o contexto da cooperação Sul-Sul. Ao considerar que cooperação técnica internacional com países “graduados”²⁶ só deveria ser implementada se os custos fossem compartilhados à razão mínima de cinquenta por cento de contrapartidas por parte dos países recipientes, ocorre uma limitação de países com “quem” se vai estabelecer cooperação, sendo redirecionada parcela considerável da ajuda internacional para países com menor grau de desenvolvimento (PUENTE, 2010: 83). A condicionalidade imposta pelos países desenvolvidos para o recebimento da ajuda externa vai contribuir, indiretamente, para o fortalecimento do modelo de

²⁵ O Conselho Econômico e Social das Nações Unidas elaborou uma lista de países de menor desenvolvimento relativo em 2001, que é revisada a cada 3 anos. Os critérios utilizados para considerar um país de menor ou maior desenvolvimento relativo, são baseados nas receitas, no Produto Interno Bruto dos países, nos recursos humanos e no nível de diversificação econômica. Fonte: Instituto de Estudos do Comércio e Negociações Internacionais (Icône). Disponível em <http://www.iconebrasil.org.br/pt/default.asp> Acesso em 15/08/2012

²⁶ Considerando o que Puente (2010: 83) ressalta sobre contrapartidas dos projetos de cooperação, e o direcionamento da ajuda internacional para países com menor desenvolvimento relativo (citados no texto), subentende-se nessa passagem, que os países doadores oficiais da ajuda (pertencentes ao Comitê de Assistência ao Desenvolvimento) passaram a direcionar, ou ter preferência por projetos de cooperação com países com menor desenvolvimento relativo. Os países que eram graduados, ou seja, deixavam de pertencer à lista de países com menor desenvolvimento relativo, e passavam a pertencer ao grupo de países com maior grau de desenvolvimento, tinham como requisito para a cooperação, as contrapartidas que deveriam ser compartilhadas com os países desenvolvidos, provedores da ajuda internacional.

cooperação Sul-Sul estabelecido por países emergentes no cenário internacional, que passam a expandi-la, dentro desse cenário, como modelo alternativo de cooperação (PUENTE, 2010: 84-85).

A entrada no Século XXI é considerada por Silva (2010: 4) como uma terceira fase do desenvolvimento da cooperação Sul-Sul, sendo influenciada essa ideia pelo compromisso dos países na Cúpula do Milênio, ocorrida no ano 2000, em atingir até 2015 os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, intimamente relacionados a questões sociais e de desenvolvimento, tais como combate à pobreza, à fome, a doenças como a AIDS e a promoção da saúde da mulher e da criança, para citar alguns dos objetivos. A recuperação econômica de alguns países alçados à condição de países emergentes, demonstrando avanços sociais, a exemplo de Brasil, Índia, África do Sul e México também passa a exercer influência no contexto da cooperação Sul-Sul. A ideia de união de forças formando fóruns de diálogo, tais como o IBAS, fórum formalizado em 2003 entre Brasil, Índia e África do Sul, e o BRICS, iniciativa informal estabelecida entre Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, constituem-se como exemplos concretos desse “novo” modo de pensar e de agir no Sistema Internacional.

A cooperação Sul-Sul a partir dos anos 2000 incorpora a questão da efetividade da ajuda internacional. A preocupação com a questão da efetividade foi expressa na Conferência de Monterrey sobre o Financiamento para o Desenvolvimento²⁷, em 2002. Na referida Assembleia, os representantes dos Estados decidiram enfrentar os problemas de financiamento para o desenvolvimento no mundo, em particular os países em desenvolvimento, tendo como meta erradicar a pobreza, alcançar um crescimento econômico sustentável e promover um desenvolvimento sustentável, ao mesmo tempo, que se avança para um sistema econômico mundial baseado na equidade e na inclusão de todos (tradução da autora) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002).

O Grupo dos 77, em 2003, realizou a Conferência de Alto Nível sobre cooperação Sul-Sul, sendo elaborados a Declaração de Marrakesh e o Arcabouço de Marrakesh para a Implantação da cooperação Sul-Sul, ressaltando a importância do setor privado na promoção do desenvolvimento, bem como a complementaridade das iniciativas, potencializando-as, junto com o setor público. Defendeu-se ainda, no contexto da Declaração, o fortalecimento das instituições e das organizações

²⁷ No texto original, a Resolução 55/2 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 2002, no nº1, destaca “hemos resuelto hacer frente a los problemas de La financiación para el desarrollo en el mundo, en particular en los países en desarrollo. Nuestra meta es erradicar la pobreza, lograr un crecimiento económico sostenido y promover un desarrollo sostenible al tiempo que avanzamos hacia un sistema económico mundial basado en la equidad y que incluya a todos”

internacionais e multilaterais relacionadas à cooperação Sul-Sul (ESTEVEES et al, 2012: 55).

Somente em 2004 a cooperação técnica entre países em desenvolvimento passou a ser referida oficialmente como cooperação Sul-Sul no âmbito das Nações Unidas (PUENTE, 2010: 79). Na referida Assembleia, a cooperação Sul-Sul é considerada como um “modelo que oferece oportunidades viáveis para o desenvolvimento dos países em desenvolvimento e países com economias em transição na busca individual e coletiva de crescimento econômico sustentável” (tradução da autora)²⁸

O desenvolvimento da cooperação Sul-Sul pode então ser compreendido, no contexto da história das Relações Internacionais a partir do fim da II Guerra Mundial, como inserido em dois momentos distintos dos acontecimentos mundiais a partir daquela data: a Guerra Fria e o período após o seu término.

Durante o período da Guerra Fria, a cooperação Sul-Sul funcionou como ferramenta para o fortalecimento político do Sul (SILVA, 2010: 4), inicialmente por meio de coalizões em prol de melhores condições comerciais, vinculando-se dentro desse contexto, à reivindicação por reformas no sistema internacional. Existia então um pensamento e um movimento dos países do Sul para que houvesse mudança da Ordem Internacional vigente (ESTEVEES et al, 2012: 56), ou seja, os países do Sul procuraram buscar uma forma alternativa de inserção internacional, tentando manter o caráter autônomo e independente, menos alinhado e dependente dos dois mundos daquele período: o do liberalismo capitalista ocidental e o da economia socialista planificada (SARAIVA, 2008: 221)

O fim da Guerra Fria, e a entrada no Século XXI, colocou a cooperação Sul-Sul dentro de um contexto diferente. Como ressaltado por Silva (2010: 4), a fase atual mantém as características contidas na sua formação, ou seja, ser um instrumento de fortalecimento político dos países do Sul, mas incorpora na atualidade a ideia de expansão da iniciativa para além de questões relacionadas ao comércio e ao desenvolvimento industrial, incluindo setores como a educação, a saúde e a proteção social.

Para Oliveira (2012: 97), o atual conceito de Cooperação Sul-Sul não apresenta o mesmo significado do período da Guerra Fria. “Hoje é seletivo e hierárquico, englobando países emergentes que não visam mais mudanças estruturais na Ordem

²⁸ Trecho inicial da Resolução 58/220 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 2004, que versa sobre a cooperação técnica e econômica entre países em desenvolvimento. Texto original:[...] “offers viable opportunities for developing countries and countries with economic in transition in their individual and collective pursuit of sustained economic growth and sustainable development”

Internacional, mas uma readequação das regras de forma a possibilitar a promoção de seus respectivos interesses”. O autor pondera ainda, que só recentemente foi retomada uma outra perspectiva de Cooperação Sul-Sul, direcionando esforços para a recuperação das possibilidades de desenvolvimento e de eliminação da pobreza. “Sem dúvidas que a retomada desta concepção deve muito aos esforços do Presidente Lula ao defender formalmente a introdução do tema da luta contra a fome mundial na agenda internacional” (OLIVEIRA, 2012: 98)

A incorporação de outros setores no contexto da cooperação Sul-Sul traz como consequência a maior troca de experiência entre os países do Sul, em especial o compromisso dos países em alcançar as Metas do Milênio. Nesse contexto, pode-se fazer referência à cooperação em saúde, particularizando os projetos de Bancos de Leite Humano que, ao gerar impacto sobre a diminuição da mortalidade de recém-nascidos prematuros, insere-se ao escopo das Metas do Milênio, em que um dos objetivos almeja diminuir a mortalidade infantil no mundo (OBJETIVOS DO MILÊNIO). A expansão das iniciativas de cooperação Sul-Sul passa a ter maior influência também sobre a Política Externa dos países em desenvolvimento, que passam a incorporar a cooperação Sul-Sul como instrumento estratégico para a inserção no Sistema Internacional.

Modelos Norte-Sul e Sul-Sul de cooperação coexistem e se complementam na atualidade. Convivem dentro de um contexto em que práticas hegemônicas de cooperação (Norte-Sul) existem e foram consolidadas ao longo do processo de construção do Sistema Internacional de Cooperação. As práticas de cooperação Sul-Sul se consolidam dentro de um contexto de “conformação” a um modelo de desenvolvimento, tido e considerado como hegemônico dentro desse Sistema (ESTEVEES et al, 2012: 56). Exemplo dessa assertiva são os modelos de cooperação Sul-Sul em triangulação, em que arranjos como dois países em desenvolvimento, ou um país em desenvolvimento e um país desenvolvido, ou ainda, um país em desenvolvimento e um organismo internacional empreendem projetos de cooperação em benefício de um país em desenvolvimento (FORDELONE, 2009:7), funcionando, nesse sentido, como modelo complementar ou alternativo ao modelo de cooperação Norte-Sul.

O Plano de Ação de Doha de 2005 afirmou o “direito dos países do Sul ao desenvolvimento e a reivindicação de um espaço público necessário para que os países pudessem buscar seus objetivos de desenvolvimento” (ESTEVEES et al, 2012: 57). Da Cúpula de Alto Nível das Nações Unidas sobre a cooperação Sul-Sul, em 2009, resultou

o Documento Final de Nairóbi, em que a cooperação Sul-Sul é apresentada como “instrumento essencial para o desenvolvimento econômico” (ESTEVEES et al, 2012: 57).

O Quarto Fórum de Alto Nível sobre Efetividade da Ajuda, em Busan, em 2011, na Coréia do Sul, em seu documento final, reconhece a cooperação Sul-Sul como uma “modalidade de cooperação internacional para o desenvolvimento” (ESTEVEES et al, 2012: 57).

Um conceito único e universal de cooperação Sul-Sul não encontra ainda consenso entre os seus estudiosos. No entanto, um conjunto de princípios e de características entre os países em desenvolvimento alcança o propósito da concordância entre os seus pares, sendo eles,

o respeito à soberania dos países em desenvolvimento; a não ingerência nos assuntos internos dos países parceiros; vantagens comparativas frente à cooperação dos países desenvolvidos, como por exemplo, custos operacionais menores e disponibilização de tecnologias, experiências e boas práticas em condições específicas de países em desenvolvimento, facilitando sua adaptação, disseminação e assimilação junto a outras nações com características semelhantes (CORRÊA, 2010: 91)

Os princípios da cooperação Sul-Sul são ressaltados pelo Brasil em suas relações de cooperação, incorporando ainda a solidariedade entre os povos. Durante o governo Lula (2003-2010), esses princípios foram fortalecidos nas relações com o continente africano, na busca por maior aproximação e diálogo com países do Sul e na formação de fóruns para o fortalecimento dos países emergentes em defesa dos interesses comuns (PUENTE, 2010: 234-235).

O desenvolvimento do modelo de cooperação Sul-Sul no sistema de cooperação internacional vem gerando impacto político e econômico não apenas para os países do Sul, mas também no contexto dos países do Norte, em que pese a participação de alguns países pertencentes ao Comitê de Assistência ao Desenvolvimento/ Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (DAC/OECD) (Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Japão, Luxemburgo, Noruega, Espanha, Suécia, Suíça, Inglaterra, Estados Unidos e União Européia), em projetos de cooperação em modelos de triangulação (FORDELONE, 2009: 7).

Os princípios que regem os moldes da cooperação Sul-Sul se contrapõem às práticas tradicionais estabelecidas dentro dos projetos de cooperação Norte-Sul, em que pese condicionalidades e muitas vezes a não apropriação dos temas que realmente têm importância dentro dessa relação, a partir da visão do país receptor.

Questões referentes ao montante financeiro real da cooperação Sul-Sul exercida pelos países em desenvolvimento encontra muitas críticas nesse cenário (CABRAL; WEINSTOCK, 2010; ROWLANDS, 2008; USHER, 2011), uma vez que não se tem a ideia real dos números, de uma forma geral, dos países que implementam essa modalidade de cooperação. Esse fator gera, por sua vez, especulações sobre o montante real utilizado pelos países em seus projetos de cooperação.

A cooperação Sul-Sul exercida pelos países em desenvolvimento vem ocupando o seu espaço no cenário internacional, espaço esse “tensionado”, onde o modelo Sul-Sul, considerado como complementar, ou alternativo²⁹, a depender da visão de quem faz a análise, pretende, por meio de sua prática, permitir que os interesses dos países em desenvolvimento, sejam alcançados.

Países emergentes como o Brasil vêm aprofundando suas experiências nessa modalidade de cooperação, expandindo-a e contribuindo nesse sentido, para uma melhor compreensão dos atores, das práticas e dos impactos da cooperação Sul-Sul nas relações internacionais.

²⁹ Esteves et al (2012: 59) citam Ayllón como um dos estudiosos da cooperação Sul-Sul, que a considera como alternativa à cooperação Norte-Sul. Para Ayllón, a cooperação Sul-Sul se traduziria como um modelo diferente do modelo Norte-Sul, por apresentar elementos que a diferenciam do modelo tradicional (Norte-Sul), tais como a consciência dos países em desenvolvimento do uso da cooperação Sul-Sul como ferramenta para tentar diminuir as assimetrias no sistema internacional, destacando a ênfase que existe sobre a solidariedade entre os países, além de incorporar a ideia de transformação das relações econômicas dentro desse sistema.

2. Cooperação Brasileira Internacional para o Desenvolvimento

2.1 O Contexto Histórico

Antes do fim da Segunda Guerra Mundial verificam-se registros pontuais de projetos de cooperação brasileira, fazendo-se a ressalva de que estes estiveram mais enquadrados ao contexto da guerra, destacando-se a relação entre Brasil e Estados Unidos, em que este último tinha o interesse de manter o país como aliado da Segunda Guerra Mundial. Nesse sentido, o Ministério da Educação e Saúde (MES) firmou um acordo com o Instituto de Estudos Interamericanos para o controle da Malária no Vale do Rio Doce, na região Amazônica, local de grande produção de borracha e ferro, matérias-primas importantes para os Estados Unidos, no contexto da II Guerra Mundial (FONSECA, 2010: 144). O fim da Segunda Mundial, momento a partir do qual se pontua a origem da cooperação para o desenvolvimento, é também o marco histórico para o início do desenvolvimento da cooperação brasileira.

O primeiro órgão de coordenação da cooperação técnica brasileira foi criado, em 1950, no âmbito do Ministério das Relações Exteriores, e chamou-se Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT) (CABRAL, 1998: 37 apud PUENTE, 2010: 100). A Comissão tinha como função principal “coordenar os projetos de assistência técnica brasileira à época, seja identificando as necessidades brasileiras em executar projetos, seja coordenando a solicitação de projetos de cooperação entre instituições brasileiras e países industrializados, ou com agências das Nações Unidas com as quais o Brasil mantinha acordos de cooperação” (PUENTE, 2010: 100).

O início da cooperação brasileira é coincidente com o período após o fim da Segunda Guerra, quando a cooperação internacional para o desenvolvimento se caracterizou pela transferência de capital financeiro e humano dos países desenvolvidos para suprir as necessidades dos países subdesenvolvidos, que em troca transferiam matérias-primas abundantes em seu território.

A cooperação técnica brasileira nesse período esteve pautada no modelo vigente Norte-Sul, ou seja, priorizavam-se programas e projetos voltados à estruturação de instituições ligadas direta e indiretamente à promoção de crescimento econômico do país, pois entendia-se que o crescimento econômico impulsionaria outros avanços (emprego, impostos, cadeias produtivas, por exemplo), e isso impactaria nos índices de condições de vidas da população dos países subdesenvolvidos (CORRÊA, 2010: 165).

Os projetos de cooperação brasileira durante esses primeiros anos foram estabelecidos primordialmente com os Estados Unidos. Nesse contexto foi criado em 1959, o Escritório Técnico de Cooperação dos Projetos e Ajustes Administrativos do Ponto IV, que tinha por finalidade “coordenar as ações específicas de cooperação com os Estados Unidos destacando-se projetos nas áreas de saúde, educação, agricultura e administração” (CONDE, 1990: 64 apud PUENTE, 2010: 100). No âmbito interamericano da Aliança para o Progresso foi criado, em 1965, o Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso (CONTAP), órgão responsável pela “obtenção e gestão de recursos para o financiamento de programas e projetos de cooperação técnica dos Estados Unidos nesse contexto” (CABRAL apud PUENTE, 2010: 101). Assim, a partir desse período existiam no Brasil três órgãos responsáveis pela coordenação da cooperação técnica recebida pelo Brasil: a CNAT, ligada ao Ministério das Relações Exteriores, o CONTAP, adstrito ao Ministério do Planejamento, e o Escritório Técnico do Ponto IV³⁰ sem vínculo com nenhum dos dois escritórios, mas que contava com a participação de diversos Ministérios em seu Conselho Consultivo (PUENTE, 2010: 101).

O crescimento da quantidade de programas/projetos tendo o Brasil como recipiente da ajuda, e os países industrializados e organismos internacionais como doadores, tornou necessário que houvesse adequação do sistema que coordenava a cooperação brasileira, para que a organização entre a demanda, as diretrizes e as prioridades dos Planos Nacionais de Desenvolvimento³¹ e os recursos disponíveis à disposição da cooperação brasileira pudessem ser viabilizados.

³⁰ No “Inaugural Address”, em 1949, o Presidente Americano Harry Truman firma o compromisso para promover a paz e a liberdade no mundo, baseado em um plano que teria quatro vertentes de ação. O Ponto IV enfatiza que os Estados Unidos irão “encorajar os avanços científicos e o progresso industrial para a melhora e o crescimento de áreas subdesenvolvidas” (tradução da autora). Fonte: http://www.trumanlibrary.org/whistlestop/50yr_archive/inagural20jan1949.htm. Acesso em 25/08/2012

³¹ Mattos (2002) faz a Análise dos Planos de Desenvolvimento elaborados pelo Brasil após o II PND na sua Dissertação, ressaltando-se a partir dela * O Plano Salte, que vigorou entre 1950 e 1951 e é considerado como primeira tentativa de planejamento econômico no pós-guerra. É considerado mais como um programa de gastos públicos, incluindo gastos em setores prioritários tais como saúde, energia, alimentação e transportes. ** O Plano de Metas (1956-1961), considerado o primeiro plano no país a elaborar metas para o setor privado, incluindo ações públicas e privadas para os setores de educação, energia, transportes, alimentação e indústria de base. Os planos estratégicos de desenvolvimento que foram estabelecidos durante os governos militares, destacando-se, *** O I Plano Nacional de Desenvolvimento no governo Médici, **** O II Plano Nacional de Desenvolvimento instituído no governo Geisel, que coexistiram durante o período que no cenário internacional ocorreram os dois choques do petróleo refletindo no cenário interno com as dificuldades de implementação das diretrizes estabelecidas, o III Plano Nacional de Desenvolvimento (1980-1985) e, ***** O I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (1986-1989), que vigeram no período da crise da dívida e do processo de redemocratização do país. A partir da Constituição de 1988, entram em cena os Planos Plurianuais para o desenvolvimento do país.

Com o amadurecimento do sistema de cooperação brasileiro, nova reforma foi proposta, para se adequar ao crescimento da demanda de projetos e à organização dos recursos externos recebidos. Os projetos, nessa conformação, encontravam-se dispersos entre três órgãos gerenciais. Nesse sentido, em 1969, foram extintos então os três órgãos já citados anteriormente, e criadas a Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (SUBIN), que ficou vinculada ao Ministério do Planejamento e que tinha por função “traçar a política nacional de cooperação técnica e coordenar a sua execução”, e a Divisão de Cooperação Técnica (DCT) que ficou subordinada ao Ministério das Relações Exteriores. A DCT tinha por função “negociar os instrumentos básicos da cooperação técnica brasileira, e encaminhar as solicitações aos doadores bilaterais e multilaterais” (PUENTE, 2010: 102).

O desenvolvimento interno do sistema de cooperação brasileira se consolidou ao longo dos anos, permitindo que, a partir de 1973, junto com o aprofundamento das relações diplomáticas com o continente Africano e a América Latina, o país desse início a programas de cooperação técnica para o exterior. Situa-se, nesse contexto e nesse período, a origem da cooperação técnica entre países em desenvolvimento estabelecida pelo Brasil (PUENTE, 2010: 103).

Se desde o início os projetos de cooperação brasileira no período após o fim da Segunda Guerra eram pautados em ações assentadas em modelos de cooperação vertical, em que em uma ponta figurava um país industrializado e/ou Organismo Internacional como doador da ajuda e, na outra, o Brasil como país subdesenvolvido e receptor da ajuda, a partir dos anos 1970 essa realidade começa a se modificar. Não deixando o país de ser recipiendário da cooperação internacional, começou também a executar, de forma ainda muito pequena, programas com países em mesmo nível de desenvolvimento econômico, enfatizando o caráter “horizontal” da cooperação técnica internacional.

No contexto internacional, o desenvolvimento da cooperação técnica entre países em desenvolvimento começa a ter mais expressão impulsionada por acontecimentos, tais como, as demandas dos novos países africanos e asiáticos resultantes do processo de descolonização, o clamor de uma Nova Ordem Econômica Internacional, a percepção do desgaste das relações Norte-Sul criando ou trazendo a ideia da existência de grandes assimetrias que precisavam ser corrigidas e o estabelecimento do Plano de Ação de Buenos Aires, em 1978. O Plano significou um marco político, para que a promoção e a implementação de projetos de cooperação técnica entre países em desenvolvimento fossem estimulados e efetivados. Mergulhado

também nesse cenário, a cooperação técnica brasileira, no aprofundamento da sua institucionalização, passa a ganhar mais espaço no discurso diplomático e nas diretrizes da política externa a partir do final dos anos 1970, o que levou à necessidade de nova reformulação do sistema de cooperação existente (PUENTE, 2010: 104)

O fim do regime militar no Brasil (1964-1985) e o início do período de redemocratização do país deram novo impulso ao sistema de cooperação, que é ressaltado no I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (1986-1989):

a cooperação técnica deverá ser incentivada, sobretudo, naquelas áreas em que o aporte de participações bilaterais e multilaterais tenha particular significado para consolidação e abertura de potencialidades no âmbito regional e sub-regional. Será dada especial ênfase à cooperação com os países latino-americanos e africanos, tendo-se presente, inclusive, as afinidades geográficas, históricas e culturais (BRASIL. SENADO FEDERAL, Lei 7.486/86)

O que coaduna o pensamento do aprofundamento dos projetos de cooperação brasileira para o entorno, América Latina, e com países do continente africano explicitado por meio de iniciativas para a implementação de um modelo mais “horizontal” de cooperação, nos projetos em que o país empreende como parceiro da iniciativa.

O aumento da importância da execução de projetos de cooperação técnica brasileira entre países em desenvolvimento muda o enfoque dentro da visão das diretrizes da Política Externa brasileira, passando a cooperação técnica a ser vista e considerada como instrumento de ação diplomática. Cervo (1994: 49) vai ressaltar que entre os anos 1960 e 1980, o Brasil figurou como prestador de cooperação em 694 projetos, e que os países demandantes englobaram os países da América Hispânica e do Caribe com 475 projetos, a África com 171 projetos, a Ásia com 37 projetos, e Europa com 11 projetos. Pode-se inferir a partir dos números concernentes aos projetos demandados nesse período, que o objetivo de fortalecimento dos laços com países do Terceiro Mundo foi alcançado.

Nova reforma no sistema de cooperação brasileira fazia-se necessária, para adequar novamente o país às demandas dos projetos de cooperação, tanto os recebidos quanto os efetuados pelo país no modelo de cooperação horizontal. Assim, em 1987, é criada a Agência Brasileira de Cooperação subordinada ao Ministério das Relações Exteriores, extinguindo a SUBIN e a Divisão de Cooperação Técnica que foram criadas ainda nos anos 1960 (PUENTE, 2010: 105).

A Agência Brasileira de Cooperação, no seu nascedouro, tinha por finalidade “operar programas de cooperação técnica (recebida ou prestada) em todas as áreas do

conhecimento entre o Brasil e outros países e organizações internacionais, nos termos da Política Externa brasileira”³² (PUENTE, 2010: 106).

A cooperação técnica brasileira entre países em desenvolvimento é pautada na horizontalidade, e tenta seguir as linhas diretivas da Política Externa brasileira, expressas algumas delas no Art. 4º da Constituição Federal (CF) de 1988. Os princípios do respeito à soberania dos países em desenvolvimento e na não ingerência nos assuntos internos dos países parceiros (CORRÊA, 2010: 91), encontram-se alinhados, nesse sentido, aos princípios da não intervenção e da igualdade entre os Estados presentes no Art. 4º da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL)

A Agência Brasileira de Cooperação (ABC) é, assim, o órgão responsável não apenas pela coordenação e negociação da cooperação brasileira, mas também pela arregimentação e mobilização, em nível nacional, de instituições executoras ou entidades cooperantes, para a viabilização das ações de cooperação empreendidas pelo país (PUENTE, 2010: 124). A Agência executa os projetos de cooperação técnica na forma chamada “guarda-chuva”, ou seja, os projetos de cooperação técnica são firmados pelo Governo brasileiro (ABC) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), órgão para onde são transferidos recursos financeiros, permitindo dessa forma que os projetos de cooperação técnica brasileira sejam viabilizados (PUENTE, 2010: 132).

O país coopera por meio do modelo multilateral com organismos internacionais; bilateral com países desenvolvidos, sendo o Brasil nesses dois casos recipiente de ajuda internacional, e empreende projetos de cooperação técnica entre países em desenvolvimento, na qual oferece cooperação. A CTPD brasileira é caracteristicamente multidisciplinar, pois abrange várias áreas do conhecimento tais como saúde, educação, agricultura, formação de recursos humanos, energia e biocombustíveis, como também é executada por meio de multiplicidade de atores (PUENTE, 2010: 117).

Fazendo referência à presença de multiplicidade de atores na cooperação brasileira, na área de saúde pode-se citar a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), instituição de fundamental importância em projetos nesse campo de ação. A Fundação é uma das instituições parceiras e bastante atuantes nessa área, com experiência acumulada em várias subáreas da saúde, dentre elas os Bancos de Leite Humano, que se constituem como exemplo prático desse intercâmbio entre a ABC e instituições

³² Art. 30 do Estatuto da FUNAG, Decreto 94.973/87

nacionais parceiras em projetos de cooperação, que os executa por meio de acordos bilaterais ou multilaterais com países da América Latina, Caribe e países africanos.

Outro ator importante para o contexto da cooperação é a EMBRAPA (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária) que desenvolve projetos com países africanos, sendo assinado em 2008 um Acordo entre o Brasil e Gana, formalizando a parceria para a implantação do escritório da empresa em Acra. A cooperação entre os dois países visa a transferência de tecnologia na área de agricultura tropical e projetos no campo de fontes alternativas de energia (BESSA, 2006)

No que tange aos aspectos jurídico-legais, a CTPD brasileira está alicerçada nos Acordos Básicos de Cooperação Técnica que, para ter vigência, necessitam ser aprovados pelo Congresso brasileiro. Outra forma de acordos existentes são aqueles efetuados entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas por meio do PNUD, uma vez que esse programa das Nações Unidas participa intimamente da execução dos projetos de cooperação brasileira, dando suporte para que os mesmos sejam viabilizados (AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2004:15).

Existindo o Acordo Básico, é implementado um Documento de Projeto, que deve ser aprovado pelas partes dos países cooperantes e, que depois de aprovado, parte para a fase seguinte, em que consta a efetuação dos Ajustes Complementares dentro dos Acordos Básicos. Um dos aspectos ressaltados no arcabouço do Projeto de Cooperação são as contrapartidas, ou seja, fatores que podem ser colocados à disposição do projeto pelo país parceiro na execução do projeto, tais como instalações físicas, transporte oferecidos, gastos com infraestrutura e contratação de serviços de terceiros (AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2004: 26).

O arcabouço estrutural da ABC desde a sua criação em 1987 apresentou modificações para se adequar as demandas dos projetos de cooperação empreendidos pelo Brasil. Os mecanismos de financiamento, em especial o de execução orçamentária da ABC, além da constituição do seu corpo técnico que, na sua criação, foi formado por profissionais contratado pelo PNUD em caráter provisório, mas que perpetuou-se utilizando esses mecanismos por mais de quinze anos, passaram a ser questionados de forma contundente levando à ações na justiça trabalhista (PUENTE, 2010: 111).

A forma da cooperação técnica brasileira entre países em desenvolvimento tem um caráter particular, e vem chamando a atenção da comunidade internacional pela forma como é efetuada. O Brasil como país emergente nesse cenário, e junto com outros países em semelhante condição, não deixa de suscitar questionamentos como também críticas sobre seu modelo de cooperação.

2.2 A Estrutura da Cooperação Técnica brasileira: a Agência Brasileira de Cooperação

A Agência Brasileira de Cooperação (ABC) está subordinada ao Ministério das Relações Exteriores, e tem a função de coordenar e negociar projetos de cooperação brasileira, ampliando a sua função para atuar como arregimentadora de instituições nacionais, para participarem dos projetos estabelecidos (AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO). A Agência coordena a cooperação brasileira efetuada com organismos internacionais e países industrializados na qual o Brasil é recipiendário da cooperação, como também a cooperação técnica entre países em desenvolvimento em que o país é parceiro nos projetos de cooperação (AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO).

A fase de estabelecimento da Agência, nos primórdios de sua criação, tinha a finalidade de coordenar e executar os projetos recebidos de forma multilateral ou bilateral. Com a sua expansão e o aumento da demanda de projetos, inclusive para projetos de cooperação horizontal (CTPD), houve a percepção de que nova reformulação institucional seria necessária para permitir a melhoria da sua atuação dentro do sistema de cooperação brasileiro (PUENTE, 2010: 131).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) foi e ainda continua sendo um organismo importante para a cooperação brasileira, uma vez que contribuiu para a contratação de profissionais especializados para a execução de projetos no nascedouro da Agência. O órgão também viabilizou e continua viabilizando a execução dos projetos, uma vez que atua por meio de projetos “guarda-chuvas”, ou seja, o governo brasileiro por meio da ABC firma projetos com o PNUD, que fornece suporte operacional para que o Brasil execute seus projetos de cooperação, solucionando em grande parte os constrangimentos legais internos que impedem a ABC de efetuar de forma autônoma os projetos de cooperação que são demandados pela Agência (PUENTE, 2010: 146).

No que concerne aos recursos humanos, como já citado, no nascedouro da ABC essa deficiência foi suprida pela contratação de profissionais por meio do PNUD, que inicialmente seria em caráter provisório, mas acabou por se perpetuar por mais de uma década. No início dos anos 2000, o aprofundamento do questionamento quanto à formação do quadro profissional da Agência, com críticas contundentes ao mecanismo de contratação, resultou em uma Ação Civil Pública do Ministério Público do Trabalho

do Distrito Federal (Ação Civil Pública nº 1.044/01), que culminou em 2002 na proibição de contratação de profissionais por intermédio do PNUD, devendo para esse fim e por meio de etapas serem substituídos todos os profissionais, sendo recrutados novos por meio de processo seletivo. Essa decisão interferiu na dinâmica da ABC com atrasos e lentidão de alguns projetos, enquanto o quadro de profissionais e a própria contratação de novos profissionais ocorria (PUENTE, 2010: 139).

O financiamento da cooperação técnica brasileira entre países em desenvolvimento passou por períodos de insuficiência de recursos no seu nascedouro, mas vem demonstrando nos dias atuais um revigoramento de fontes financiadoras. As fontes de financiamento da CTPD brasileira são decorrentes de recursos orçamentários, financiamentos externos junto a organismos e agências internacionais e instituições parceiras (ressaltando-se aqui o papel preponderante do PNUD), recursos públicos administrados pelo PNUD e transferidos a projetos da CTPD brasileira. A partir de 2002, teve início o processo de recuperação orçamentária da Agência, que volta a contar com recursos orçamentários ordinários e correntes para financiar a CTPD brasileira. Esse crescimento também pode ser ressaltado por uma maior importância dada à CTPD brasileira nas instâncias do Ministério das Relações Exteriores, passando a área a ter maior representatividade e importância no pensamento da Política Externa brasileira para os governos que se constituíram durante e após esse período (BRASIL. MRE, 2005: 18).

No aspecto jurídico-legal, não há no Brasil uma legislação específica para a cooperação para o desenvolvimento, o que permite ambiguidade de definições, ou seja, qual é a diferença, por exemplo, entre cooperação financeira e cooperação técnica, ou entre esta e cooperação científico-tecnológica. Quais os princípios, objetivos e instrumentos para a sua atuação; qual a norma que rege o dispositivo que fiscaliza financeiramente a cooperação, uma vez que envolve vários órgãos públicos e instituições cooperantes. Não havendo lei específica para a gestão orçamentária e financeira para a CTPD brasileira, esta é regida pela Lei 8.666/93 da administração pública, que gera entraves a não contemplar, por exemplo, despesas geradas no exterior dentro do escopo dos projetos de cooperação, como por exemplo, pagamento de diárias e passagens a consultores (PUENTE, 2010: 136).

Na avaliação estrutural da ABC, Puente (2010: 151-152) resalta que existem fatores, que interferem na dinâmica dos projetos de cooperação que o país executa. No que concerne aos fatores exógenos à Agência, podem ser citados:

- A deficiência institucional e de recursos humanos dos países, os quais podem gerar dificuldades na absorção da cooperação técnica que está sendo oferecida.
- A falta de coordenação interna das instituições do país receptor.
- A falta de continuidade dos projetos, influenciada pelas mudanças de governo nos países recipientes.
- A falta de cumprimento das contrapartidas pelos países recipientes da cooperação.

O arcabouço estrutural e institucional da ABC produz reflexos sobre a cooperação técnica entre países em desenvolvimento executada pelo Brasil; produz efeitos positivos, sem dúvida, quando provê o país de capacidade institucional, mesmo com ressalvas, de ser capaz de executar projetos de cooperação técnica com países em desenvolvimento, deixando de ser apenas receptor de cooperação internacional e um agente passivo nessa relação. No entanto, a construção institucional ainda prescinde de fortalecimento e aprofundamento da sua organização estrutural, permitindo que a operacionalidade na execução dos projetos seja facilitada, para que a finalidade última dos objetivos almejados no escopo do projeto seja alcançada.

Residem nessas fragilidades inerentes à própria ABC, as críticas efetuadas por estudiosos da cooperação brasileira sobre esse modelo e os impactos que essas fragilidades poderiam ter no sistema internacional de cooperação. Nesse sentido, Rowlands (2008: 2-20) ressalta que a presença de várias instituições cooperantes ligadas à Agência Brasileira de Cooperação, com múltiplos fundos de receita e diversos mandatos, influenciaria na ausência de controle central da Agência e, por conseguinte, concorreria para a limitação de recursos disponíveis para a ABC. A subordinação ao Ministério das Relações Exteriores também é ressaltada pelo autor, ao considerar ser este um fator que pode gerar programas susceptíveis de inconsistência, devido à tendência de seguir as prioridades da política externa do país. Outro aspecto também ressaltado por Rowlands (2008) reside nos números da cooperação brasileira, ao referir o autor que eles são sub ou superestimados uma vez que não existiam dados oficiais publicados, até aquele momento, sobre o assunto.

As mesmas questões também são ressaltadas no trabalho de Cabral e Weinstock (2010:1-37), que faz as mesmas ponderações que Rowlands (2008) e acrescentam, as questões de cunho jurídico, que já foram ressaltadas anteriormente por Puente (2010).

Usher (2011: 1-11) ressalta que a falta de informações sobre os dados brasileiros referentes à cooperação técnica entre países em desenvolvimento, torna difícil

determinar se a cooperação Sul-Sul, e o arranjo triangular dessa cooperação, são efetivos e mais eficientes do que o modelo tradicional Norte-Sul, em uma referência para a possibilidade de comparação entre as duas modalidades de cooperação.

Diante da crescente expansão da cooperação técnica internacional brasileira, ou cooperação Sul-Sul, principalmente a partir dos anos 2000, houve uma necessidade crescente de avaliar quantitativamente o montante financeiro gasto pelo Brasil para o desenvolvimento socioeconômico de outros países. Ciente da importância que a cooperação para o desenvolvimento exerce no cenário internacional, e sendo o país parte desse contexto, o Ministério das Relações Exteriores (MRE) propôs à Presidência da República a realização do primeiro levantamento dos recursos do governo federal brasileiro, investidos com o propósito de contribuir para o desenvolvimento de outros países (IPEA, 2010).

2.3 Os Números da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento (2005-2009)

O Ministério das Relações Exteriores por meio da Agência Brasileira de Cooperação e o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) estabeleceram parceria, com o apoio da Casa Civil, para realizar o primeiro levantamento de recursos do governo federal brasileiro empreendido na cooperação técnica para o desenvolvimento. Nesse sentido, foi realizado o “primeiro levantamento desses recursos no âmbito da administração pública federal com o objetivo de identificar, resgatar e sistematizar os dados e informações do investimento público para atividades, projetos e programas de cooperação brasileira entre 2005-2009” (IPEA, 2010).

A metodologia aplicada no estudo, inicialmente convidou todos os Ministérios e suas entidades vinculadas, e todos do governo federal que atuavam na cooperação técnica brasileira, para participarem no fornecimento de dados. Os dados foram coletados em 2009 por meio de formulário eletrônico, que alimentava a base de dados do IPEA. Os dados eram então homologados, verificados sua consistência e, por fim, sistematizados, sendo elaborado um relatório final. Um primeiro passo foi definir qual o conceito de cooperação brasileira e as características e peculiaridades de suas várias modalidades. Assim, a cooperação brasileira conceitualmente foi definida como,

a totalidade de recursos investidos pelo governo federal brasileiro, totalmente a fundo perdido, no governo de outros países, em nacionais de outros países em território brasileiro ou em organizações internacionais com o propósito de contribuir para o desenvolvimento internacional, entendido como o fortalecimento de capacidades de organizações internacionais e de grupos ou

populações de outros países para a melhoria de suas condições socioeconômicas (IPEA, 2010).

O estudo do IPEA (2010) ampliou o sentido do termo cooperação. No estudo, por Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento, entende-se “a totalidade de recursos investidos”, sem particularizar o que é considerado como cooperação técnica internacional brasileira, embora para a elaboração do estudo essa consideração tenha sido realizada. A cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional correspondeu a contribuições para organizações internacionais, bancos regionais, assistência humanitária, bolsas de estudo e cooperação técnica, científica e tecnológica (IPEA, 2010)

Os principais resultados do levantamento do estudo do IPEA, junto com a ABC e o Ministério das Relações Exteriores demonstrou que, no período de 2005-2009, a cooperação brasileira alcançou a cifra aproximada de R\$ 2,9 bilhões em valores correntes. Desse montante, mais de 76% em média dos dados levantados correspondeu a contribuições para organizações internacionais e bancos regionais, sendo destinados os outros 24% para as demais modalidades de cooperação (assistência humanitária, bolsas de estudo e cooperação técnica). Os valores de 2005 que corresponderam a R\$ 384,2 milhões praticamente dobraram em 2009 para valores de aproximadamente R\$ 724 milhões (IPEA; ABC, 2010).

Particularizando-se os dados concernentes ao montante da cooperação brasileira internacional, a cooperação técnica e a cooperação em saúde durante o período, tem-se a seguinte tabela:

Anos	Cooperação brasileira internacional (Em milhões)	Cooperação Técnica (Em milhões)	Saúde (em milhões)
2005	384,2	27	2,78
2006	604	32	
2007	569	35	
2008	616	58	
2009	724	97	13,8
Total	2,9 bilhões	252 milhões	16 milhões

Tabela 1. Cooperação Brasileira Internacional (2005-2009).

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir dos dados do estudo do IPEA “Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2005-2009” publicado em 2010.

Observa-se, a partir da Tabela 1, que os números referentes ao montante da cooperação internacional brasileira, bem como da cooperação técnica, são crescentes ao longo dos cinco anos analisados no estudo. O estudo não detalhou os dados da

cooperação em Saúde de acordo com os anos, fazendo referência apenas ao valor obtido em 2005 e ao valor alcançado em 2009, que apesar do não detalhamento ao longo dos anos, demonstra que também houve aumento dos números nesse intervalo de tempo.

Particularizando-se os dados do estudo para cooperação técnica, científica e tecnológica pertinente a essa Dissertação, os programas e projetos de cooperação técnica brasileira enfatizam aqueles que tenham o que se chama de abordagem estrutural. Projetos com abordagem estrutural são aqueles que, caracteristicamente, empreendem ações sustentáveis, ou seja, aquelas que podem ser caracterizadas:

- Pelas capacidades individuais e institucionais que são desenvolvidas e promovidas
- Pelo aumento do impacto econômico e social sobre o público-alvo da cooperação
- Por pretenderem promover resultados sustentáveis ao fim dos programas
- Por mobilizar instituições brasileiras para participar da cooperação
- Por criar espaço para projetos de triangulação com atores internacionais (IPEA, 2010: 33).

A cooperação brasileira bilateral é a modalidade predominante de cooperação técnica, e correspondeu a 92% do volume total. Na forma multilateral, em que uma organização internacional participa do projeto, os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, a Organização Pan-Americana/ Organização Mundial de Saúde e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS foram os principais parceiros brasileiros da cooperação.

No campo da saúde, os dados do estudo do IPEA (2010) demonstraram que o fato de ter o país um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo (SUS – Sistema Único de Saúde) pode ter influenciado no aumento da demanda de outros países por projetos de cooperação técnica em que o Brasil demonstra ter grande experiência. O SUS garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, além de distribuir remédios para o combate aos vírus HIV/AIDS. Ações no âmbito dos fóruns multilaterais, como o protagonismo do Brasil no debate sobre o direito à quebra de patentes de medicações, no âmbito da Organização da Mundial do Comércio, também podem ser aqui destacadas, como ações internacionais relativas à cooperação na área da saúde (IPEA, 2010: 38).

No estudo publicado pelo IPEA (2010: 38) os recursos federais que foram empreendidos na saúde em 2005 atingiram a cifra de R\$ 2,78 milhões, elevando-se em 2009 para o valor de R\$ 13,8 milhões. Entre as instituições participantes, o Ministério

das Relações Exteriores concentrou 49% dos recursos investidos em cooperação em ciência e tecnologia na área de saúde, o Ministério da Saúde, 24% e a Fundação Oswaldo Cruz, 20% desse montante.

Particularizando-se os dados concernentes as instituições participantes da cooperação brasileira em saúde, tem-se a distribuição percentual dos recursos no seguinte gráfico:

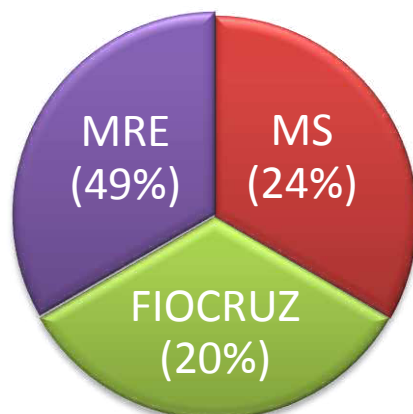


Gráfico 1: Recursos investidos em saúde de acordo as Instituições participantes

Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir dos dados do estudo do IPEA “Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2005-2009”, publicado em 2010.

Depreende-se do gráfico que o montante maior de recursos, em números percentuais, ficou concentrado no Ministério das Relações Exteriores, seguido pelo Ministério da Saúde e pela FIOCRUZ. O estudo não especifica, no entanto, onde foram concentrados os restantes (7%) dos recursos empreendidos na área de saúde. A FIOCRUZ, a partir da observação do gráfico, representa, nesse sentido, a principal instituição dentro da área de saúde, envolvida nos projetos de cooperação na área.

Faz-se pertinente ressaltar o reconhecido esforço dos órgãos participantes desse estudo com o intuito de demonstrar o tamanho da cooperação brasileira empreendida pelo Brasil, tanto por parte dos organizadores, quanto por aqueles que participaram como fontes de informações e dados, destacando-se que se trata de um modelo ainda em construção e que carece de maior sistematização e debate. Os dados são considerados preliminares devido a fatores relacionados à dificuldade intrínseca em identificar e quantificar o que se enquadra e o que não se enquadra na definição de cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional, associado ainda ao fato de que esses dados refletem uma parte e não a totalidade das instituições brasileiras (IPEA,2010).

O fato de ser o Brasil um país que também fornece cooperação, preferencialmente na modalidade horizontal, tem seus princípios diferenciados dos requisitos³³ estabelecidos pelos países doadores participantes do Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (DAC)/ Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico(OECD), para o recebimento da ajuda (MARTINEZ, 2010: 53).

A cooperação técnica brasileira entre países em desenvolvimento também conhecida como Sul-Sul ganha maior relevância a partir do governo Lula, que tem como um dos eixos políticos aprofundar as relações com os países da América Latina, Caribe, África e Ásia. Assim, a cooperação Sul-Sul, como instrumento da política externa, tem as suas bases aprofundadas durante o governo em análise.

2.4 Cooperação Sul-Sul brasileira

Como exposto por Puente (2010: 75), a cooperação Sul-Sul embora seja considerada quase como sinônimo de cooperação técnica entre países em desenvolvimento, acrescenta o elemento diplomático, que é implementado por meio dos esforços de coordenação com os países em desenvolvimento no âmbito das relações internacionais.

A cooperação Sul-Sul explicitada por Buss e Ferreira (2010:106) é considerada um “processo de interação econômica, comercial ou de outra natureza que se estabelece (idealmente) com vantagens mútuas entre os parceiros de países em desenvolvimento, geralmente localizados no hemisfério sul”.

Uma definição exata e amplamente aceita de cooperação Sul-Sul não encontra vozes concordantes em todos os meios. No entanto, certa consonância é encontrada no que se refere aos princípios e características que a regem entre os países em desenvolvimento, já delineados anteriormente nas palavras de Corrêa (2010: 91) sobre os princípios comuns à cooperação Sul-Sul.

O crescimento industrial acelerado de um grupo de países durante os anos 1970, que buscava maior liderança regional e internacional, bem como reivindicava uma nova formulação internacional, coloca o modelo de cooperação Sul-Sul dentro do escopo de ação desses Estados (SARAIVA, 2007: 42).

³³ Martinez (2010: 53) vai ressaltar que os requisitos estabelecidos pelos membros do CAD/OECD para a transferência de recursos para países em desenvolvimento são “ser concedida por setor público ou oficial; tem como objetivo fundamental a promoção do desenvolvimento econômico e do bem estar dos países ou territórios receptores; é feito por meio de créditos concessionais de ao menos 25%. Fonte: “O Sistema Internacional de Ajuda ao Desenvolvimento. Atores e Instrumentos”

A Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul foi estabelecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1978, localizava-se no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e passou a promover, a coordenar e a apoiar as cooperações Sul-Sul e triangular em bases globais e da própria Organização das Nações Unidas (BUSS; FERREIRA, 2010: 106-118).

Existia nesse período o que se entendia por Estados *system-affecting*, que são aqueles que dispõem de recursos suficientes para, junto com a atuação internacional ativa, afetar o andamento de certos temas da política internacional (SARAIVA, 2007: 42), classificação a que pertencia o Brasil, o México e a Índia nessa época (LIMA, 2005: 2), e que atualmente são identificados como “grandes mercados emergentes” (SARAIVA, 2007: 42).

O período após 1985, tanto para os caminhos políticos do Brasil, em pleno processo de redemocratização, quanto para a estruturação da Agência Brasileira de Cooperação, tem impacto importante sobre a cooperação técnica brasileira. A crise econômica mundial nos anos 1980, reflexo dos acontecimentos da década anterior, explicitou-se na crise da dívida dos países subdesenvolvidos reduzindo o acesso aos recursos externos. Essa realidade direcionou os moldes da cooperação para a execução de projetos com organismos internacionais que, nessa modalidade, apresentou aumento, e aumento significativo do número de projetos de cooperação com o PNUD (CORRÊA, 2010: 165-170).

O período do Ajuste Estrutural nos anos 1980 também influenciou o panorama da cooperação técnica brasileira. O critério da graduação dos países em desenvolvimento elegíveis para receber cooperação técnica dos países industrializados ganha espaço, sendo ampliados nos anos 1990 (PUENTE, 2010: 47), e passa a ser discutido em foros regionais e multilaterais, questionando se a cooperação tradicional Norte-Sul ainda desempenharia papel relevante para a consecução de ganhos obtidos pelos países em desenvolvimento e considerados como países de “renda média” (CORRÊA, 2010: 175). A diminuição da cooperação por parte dos países doadores a países graduados como de “renda média”, a exemplo do Brasil, permite a inferência de que esse fator, dentro do contexto da época, constituiu-se como elemento contribuinte para o fortalecimento de ações brasileiras no campo da cooperação Sul-Sul em busca de alternativas viáveis para o seu desenvolvimento e crescimento político e econômico no cenário internacional.

É a partir do governo Itamar Franco (1992-1994) que o Brasil irá buscar um novo tipo de cooperação Sul-Sul, “nos marcos de uma nova ordem internacional

marcada por ações mais isoladas da dimensão Norte-Sul ou pela volatilidade das alianças organizadas na defesa de temas específicos” (SARAIVA, 2007: 42). Observa-se, a partir desse período, a implementação pelo Brasil de modelos de cooperação Sul-Sul tanto voltados para a região Sul-Americana quanto com países considerados potências regionais e que eram relevantes no plano internacional (SARAIVA, 2007: 43). Exemplo dessa assertiva é a maior aproximação do Brasil com a China a partir dos anos 1990, desenvolvendo estes países, cooperação tecnológica na área aeroespacial, o que resultou no lançamento conjunto de satélites de sensoriamento (CERVO, 2011: 515). O Satélite Sino-Brasileiro de Recursos Terrestres, o CBERS 1, foi lançado em 1999, na República Popular da China (INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPACIAIS).

Entre os anos 1990 e 2000, os governos brasileiros foram mesclados por políticas baseadas em um pensamento mais voltado para o campo liberal ou, em contra partida, mais nacionalista e desenvolvimentista. Segundo Saraiva (2007: 43-45) algumas variáveis a partir dos anos 1990 foram determinantes para a formulação da Política Externa brasileira. Entre o campo político e econômico, a necessidade das sociedades partilharem normas internas comuns, tais como o pluralismo democrático, assentado na nova ordem vigente de caráter ocidental, e a aquiescência do Consenso de Washington, constituíram-se como práticas que permearam o universo da formulação da Política Externa brasileira, nesse período. Inclui-se nesse panorama, a opção pelo regionalismo, que no aprofundamento da iniciativa formalizou-se com a criação de um mercado comum, o MERCOSUL.

A partir de uma perspectiva de inserção internacional, e considerando o que se entende por estratégia de “credibilidade”³⁴ e “autonomista”³⁵, o governo Collor mais liberal, foi seguido pelo governo de Itamar Franco mais autonomista. O governo Fernando Henrique buscou conjugar as duas visões, sendo seguido pelo governo Lula, que recolocou a Política Externa brasileira dentro da corrente autonomista (SARAIVA, 2007: 46).

O seguimento estratégico particular de cada governo vai influenciar os eixos diretivos da Política Externa brasileira quanto aos rumos da cooperação Sul-Sul. Nesse

³⁴ Lima (2005:11) considera que a Estratégia da credibilidade entende que, por o país não possuir “excedentes de poder”, apenas o fortalecimento dos mecanismos multilaterais é que pode refrear as condutas unilaterais no cenário internacional. A autonomia internacional é derivada da capacidade de cooperar para a criação de normas e instituições internacionais.

³⁵ Saraiva (2007: 46) considera que, a Estratégia autonomista defende uma projeção mais autônoma do Brasil na política internacional, tem preocupações de caráter político-estratégico dos problemas Norte-Sul, dá maior destaque à perspectiva brasileira de participar do Conselho de Segurança da ONU e busca um papel de maior liderança brasileira na América do Sul.

sentido, comum às duas correntes estratégicas, havia o elemento comum que era a crença de que o Brasil deveria ocupar lugar especial no cenário internacional em termos político-estratégico (SARAIVA, 2007: 46). No governo Itamar Franco o aprofundamento das relações com a América do Sul levaram à continuidade do projeto de integração regional por meio do MERCOSUL, bem como a instituição de parcerias horizontais que se distanciavam do eixo vertical (PECEQUILO, 2008: 139).

A eleição de Fernando Henrique Cardoso como Presidente da República, em 1995 permanecendo até 2002 faz emergir o conceito de “soberania compartilhada”, o qual entendia que “o mundo seria marcado por valores universais, onde os Estados estariam sujeitos às normas oriundas dos regimes internacionais” (SARAIVA, 2007: 47). Exemplo disso estaria na ratificação do Tratado de Não-Proliferação assinado em 1998, somado à estabilidade política e econômica alcançada pelo país, que no conjunto das ações se apresentava como prova de responsabilidade nacional àquele período (PECEQUILO, 2008: 139).

Ao longo do governo Fernando Henrique Cardoso, os entraves político-econômicos ligados às questões comerciais foram fatores determinantes, para o que Vizontini (2003) vai referir como a mudança de curso da política externa do Presidente Fernando Henrique, do eixo vertical norte para a América do Sul, reintegrando países emergentes como Rússia, China e Índia, e intensificando o discurso da “globalização assimétrica” (VIZENTINI apud PECEQUILO, 2008: 141). Como exemplo desses entraves, podem ser citados a Rodada Doha³⁶, os entraves comerciais ocorridos com as nações europeias e a eleição nos Estados Unidos do Presidente Bush, governante com viés fortemente unilateralista, e que passou a priorizar a “Eurásia” no contexto da Política Externa daquele país (PECEQUILO, 2008: 141).

Entremeado ao cenário político brasileiro, a “construção” da estrutura da Agência Brasileira de Cooperação é dividida por Puente (2010: 131) em um período inicial, considerado de crescimento e expansão (1995 a 2001), e um período de desafio institucional (2002 a 2005). O primeiro período correspondeu ao crescimento das atividades de cooperação em todas as vertentes (multilateral, bilateral e de cooperação horizontal), e o segundo período, à presença dos entraves jurídicos e de reposição do quadro de profissionais em substituição aos profissionais recrutados pelo PNUD, bem

³⁶ A Rodada Doha tem como motivação inicial a abertura de mercados agrícolas e industriais com regras que favoreçam a ampliação dos fluxos de comércio dos países em desenvolvimento. Fonte: Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Disponível em <http://www.mdic.gov.br/sitio/interna/interna.php?area=5&menu=373>. Acesso em 23/09/2012.

como a questão orçamentária, que se constituíram como desafios para o processo de estruturação da Agência.

A crescente expansão da cooperação Sul-Sul ao longo dos anos não se deu, necessariamente, em detrimento da diminuição da cooperação Norte-Sul durante o mesmo período. Corrêa (2010: 88) ressalta que para o biênio 2009-2010, mesmo sob o impacto da crise financeira de 2008, ocorreu aumento dos volumes absolutos de doações dos países membros do Comitê de Assistência para o Desenvolvimento, ultrapassando a barreira dos cem bilhões de dólares. Para o autor, a expansão da cooperação Sul-Sul ocorreu em “decorrência natural do crescimento técnico, econômico e político dos países em desenvolvimento”.

Analisando o sistema internacional de cooperação e o aprofundamento da sua dinâmica, o modelo de cooperação Sul-Sul vem ampliando o seu escopo de ação. Exemplo desse aprofundamento é a cooperação Sul-Sul em triangulação, que pode ser formada pela parceria entre países doadores, pertencentes ao Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (DAC) e países “essenciais”, que são os países provedores de cooperação Sul-Sul, e que juntos implementam projetos/programas de cooperação em países beneficiários, que são países em desenvolvimento recipientes da ajuda (FORDELONE, 2009: 4).

A cooperação triangular entre Brasil, Alemanha e Uruguai no fortalecimento do Sistema de Saúde Uruguaio, baseado no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) entre os anos de 2010 e 2012, é um exemplo da cooperação em triangulação (HERLT, 2011). Outros arranjos de triangulação também são possíveis, tais como dois países em desenvolvimento estabelecerem programa/projeto de cooperação com um terceiro país em desenvolvimento, ou ainda um país e um organismo internacional desenvolverem cooperação, sendo um país em desenvolvimento beneficiário da ajuda (CORRÊA, 2010: 112).

Ao empreender a cooperação em triangulação, os países e/ou os organismos internacionais envolvidos na iniciativa objetivam fortalecer relações com parceiros no Sul desenvolvendo capacidades de países em desenvolvimento como provedores de cooperação Sul-Sul. Os elementos “experiência” e “conhecimento” que os países em desenvolvimento que prestam cooperação possuem, são considerados elementos contribuintes para que o modelo de cooperação em triangulação tenha efetividade. Associado a essa característica, os custos dos especialistas, serviços e tecnologias dos países em desenvolvimento que prestam cooperação nesse modelo é menor, quando em

comparação com os mesmos custos provenientes de países membros do Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (FORDELONE, 2009: 8).

O desenvolvimento e o aprofundamento da cooperação Sul-Sul empreendida pelo Brasil passou a despertar o interesse dos países doadores oficiais e participantes do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento membros da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), principalmente após a participação do Ministério da Fazenda na Conferência de Paris sobre a Eficácia da Ajuda Internacional³⁷ em 2005, sendo estabelecidos em 2007 os primeiros contatos do Ministério das Relações Exteriores por meio da ABC, com o Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (CORRÊA, 2010: 182).

Os modelos de cooperação Norte-Sul e Sul-Sul seguem princípios e práticas distintas, mas a crescente participação de países emergentes no cenário internacional, como, por exemplo, Brasil, Índia, China, Rússia, África do Sul, Turquia, Coreia do Sul e México (GOLD et al, 2012: 6-10) tem aumentado as suas participações dentro do sistema de cooperação internacional. Nesse sentido, questionamentos como, o impacto de mais atores com práticas distintas de cooperação técnica dentro desse cenário; como buscar uma forma de avaliação da eficácia da ajuda, no panorama que inclui práticas diferentes de cooperação; quais benefícios podem ser alcançados a partir da maior comunicação e conexão entre a cooperação Norte-Sul e Sul-Sul no sistema de cooperação internacional, surgem, e ainda permanecem sem respostas.

A estabilização da economia e da política brasileira a partir de 1994, com o Plano Real³⁸, foram fatores que contribuíram para a representação e a importância que a cooperação técnica brasileira passou a ter na Política Externa brasileira. Corrêa (2010: 177) vai ressaltar que a Cooperação Internacional constituiu-se como um instrumento que, embora estivesse voltado para a construção de capacidades em outros países em desenvolvimento, fortalecia a estratégia da Política Externa brasileira de projetar o Brasil no sistema internacional, sendo ele visto “como um país que entende o desenvolvimento como instrumento de promoção de estabilidade e de equilíbrio global”.

³⁷ A Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento foi elaborada no Fórum de Alto Nível que ocorreu em Paris em 2005, onde os Ministros dos países desenvolvidos e em desenvolvimento e os Diretores de Instituições multilaterais e bilaterais de desenvolvimento decidiram por empreender medidas de longo alcance, executadas de forma monitorizada, no intuito de reformar as modalidades de entrega e gestão da ajuda internacional, tendo sob perspectiva alcançar as Metas dos Objetivos do Milênio. Fonte: <http://www.oecd.org/dac/aideffectiveness/38604403.pdf>. Acesso em 01/08/2012

³⁸ O Plano Real foi o programa brasileiro de estabilização econômica mais bem sucedido de todos os planos que foram lançados para estabilizar a economia brasileira, e que pôs fim a quase três décadas de inflação elevada no país. A partir de 1994, a moeda antiga foi substituída pelo Real. Fonte: <http://www.fazenda.gov.br/portugues/real/planreal.asp>

Dentro desse período que o Brasil “muda” de direção em relação ao pensamento e a ênfase sobre a cooperação internacional, dois governos (Fernando Henrique Cardoso e Luis Inácio Lula da Silva) contribuíram de formas distintas no discurso e na prática para o direcionamento da presença e da importância da cooperação técnica brasileira como instrumento da política externa no cenário internacional.

Projetos de cooperação brasileira na área de saúde, como os Bancos de Leite Humano, a formação de recursos humanos em países africanos na área de saúde pública, a prevenção e pesquisa de medicações eficazes para o combate a doenças como a Malária e o HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), ambas endêmicas tanto no Brasil como em vários países do continente africano, para citar alguns exemplos, tentam seguir os princípios da cooperação Sul-Sul com os países parceiros, incluindo a questão da sustentabilidade na dinâmica dos projetos. Projetos sustentáveis, particularizando a área de saúde, tenderiam a ter efeitos multiplicadores, com disseminação de conhecimento e consolidação da estrutura que dá início ao projeto, permitindo que ao fim deles, os países parceiros tenham condição de expandir e continuar a iniciativa (AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2005: 47)

A cooperação Sul-Sul brasileira estabelecida pelos governos que antecederam a eleição de Lula à Presidência foi marcada pelo contexto político e econômico vigente àquela época, pavimentando, em certa medida, o aprofundamento e a expansão da iniciativa durante o governo que se pretende analisar.

2.4.1 A cooperação Sul-Sul brasileira no contexto da Política Externa do Governo Lula

Não faz parte do escopo dessa Dissertação fazer análise comparativa da cooperação técnica brasileira entre os governos de Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva. No entanto, aspectos pontuais do primeiro podem ser ressaltados, no que tange principalmente à questão da cooperação técnica em saúde, a qual se apresentou de forma mais exuberante durante o governo Lula.

A partir de uma perspectiva de inserção internacional e considerando o que se entende por estratégia de “credibilidade” e “autonomista”, o governo Lula estaria mais orientado para uma estratégia autonomista em que os anseios de projeção internacional se combinam com um maior grau de flexibilidade e liberdade da política externa. Como ressalta Lima (2005: 1-35), a estratégia autonomista preconizaria uma “política ativa de desenvolvimento” e uma preocupação em “superar os desequilíbrios internos”, devendo

buscar ainda a articulação com países que tenham interesses semelhantes (LIMA, 2005: 11).

No escopo da política externa do governo Lula, o tema “presença soberana” foi incorporado ao discurso da Política Externa brasileira e seria constituída ao menos de quatro elementos: a “perspectiva humanista da ação externa, a afirmação nacional, a reconstrução da autoestima do povo e a recuperação da função indutora do Estado no desenvolvimento econômico, em especial no progresso social e na diminuição das desigualdades” (CERVO, 2006 apud PUENTE, 2010: 221; LIMA, 2003).

Na política externa do governo Lula, a cooperação Sul-Sul passa a ser “vista e admitida com maior nitidez, como instrumento de política externa” (PUENTE, 2010: 232). Ressalta ainda o autor as palavras do Embaixador Celso Amorim em seu discurso de posse como Ministro das Relações Exteriores, em 2003, quando ele faz a seguinte referência, “a política cultural, de cooperação técnica, científica e tecnológica serão elementos essenciais da política externa do governo Lula” (AMORIM apud PUENTE, 2010: 234).

Durante o governo Lula, duas áreas temáticas da cooperação Sul-Sul receberam particular importância, o desenvolvimento social e o combate à epidemia de HIV/AIDS, presente esta temática desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (PUENTE, 2010: 238).

Os eixos centrais de atuação da Política Externa brasileira no governo Lula poderiam então ser assim determinados:

revitalização e ampliação do MERCOSUL; intensificação das relações com a América do Sul; aumento da presença e da cooperação com países africanos, com resgate do papel tradicional da África na Política Externa brasileira; busca de relações maduras com os Estados Unidos; perseguição do diálogo e da aproximação com países do sul, mas também com outras áreas (Oriente Médio e países Árabes); prosseguimento na defesa das Nações Unidas e proposta de ampliação no número de membros permanentes no Conselho de Segurança, com postura mais assertiva da candidatura do Brasil nesse contexto; prosseguimento e intensificação da participação nos foros multilaterais, sobretudo econômico, com a articulação de coalizões com países emergentes, com vistas à defesa de interesses comuns (PUENTE, 2010: 221)

Nessa linha de pensamento, e particularizando a área de saúde, informações retiradas do portal do Ministério da Saúde (MS) brasileiro referentes aos Projetos de Cooperação Técnica Sul-Sul em Saúde, a prioridade do governo brasileiro se faz em parceria com países da América Latina e Caribe e países da CPLP (Comunidade de Países de Língua Portuguesa) incluindo o Timor Leste, funcionando a cooperação

técnica como um instrumento estratégico da Política Externa brasileira para o continente americano e para os países do Sul. Os dados de 2010 apontam para um montante de 137 projetos em andamento, dos quais 98 (70,5%) destes estão na América Latina e Caribe, 41 projetos (29,5%) para o continente africano³⁹.

Os dados expostos podem ser sumarizados na tabela a seguir,

Área	Cooperação Técnica Sul-Sul em Saúde (2010)	
	Nº	Percentual
América Latina e Caribe	98	70,5%
África	41	29,5%
Total	137	100%

Tabela 2: Cooperação técnica Sul-Sul em Saúde (2010) distribuída por área geográfica em números absolutos e percentuais.

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir dos dados publicados pela Divisão de Projetos/AISA do Ministério da Saúde sobre o número de Projetos de Cooperação Técnica Sul-Sul em saúde, relativos ao 1º semestre de 2010.

Os projetos para a América Latina e Caribe atuam de forma diversificada dentro da área de saúde, com projetos que contemplam Bancos de Leite Humano (37%), DST (doenças sexualmente transmissíveis) /HIV/AIDS (10%), Dengue (8%) e Bancos de sangue (8%), Vigilância ambiental (15%), Sistema de Informação em Saúde (8%). Outros projetos em outras áreas da saúde, por exemplo, Febre Amarela, Doença de Chagas, Malária, Hantavirose, Saúde Mental, dentre outros, estiveram presentes na cooperação, mas foram demandas pontuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para o continente africano, os projetos são ampliados para contemplar ainda o combate à Malária, a Anemia Falciforme, a Tuberculose, Saúde Oral e Capacitação de Recursos Humanos, com formação de docentes para atuar na área de Saúde Pública dos seus respectivos países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A partir de 2004 foi criada a Subsecretaria-Geral de Cooperação e Comunidades Brasileiras no Exterior, hoje denominada Subsecretaria-Geral de Cooperação e Promoção Comercial, que por determinações das chefias do Itamaraty e por meio da ABC procurou enfatizar no contexto da cooperação técnica brasileira certas prioridades,

³⁹Projetos de Cooperação Técnica Sul-Sul em Saúde - Divisão de Projetos/AISA – Ministério da Saúde 1º semestre 2010 disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/projetos_cooperacao_220910_port.pdf. Acesso em 10/01/2012

tais como:

a) os compromissos assumidos em viagens do Presidente da República e do Chanceler; b) os países da América do Sul; c) o Haiti; d) os países da África, em especial os PALOP e Timor Leste; e) os demais países da América Latina e Caribe; f) o apoio à CPLP e g) o incremento das iniciativas de cooperação triangular com países desenvolvidos e organismos internacionais (PUENTE, 2010: 245).

O que reforça a importância que a agenda diplomática passa a assumir para a implementação de projetos de cooperação, devendo estes serem orientados de acordo com os eixos estabelecidos pelas diretrizes da Política Externa brasileira, dando ênfase as áreas geográficas estratégicas. Como exemplo, pode-se citar a importância política de certas iniciativas, como a cooperação no Haiti e as iniciativas de triangulação com países desenvolvidos. Em 2009, os Chanceleres francês e brasileiro assinaram declaração de intenções para o desenvolvimento do projeto “Apoio à Implantação e Implementação de Bancos de Leite Humano no Haiti”, no modelo de cooperação triangular (FIOCRUZ).

O governo Lula consolida o Estado Logístico, quando por meio de suas ações, “recupera o planejamento estratégico do desenvolvimento e exerce a função de apoio e legitimação das iniciativas de outros atores econômicos e sociais, aos quais repassa responsabilidades e poder” (CERVO, 2011: 529). Direcionando o pensamento para a cooperação Sul-Sul brasileira, a participação de instituições junto à Agência Brasileira de Cooperação, reconhecidamente com experiência em áreas específicas do conhecimento, a exemplo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), que desenvolvem projetos em suas áreas específicas em parceria com países do continente africano, consolidam esse pensamento.

O caráter multilateral das relações políticas brasileiras, tanto em sua vertente econômica como política, faz parte das linhas diretas da política externa do país desde longa data, e pode ser analisado por meio de fases, segundo Cervo (2009: 94). A primeira estaria entre 1944 e 1949 no contexto de construção do sistema internacional do pós-guerra e a segunda fase, entre 1960 e 1980, período em que as transformações sócio-político-econômicas no mundo repercutiram nos esforços empreendidos para reformar a ordem mundial. O período entre 1990 e 2002 é considerado aquele em que o multilateralismo tem a perspectiva de atuar no sistema, em vez de reformá-lo, e a partir de 2003 até a atualidade, em que ele tem por objetivo estabelecer a reciprocidade entre

estruturas hegemônicas e países emergentes.

É no cenário do século XXI que o multilateralismo pela reciprocidade e a internacionalização da economia brasileira se aprofundam na busca por maior inserção no sistema internacional. A vertente multilateral da Política Externa brasileira busca ampliar seu escopo de ação, que caracteristicamente enfatiza a área econômica, mas pretende alcançar reciprocidade de ação também em outras áreas, tais como comércio, segurança, questões ambientais, saúde e direitos humanos, por entender que todos os Estados devem ser beneficiados por meio dessas iniciativas (CERVO, 2011: 531).

No governo Lula, a continuidade do multilateralismo permanece alinhado às linhas diretas da Política Externa brasileira, ao considerar que o “ordenamento global em seu conjunto, produz melhores benefícios para as relações internacionais” (CERVO, 2009: 103). No entanto, a partir do governo Lula, outro pensamento começa a ser agregado, inovando, em certa medida, a forma de operacionalizar a política externa do governo. Entende-se que é mais interessante “não mais confrontar ou reformar, tampouco submeter-se de modo passivo, mas penetrar a ação das estruturas hegemônicas do capitalismo de modo a ser parte do jogo de reciprocidades internacionais, do comando e dos benefícios” (CERVO, 2009:103). Esse “novo” modo de pensar política externa a partir do governo Lula vai gerar impactos diretos nos modos de ação para a consecução dos interesses do país, ou seja, há uma orientação para a tomada de iniciativa no sentido da ideia de “construção de meios e a realizações de fins” (CERVO, 2009:103).

Agregando o pensamento de “construção de meios” e “realização de fins”, ressaltado por Cervo (2009: 103) ao se referir à Política Externa do governo Lula, observa-se, durante o governo referido, o aprofundamento do “giro” para o Sul. A aproximação com países do Sul como a Índia e a China concretiza a ideia de “construção de meios”, uma vez que o “ajuntamento” desses países traz ganhos econômicos, comerciais, sociais e/ou em outras áreas de ação.

Maior cooperação nas questões de Direito de Propriedade Intelectual e acesso à medicamento essenciais, no caso os antirretrovirais (medicamentos utilizados para o tratamento da AIDS), em fóruns multilaterais como a Organização Internacional do Comércio e a Organização das Nações Unidas, com o intuito de buscar maior flexibilização do Acordo TRIPS e Saúde Pública, permite a consideração de que a aproximação de países em desenvolvimento “almeja”, “pretende”, “espera” que interesses dos países em desenvolvimento sejam alcançados, materializando a afirmação de Cervo (2009) quanto à “realização de fins”. Ao se agruparem ou se agregarem, os

países do Sul emergentes ou em desenvolvimento se fortalecem e ganham peso nas negociações multilaterais em prol de suas demandas, em um movimento caracteristicamente anti-hegemônico⁴⁰ (CERVO, 2009: 107).

É nesse sentido que a partir de 2003 o Brasil “encontrou reforço para requisitar a reciprocidade nas relações internacionais”, como citado por Cervo (2011: 531), quando da criação do G20 agrícola em Cancun, como tentativa diplomática e prática de conter o estabelecimento de acordos injustos entre países industrializados e países em desenvolvimento na questão dos produtos agrícolas. O multilateralismo da reciprocidade consistiria em uma de suas vertentes, no pensamento de que deve existir “a tentativa de garantir, por meio da elaboração conjunta de regras, a reciprocidade de efeitos para que ganhos maiores de uns não se sobreponham em detrimento de outros” (CERVO, 2011: 531).

Iniciativas formais, como a criação do Fórum de Diálogo IBAS (Índia, Brasil e África do Sul) em 2003 (resultado de tendências políticas manifestadas já mesmo antes do governo Lula), com ênfase sobre a cooperação internacional ao Sul, e a iniciativa informal como o Fórum de Diálogo Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (BRICS), desempenham papel importante no que tange tanto à análise do campo político quanto ao econômico. O primeiro encontro dos BRIC ocorreu em 2006 e a Primeira Cúpula anual ocorreu em 2009 na Rússia, sendo a África do Sul nessa ocasião, formalmente convidada a participar do grupo em 2010, redimensionando a sigla para BRICS. A aproximação com países considerados potências emergentes permite, no contexto da Política Externa brasileira do governo Lula, analisar o impacto do “ajuntamento” desses países no cenário internacional.

Pensando em modalidades de expressão, Cervo (2011: 532-544) dividiu o multilateralismo da reciprocidade em cinco modalidades para fins e análise: economia com o G8 e G20, comércio internacional e OMC, segurança internacional e Conselho de Segurança, questões ambientais e saúde e direitos humanos.

Particularizando os casos da economia e do comércio internacional, bem como da saúde, este último torna-se pertinente para a discussão dessa Dissertação. No que concerne ao primeiro caso, e a relação com o G8 e o G20, Cervo (2011) ressalta o pensamento de que, ao se fortalecerem os países do Sul em um grupo formado pelas

⁴⁰ Termo utilizado por Cervo (2009: 107), para se referir às coalizões políticas e/ou econômicas empreendidas pelo Brasil com os países emergentes e em desenvolvimento (G20, IBAS, CASA) com o intuito de equalizar benefícios nas relações internacionais entre Norte e Sul, desenvolvidos e em desenvolvimento, no sentido de que os interesses de ambos sejam alcançados.

vinte maiores economias do mundo mais a União Europeia, estes ganham força na mesa de negociação com os países desenvolvidos em foros de discussão sobre temas, e na busca de soluções dos problemas em âmbito global. Nesse contexto, os mesmos elevam-se à condição de protagonistas, adquirindo a capacidade de preservar o caráter de autonomia decisória nos rumos da política externa de seus países (CERVO, 2011: 533-536)

No âmbito da saúde, o multilateralismo da reciprocidade pode ser observado em vários projetos de cooperação nessa área. Destaque pode ser dado aos projetos de cooperação com a Comunidade de Países de Língua Portuguesa, por meio de projetos para a formação de profissionais na área de saúde pública em Angola e Moçambique e a implantação da fábrica de medicamentos antirretrovirais⁴¹ em Moçambique, com o intuito de produzir medicamentos de combate à epidemia HIV/AIDS no país e também para o continente africano (FIOCRUZ).

Ainda em um olhar para a região Sul-Americana, a criação da UNASUL (União de Nações Sul-Americanas) por meio do Tratado Constitutivo em 2008 tem por finalidade,

construir, de maneira participativa e consensual, um espaço de articulação no âmbito cultural, social, econômico e político entre seus povos. Prioriza o diálogo político, as políticas sociais, a educação, a energia, a infraestrutura, o financiamento e o meio ambiente, entre outros, com vistas a criar a paz e a segurança, eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias no marco do fortalecimento da soberania e independência dos Estados (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES)

No aprofundamento da iniciativa, e aprofundando a questão da saúde para o continente, constituiu-se o Conselho Sul Americano de Saúde, com sede no Rio de Janeiro, Brasil, com finalidade de “apoiar os países da UNASUL no fortalecimento de capacidades nacionais e regionais de seus sistemas de saúde pública, e no desenvolvimento de recursos humanos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE. GOVERNO DO CHILE).

Na ampliação do pensamento, e retomando os termos “construção de meios” e “realização de fins” utilizados por Cervo (2009: 103) dentro do escopo da Política Externa brasileira, a ideia da construção da cooperação brasileira, sempre em um

⁴¹ Antirretrovirais é o termo utilizado genericamente para fazer referência aos medicamentos de combate ao vírus HIV. Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>. Acesso em 10/09/2012

continuum, pode ser mais uma vez exposta quando, em 2011, o Brasil sedia o I Fórum Sul-Americano de Cooperação Internacional em Saúde, cujo tema foi “Cooperação para a Integração”, fortalecendo o papel da saúde dentro da cooperação internacional e ressaltando o papel do país para a região, além de atuar como ator relevante para esse contexto, no âmbito Sul-Americano.

2.5 Cooperação Sul-Sul Brasileira em Saúde

A Carta dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV, expõe que “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar [...]”(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS). O direito à saúde é considerado então, um bem universal a que todos têm direito.

A constituição Federal do Brasil de 1988 declara que “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”⁴² (BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, ARTIGO, 196)

A cooperação técnica brasileira em saúde acompanha o desenvolvimento e o aprofundamento de iniciativas no âmbito mundial e nacional na área de saúde, tais como a criação da Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde. A criação do Ministério da Saúde, em 1953, foi fruto do aprofundamento do pensamento no âmbito da saúde pública, que começou a se organizar institucionalmente com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 1930, ainda no governo Vargas. O Ministério criado tinha por finalidade prestar assistência em saúde para todo o país e, para isso, investiu na formação de profissionais na área de medicina sanitária e incentivou a interiorização do médico (FONSECA, 2010: 138-46).

No contexto da Segunda Guerra Mundial, um convênio criado em 1940 entre o Ministério de Educação e Saúde brasileiro e o Instituto de Assuntos Interamericanos, refletia o interesse americano na região produtora de borracha e ferro, matérias-primas essenciais dentro do contexto da Guerra. O convênio que tinha por objetivo controlar a Malária no Vale do Rio Doce e na Amazônia, bem como desenvolver atividades de saneamento, e promover assistência médico-sanitária aos trabalhadores do setor de extração de borracha que trabalhavam naquela região (FONSECA, 2010: 144).

Nos anos 1950, já se pensava na relação saúde-desenvolvimento econômico.

⁴² Constituição Federativa do Brasil, Seção II, Art. 196 que versa sobre a saúde.

Diante de um sistema de saúde verticalizado, profundamente normatizado e centralizado no governo federal, críticas começaram a surgir, uma vez que sua sistematização e o seu funcionamento não tinham conseguido alcançar na sua totalidade os fins a que se tinha proposto. Vozes, como as dos médicos Mário Magalhães e Samuel Pessoa, começaram a se elevar, pressionando para que houvesse a reformulação dessa estrutura, permitindo, inclusive, a maior participação dos municípios na gestão pública da organização dos serviços de saúde (FONSECA, 2010: 146)

Em decorrência do golpe militar em 1964, permanece o caráter centralizador do sistema de saúde pública, sem que as reformas reivindicadas pudessem ser discutidas e desenvolvidas. Os anseios por mudança só voltariam a ter voz ativa de fato no discurso político brasileiro no período de abertura democrática, culminando no estabelecimento de reformas reais no sistema de saúde brasileiro. A criação do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e gratuito em todo o território brasileiro, nasce com a Constituição Federal de 1988, ocorrendo a sua institucionalização em 1990 (FONSECA, 2010: 138-146). A reforma sanitária brasileira construiu então os alicerces para que os anseios políticos pelas reformas, com a inclusão da equidade e da universalidade da assistência à saúde fossem consolidados na criação do Sistema Único de Saúde brasileiro.

A cooperação brasileira em saúde não pode ser entendida na sua complexidade, sem que se considerem programas e iniciativas nacionais em várias áreas, que serviram como modelos para a realidade da saúde pública do país, e que puderam posteriormente ser internacionalizadas. A rede nacional de Bancos de Leite Humano e o programa nacional de combate ao HIV/AIDS se constituem como exemplos dessa assertiva.

A interseção entre saúde e Política Externa brasileira pode ser visualizada a partir de óticas diferentes, produzindo em sua complexidade a possibilidade da análise a partir de dimensões distintas. A cooperação Sul-Sul brasileira em saúde abrange temáticas diferentes dentro da área do conhecimento, consolidando a ideia de que a cooperação se estabelece em caráter multidisciplinar e com multiplicidade de atores. A cooperação em saúde também se estabelece com países que estão em áreas geográficas nas quais o país prioriza projetos e, dentre eles, projetos em saúde. No campo político, quando a perspectiva e a consolidação de projetos de cooperação em saúde entre o Brasil e países africanos dentro da CPLP, e nos fóruns IBAS e BRICS se concretizam, pode-se perceber o alinhamento das ações em saúde empreendidas por meio dos projetos de cooperação, com as linhas diretivas da Política Externa brasileira.

O Brasil executa os seus projetos de cooperação Sul-Sul em saúde por meio da

Agência Brasileira de Cooperação, na forma bilateral, triangular ou multilateral. A aproximação do país com países do continente africano, países da América Latina, Caribe e Ásia, foram e têm sido iniciativas que exerceram e exercem influência na consolidação e desenvolvimento de projetos de cooperação brasileira em saúde no Sistema Internacional.

Considerando, então, para fins de análise, a presença de dimensões temática, geográfica e política no contexto da cooperação brasileira em saúde, far-se-á uma abordagem da cooperação em saúde como categoria de análise, permitindo, assim, uma melhor compreensão de como Política Externa e Saúde se interconectam no contexto do Sistema Internacional de Cooperação brasileiro.

2.5.1 A Dimensão Temática

Sob a ótica das ações em saúde, a cooperação técnica brasileira na área recebe demanda considerável para projetos de combate à epidemia de HIV/AIDS e Bancos de Leite Humano. Nos dados do relatório da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) publicados em 2010, e relativos à gestão de 2009, houve cerca de 140 projetos, sendo em torno de 70% na América Latina e Caribe e 30% na África. No Continente Americano, a maior concentração dos projetos ocorreu na América do Sul, com o número de quarenta e seis (46) projetos, seguido pela América Central, com trinta e três (33) e Caribe, com dezessete (17). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, RELATÓRIO DE GESTÃO DA AISA, 2010).

Na distribuição dos temas, os projetos abrangeram as seguintes áreas, como demonstrado no gráfico abaixo:

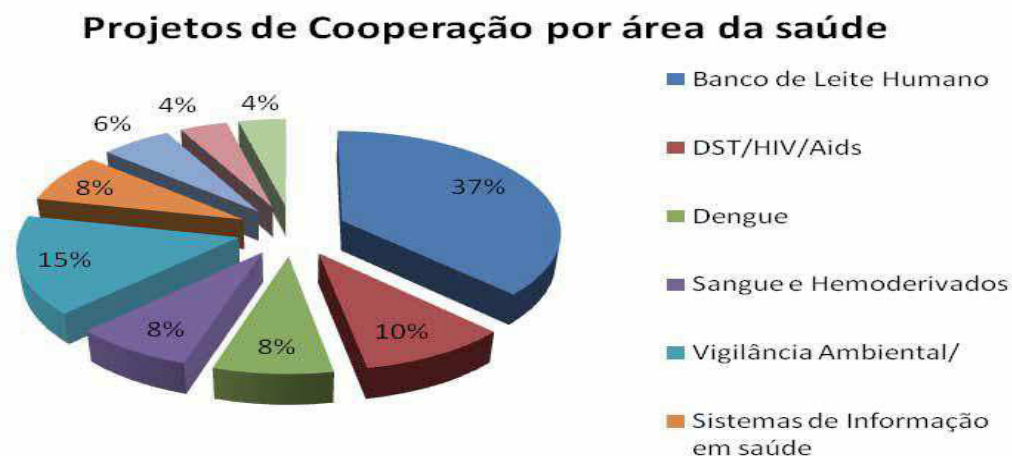


Gráfico 2 – Projetos de cooperação por Área de Saúde. Fonte: (AISA, Ministério da Saúde, 2009)

Depreende-se do gráfico que as ações em saúde na área de Bancos de Leite Humano (37%) e DST (doenças sexualmente transmissíveis)/HIV/AIDS (10%) perfizeram quase cinquenta por cento (50%) dos projetos de saúde no período de 2009. Ressalta-se, também, que os projetos de combate à dengue (8%), na área de sangue e Hemoderivados (8%) e Sistemas de Informação de saúde (8%), bem como projetos da área de vigilância ambiental (15%) também mereceram destaque na área da cooperação em saúde.

Considerando o projeto de combate ao HIV/AIDS e dos Bancos de Leite Humano como projetos expressivos dentro da cooperação Sul-Sul brasileira em saúde, será feito a explanação mais aprofundada desses dois projetos de cooperação brasileira em saúde que, juntos, representaram quase cinquenta por cento (50%) de projetos nessa área no ano de 2009.

O Programa brasileiro de combate ao HIV/AIDS será abordado a partir do seu desenvolvimento no plano nacional, o que permitiu que a iniciativa pudesse ser expandida para outros países em desenvolvimento. No caso dos Bancos de Leite Humano, será abordado desde o desenvolvimento histórico dos bancos de leite no plano nacional até a expansão da iniciativa para países da América Latina e África, que foi formalizada na constituição da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano em 2007.

Para a compreensão do desenvolvimento dessas ações no plano nacional, e posterior expansão delas para o plano internacional, é importante ressaltar a existência de duas iniciativas intimamente inter relacionadas que constituem marco fundamental para que a história da cooperação brasileira em saúde fosse e continue sendo construída. A reforma sanitária brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde deram as bases para que o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, a exemplo do combate à epidemia do HIV/AIDS, pudesse ser consolidado.

O movimento de reforma sanitária brasileira tem início nos anos 1970 no esteio da criação de várias instituições, a exemplo do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, de 1976) e da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, de 1979), cujo entendimento era de que a saúde deveria ser prestada de forma universal e com equidade para toda a população (COHN, 1997: 123-24). O papel que a Universidade brasileira desempenhou nesse processo de reforma, funcionando como difusora de conhecimento e de reflexão sobre o tema, e atuando como militante (COHN, 1997: 123-40), foi de fundamental importância para que a Reforma pudesse ser concretizada com a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, que tem

como princípios a equidade, a universalidade e a integralidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro se consolidou em um cenário político neoliberal, que retraía políticas públicas universais, gerando, em contrapartida, impacto direto negativo sobre a assistência à saúde. A Reforma Sanitária brasileira atuou como voz crítica dentro desse cenário, produzindo como resultado último, a criação do SUS (PAIVA; ALVES, 2011: 2-18), que nasceu junto com a Constituição Federal em 1988.

No início dos anos 2000, o sanitarista Sérgio Arouca, partícipe e militante da Reforma Sanitária brasileira, propôs que houvesse uma renovação doutrinária da reforma, e que essa reforma se internacionalizasse a fim de permitir que o Sistema de Saúde brasileiro pudesse ser não mais um plano de reforma sanitária nacional, mas também um projeto regional (PAIVA; ALVES, 2011: 2-18).

Dentro desse contexto, a representação da Organização Pan-Americana (OPAS) no Brasil apresentou, em conjunto com o Ministério da Saúde, em 2003, a proposta de um “Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária” (PRODIRS) na região das Américas, com o intuito de dinamizar os processos de cooperação técnica e intercâmbio de forma mais interativa entre as instâncias descentralizadas da OPAS e dos próprios países (PORTAL DA CASA OSWALDO CUZ).

A assinatura do Termo de Cooperação nº 41 (TC-41), em 2006, entre o Ministério da Saúde, a OPAS e a FIOCRUZ, com a interveniência da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS), transformou-se em um dos principais mecanismos de cooperação técnica em saúde, alinhando-se às linhas diretrizes da Política Externa brasileira. A maior participação de temas sociais, a participação do país em fóruns multilaterais e o aprofundamento de estratégias de cooperação Sul-Sul levaram a uma maior aproximação dos dois Ministérios (Saúde e Relações Exteriores), para permitir maior e melhor articulação de iniciativas nessa área (PAIVA; ALVES, 2011: 2-18).

- **O Programa HIV/AIDS brasileiro**

Os primeiros casos de AIDS no mundo começaram a surgir no início dos anos 1980, sendo diagnosticado o primeiro caso brasileiro em 1983. O desconhecimento do agente causador de uma doença nova no mundo, profundamente estigmatizada, e que levava à morte pessoas em sua maioria jovens e de forma rápida, provocava à época pânico e a necessidade premente de se descobrir o agente causador, a forma de contágio

da doença, bem como formas de diagnóstico, tratamento e cura (GRANGEIRO ET AL, 2009: 90).

O movimento de reforma sanitária brasileiro, que tem suas origens ainda nos anos 1950-1960, exerceu papel de fundamental importância para a pavimentação do caminho que levou à estruturação, e consolidação das políticas de combate ao HIV/AIDS no país, e, posteriormente, foram expandidas em programas de cooperação com outros países também atingidos pela epidemia. A importância do movimento sanitário brasileiro está diretamente relacionada ao período de abertura democrática do país. O entendimento de que a saúde é direito de todos e dever do Estado está contido na Constituição Federal brasileira promulgada em 1988, e que criou o Sistema Único de Saúde que, baseado em princípios de universalidade, equidade e integralidade garante a todos os brasileiros o direito à saúde (GRANGEIRO ET AL, 2009: 87-94).

O primeiro caso de AIDS no Brasil surgiu em 1983, dentro do cenário político de abertura democrática do país e da reorganização de movimentos sociais e culturais. A criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, que garante a todo cidadão acesso à saúde, foi parte importante para a articulação da sociedade civil, na busca por políticas públicas que fossem implantadas, e funcionassem de forma efetiva para o combate à doença.

O aumento do número de novos casos da doença determinou a criação do primeiro Programa de AIDS da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo em 1984, bem como a criação do Programa Nacional de DST (Doenças sexualmente transmissíveis) e AIDS no Ministério da Saúde, em 1986. No ano seguinte, 1987, a instituição da notificação compulsória da AIDS possibilitou que a epidemia nacional começasse a ser acompanhada (LIMA; CAMPOS, 2010: 121).

O início do acompanhamento da epidemia de AIDS no país determinou a intensificação de políticas públicas para o combate à infecção tais como, o tratamento da doença a partir de medicações (importadas) que controlavam a multiplicação do vírus no corpo humano, o diagnóstico da doença por meio da disponibilização de testes diagnósticos, e o início da produção nacional da medicação antirretroviral. No esteio da intensificação de ações de combate à epidemia, em 1996, foi promulgada a lei que garante o recebimento gratuito da medicação para tratamento da AIDS, que passa a ser distribuída em todo o território nacional. O Ministério da Saúde passa a disponibilizar progressivamente um maior número de medicações (que em uso combinado se mostra mais eficaz) para o tratamento da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS).

A organização da sociedade civil exerceu papel importante como um dos pontos de apoio ao movimento de reforma sanitária brasileira. A entrada das Organizações Não Governamentais no cenário da luta contra a epidemia de AIDS no país, atuante principalmente contra a discriminação das pessoas e grupos de pessoas portadoras do vírus HIV, modificou, no discurso sobre a doença, o sentido de exclusão para inclusão social e solidariedade, permitindo que variáveis, tais como prevenção, assistência e garantia de direito de cidadania, fossem articuladas (ALMEIDA, 2005 apud LIMA; CAMPOS, 2010: 122).

No âmbito internacional, em meados dos anos 1980, foi criado o Programa Global em HIV/AIDS da Organização Mundial da Saúde, seguido pela criação da UNAIDS⁴³. A expansão da epidemia mundial de AIDS levou à articulação da ideia entre HIV e Segurança Internacional durante a reunião do Conselho de Segurança da ONU em 2000. A Resolução 1308 (2000) do Conselho de Segurança das Nações Unidas reforçou a necessidade de arregimentar esforços em todas as instâncias, sociais, estatais e institucionais, para o combate à epidemia de HIV/AIDS no mundo, principalmente na África, país com maior número de pessoas acometidas pela doença. A resolução do Conselho de Segurança ressalta ainda que se atenção maior não for dada ao combate à epidemia mundial, a estabilidade e segurança dos países podem estar em risco (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS/CONSELHO DE SEGURANÇA, 2000).

A vinculação HIV/AIDS e Segurança Internacional culminou um ano depois da Resolução do Conselho de Segurança das Nações Unidas, na Declaração de Compromisso da UNGASS (Seção Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas) (LIMA; CAMPOS, 2010: 122) sobre o HIV/AIDS, em 2001, em que os Chefes de Estado e Governo se comprometeram a aumentar, mundialmente, a coordenação e intensificar as iniciativas nacionais, regionais e internacionais para combater de uma forma global a epidemia (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2001).

No Brasil, é criada a Assessoria de Cooperação Externa (Coopex), no esteio da criação do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal pelos países da América Latina e Caribe, em 1995, o que vai permitir que projetos incipientes de cooperação técnica internacional para o combate à epidemia de AIDS sejam iniciados. Em 2002, é criado o Programa de Cooperação Internacional para ações de Controle e Prevenção do HIV em

⁴³ UNAIDS: Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS estabelecido em 1994 por uma resolução do Conselho Econômico e Social da ONU (ECOSOC) e lançado em janeiro de 1996. Fonte: <http://www.unaids.org/en/aboutunaids/unaidsprogramme coordinatingboard/>. Acesso em 15/07/2012

Países em Desenvolvimento e a Coopex é o órgão que vai assumir a execução desses projetos de cooperação (LIMA; CAMPOS, 2010: 123; MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE DST, AIDS, HEPATITES VIRAIS).

Os primeiros países beneficiários da cooperação brasileira na área, com recebimento de tratamento gratuito de medicamento antirretroviral foram El Salvador, Bolívia, Paraguai, República Dominicana e Colômbia na América Latina e Burkina Fasso, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Cabo Verde, na África. Para empreender os projetos de cooperação, o país estabeleceu parcerias com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e criou o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS em conjunto com a UNAIDS, em 2005 (LIMA; CAMPOS, 2010: 123).

Coincidentemente com a consolidação do Programa Nacional de Combate à epidemia de HIV/AIDS ao longo dos anos, base para que a iniciativa pudesse ser ampliada para outros países, ocorre, no campo político-internacional, em meados dos anos 1990, dois eventos que podem ser aqui destacados. A maior aproximação do Brasil com países africanos de língua portuguesa, que levou à Constituição da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em 1996, e a criação do convênio para que a Cooperação no âmbito Ibero Americano pudesse ter as suas iniciativas empreendidas, por meio da Declaração de Bariloche, em 1995.

A aproximação do Brasil, em meados dos anos 1990, com países do continente Africano, formalizando a CPLP, bem como a aproximação com países Ibero Americanos, formalizando o convênio para que a Cooperação no âmbito Ibero Americano pudesse ser empreendida, foram as bases para que iniciativas no campo da saúde pudessem ser consolidadas no futuro. A Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, bem como projetos de cooperação em HIV/AIDS no âmbito da CPLP, formalizados em Redes de Cooperação na área representam, na atualidade, a concretização dessa aproximação que foi iniciada ainda nos anos 1990.

A CPLP tem por objetivos a concertação político-diplomática entre seus estados membros, nomeadamente para o reforço da sua presença no cenário internacional, e a cooperação em todos os domínios, inclusive os de educação, saúde, ciência e tecnologia, defesa, agricultura, administração pública, comunicações, justiça, segurança pública, cultura, desporto e comunicação social; a materialização de projetos de promoção e difusão da língua portuguesa⁴⁴.

No aprofundamento da iniciativa entre esses países, em 2006, foi aprovada a

⁴⁴Objetivos da Comunidade de Países de Língua Portuguesa. Fonte: <http://www.cplp.org/id-46.aspx>. Acesso em 15/07/2012.

Estratégia Geral de Cooperação da CPLP na Reunião dos Chefes de Estado e Governo, em Bissau, que visando atingir as Metas do Milênio pretendem intensificar ações na área de saúde e dentre elas, o combate ao HIV/AIDS. Na I Reunião de Ministros de Saúde da CPLP, em 2010 na cidade de Lisboa, foi assinada a Declaração de Praia, que estabeleceu o Plano Estratégico em Saúde para 2009-2012. Um Memorando de Entendimento foi assinado entre a UNAIDS e a CPLP, em 2010, para a realização de atividades em cooperação na área de HIV/AIDS e, dentre elas, incentivar e apoiar iniciativas de cooperação técnica horizontal entre os países da CPLP (COMUNIDADE DE PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA; ONUSIDA, 2010)

Na Declaração de Bariloche, em 1995, os Chefes de Estado e Governo de países da comunidade Ibero Americana acordaram em promover a cooperação no âmbito da comunidade Ibero Americana⁴⁵, com o intuito de “fortalecer a identidade Ibero Americana, pôr em prática o conceito de cooperação para o desenvolvimento na região Ibero Americana, além de fomentar o espaço ibero americano de cooperação em diversas áreas”⁴⁶. Nessa direção de fortalecimento de identidades e cooperação da Comunidade Ibero Americana, reside a origem política de iniciativas posteriores na área de saúde, a exemplo da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano.

A entrada no século XXI e as transformações políticas e econômicas em sua magnitude, que acontecem ao longo da primeira década dos anos 2000, também influenciaram o sistema de cooperação internacional, tanto nos moldes Norte-Sul, quanto nos moldes Sul-Sul.

No âmbito do IBAS, a cooperação setorial tem como função aprofundar o conhecimento mútuo e explorar formas possíveis de cooperação prática. Foram então formados dezesseis grupos de trabalho (GT) para atender a essas demandas e, dentre eles, as demandas na área da saúde. A I Reunião do fórum na área de saúde ocorreu em 2005, paralela à 58ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde. No aprofundamento da iniciativa entre os três países, após a I Cúpula dos Chefes de Estado do Fórum IBAS, em 2006, houve aproximação e maior concertação trilateral na área de propriedade

⁴⁵ A Conferência Ibero-Americana nasce na I Cúpula Ibero-americana de Chefes de Estado e de Governo, celebrada em Guadalajara (México, 1991), constituída pelos Estados da América e Europa de língua espanhola e portuguesa. A realização de Cúpulas anuais e de outros encontros em diferentes âmbitos permite aos povos ibero-americanos avançar na cooperação política, econômica, social e cultural. Fonte: <http://segib.org/cumbres/files/1991/01/Primera-Cumbre-Iberoamericana-de-Jefes-de-Estado-y-de-Gobierno.pdf>. Acesso em 12/08/2012

⁴⁶ Informações retiradas da V Cúpula Ibero Americana de Chefes de Estado e Governo que ocorreu em Bariloche em 1995 e que resultou na Declaração de Bariloche, marco político de referência para a Cooperação Ibero Americana. Fonte: http://segib.org/documentos/esp/DECLARACION_BARILOCHE.pdf. Acesso em 12/08/2012

intelectual e cooperação técnica para a vacina contra HIV/AIDS. Dentro desse contexto, o desenvolvimento de medicamentos antirretrovirais foi reforçado com a assinatura do Memorando de Entendimento na Área da Saúde e Medicina em 2007 (ESTEVEES et al, 2011: 6-7).

Na Seara sobre os Direitos de Propriedade Intelectual, a Declaração da III Cúpula do Fórum IBAS estabelece a necessidade de cooperação trilateral nessa área em que um equilíbrio entre o Direito à Propriedade Intelectual e às questões relacionadas à epidemia de HIV/AIDS, tais como acesso a medicamentos genéricos, comercialização deles, incluindo as questões de importação e exportação e a inclusão da atenção aos direitos de cidadania, tornam-se importantes e necessários para o aprofundamento da cooperação no âmbito da saúde (ESTEVEES et al, 2011: 8-9).

O impacto dos BRICS na saúde global pode ser vista inicialmente pela ascensão rápida do montante da sua assistência. O escopo de ação dos países participantes do fórum inclui financiamento, construção de capacidades (recursos humanos), melhoria no acesso a medicamentos e desenvolvimento de instrumentos e estratégias na área de saúde (GOLD ET AL, 2012). Particularizando os números do Brasil, estes mesmos autores referem que, entre 2005 e 2010, os gastos com assistência cresceram a cada ano em torno de 20,4%. Como exemplo de iniciativas brasileiras, tem-se o programa brasileiro de acesso universal a medicamentos de combate ao HIV/AIDS, iniciativas para combater a desnutrição e os problemas de nutrição como os bancos de leite, o programa Bolsa Família, que aumenta a renda de famílias de baixa renda, o financiamento para a Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde e a participação nas negociações na Convenção Quadro para o controle do Tabaco (GOLD et al, 2012).

O encontro de líderes dos BRICS, em abril de 2011, na China, resultou na Declaração de Sanya que, no seu escopo, reforça a necessidade de diálogo e cooperação na área da saúde, incluindo o combate à epidemia de HIV/AIDS. O Plano de Ação formulado durante esse encontro decidiu pela realização do encontro de Ministros da Saúde do BRICS, na China, no mesmo ano (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES). Em junho de 2011, ocorre, então, o Encontro dos Ministros da Saúde do BRICS em Pequim, que estabeleceu como prioridades promover o acesso aos bens públicos e aos serviços de saúde dentro dos próprios países e promover um fórum de cooperação, coordenação e consulta sobre a saúde pública global. Iniciativas como a disponibilização e o aperfeiçoamento de tecnologia de saúde, a promoção de acesso universal de medicamentos, com preços acessíveis, além do fortalecimento dos serviços

de saúde, e do financiamento da saúde nos países em desenvolvimento, foram algumas das prioridades estabelecidas na reunião Ministerial (NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE BIOÉTICA E DIPLOMACIA EM SAÚDE).

A cooperação brasileira em HIV/AIDS, iniciada ainda nos anos 2000, continua em constante processo de expansão. O aprofundamento da iniciativa em fóruns como o IBAS e o BRICS, e na CPLP, direciona o pensamento para a assertiva de que, a estratégia de fortalecimento da cooperação em HIV/AIDS em caráter regional e internacional encontra convergência nos fóruns e na CPLP, assentados os países emergentes, sobre o crescente protagonismo econômico que desempenham, pretendendo nesse sentido, alterar as relações de poder no sistema internacional.

A cooperação na área de Bancos de Leite Humano é outra iniciativa brasileira que apresenta números significativos de projetos na área, correspondendo ao maior percentual de projetos brasileiros em saúde. O desenvolvimento da iniciativa no âmbito nacional e posterior ampliação para países da América do Sul, Caribe e África apresenta significativa relevância para o entendimento da cooperação do país na área, sendo exposto, assim, na seção a seguir.

- **Os Bancos de Leite Humano**

Os primeiros bancos de leite começaram a surgir no começo do século XX, ao mesmo tempo em que ocorria a pesquisa e o desenvolvimento de fórmulas artificiais de leite (JONES, 2003). As fórmulas artificiais tinham a proposta de poderem ser utilizadas como alternativa e/ou substituta da amamentação. O desenvolvimento dessas fórmulas teve grande aceitação no mercado consumidor, fator que influenciou a prática da amamentação por meio da ama de leite àquela época, diminuindo-a. As mudanças culturais, principalmente a mudança do papel da mulher na sociedade e da ideia de que as fórmulas infantis eram seguras e poderiam substituir a amamentação por meio do leite materno, também influenciaram fortemente a prática da amamentação nesse período (JONES, 2003).

O início da epidemia de AIDS nos anos 1980, também vai influenciar diretamente a criação e o desenvolvimento dos bancos de leite, ao se considerar o crescimento do risco da transmissão do vírus pelos fluidos corporais, e dentre eles, o leite materno. Nesse período, muitos bancos de leite fecharam e a iniciativa se viu bastante diminuída (GOMES, 2007/2008: 1-2).

O maior conhecimento do vírus HIV ao longo dos anos fez recrudescer a iniciativa, após esse período inicial, contribuindo para isso, o desenvolvimento de pesquisas sobre a doença, suas formas de transmissão, e meios de evitar o contágio, inclusive por meio da amamentação.

O primeiro banco de leite humano (BLH) no Brasil foi criado em 1943, no Instituto Fernandes Figueiras, ao perceberem os médicos que os recém-nascidos prematuros apresentavam alta mortalidade. Nesse contexto, a iniciativa da criação dos bancos de leite surge como tentativa de diminuir a elevada taxa de mortalidade de recém-nascidos prematuros (MAIA ET AL, 2006: 286).

A rede nacional de Bancos de Leite Humano se desenvolveu muito lentamente entre os anos 1940 e 1980, período a partir do qual começou a se expandir, muito influenciada pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno a partir de 1985 (MAIA et al, 2006: 286). O número de Bancos de Leite Humano no país cresceu e, em 2003, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, houve a reestruturação da Rede Nacional brasileira de Bancos de Leite Humano, para que a iniciativa pudesse ser ampliada para o Continente Americano. A concretização dessa iniciativa ocorreu em 2005 durante o II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, em Brasília, onde foi elaborada a Carta de Brasília, protocolo que formalizou, entre os países signatários, a expansão da Rede Nacional brasileira de Bancos de Leite Humano para outros países do continente americano (FIOCRUZ.).

O Programa de apoio Técnico para Implantação da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano foi aprovado durante a XVII Cúpula Ibero Americana de Chefes de Estado e de Governo, em 2007, no Chile. Brasil, Argentina, Bolívia, Espanha, Paraguai, Uruguai e Venezuela firmaram o acordo multilateral neste ano (SECRETARIA GERAL IBERO AMERICANA, 2007), sendo considerados países “fundadores” e, juntando-se a eles, em 2009, Peru e Colômbia, e em 2010 Costa Rica e Panamá (CÁNEPA, 2010: 4).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a partir da sua reestruturação, permitindo que a iniciativa pudesse ser expandida para além das fronteiras brasileiras, participa de programas de cooperação internacional na área de Bancos de Leite Humano na forma de acordos bilaterais com Colômbia, Cabo Verde, Cuba, Equador, Panamá, Honduras, Paraguai, Uruguai, Guatemala, Costa Rica, Argentina, México e Bolívia. Ela expande a iniciativa e participa de projetos de cooperação multilateral com Argentina, Bolívia, Espanha, Paraguai, Uruguai e Venezuela, Peru, Colômbia, Costa Rica e Panamá, constituindo a Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, em 2007.

Em cooperação triangular, tem projetos de bancos de leite com Honduras, Guatemala e Equador (ALMEIDA, 2009).

A cooperação entre os países Ibero Americanos, constituída a partir da Declaração de Bariloche, em 1995, tem por finalidade fortalecer e dinamizar a cooperação horizontal Sul-Sul na Ibero America⁴⁷. Nesse sentido, a expansão da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, promovendo projetos de cooperação bilateral e multilateral, tem como exemplo a constituição da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, iniciativa que pretende implantar ao menos um banco de leite em todos os países Ibero Americanos, incorporando-se nesse sentido ao escopo da Cooperação Ibero Americana (FIOCRUZ. BANCOS DE LEITE HUMANO NA IBERO AMERICA)

A Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano funciona como um “espaço para o intercâmbio do conhecimento e transferência de tecnologia no âmbito do aleitamento materno e BLH, como componentes estratégicos para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (FIOCRUZ. OBJETIVOS DA REDE IBERO AMERICANA DE BANCOS DE LEITE HUMANO).

No ano de 2008, foi instalada na sede da FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, a Secretaria Executiva da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, a qual servirá de base para os projetos de Apoio Técnico para a Implantação da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano. Em 2010, durante o V Congresso Brasileiro de Leite Humano / I Congresso Ibero Americano de Bancos de Leite Humano/ Fórum Internacional de Bancos de Leite Humano em Brasília, a Carta de Brasília, elaborada em 2005 foi ratificada, e os países signatários reafirmaram o desejo de que a iniciativa tenha continuidade (FIOCRUZ).

O Brasil possui a maior e mais complexa rede de Bancos de Leite Humano mundialmente conhecida, sendo formado atualmente por 201 (duzentos e um) Bancos de Leite Humano e 98 (noventa e oito) postos de coleta (FIOCRUZ). Em 2001, o país recebeu o prêmio Sasakawa de Saúde dado pela Organização Mundial de Saúde, por ter sido o melhor projeto de saúde pública naquele ano (SECRETARIA GERAL IBERO AMERICANA, 2011), destacando o grande impacto positivo no campo da saúde infantil no Brasil.

⁴⁷ A Comunidade Ibero Americana é formada por vinte e dois países e tem por objetivo promover o fortalecimento da identidade Ibero Americana, promover iniciativas e projetos que contribuam para se atingir as Metas do Milênio, respeito as particularidades de cada região e país, são programas intergovernamentais e caracteristicamente no modelo de cooperação horizontal e incorporam as questões de gênero e etnia. Fonte: Manual Operativo de La Cooperación Ibero Americana – 2010. <http://segib.org/programas/files/2011/02/MANUAL-OPERATIVO-2010.pdf>

O Brasil é um país que possui grande e larga experiência na área de bancos de leite, e, como parte da implementação do projeto, inicia “missões de sensibilização” no país com quem pretende fazer parceria na cooperação. As missões de sensibilização consistem dentre outras coisas, na exposição por técnicos brasileiros para profissionais da área de saúde, gestores do governo dos países e membros dos Ministérios da Saúde sobre questões relacionadas ao impacto dos bancos de leite na mortalidade infantil (FIOCRUZ. BANCOS DE LEITE HUMANO NA IBERO AMERICA).

Firmado o Acordo Básico e efetuado o Ajuste Complementar do Acordo de Cooperação, inicia-se, então, a implementação de “Apoio Técnico à implementação de banco de leite humano”, por meio de missões de capacitação para a instalação e funcionamento do banco de leite no país, que consistem na promoção de cursos de capacitação de recursos humanos, processamento e controle de qualidade em Bancos de Leite Humano, com amplo intercâmbio entre profissionais dos países dentro do projeto de cooperação (FIOCRUZ. BANCOS DE LEITE HUMANO NA IBERO AMERICA)

Nos projetos de cooperação em Bancos de Leite Humano entre o Brasil e os países participantes, ou os países já têm bancos de leite em funcionamento no país ou não têm nenhum em funcionamento. Assim, o Brasil possui 201 Bancos de Leite Humano⁴⁸ e 98 postos de coleta⁴⁹. A Argentina possui cinco (5) bancos de leite, sendo o primeiro implantado no país em 2007, no Hospital San Martín em La Plata. A Bolívia está em processo de implantação do primeiro banco de leite no país. A Colômbia possui dois (2) bancos de leite no país, inaugurados em 2011. Cabo verde possui um (1) banco de leite, inaugurado em 2011. Costa Rica possui um (1) banco de leite, inaugurado em 2011. Cuba possui cinco (5) bancos de leite inaugurados em 2011, e está em processo de credenciamento para fazer parte da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano. Equador possui sete (7) Bancos de Leite Humano, o primeiro inaugurado em 2007. El Salvador ainda não possui banco de leite no país. Consultores da Rede Ibero Americana de bancos de leite estiveram no país em missão de sensibilização, realizando

⁴⁸ O banco de leite humano é um “serviço especializado vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil. O BLH é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos”(HINRICHSEN, 2004; BRITTO, 2002; BRASIL, 2006). Fonte: ANVISA. Acesso em 02/09/2012

⁴⁹ O posto de coleta de leite humano (PCLH) é uma “unidade fixa ou móvel, intra ou extra-hospitalar vinculada tecnicamente a um banco de leite humano e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio banco. O PCLH é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz e sua estocagem, não podendo executar as atividades de processamento do leite, que são exclusivas do BLH” (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006). Fonte: ANVISA. Acesso em 02/09/2012

reuniões com gestores de hospitais e maternidades em El Salvador e membros do Ministério da Saúde (FIOCRUZ)

A Guatemala possui quatro (4) bancos de leite, sendo o primeiro banco inaugurado em 2008. Honduras está em processo de implantação do primeiro banco de leite no país. O México possui (3) Bancos de Leite Humano e está em projeto de expansão da rede mexicana de Bancos de Leite Humano. A Nicarágua ainda não possui banco de leite no país, mas existe projeto de implantação. A República Dominicana possui um (1) banco de leite humano, inaugurado em 2011. No Peru, o primeiro banco de leite foi inaugurado em 2010. Portugal possui um (1) banco de leite e foi inaugurado em 2009. O Panamá tem projeto de implantação de três (3) bancos de leite no país. O Paraguai possui um (1) banco de leite, inaugurado em 2010. O Uruguai possui três bancos de leite, o primeiro inaugurado em 2003. A Venezuela possui oito (8) bancos de leite no país, e desde 1996 Brasil e Venezuela compartilham tecnologia nessa área. A Espanha possui dois (2) banco de leite humano e faz parte da Rede Ibero Americana (FIOCRUZ. BANCOS DE LEITE HUMANO NA IBERO AMERICA).

O projeto dos Bancos de Leite Humano pretende produzir impacto social positivo sobre a diminuição da mortalidade de crianças nascidas prematuras em todos os países em que o projeto é implantado, atuando sobre várias frentes, sejam elas, programas de incentivo de aleitamento materno, consolidação dos Bancos de Leite Humano criando efeitos multiplicadores com a instalação de novos bancos de leite, normatização técnica sobre o funcionamento dos bancos de leite, que inclui desde a estrutura física até as técnicas de coleta, armazenamento, pasteurização, transporte e distribuição do leite para os hospitais, além de pesquisa contínua na área da lactância materna.

O gráfico a seguir sumariza a distribuição do número de Bancos de Leite Humano de acordo com o país, não sendo colocado os países que ainda estão em processo de implantação, e nem a distribuição por postos de coleta, uma vez que, apenas o Brasil apresenta essa informação, no levantamento dos dados de todos os países, no sítio da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano.

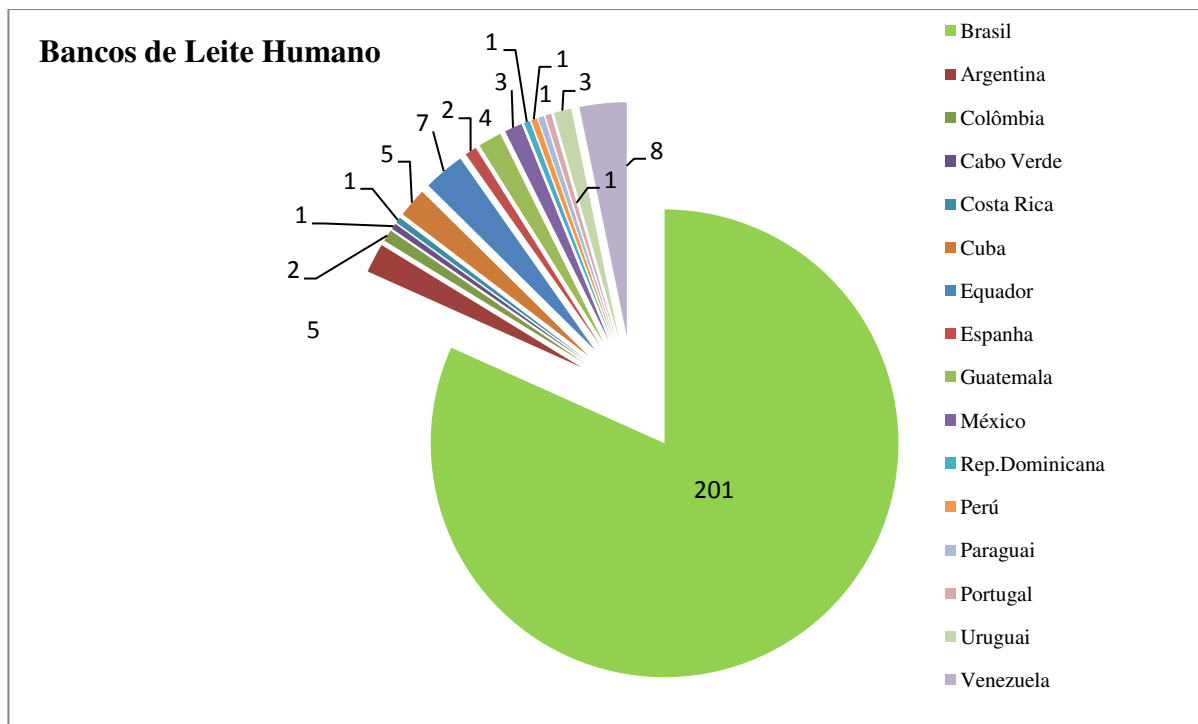


Gráfico 3: Distribuição dos Bancos de Leite Humano de acordo com o número dos mesmos em cada país.
 Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir dos números de Bancos de Leite Humano por país, disponível no sítio da Fiocruz.

A saúde vem sendo incorporada, no contexto da cooperação Sul-Sul brasileira, como instrumental da Política Externa do país que, à prioridade de áreas geográficas também prioriza temas que são comuns a países cooperantes, e elemento importante a ser considerado dentro dessa análise, como força de convergência de iniciativas e aproximação entre países.

As áreas temáticas da cooperação em saúde também estão interconectadas com as áreas geográficas. Os projetos de cooperação em HIV/AIDS, também são iniciativas muito presentes na cooperação do Brasil com os países africanos, da América Latina, Caribe e Ásia. Os projetos na área de Bancos de Leite Humano se concentram no Continente Americano, sendo a iniciativa recentemente expandida para o Continente Africano. Nesse sentido, avaliar a cooperação em saúde por área geográfica, também se faz pertinente.

2.5.2 A Dimensão geográfica

Nas linhas diretas da Política Externa brasileira do governo Lula, a retomada da importância regional com “a revitalização e ampliação do MERCOSUL e a intensificação das relações com a América do Sul”; a aproximação com os países

africanos por meio do “aumento da presença e cooperação” com esses países, bem como o fortalecimento político e econômico do Brasil por meio da “aproximação com países do Sul, sobretudo potências regionais” (PUENTE, 2010: 221) são e também estão incorporadas aos projetos de cooperação em saúde estabelecidos pelo país.

Assumindo que projetos de cooperação em saúde e áreas geográficas onde eles são empreendidos têm íntima relação nos termos da Política Externa brasileira, os dados da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), publicados em 2010 e referentes à gestão de 2009, demonstram que o número de projetos e atividades de cooperação técnica em saúde durante o período considerado, alcançou o patamar aproximado de 140 projetos, correspondendo em números percentuais a aproximadamente 70% na América Latina e Caribe e em torno de 30% na África (AISA, 2010).

A distribuição dos projetos em execução sobre o total de projetos por área geográfica é demonstrado em números percentuais, no gráfico a seguir:

América do Sul, América Central e Caribe

Projetos em execução/Total de projetos

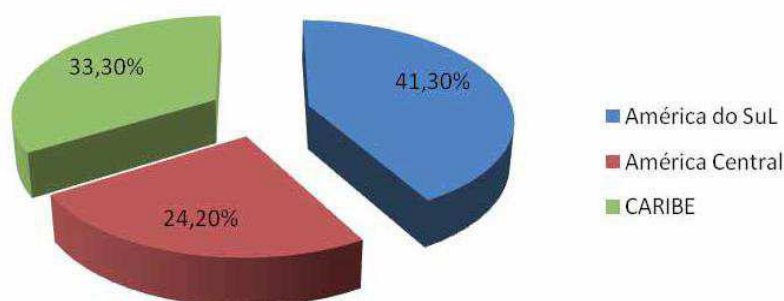


Gráfico 4 – Projetos em Execução/Total de Projeto. Fonte: (AISA, Ministério da Saúde, 2009)

O gráfico 4 demonstra que o percentual maior dos projetos de cooperação em execução sobre o total de projetos, em 2009, foi estabelecido com países da América do Sul. Exemplo dessa iniciativa na região pode ser ressaltado por meio da cooperação na área de HIV/AIDS estabelecida entre o governo do Paraguai e do Brasil em 2004. No ano de 2003, o PRONASIDA (Programa Nacional de Controle da Sida e Infecções de Transmissão Sexual) e a Rede de ONG e ONUSIDA (Programa das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS, ou SIDA em português) apresentaram ao Governo

brasileiro um projeto, que contemplava entre suas atividades, o início à tripla terapia a 100 pessoas vivendo com HIV/AIDS, no Paraguai, pelo período de um ano, além de capacitação, treinamento em atenção e manejo de pacientes para profissionais de saúde (PIMENTA et al, 2006: 40).

Na área de Bancos de Leite Humano, diversos projetos têm sido estabelecidos entre o Brasil e os países da América Latina, Caribe e África por meio de acordos de cooperação na forma bilateral e multilateral. A formalização da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, em 2007, constitui-se como resultado da consolidação dessa iniciativa ao longo dos anos, bem como do aprofundamento das relações entre os países da Comunidade Ibero Americana.

A distribuição dos projetos entre Brasil e países da América do Sul, América Central e Caribe, de acordo com o status (em execução, em negociação, em análise e concluído), segundo os dados da AISA para 2009, ocorreu da seguinte forma, de acordo com o gráfico que segue:

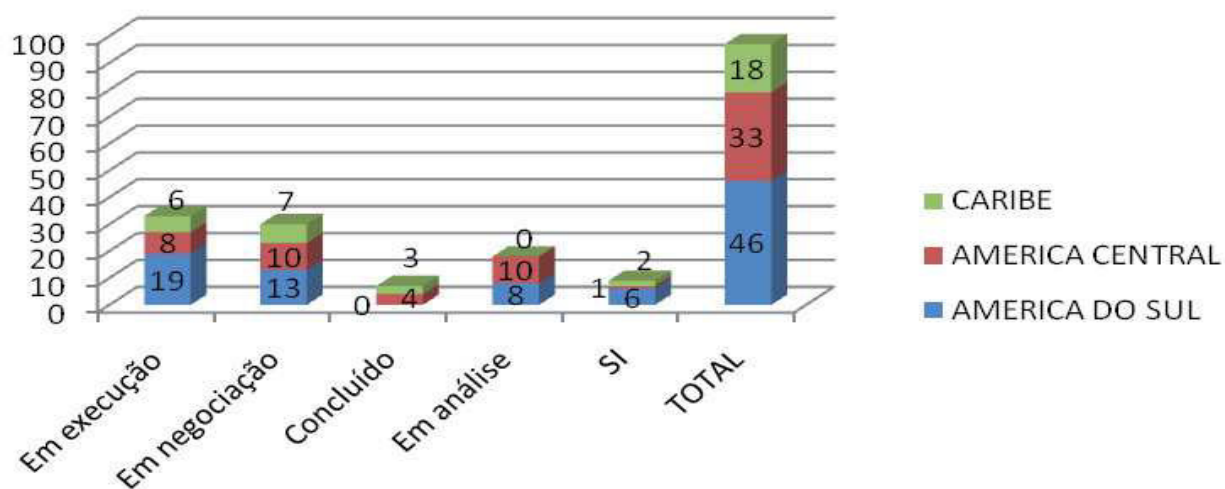


Gráfico 5 – Situações de Projetos por Áreas Geográficas. Fonte: (AISA, MS, 2009)

O Gráfico 5 expõe que, em 2009, havia um maior número de projetos em execução e em negociação com países da América do Sul, demonstrando pelos dados, uma maior implementação de projetos no entorno geográfico. A sigla “SI” significou que, para 9 projetos nas áreas geográficas discriminadas, não se tinha informações da situação do projeto.

No que tange à cooperação com países africanos, o gráfico 6 demonstra que houve cooperação na área de saúde não apenas com os países lusófonos, que percentualmente detêm o maior número de projetos de cooperação em saúde, mas

projetos nessa área com países africanos anglófonos e francófonos também foram estabelecidos, dentro do universo de quarenta e um (41) projetos de cooperação em saúde entre o Brasil e os Países Africanos.

Projetos de cooperação – África

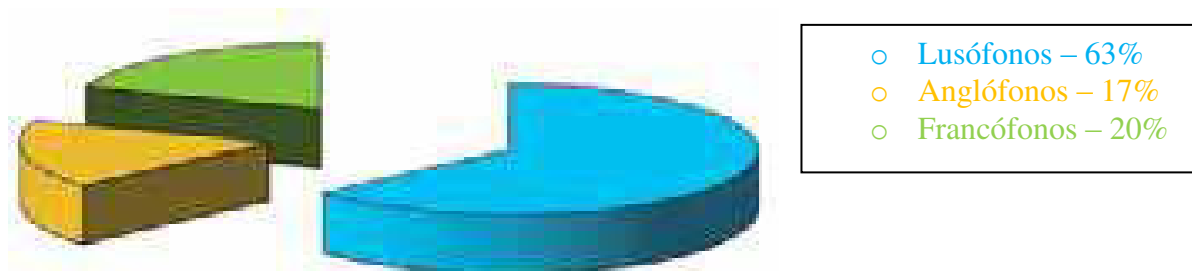


Gráfico 6 –Porcentagem de Projetos de Cooperação em Vigência, Segundo Países Africanos de Língua Portuguesa, Inglesa e Francesa.
Fonte: AISA, Ministério da Saúde, 2009

Depreende-se do gráfico que, o maior percentual de projetos foi estabelecido com países lusófonos, destacando-se Moçambique e Angola com o maior percentual de projetos na área. No entanto, projetos com países anglófonos como Quênia, Zâmbia, Tanzânia e Botsuana foram estabelecidos, bem como com países francófonos, destacando-se Argélia e Congo com a maior parte das iniciativas na área, mas também Benim, Burkina Fasso, Camarões e Senegal (MINISTÉRIO DA SAÚDE. AISA, 2010)

Considerando que a cooperação brasileira em saúde é estabelecida em áreas geográficas que estão inseridas ao escopo das linhas diretivas da Política Externa brasileira (América do Sul, América Central, Caribe, África e Ásia), a dimensão política dessa cooperação também pode ser visualizada, quando se consideram os fóruns de que o país participa (IBAS E BRICS), bem como o bloco, MERCOSUL, a União das Nações Sul Americanas (UNASUL), a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e a Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano.

A análise da dimensão política da cooperação em saúde permite, assim, que o ponto de interseção entre as três dimensões, seja visualizado.

2.5.3 A Dimensão Política

Nas linhas diretivas da Política Externa brasileira e, particularmente, a

orientação para a “aproximação com países do Sul, sobretudo potências regionais articulando-se em defesa de interesses comuns” (PUENTE, 2010: 221), observa-se que projetos de cooperação em saúde também têm sido estabelecidos com países da América Latina e Caribe, Comunidade de Língua Portuguesa (CPLP), e com países com os quais o Brasil participa de fóruns como o Fórum IBAS e o BRICS. Interconectando ações de cooperação em saúde com países pertencentes a áreas geográficas de interesse político brasileiro, bem como com países emergentes, observa-se que existe a confluência de temas no contexto da cooperação em saúde.

Nessa linha de pensamento, a confluência de temas nos projetos estabelecidos dentro desse contexto pode ser encontrada nas iniciativas de combate à epidemia de HIV/AIDS, e na implantação de Bancos de Leite Humano.

A constituição da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano composta por países da América Latina e Espanha (FIOCRUZ) e o projeto Laços Sul-Sul de combate à epidemia de HIV/AIDS, do qual participa Brasil, países da América do Sul (Paraguai e Bolívia), América Central (Nicarágua), Países da CPLP (Cabo Verde, Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe) e Ásia (Timor Leste) exemplificam prioridades políticas no campo da cooperação brasileira em saúde.

Pensando em cooperação em saúde e países emergentes, complementaridade de ações pode ser encontrada dentro do Fórum IBAS. Enquanto o Brasil é reconhecido pela experiência no combate à epidemia de HIV/AIDS, a Índia se destaca pela exportação de medicamentos genéricos antirretrovirais para vários países do mundo, inclusive para o Brasil (ESTEVEZ et al, 2011: 6)

A aproximação entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores tornou a cooperação brasileira internacional em saúde mais ativa, permitindo que houvesse capacitação (conhecimento na área, transmissão de tecnologia específica no caso dos Bancos de Leite Humano, capacitação de recursos humanos) e modernização das instituições de saúde brasileiras a partir dessa iniciativa. A consolidação dessa parceria resultou na assinatura do Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores em 2005, para que pudessem ser dadas as condições para o atendimento às crescentes demandas de cooperação horizontal efetuada pelos países parceiros da cooperação (AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2007).

A aproximação entre os dois Ministérios permitiu a facilitação da transferência da tecnologia adquirida para as instituições de países em desenvolvimento. A Fundação Oswaldo Cruz é uma das instituições brasileiras na área de saúde que se encontra

plenamente capacitada, atuando de forma muito participativa nos projetos de cooperação brasileira nesse setor (AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2007).

A cooperação brasileira em saúde se estabelece por meio de temas variados e com ênfase para determinadas áreas geográficas, sem que isso signifique limitação para a implementação de novos projetos com países fora do eixo que prioritariamente, executa os seus projetos. Nesse sentido, entre 2007 e 2010 no Brasil, havia vinte e quatro projetos em execução com países africanos, dezenove em fase de negociação e cinco já concluídos. No âmbito Latino Americano, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano já havia transferido tecnologia para a implantação de vinte e um Bancos de Leite Humano para seis países, a maior parte deles inaugurados entre 2007 e 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA EXECUTIVA, 2010: 139).

Projetos de cooperação também têm sido implementados em caráter pontual com países da Ásia e Oriente Médio. Esse dado foi mostrado por Figueiredo⁵⁰, em palestra apresentada no I Fórum Sul-Americano de Cooperação Internacional em Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, em 2011, correspondendo o número percentual de projetos entre o Brasil e países da Ásia e Oriente Médio a 3% em 2010 (FIGUEIREDO, 2011).

As diretrizes das iniciativas na área de saúde em parceria com o Ministério das Relações Exteriores visam

fortalecer a presença do Brasil no cenário interacional na área de saúde, em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores, ampliando a sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, em especial com o MERCOSUL, com os países da América Central, da CPLP e da África (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007: 81)

A parceria entre os Ministérios tem contribuído para o fortalecimento das estruturas de saúde dos países parceiros na América Latina, Caribe e África, como é o caso da cooperação em Bancos de Leite Humano e o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Dentro desse contexto, em 2008, durante a I Reunião de Ministros de Saúde da CPLP, em Lisboa, foi assinada a Declaração de Praia, estabelecendo o Plano Estratégico em Saúde para 2009-2012, incluindo iniciativas para o combate à epidemia nos países da Comunidade (CPLP/ONUSIDA, 2010: 13).

No contexto dos fóruns que o Brasil (IBAS e BRICS) participa, projetos de

⁵⁰ Informações retiradas da apresentação oral “La Cooperación Horizontal en Salud desde Brasil”, apresentada pelo Chefe da Divisão de Projetos da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde Brasileiro (DPROJ/AISA) no I Fórum Sul-Americano sobre Cooperação Internacional em Saúde ocorrido em 2011 no Rio de Janeiro, Brasil.

cooperação no âmbito do IBAS, especificamente projetos de cooperação ligados ao Fundo IBAS⁵¹ têm sido implementados, sendo os países beneficiários, os de menor desenvolvimento econômico. Nesse sentido, como exemplo concreto dessa iniciativa, o projeto de cooperação para o combate à epidemia em HIV/AIDS foi implementado no Burundi, entre 2009 e 2012, com o objetivo de dar condições locais para ações de combate (tratamento e prevenção) ao HIV/AIDS e fortalecer o Governo e a Sociedade civil no combate à epidemia por meio de cooperação técnica (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES/ FUNDO IBAS).

A área de Direitos de Propriedade Intelectual também tem despertado o interesse dos países dentro do Fórum IBAS. Os países acordaram, na Declaração da III Cúpula ocorrida em Nova Delhi, em 2008, que, sobre a questão dos Direitos de Propriedade Intelectual, havia a necessidade de “estabelecer a cooperação trilateral nessa área”, principalmente, no sentido de promover “um regime equilibrado de propriedade intelectual internacional” e realizar nesse sentido, “uma contribuição significativa para o progresso econômico e social dos países em desenvolvimento, assegurando acesso ao conhecimento e à saúde” (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, DECLARAÇÃO DE DELHI, 2008).

O Fórum Acadêmico do IBAS, realizado em Brasília, Brasil, em 2010, abordou a questão dos Direitos de Propriedade Intelectual. A necessidade de compartilhamento de informações entre os países se torna uma estratégia importante, uma vez que a política de acesso universal aos medicamentos, preços financeiramente acessíveis e Direito de Propriedade intelectual podem colidir ao se interconectarem no contexto das políticas nacionais de saúde (LAL, 2010: 17-18).

No âmbito do BRICS, observa-se ascensão progressiva de projetos de saúde dos países que participam do Fórum, embora eles ainda não tenham começado a executar projetos de cooperação em saúde entre si (GOLD et al, 2012: 11). No entanto, perspectivas existem, e o encontro de Ministros de Saúde dos BRICS, na China, em 2011, resultou na Declaração de Pequim. Na Declaração, os países concordaram em estabelecer e promover uma agenda global de saúde para acesso universal a medicamentos e produtos de saúde a preços acessíveis, incentivar a cooperação entre os

⁵¹ O Fundo IBAS para o alívio da Pobreza e da Fome foi criado em 2004 pelos três países que compunham o Fórum, com o objetivo de financiar projetos autossustentáveis e replicáveis voltados para países de menor desenvolvimento econômico e em situação de pós-conflito. Cada país destinaria o montante anual de um milhão de dólares ao Fundo, que é administrado pela Unidade Especial de Cooperação Sul-Sul e que está vinculada ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Fonte: Fundo IBAS. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/fundo-ibas/print-nota>. Acesso em 19/09/2012

BRICS para disponibilizar e aperfeiçoar a tecnologia de saúde, e estabelecer um grupo técnico de trabalho para discutir propostas específicas, incluindo a criação de uma rede de cooperação tecnológica dos BRICS (TASCA, 2012).

Dentro da dimensão política, um “giro” para a região Sul-Americana demonstra que avanços político-diplomáticos, no que concerne à cooperação em saúde, também têm sido estabelecidos e aprofundados ao longo dos anos. Nesse contexto, o MERCOSUL e a UNASUL têm papel importante dentro dessa discussão.

O MERCOSUL (Mercado Comum do Sul) foi criado nos anos 1990 como uma iniciativa para a integração regional de caráter primordialmente comercial. A iniciativa foi-se ampliando ao longo dos anos, observando-se a partir dos anos 2000 a construção de uma agenda social, que acompanhava a regulamentação da livre circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capital (LAFOZ, 2008: 1). É dentro desse contexto que temas como a saúde, a educação e o meio ambiente, foram incorporados à agenda política.

Ações iniciais na área da saúde podem ser visualizadas na criação de dois fóruns específicos: a reunião de Ministros de Saúde do MERCOSUL, criada em 1995, com a função de coordenar políticas sanitárias e elaborar programas conjuntos de proteção e assistência, e em 1997, a articulação das atividades da Reunião dos Ministros da saúde junto com outros fóruns do MERCOSUL, que resultou na criação do Subgrupo de Trabalho Saúde (SGT 11), e que está organizado em três Comissões. A 1ª Comissão, que engloba a Vigilância em Saúde, tem como função “a troca de informações sobre enfermidades, principalmente as transmissíveis, e a harmonização de normas e procedimentos relacionados ao controle sanitário”; a 2ª Comissão, que engloba os Produtos para a Saúde, tem a função de harmonizar regulamentos e procedimentos relativos à circulação de produtos sanitários, desde a cadeia de produção até o consumo (cosméticos, produtos médicos, por exemplo) e por fim, a 3ª Comissão, que engloba os Serviços de Atenção à Saúde, tem a função ampliar o acesso e a qualidade dos serviços à população do MERCOSUL (exercício profissional e tecnologia em saúde, por exemplo) (LAFOZ, 2008: 2).

Nesse contexto, atuam ainda onze subcomissões intergovernamentais, que desenvolvem diretrizes e ações articuladas entre as instâncias governamentais, organizações sociais e organismos internacionais em certas áreas, tais como, controle do Tabaco; Saúde Sexual e Reprodutiva; Saúde Ambiental e do Trabalhador; Controle do HIV/AIDS; Doação e Transplante de Órgãos; Doenças Transmissíveis como dengue, Sarampo, Febre Amarela, Cólera e Doença de Chagas; vigilância e controle do Aedes

Aegypti (mosquito causador da Dengue e da Febre Amarela Urbana); Regulamento Sanitário Internacional; Políticas de Medicamentos; Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde e Determinantes Sociais em Saúde (LAFOZ, 2008: 2).

A compreensão das ações em saúde no MERCOSUL, como variável dentro do processo de integração regional, encontra-se intimamente relacionada ao processo assíncrono de integração comercial na constituição dos blocos. Segundo Medici e Weaver (2009: 58), os avanços e a rapidez no processo de integração regional são mais rápidos quando esses bens e serviços apresentam mais demandas no mercado internacional, incluindo-se, nesse cenário, as commodities, bens duráveis e não duráveis como transporte e turismo e novos processos tecnológicos, que têm a capacidade de aumentar a produtividade, como é o caso da informática. Aqueles bens de caráter social tais como a educação e a saúde, avançam de forma mais lenta dentro do processo de integração.

Segundo Arrow (1963), o desvio dos mercados de saúde em relação aos mercados competitivos deve-se: (a) à natureza da demanda, marcada pela sua irregularidade e imprevisibilidade, a qual impede o consumidor de planejar quando vai demandar o produto; (b) ao comportamento esperado do médico, dado que o consumo do produto e a atividade de produção se realizam simultaneamente, o que impede que o consumidor teste o produto antes de consumi-lo; (c) à incerteza quanto à qualidade do produto, dada a existência de grande assimetria de informação entre quem o compra e quem o vende; (d) as condições da oferta, dado que as atividades de saúde demandam elevado grau de capacidade e regulação associada ao licenciamento de atividade e das profissões, criando fortes barreiras à entrada de novos ofertantes e, (e) a preços não estabelecidos pelas condições de mercado, já que um mesmo serviço pode assumir distintos preços, de acordo com o nível de renda dos indivíduos e com os mecanismos de contratação das instituições de saúde, os quais variam desde o pagamento por ato médico até o pré-pagamento por risco assumido, associado a uma cesta de bens e serviços prospectivos (ARROW, 1963 apud MEDICI; WEAVER, 2009:59).

Interconectando economia (mercado) e saúde no contexto do MERCOSUL, as assimetrias existentes segundo os dados de 2007 do grupo de trabalho em saúde do MERCOSUL – SGT11, a população brasileira correspondia a 191 milhões de habitantes, enquanto o Paraguai, 6,1 milhões de habitantes. Quanto à capacidade de financiamento em saúde, o gasto público nacional na saúde, em números percentuais do PIB (Produto Interno Bruto), no que tange ao Brasil, correspondeu a 3,4%, e no que concerne ao Paraguai, 2,3%. Considerando os diferentes níveis de desenvolvimento

econômico dos países que formam o bloco e a organização dos seus sistemas de saúde, há geração de impacto sobre o processo de integração regional ao se considerar a variável saúde dentro desse contexto. Nesse sentido, a necessidade de superação das assimetrias entre os países é condição premente para que ocorra o aprofundamento da consolidação do bloco regional (LAFOZ, 2008: 4-10).

A questão das fronteiras se consubstancia como ponto nevrálgico no que concerne à relação saúde, bloco econômico e integração regional. O Brasil possui uma vasta extensão territorial de faixa de fronteira, que corresponde a aproximadamente vinte e sete por cento (27%) do seu território (15.719 Km), contíguo à maioria dos países da América do Sul, com exceção de Chile e Equador (LAFOZ, 2008:13). As “fronteiras vivas” por onde circulam produtos e pessoas, convivendo com diferenças sociais, culturais e econômicas são parte da realidade dos países naquelas áreas e do contexto do bloco regional, particularmente no que se chama de cidades-gêmeas, caracterizadas por uma conurbação ou semiconurbação com cidades do país vizinho, gerando maior demanda por serviços de saúde nessa região (LAFOZ, 2008: 13).

No período entre 2003 e 2010 foram assinados cento e vinte e quatro (124) acordos pelos Ministros da Saúde do MERCOSUL, envolvendo os seguintes temas: Comissões Intergovernamentais de Segurança Alimentar e Nutricional; Políticas de Medicamentos e Bancos de Preços de Medicamentos do MERCOSUL; controle da Dengue, HIV/AIDS, Saúde Sexual e Reprodutiva; controle do Tabaco, Determinantes Sociais e Sistemas de Saúde, Gestão de Riscos e Redução de Vulnerabilidades; Saúde Ambiental e do Trabalhador; Regulamento Sanitário Internacional; Doação e Transplante e Sistema de Informação e Comunicação em saúde (INTERFACE MINISTÉRIO DA SAÚDE).

No contexto da integração regional, o aprofundamento de implementação de ações em saúde que sejam compartilhadas por todos os Estados-Membros esbarra em questões cruciais, tais como o livre trânsito de profissionais de saúde para seu exercício profissional técnico nos mercados de trabalho dos países, o que traz implicações diretas sobre a reserva de mercado profissional, a formação dos profissionais de saúde, a necessidade de revalidação dos títulos, as questões relativas aos direito trabalhista e previdenciário e à regulação profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ FÓRUM MERCOSUL PARA O TRABALHO EM SAÚDE, 2010).

Diante do exposto, a saúde se constitui em um amplo campo a ser estudado e explorado no contexto da integração regional no âmbito do MERCOSUL. O aprofundamento dos marcos regulatórios no bloco econômico, contemplando as

peculiaridades concernentes ao trabalho na área de saúde, e as ações de cooperação em saúde nas fronteiras, e no contexto do bloco, constituem-se como espaços a serem ocupados, e, quando ocupados, podem permitir que existam avanços concretos quanto à saúde, no aprofundamento do processo de integração regional.

Outro processo político importante para a região, e que pode ser aqui ressaltado, foi a constituição da União das Nações Sul Americanas (UNASUL), por meio do Tratado Constitutivo da Organização, em 2008. Apresenta-se como iniciativa política no âmbito Sul-Americano e tem por objetivo,

construir, de maneira participativa e consensual, um espaço de articulação no âmbito cultural, social, econômico e político entre seus povos. Prioriza o diálogo político, as políticas sociais, a educação, a energia, a infraestrutura, o financiamento e o meio ambiente, entre outros, com vistas a criar a paz e a segurança, eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias no marco do fortalecimento da soberania e independência dos Estados (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, UNASUL)

O aprofundamento institucional da organização promoveu a criação do Conselho de Saúde Sul Americano, em 2009, que tem por objetivo, na área de saúde, “promover políticas comuns, atividades coordenadas e cooperação entre os países, por meio de respostas coordenadas e solidárias diante de situações de emergência e catástrofes, bem como a priorização de ação no âmbito das fronteiras”⁵². Nessa linha de pensamento, os Ministros da Saúde da UNASUL aprovaram, em 2010, o Plano Quinquenal de Saúde 2010-2015, em Cuenca, que está organizado em torno de cinco eixos:

1) Política Sul-americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde, anteriormente denominado de “escudo epidemiológico sul americano”; 2) Sistemas universais de saúde; 3) Acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e desenvolvimento do complexo produtivo da saúde na América do Sul; 4) Promoção da saúde e ações sobre os determinantes sociais da saúde; 5) Desenvolvimento de recursos humanos em saúde (BUSS; FERREIRA, 2011: 2699-2711)

Nessa linha de pensamento, foi criado, em 2009, o Programa Rede Sul-Americana de Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde dos Países das Nações Sul-Americanas (UNASUL), que tem por finalidade

encontrar as áreas onde se possa fomentar maior intercâmbio e troca de experiências entre os países, bem como definir estratégias conjuntas para a captação de recursos e parcerias técnicas com organismos internacionais com

⁵² Trecho do acordo Nº 02/09 da UNASUL/Conselho De Saúde Sul Americano

vistas ao fortalecimento e à ampliação de projetos intra regionais, elaborar uma agenda regional consensuada de cooperação técnica dos países participantes, definição de estratégias de atuação no âmbito da UNASUL, definição de prioridades e estratégias para uma atuação concertada na região na área de saúde (INTERFACE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE)

É dentro dessa lógica que foi programado como ação estratégica da Rede Sul-Americana, a realização do I Fórum Sul-Americano de Cooperação Internacional em saúde, em 2011, no Rio de Janeiro, Brasil. O resultado final foi a reafirmação da Carta do Rio, acordando os representantes das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde, os integrantes das Redes de Assessorias Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde do Conselho de Ministros da UNASUL, em aprofundar os processos de cooperação técnica intra regional, fortalecer a cooperação nas zonas de fronteiras e a cooperação triangular, bem como com organismos internacionais, agências de cooperação e instituições de fomento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, CARTA DO RIO)

Outro importante evento sediado no Brasil, em 2011, e promovido pela Organização Mundial de Saúde, foi a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde⁵³, na cidade do Rio de Janeiro, cuja finalidade foi discutir estratégias para promover a equidade social e em saúde. Na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, resultado da Conferência, os Chefes de Governo, os Ministros e os representantes dos Governos acordaram em “juntar esforços para formular e apoiar políticas, estratégias, programas e planos de ação para atuarem sobre os determinantes sociais da saúde”. As políticas, as estratégias, os programas e os planos de ação foram desenhados para serem implementados por meio de cinco eixos: governança no campo da saúde e do desenvolvimento, promoção e participação de políticas nessa área, orientação para a tentativa de diminuição das iniquidades em saúde, aumento da participação no âmbito global e melhorias na prestação de contas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Os temas em saúde comuns a áreas geográficas contíguas (MERCOSUL, UNASUL), ou não (CPLP, IBAS, BRICS) às fronteiras brasileiras, estão incorporados às linhas diretivas da Política Externa brasileira, podendo ser visualizado o ponto de

⁵³ Os determinantes sociais de saúde incluem indicadores demográficos, socioeconômicos, de condições de vida e relacionados ao estilo de vida, de mortalidade e expectativa de vida, de mortalidade por causas, de morbidade, de recursos, de atenção ambulatorial e de atenção hospitalar. Cada um desses indicadores incluem vários subitens, que no conjunto da análise, permitem a avaliação dos determinantes sociais de saúde de uma população. Fonte: Determinantes Sociais de Saúde. Disponível em <http://dssbr.org/site/2012/03/lista-de-indicadores-todos/#a-Obs-Ind-DSS>. Acesso em 05/08/2012

interseção entre Política Externa e Saúde, a partir do momento que, iniciativas na área são estabelecidas, priorizando regiões, blocos e fóruns que o Brasil participa.

Nesse sentido, a temática da saúde está presente do universo das Relações Internacionais, e no contexto da cooperação, exercendo “poder” de atração entre países que buscam implementar ações na área. Por meio da cooperação, os Estados visam melhorar as condições de saúde de suas populações e, à medida de compartilham experiências, fortalecem seus sistemas de saúde, passando a ser ao mesmo tempo, agentes e receptores das ações em saúde que empreendem no Sistema Internacional.

3. COOPERAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE E SOFT POWER NO SISTEMA INTERNACIONAL

3.1 “Poder” no Sistema Internacional: “Hard”, “Soft” e “Smart”

O que é “Poder”?

Segundo Nye (2011: 3), “Poder” é um conceito que, mesmo diante do amplo uso que tem, apresenta-se como evasivo e de difícil mensuração. É um conceito contestável, uma vez que uma definição única e universalmente aceita não existe, acrescentando Nye (2008: 5) que a definição do mesmo reflete os interesses, e valores de quem tenta o definir.

A definição de “Poder” existente no dicionário implica em defini-lo a partir de várias possibilidades que incluem “o direito de”, “a autorização para”, “ter a probabilidade de”, “ter a capacidade de suportar algo/alguém”, “dispor de força ou autoridade”, “ter vigor, potência, domínio, força, eficácia, efeito, aptidão”, “capacidade constituída; governo de um país”, “função do Estado relativa a suas formas distintas e exercida pelos órgãos competentes” (FERREIRA, 2004: 637). Neste sentido, as definições de “Poder” dadas pelo dicionário implicam na capacidade de um ator (indivíduo ou grupo de indivíduos, instituição ou instituições, Estado ou grupo de Estados) em exercer uma ação sobre outrem determinando que este faça o que “eu” (ator) gostaria que “ele” (outro ator) fizesse. O produto último dessa relação implicaria então na consecução dos interesses de quem deflagrou a ação.

Discorrendo sobre o conceito de “Poder” dentro da Filosofia Política, Bobbio (1987: 77) vai apresentar três Teorias fundamentais do poder: a substancialista, a subjetivista e a relacional. Nas teorias substancialistas, “o poder é concebido como uma coisa que se possui, e se usa como um outro bem qualquer”. Exemplificando essa teoria tem-se o conceito de “Poder” em Hobbes (2003: 75), que o define como: “o Poder de um homem (universalmente considerado) consiste nos meios de que presentemente dispõe para obter qualquer manifesto bem futuro. Pode ser original ou instrumental”. Considerando aqui como original, dotes naturais como a força e a inteligência, e instrumental, os meios para expandir esse poder tais como, a riqueza, a reputação e a sorte. Nesse sentido, o poder é um meio de se obter o que se deseja.

A teoria subjetivista é encontrada em Locke, que entende Poder como “a capacidade do sujeito de obter certos efeitos”, considerando-se sujeito o soberano,

capacidade do sujeito, a elaboração de Leis, e por certos efeitos, a capacidade de influenciar a conduta de seus súditos. A terceira teoria, a relacional, parte do princípio de que para existir Poder, uma ação anterior é necessária: da relação entre dois sujeitos, o primeiro obteria do segundo, um comportamento que em outra condição, o segundo sujeito não executaria.

A definição dada por Robert Dahl sintetiza a teoria relacional, quando explicita que “a influência é uma relação entre atores, na qual um ator induz outros a agirem de um modo que, em caso contrário, não agiriam” (DAHL, 1963: 68 apud BOBBIO, 2003: 78). A definição de Robert Dahl considera, nesse sentido, que é necessário saber quais as preferências iniciais do (s) ator (es) envolvido (s), e em que medida elas poderiam ser mudadas, o que é considerado a “primeira face do poder” (NYE, 2011: 11). Uma “segunda face do poder”, descrita por Peter Bachrach e Morton Baratz pouco tempo depois da definição estabelecida por Dahl ainda nos anos 1960, considera que, um ator também pode modificar a (s) preferência (s) de outro (s) ator (es), se a expectativa do segundo ator é considerada factível dentro dessa relação (NYE, 2011: 12).

O sociólogo Steven Lukes nos anos 1970 vai descrever o que ele chamou de “terceira face do poder”, ou seja, um ator pode modificar a (s) preferência (s) de outro (s) ator (es) sem que esse tenha consciência sobre esse fato, e sem necessariamente mudar o contexto, para que exista essa mudança (NYE, 2011: 12).

Pensando ainda nas relações sociais, para Weber, “Poder” significa “toda probabilidade de impor a própria vontade numa relação social, mesmo contra resistências, seja qual for o fundamento dessa probabilidade” (WEBER, 1991: 33 apud DIAS, 2011: 31).

Ampliando o escopo da compreensão de Poder, Nye (2011: 6) considera que é necessário especificar quem estabelece a relação de poder, para que finalidade e em que domínios essa relação se estabelece. O autor cita então o exemplo do Papa, como soberano da Igreja Católica. O Papa tem poder sobre os Cristãos, mas não sobre todos os Cristãos, quando se considera os Protestantes. Partindo-se para uma análise sobre as questões de cunho moral, nem todos os católicos vão aceitar, sem questionamento, a imposição do poder Papal sobre assuntos como o aborto, o controle de natalidade ou casamento fora da Igreja. Nesse sentido, o conceito de Poder seria dependente de um contexto particular, em que existe um agente (quem), que pretende conseguir ou alcançar algo (o que), utilizando para isso determinados meios (como), em determinado (s) local (is) (onde), e em determinado período de tempo (quando).

Redimensionando as definições de “Poder” para o campo das Relações Internacionais, questões que abrangem aspectos relacionais ou de comportamento são utilizadas para conceituar Poder. Sob um prisma diferente, as questões relacionadas a fontes de poder também tentam, nesse contexto conceitual, mostrar que o tamanho da população de um país, do território, a quantidade de recursos naturais, a força militar e econômica, bem como a estabilidade social do Estado, poderiam também, definir o que é “Poder” (NYE, 2011: 10).

Nye (2011: 10) faz esse paralelo utilizando um pequeno quadro em que o autor expõe que, Poder definido como recursos pode, dentro de um contexto, ser utilizado por um ator, como estratégia de conversão (meios para se atingir os fins) para se alcançar os resultados esperados. Em contrapartida, quando Poder é definido como resultado de comportamento, a capacidade de um ator afetar outro ator dentro de uma relação, fazendo com que este mude a ação inicial, seja por meio de coerção, recompensa ou atração, determina que o ator que deflagrou a ação, alcance os resultados esperados.

Considerando para fins de análise o conceito de Poder como resultado de comportamento, o mesmo pode ser alcançado por meio de ações de coerção, recompensa ou atração. Ampliando essa visão, o uso da força por um ator sobre outro no Sistema Internacional, no intuito de alcançar a realização de seus desejos, aproxima essa forma de ação do que se entende por hard Power. Neste sentido, Hard Power estaria incluído em uma visão mais restrita do conceito de Poder, que considera o mesmo em termos de comando, e coerção. Dentro desse contexto, questões de cunho militar e econômico podem ser destacadas (NYE, 2004: 2-4).

O Soft Power, segundo Nye (2004: 5), estaria assentado na habilidade de moldar as preferências dos outros, considerando aqui “outros” como os Estados. Soft Power é também a habilidade de exercer atração, e atração frequentemente conduz à aquiescência. Em termos de comportamento, o conceito estaria relacionado com poder de atração e considerando as fontes recursos, estas seriam representadas pelas demandas que produzem essa atração (NYE, 2004: 6). Hard power seria “empurrar”, forçar algo ou alguém. Soft Power⁵⁴ seria “puxar” atrair algo ou alguém (tradução da aurora) (NYE, 2011: 20).

As fontes de Soft Power incluiriam fatores intangíveis tais como instituições, ideias, valores, cultura e a percepção de legitimidade das políticas empreendidas pelo (s) ator (es). Deve-se ressaltar que fatores intangíveis tais como patriotismo, moral e legitimidade, também podem afetar a capacidade militar para lutar e vencer. A “Guerra

⁵⁴ No texto original: “Hard Power s push; soft power is pull”.

ao Terror” empreendida pelos Estados Unidos após os atentados do 11/09 podem exemplificar essa assertiva. No mesmo sentido, a atração considerada dentro do escopo do Soft Power, pode também ser utilizada como meio para gerar Hard Power. Exemplo dessa assertiva pode ser vista nas alianças militares ou ajuda econômica (NYE, 2011: 21).

A habilidade de um Estado moldar o que os outros Estados querem por meio dos seus valores, cultura ou da habilidade de organizar a agenda política, de maneira que o outro (Estado) considere que, ações antes consideradas pouco prováveis de serem alcançadas, podem ser implementadas por meio daquela relação, está presente no Soft Power. Se o comportamento de um ator é determinado pela observação de que existe uma atração, embora a mesma não consiga ser mensurada, tem-se então um processo de Soft Power. Em contrapartida, se um Estado tem a habilidade de mudar o que outros Estados fazem por meio de coerção ou recompensa, ter-se-iam estratégias de Hard Power (NYE, 2004: 7), em que estratégias de comando, imposição de vontades e/ou as preferências de um Estado são empreendidas por sobre outro (s) Estado (s).

Smart Power segundo Nye (2011: 22) seria a habilidade de combinar estratégias efetivas de hard e soft power. Para o autor, as estratégias de Smart Power no Século XXI não teriam como fim maximizar Poder e/ou preservar hegemonia, referindo-se esta condição anterior aos Estados Unidos, mas combinar recursos por meio de estratégias eficientes, para que o alcance dos interesses do ator (es), dentro da relação que estabelece (m), seja (m) atingido(s) (NYE, 2011: 207).

Empreender estratégia (s) eficiente (s) implicaria em tentar responder a 5 questões segundo Nye, 1) quais os objetivos desejados, 2) quais recursos de poder estão disponíveis dentro do contexto estudado, 3) qual a posição e preferência (s) de quem ou o quê (Estado) se quer tentar influenciar, 4) quais formas de poder (relacional) estão mais propensas a ter sucesso ao serem empenhadas⁵⁵, e 5) qual a probabilidade de se obter sucesso (NYE, 2011: 207-209). Nesse sentido, estratégias eficientes podem ser empreendidas por Estados grandes e pequenos, com mais ou menos recursos no contexto de suas relações no Sistema Internacional, a fim de alcançar os interesses desejados.

Um jogo de xadrez em uma visão tridimensional é como Nye (2011) entende que o Poder encontra-se distribuído no Sistema Internacional. Para o autor, no primeiro

⁵⁵ Ressalta-se aqui que para alcançar o interesse desejado deve-se analisar qual a melhor estratégia a ser utilizada, aquela em que força, coerção e/ou recompensa (hard power) seriam mais vantajosas, ou atração, persuasão e/ou definição de uma agenda de interesses (soft power) ou ainda, a combinação das duas (smart power).

nível do tabuleiro estaria o poder militar, ressaltando-se aqui o incontestável poder militar dos Estados Unidos. No segundo nível do tabuleiro estaria o poder econômico, em que não existiria um único Estado como jogador, mas vários jogadores tais como Estados Unidos, Japão, China e Europa. No terceiro nível do tabuleiro encontrar-se-iam vários atores (jogadores) que estabeleceriam relações, que transcendem fronteiras e temáticas, que podem ser, ou são comuns a vários Estados como, por exemplo, as pandemias, destacando-se o HIV/AIDS, e as migrações internacionais. Neste nível do tabuleiro de xadrez o poder é visualizado de maneira difusa (NYE, 2011).

Nesse sentido, a cooperação internacional em saúde e particularizando-se aqui a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde encontra-se no terceiro nível do tabuleiro de xadrez descrito por Nye (2011), tentando o país empreender, por meio de estratégias de atração, poder brando ou Soft Power no Sistema Internacional.

3.2 Soft Power e Cooperação Brasileira em Saúde: quando Teoria e Prática se encontram

O conceito de Soft Power entende que, para se alcançar os interesses desejados, um Estado não o faria através de força, coerção e/ou recompensa, mas sim por meio do poder de atração que o mesmo exerceria sobre outro (s) Estado (s). Nesse sentido, fatores como a cultura, os valores e a política externa seriam considerados, dentro dessa relação, como recursos de poder para que o (s) interesse (s) de um Estado sobre outro (s) seja (m) alcançado (s).

No caso da cooperação Sul-Sul brasileira em saúde esse “processo” de Soft Power no Sistema Internacional pode ser visualizado por meio de dois prismas. O primeiro corresponderia ao recorte histórico da Política Externa brasileira a partir do governo Itamar Franco, período a partir do qual uma maior aproximação com países do Sul se estabelece, pavimentando o caminho para que nos governos seguintes, Fernando Henrique e Lula, a cooperação Sul-Sul e particularmente a cooperação em saúde pudesse ser aprofundada e consolidada.

O Soft Power a partir de um segundo prisma de análise envolveria as próprias ações de cooperação em saúde empreendidas pelos governos brasileiros, merecendo destaque, particularmente, o governo Fernando Henrique Cardoso, participe das negociações para a flexibilização do Acordo TRIPS sobre comércio e saúde pública em 2001, durante a Rodada Doha, e o governo Lula, que expande o escopo dessa cooperação, no lastro de uma política externa assentada no multilateralismo de

reciprocidade.

Analisando inicialmente o recorte histórico da Política Externa brasileira a partir do governo Itamar Franco, o “movimento” para o Sul toma impulso, desenvolve-se, aprofunda-se e consolida-se durante o período de tempo que percorre o início dos anos 1990, quando começa o governo anteriormente citado, perpassa o governo Fernando Henrique e alcança o período do governo Lula, finalizado em 2010, data final dessa análise.

O aprofundamento dos vínculos do Brasil no próprio continente Sul-Americano, com a reafirmação e a acentuação da prioridade de consolidar o MERCOSUL, bem como a ampliação desses mesmos vínculos por meio da aproximação do país com a África do Sul, constituindo-se ponto de partida para a ampliação das relações com outros países africanos, situam-se como “movimentos” iniciais para o Sul do governo Itamar (VAZ, 1999: 67).

A implantação de medidas para a estabilização econômica em 1994, ressaltando-se aqui o Plano Real, plano que levou o país à estabilidade econômica a partir desse período, produziu impactos também na política externa do país, permitindo que parcerias pudessem, ou melhor, tivessem condições de serem construídas. Economia e democracia fortalecidas serviram de bases, para que a consolidação de iniciativas políticas pudesse ser estabelecida (VAZ, 1999: 68).

No contexto da aproximação do Brasil com países do Sul, a relação com a Índia está presente desde os anos 1950-1960, dentro do escopo das questões econômicas discutidas e negociadas na UNCTAD e no GATT, e das questões políticas a partir do Movimento dos países não-Alinhados (SENNES, 2001 apud LIMA, 2005: 14). Aproximaram-se também ainda nos anos 1960, por ocasião das discussões sobre o Tratado de Não Proliferação (TNP), apoiando ambos os países o desarmamento, recusando-se, no entanto, em assiná-lo. A formação do G20 agrícola, em 2003 em Cancun, representa uma retomada de coordenação com a Índia para a intermediação do diálogo Norte-Sul (LIMA, 2005: 15-20). Dessa maior articulação política institucionalizou-se em 2003 o Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul no lastro do aprofundamento das relações comerciais, ampliando a parceria para outras áreas tais como o Direito de Propriedade Intelectual (LIMA, 2005: 31).

A ascensão político-econômica da China torna-o um país interessante estrategicamente para o Brasil, que vislumbra a potencial capacidade de complementaridade de interesses em áreas importantes do desenvolvimento brasileiro tais como a área técnico-científica, à exemplo da área aeroespacial. Na relação com a

África do Sul, as questões comerciais e de segurança também se sobressaíram, ressaltando-se a perspectiva e a consolidação de maior fluxo comercial com a África Austral (VAZ, 1999: 74), bem como a ampliação da parceria em outras áreas. Na agricultura, a EMBRAPA, empresa brasileira envolvida em vários projetos com países africanos, e a FIOCRUZ, empresa que tem vários projetos de cooperação na área de saúde, em países africanos lusófonos, francófonos e anglófonos, são exemplos da ampliação da parceria nessas áreas.

O aprofundamento das relações com os países do entorno geográfico também esteve presente nas diretrizes da Política Externa brasileira a partir do governo Itamar, consolidando-se nos governos seguintes. Particularmente no governo Lula, a criação do G20 agrícola em 2003, institucionalização do Fórum IBAS em 2003, a aproximação com a Índia, China, Rússia e África do Sul formando o BRICS, com a primeira Cúpula realizada em 2006 e a Institucionalização da União das Nações Sul-Americanas em 2008, materializam o aprofundamento da aproximação dos países do Sul iniciado no governo Itamar.

A Política Externa brasileira através de suas linhas diretivas, estabelecendo que o fortalecimento dos laços regionais, incluindo o MERCOSUL, bem como a aproximação com países reconhecidos como potências emergentes no cenário internacional, foram e são condicionantes importantes para que o país exerça poder de atração em relação a outros países no cenário internacional. Esse “movimento” para o Sul foi possibilitado em grande parte, pela estabilidade política e econômica que o Brasil passou a apresentar a partir de meados dos anos 1990, sendo a cooperação Sul-Sul, nesse sentido, fortalecida ao longo dos governos brasileiros a partir desse período.

A análise do Soft Power a partir das ações de cooperação em saúde pode ser delineada, a partir de fatores que contribuem para a materialização desse poder de atração. O Brasil acumula experiência em várias áreas da saúde no âmbito nacional, destacando-se o Programa de combate ao HIV/AIDS e os Bancos de Leite Humano. Considerando-se que são áreas em que o país detém grande e profundo conhecimento, passou a empreender projetos internacionais na área, com estratégias de combate ao HIV/AIDS a partir de 2002, estabelecendo parcerias com países latino americanos, africanos e asiáticos. Na área dos Bancos de Leite Humano, em 2003 é assinada a Carta de Brasília, documento em que os países signatários se comprometem a ampliar a iniciativa de implementação de Bancos de Leite Humano para o Continente Americano, e que resulta na criação da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano em 2007.

A cooperação brasileira em saúde, destacando-se as iniciativas citadas

anteriormente, é estabelecida nos moldes Sul-Sul. O poder de atração brasileiro no campo da cooperação em saúde pode ser visualizado a partir da demanda por cooperação nessas áreas, que nos dados publicados pelo Ministério da Saúde em 2010, representaram quase 50 % dos projetos de cooperação na área de saúde.

O reconhecimento da comunidade internacional de que o Programa brasileiro de combate ao HIV/AIDS é um programa eficaz, encontra-se respaldado em fatores tais como, a baixa prevalência de infecção pelo HIV na população brasileira, que para a população entre 15-49 anos tem a prevalência estimada de 0,6%, patamar estável desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST, 2011), quando comparado, por exemplo, à mesma prevalência para a população entre 15-49 anos da África do Sul, cuja prevalência alcança o percentual de 17,3 % (UNAIDS, 2012)

A eficácia da política brasileira de combate à epidemia, assentada sobre o direito à saúde como Direito Humano, sendo reconhecido na Constituição Federal do Brasil de 1988, constitui-se como fator que também respalda a atuação brasileira nessa área. O princípio da universalidade do tratamento à saúde, garantido na criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, permitiu que toda pessoa portadora do vírus HIV tivesse, e tenha o direito de receber gratuitamente o tratamento para a doença. Diante da baixa prevalência da doença no país, consequência em grande parte da política nacional de prevenção e tratamento da doença, e que se encontra assentada no direito de acesso universal à medicação antirretroviral, a UNAIDS, órgão normativo das Nações Unidas para o combate ao HIV/AIDS no mundo, legitima as práticas brasileiras em certo sentido quando, a partir dos resultados brasileiros, passa a difundir como uma de suas diretrizes, o acesso universal ao medicamento antirretroviral a partir de 2005 (LIMA; CAMPOS, 2010: 121-123).

A experiência consolidada na área de combate ao HIV/AIDS, a produção de medicamentos genéricos, incluindo os antirretrovirais, e os constrangimentos existentes na relação entre tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS e Direito de Propriedade Intelectual, concorreram para uma articulação eficaz entre os países em desenvolvimento. O Brasil desempenhou papel preponderante nas negociações de Doha em 2001, conseguindo junto com outros países em desenvolvimento, destacando-se aqui a Índia, que a flexibilização do Acordo TRIPS com relação à saúde pública, fosse aprovado (WORLD TRADE ORGANIZATION, 2001)

Nesse mesmo ano de 2001, a Assembleia Geral da ONU, que tratou do tema HIV/AIDS, criou o Fundo Global contra AIDS, Tuberculose e Malária, exercendo o

Brasil papel importante nas negociações para garantir que os recursos do Fundo fossem igualmente administrados por países desenvolvidos, e em desenvolvimento (SOUZA, 2011: 25)

A estabilidade econômica brasileira a partir do Plano Real em meados dos anos 1990, a elevação do país à condição de potência emergente no cenário internacional, associado à consolidação de uma política nacional de saúde que garante a todo brasileiro, o Direito constitucional de acesso à saúde através de um Sistema pautado na Universalidade, Equidade e Integralidade deram as bases, para que a cooperação em saúde pudesse transcender fronteiras.

No jogo tridimensional de xadrez de Nye (2011), os temas da saúde localizam-se no terceiro e último nível, com a presença de vários atores no papel de jogadores no Sistema Internacional. Nesse contexto, o Programa brasileiro de Combate ao HIV/AIDS, reconhecidamente eficiente, e a cooperação em Bancos de Leite humano, que gera grande impacto social positivo, com a capacidade de diminuição da mortalidade em recém-nascidos prematuros, determinam que interesses de outros países em desenvolvimento, que enfrentam os mesmos problemas, tenham interesses em estabelecer cooperação em saúde com o Brasil.

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio estabelecidos na Cúpula do Milênio de 2000 contemplam questões relacionadas à saúde mundial, em que pese a pandemia de HIV/AIDS e o combate à mortalidade infantil. Nesse cenário, o Programa brasileiro de combate ao HIV/AIDS e a cooperação para a implementação de Bancos de Leite humano enquadram-se dentro do escopo da melhoria da saúde mundial.

O poder de atração exercido pelo Brasil encontra-se pautado na sua Política Externa, quando esta contempla projetos de cooperação, e de cooperação na área de saúde que estão inseridos na dimensão geográfica (América Latina e Caribe, África e Ásia), e política da cooperação brasileira (MERCOSUL, UNASUL, IBAS, BRICS e CPLP). A consolidação dessas iniciativas foi pautada inicialmente na estruturação de políticas nacionais de saúde, principalmente a partir do período da abertura democrática, em cujo cenário se inserem a Reforma Sanitária brasileira, o reconhecimento da saúde como direito humano, e a criação do Sistema Único de Saúde. A ampliação de iniciativas nacionais em saúde para o plano internacional foi um movimento bastante fortalecido a partir do governo Lula, em que diretrizes da Política Externa de seu governo se interconectaram com projetos de cooperação Sul-Sul em saúde.

O Soft Power da cooperação brasileira Sul-Sul em saúde pode ser visualizado durante o governo Lula, quando países da América Latina, Caribe, África e Ásia

demandaram por cooperação na área e em programas em que o Brasil apresenta experiência reconhecida diante da comunidade internacional. A demanda por projetos brasileiros na área é consequência, então, de todo um “movimento” da Política Externa brasileira para o Sul iniciada nos anos anteriores, concomitante à estruturação da política nacional de saúde, exitosa em áreas como o combate à AIDS e da lactância materna.

3.3 A Saúde como instrumento de inserção do Brasil no Sistema Internacional

Como medir a inserção de um país no Sistema Internacional?

No que concerne à esta Dissertação, o questionamento seria: como medir a inserção do Brasil no Sistema Internacional durante o governo Lula, através da cooperação em saúde que o país implementa? Considerando novamente as dimensões temática, geográfica e política a partir de prisma diferente de análise, a observação da inserção do Brasil no Sistema Internacional pode ser avaliada.

No que tange à dimensão temática, em trabalho apresentado por Mauro Teixeira de Figueiredo, chefe da Divisão de Projetos da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde do Ministério da Saúde brasileiro, no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional em saúde em 2011, no Rio de Janeiro, observa-se o gráfico abaixo:

Principais Áreas de Cooperação na América Latina e Caribe

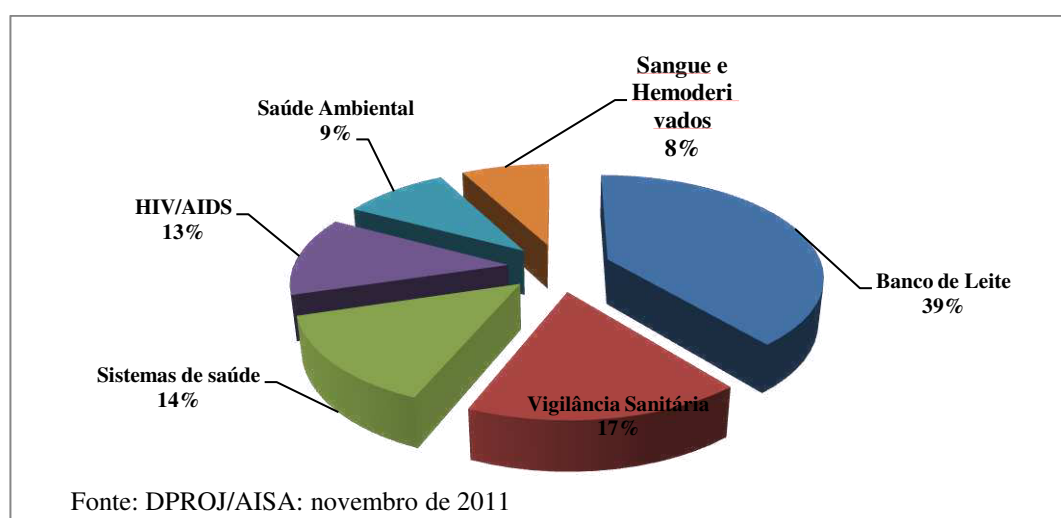


Gráfico 7: Principais áreas de Cooperação na América Latina e Caribe. Fonte: Apresentação de Mauro Teixeira de Figueiredo, diretor da divisão de Projetos da Assessoria Internacional em saúde, no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional em novembro de 2011

Depreende-se do gráfico que projetos em cooperação na área de Banco de Leite, que nos dados de 2010 correspondiam ao percentual de 37%, correspondem nos dados de 2011 a 39%. O mesmo observa-se em relação aos projetos na área de HIV/AIDS, que nos dados de 2010 corresponderam ao percentual de 10%, e nos dados de 2011 se elevaram para o percentual de 13%. A somatória percentual dos dados publicados em 2010, pela Assessoria de Assuntos Internacionais em saúde e referentes aos projetos em Banco de Leite e HIV/AIDS demonstravam que juntos esses projetos correspondiam a 47% dos projetos de saúde. Em 2011, o que se observa é o aumento percentual desses mesmos projetos de forma individual, correspondendo quando se soma o percentual dos dois, ao total de 52 %, demonstrando que houve aumento percentual de projetos brasileiros nessa área.

A tabela que se segue sumariza os dados disponíveis, no que concerne ao percentual de projetos nas áreas temáticas de Banco de Leite Humano e HIV/AIDS, em números percentuais nos anos de 2010 e 2011.

Área Temática	Percentual de Projetos	
	2010	2011
Bancos de Leite Humano	37%	39%
HIV/AIDS	10%	13%
Total	47%	52%

Tabela 3: Tabela elaborada pela autora a partir dos dados sobre a cooperação brasileira em saúde no que tange à área temática (Bancos de Leite Humano e HIV/AIDS) distribuídos percentualmente nos anos de 2010 e 2011.

Fonte: Dados publicados pela Assessoria de Assuntos Internacional em saúde em 2010, e dados apresentados Mauro Teixeira de Figueiredo, diretor da divisão de Projetos da Assessoria Internacional em saúde, no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional em novembro de 2011.

A distribuição desses projetos, em números absolutos, separando-os por área geográfica, pode ser visualizada no gráfico abaixo,

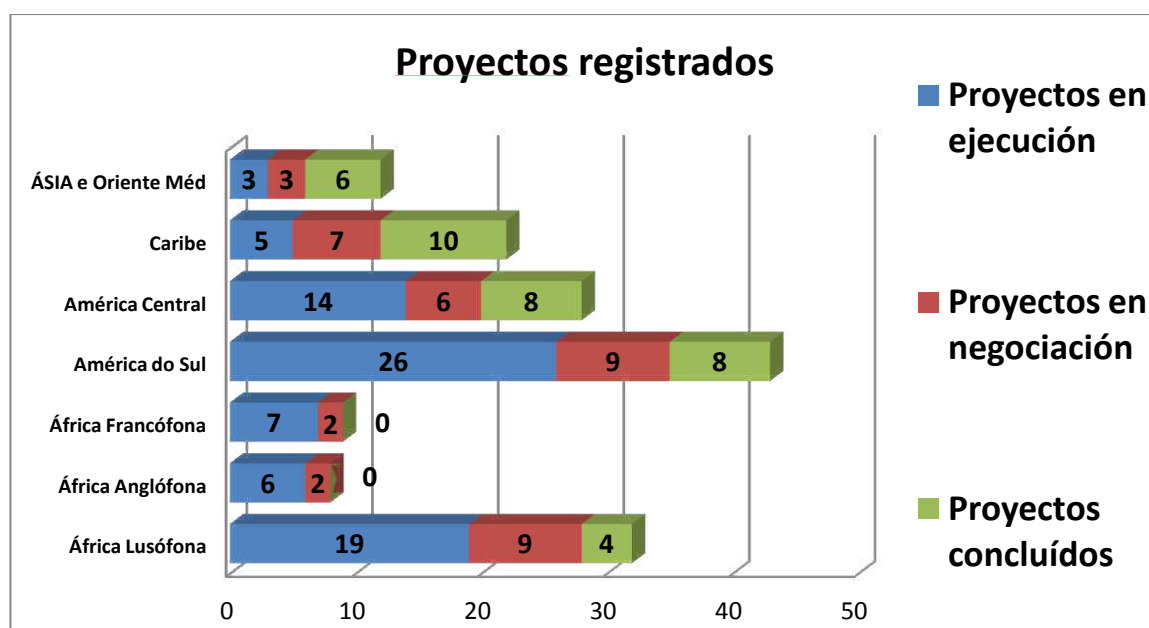


Gráfico 8: Projetos de saúde registrados de acordo com a área geográfica e com a situação de em execução, em negociação e concluídos.

Fonte: Apresentação de Mauro Teixeira de Figueiredo, diretor da divisão de Projetos da Assessoria Internacional em saúde, no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional em novembro de 2011

Depreende-se do gráfico acima que em relação aos dados publicados em 2010, pela Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), em números absolutos, o número (n) de projetos na América do Sul e América Central que em 2010 corresponderam a n=46 e n=33 respectivamente, apresentaram discreta diminuição n=43 e n=28, nos dados de 2011. Houve aumento do número projetos na região do Caribe, n=22 em relação ao número em 2010 (n= 18) e de projetos com os países Africanos, n=49, que nos dados de 2010 corresponderam a n=41.

O gráfico também demonstra a existência de projetos de cooperação com países da Ásia e o Oriente Médio, que na apresentação do autor, o mesmo faz referência aos países com os quais o Brasil tem cooperado (Cazaquistão , Líbano e Palestina), com o total de 6 projetos concluídos e 3 em negociação, não especificando porém, quais são os projetos na área de saúde. Nesse sentido, observa-se a expansão do escopo da cooperação brasileira na área de saúde, em relação aos dados publicados pela AISA em 2010, no que concerne aos números de projetos estabelecidos e com quem o Brasil está estabelecendo cooperação em saúde.

A seguinte tabela sumariza os dados disponíveis no que concerne a número de projetos por área geográfica, correspondentes aos dados publicados nos anos de 2010 e aos dados apresentados no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional em novembro de 2011.

Área Geográfica	Número de Projetos	
	2010	2011
America do Sul	46	43
América Central	33	28
Caribe	18	22
África	41	49
Ásia e Oriente médio		9
Total	138	151

Tabela 4: Tabela elaborada pela autora a partir dos dados sobre a cooperação brasileira em saúde no que tange à área geográfica e aos números de projetos nessas áreas.

Fonte: Dados publicados pela Assessoria de Assuntos Internacional em saúde em 2010, e dados apresentados Mauro Teixeira de Figueiredo, diretor da divisão de Projetos da Assessoria Internacional em saúde, no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional em novembro de 2011.

A inserção política do Brasil por meio da análise da dimensão política considera, para fins de avaliação, os blocos e fóruns formais e informais que o país participa. Nesse sentido, blocos fronteiriços tais como o MERCOSUL e a UNASUL, e não fronteiriços tais como a CPLP, o IBAS e o BRICS podem ser avaliados. Será inserida também para a análise a Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, que apesar de não se conformar como um bloco, promove a aproximação de países Ibero Americanos através da cooperação em Bancos de Leite Humano.

Considerando para fins de análise o encadeamento temporal de iniciativas políticas ligadas aos blocos e fóruns, a mesma será efetuada seguindo uma lógica cronológica dentro do período do governo Lula, podendo ser ressaltado dados anteriores ao seu governo e que sejam pertinentes à avaliação.

No âmbito do MERCOSUL, a Reunião de Ministros de Saúde criada já em 1995, tem a função de coordenar políticas sanitárias e elaborar programas conjuntos de proteção e assistência. A articulação das atividades da Reunião dos Ministros da saúde junto com outros fóruns do MERCOSUL resultou em 1997, na criação do Subgrupo de Trabalho Saúde (SGT 11) que está organizado em três Comissões, Comissões estas já citadas anteriormente nesta Dissertação.

Os entraves políticos que determinam que o processo de integração regional se faça de forma lenta, pautados principalmente nas assimetrias econômicas e sociais existentes entre os países do bloco, são também transpostos para a integração regional através da saúde, que esbarra em questões de cunho jurídico tais como a regulamentação do trabalho do profissional da saúde nos países do MERCOSUL, as contrapartidas que um país deve pagar pelo atendimento de nacionais em sistemas de saúde que não os

seus, as assimetrias dos sistemas de saúde dos países do bloco, o atendimento em saúde nas cidades de fronteiras. Estes são apenas alguns dos impasses, que tornam lento o processo de integração através da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, FÓRUM MERCOSUL PARA O TRABALHO EM SAÚDE, 2010)

Apesar dos impasses existentes, entre 2003 e 2010, cento e vinte e quatro (124) acordos entre os Ministros de Saúde do MERCOSUL foram assinados envolvendo os temas: Comissões Intergovernamentais de Segurança Alimentar e Nutricional; Políticas de Medicamentos e Bancos de Preços de medicamentos do MERCOSUL; controle da Dengue, HIV/AIDS, Saúde Sexual e Reprodutiva; controle do Tabaco, Determinantes Sociais e Sistemas de Saúde, Gestão de Riscos e Redução de Vulnerabilidades; Saúde Ambiental e do Trabalhador; Regulamento Sanitário Internacional; Doação e Transplante e Sistema de Informação e Comunicação em saúde (INTERFACE MINISTÉRIO DA SAÚDE).

No âmbito da Ibero América, a institucionalização da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano em 2007 permitiu que políticas articuladas entre países da América Latina, Caribe e Ibéricos (Portugal e Espanha) pudessem ser empreendidas através de acordo multilateral, cooperando ativamente os países dessas regiões em projetos de Bancos de Leite Humano.

A institucionalização do Fórum IBAS em 2003 proporcionou que, no aprofundamento dessa iniciativa, questões na área de saúde, e comuns aos três países do Fórum, pudessem ser discutidas. Assim, a Declaração de Delhi estabelecida na III Cúpula do IBAS, reforça a necessidade de que esses países devem cooperar em busca de um regime de Propriedade Intelectual mais equilibrado no Sistema Internacional (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, DECLARAÇÃO DE DELHI, 2008).

A criação do Fundo IBAS permitiu que projetos de cooperação com países africanos, a exemplo do Burundi entre 2009-2012, pudessem ser estabelecidos. O projeto teve como objetivo dar condições locais para ações de combate (tratamento e prevenção) ao HIV/AIDS, bem como fortalecer o Governo e a Sociedade civil no Burundi no combate à epidemia por meio de cooperação técnica (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES/ FUNDO IBAS). O Fórum Acadêmico do IBAS aconteceu em 2008 em Brasília, e teve como um dos principais temas, a discussão sobre o Direito de Propriedade Intelectual, e suas implicações sobre os medicamentos genéricos e antirretrovirais utilizados para o combate à epidemia de AIDS.

A Declaração de Praia foi assinada na I Reunião dos Ministros de Saúde da CPLP em 2008, em Lisboa, estabelecendo a mesma, o Plano Estratégico em Saúde para

2009-2012, e que inclui iniciativas para o combate à epidemia nos países da Comunidade (CPLP/ONUSIDA, 2010: 13).

A União das Nações Sul Americanas (UNASUL) foi criada através do Tratado Constitutivo da Organização em 2008, que no aprofundamento institucional da organização, promoveu a criação do Conselho de Saúde Sul Americano em 2009. A reunião dos Ministros da Saúde da UNASUL, em 2010, aprovou o Plano Quinquenal de Saúde 2010-2015, em Cuenca, que tem como objetivos promover políticas de saúde comuns à região, com acesso universal a medicamentos, diminuição das assimetrias dos sistemas de saúde, preparo dos países para situações de emergências na área, bem como o desenvolvimento de recursos humanos em saúde (BUSS; FERREIRA, 2011: 2699-2711).

Analisando o BRICS, a I Cúpula do BRICS aconteceu em 2006, sendo a África do Sul formalmente convidada a participar do grupo em 2009. A cooperação em saúde entre os países BRICS ainda não foi estabelecida. No entanto, perspectivas existem e o encontro de Ministros de Saúde dos BRICS na China, em 2011, produziu como resultado a Declaração de Pequim. Na Declaração, os países acordam em estabelecer e promover uma agenda global de saúde para acesso universal a medicamentos e produtos de saúde a preços acessíveis, incentivar a cooperação entre os BRICS para disponibilizar e aperfeiçoar a tecnologia de saúde, bem como em estabelecer um grupo técnico de trabalho para discutir propostas específicas, incluindo a criação de uma rede de cooperação tecnológica dos BRICS (TASCA, 2012).

Diante do exposto, a cooperação brasileira em saúde pode ser analisada através da temática, destacando-se os projetos em HIV/AIDS e de Bancos de Leite Humano. Pode ser analisada também através das áreas geográficas com as quais o Brasil estabelece cooperação, alinhando-se nesse sentido, às linhas diretivas da Política Externa brasileira e por fim, uma análise sob o prisma da dimensão política, que envolve as iniciativas CPLP, IBAS, BRICS, MERCOSUL E UNASUL. Constituindo-se como substrato que sustenta o argumento, e amplia a avaliação da cooperação em saúde, tem-se os percentuais e números de projetos na área distribuídos por regiões (América do Sul, América Central, Caribe, África, Ásia e Oriente Médio), e que nos dados comparados entre 2010 e 2011, demonstrou que houve aumento em algumas áreas, e estabelecimento de projetos em áreas que não tinham sido ressaltadas em 2010, como os projetos com a Ásia e o Oriente Médio.

Por fim, tem-se uma sequência de Declarações Políticas estabelecidas entre os países com os quais o Brasil mantém iniciativas políticas, orientando o pensamento para

a assertiva de que existe interesse significativo de que projetos de cooperação em saúde sejam estabelecidos, ampliando os já existentes, como também buscando estabelecer projetos ainda não existentes na relação entre os países, como é o caso da Declaração de Pequim, em 2011, relativo à cooperação entre o BRICS.

O aumento da demanda por projetos, verificados através dos números e áreas geográficas, bem como o empenho dos países emergentes e em desenvolvimento para estabelecer, e aprofundar projetos de cooperação, coloca o Brasil na posição de um país que produz interesse internacional para cooperação em saúde. Nesse sentido, o país tem reconhecidamente legitimidade nos projetos de cooperação, tais como o HIV/AIDS e os Bancos de Leite Humano, quando se consideram os resultados do combate à infecção pelo vírus no país, como também o tamanho da rede nacional de Bancos de Leite Humano quando comparado, por exemplo, aos países da América do Sul.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que as doenças não respeitam fronteiras, no mundo do Século XXI observa-se que, para as políticas e ações sanitárias locais e nacionais se tornarem mais efetivas, iniciativas de cooperação internacional e intervenções coletivas transnacionais tornam-se mais necessárias (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2008).

A cooperação brasileira Sul-Sul em saúde insere-se então no Sistema de Cooperação internacional relacionando-se de maneira tensionada com práticas de cooperação baseadas em modelos Norte-Sul, consideradas como tradicional e hegemônica dentro desse sistema. O modelo de cooperação Sul-Sul considerado como alternativo ou complementar, a depender do observador que faz a análise dessa cooperação, vem-se desenvolvendo e aprofundando suas práticas em várias áreas, à exemplo da saúde, permitindo que um fluxo diferente de cooperação seja estabelecido entre os países em desenvolvimento.

A ampliação das práticas do modelo de cooperação Sul-Sul permite também que novos arranjos sejam estabelecidos, acoplando a essa ideia, os Organismos e Instituições Internacionais e os países desenvolvidos, por meio da cooperação em triangulação, em benefício de um país em desenvolvimento.

Retornando à introdução dessa Dissertação, a mesma se propôs a avaliar a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde no Governo Lula. Propôs-se também a analisar essa cooperação nos termos da Política Externa do seu governo, demonstrando a articulação existente entre Política externa e cooperação em saúde. A coleta dos dados obtidos, e posterior análise dos mesmos, permitiram responder ao questionamento de se a cooperação brasileira em saúde seria uma variável passível de análise, bem como verificar se tinha havido ou não, aumento da inserção do Brasil no Sistema Internacional durante o período estudado.

Sistematizando as respostas aos questionamentos iniciais dessa Dissertação, seguindo uma lógica de acordo com os dados analisados, pode-se afirmar que:

- A cooperação Sul-Sul em saúde brasileira é uma iniciativa que está inserida dentro da Política Externa Brasileira. Esteve presente no governo Fernando Henrique Cardoso, sendo aprofundada e ampliada no governo Lula, principalmente no que concerne ao tema da cooperação na área de HIV/AIDS.

- A cooperação brasileira em saúde também esteve alinhada às linhas diretivas da Política Externa brasileira, principalmente ao se considerar as áreas geográficas onde os projetos foram e estão sendo executados. Foram observados projetos na área em países da América Latina, Caribe, África e Ásia, fato corroborado pelos dados publicados pela Assessoria para Assuntos Internacionais em saúde em 2010, e pelos dados apresentados por Mauro Teixeira de Figueiredo, diretor da divisão de Projetos da Assessoria Internacional em saúde, no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional em novembro de 2011.
- Ao se transportar esses dados para o período do governo Lula, permite-se a afirmação de que os projetos de cooperação estiveram alinhados com a Política Externa estabelecida durante o seu governo, em que pese as áreas geográficas, o aumento do número de projetos, tanto em números absolutos quanto em números percentuais, particularmente quando se considera os projetos na área de Bancos de Leite Humano e HIV/AIDS. A análise da cooperação brasileira em saúde, por meio das dimensões temática, geográfica e política, permitiu que pudesse ser visualizado a articulação existente entre as iniciativas da cooperação em saúde, e as linhas diretivas da política externa no governo Lula.
- A sistematização do estudo da cooperação brasileira em saúde, por meio das três dimensões analisadas, permite a afirmação de que a saúde constituiu-se como uma variável passível de análise, para verificar se houve maior inserção do Brasil no Sistema Internacional.
- Os dados relativos à cooperação em saúde demonstraram que existem projetos na área com temáticas bem definidas, bem como o estabelecimento dos projetos em áreas geográficas inseridas nas linhas diretivas da Política Externa brasileira.
- O aprofundamento da aproximação do Brasil com potências consideradas emergentes, tais como Índia e China, e o ajuntamento desses países por meio de Fóruns Formais (IBAS) e informais (BRICS) durante o período do governo Lula, também permitiram a constatação de que os temas da área de saúde estavam inseridos no escopo desses Fóruns.
- No que tange à Comunidade de Países de Língua Portuguesa, a temática da saúde também fez parte do escopo dessa cooperação de países,

destacando-se a temática do HIV/AIDS, com o estabelecimento de planos de ação da área acordados durante a Reunião dos Ministros de Saúde da Comunidade em 2010 na cidade de Praia.

- A cooperação entre os países Ibero Americanos também merece destaque, principalmente ao se considerar a temática dos Bancos de Leite Humano, como uma das tônicas dos projetos entre os países que compõem a região da Ibero América. A Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, institucionalizada em 2007, tem o Brasil como referência, possuindo o país a maior, e mais complexa rede de bancos de leite humano mundialmente conhecida.
- Por fim, atendo-se a análise da cooperação em saúde por meio de uma dimensão política, observou-se que durante o governo Lula, a cooperação em saúde esteve fortemente alinhada com as linhas diretivas da Política Externa brasileira. No que concerne à América do Sul, destacam-se as iniciativas em saúde no MERCOSUL e UNASUL, na África, os projetos com a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), e na Ásia, as temáticas de saúde presentes nos Fóruns IBAS e BRICS.
- Os Planos de Ação em Saúde estabelecidos Ministros da Saúde da UNASUL aprovaram, em 2010, o Plano Quinquenal de Saúde 2010-2015, em Cuenca, cujos eixos diretivos já foram expostos anteriormente. Na mesma direção, os Ministros de Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa assinaram, em 2008, a Declaração de Praia, durante a I Reunião de Ministros, em Lisboa, estabelecendo o Plano Estratégico em Saúde para 2009-2012, e que inclui iniciativas para o combate à epidemia nos países da Comunidade (CPLP/ONUSIDA, 2010: 13).
- No âmbito do MERCOSUL, os Ministros da Saúde do MERCOSUL assinaram, entre 2003-2010, o montante de 124 projetos na área de saúde.
- O Fórum Acadêmico do IBAS realizado em Brasília, Brasil em 2010, abordou a questão dos Direitos de Propriedade Intelectual, em busca de maior flexibilização quanto ao assunto. O encontro de Ministros de Saúde dos BRICS na China, em 2011, produziu como resultado a Declaração de Pequim, em que os países BRICS acordam em ampliar ações na área de saúde, contemplando entre outras temáticas, iniciativas na área relacionadas à cooperação em HIV/AIDS.

A importância que o tema da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional assume dentro das linhas diretivas da Política Externa brasileira, materializa-se na publicação do primeiro estudo brasileiro nesta direção. O estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em conjunto com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR), o Ministério das Relações Exteriores (MRE) e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), dimensionam o conceito utilizado para definir a cooperação brasileira, bem como, quais os números da cooperação brasileira para o período entre 2005 e 2009. Nesse contexto se insere a saúde, que, para o intervalo de tempo estabelecido no estudo, apresentou aumento dos valores em reais, dessa cooperação.

Considerando que os modelos de cooperação Norte-Sul e Sul-Sul se encontram em uma relação tensionada dentro do Sistema Internacional de Cooperação, o primeiro seria considerado como modelo hegemônico e tradicional, e o segundo como modelo alternativo ou complementar ao modelo hegemônico (norte-Sul). Nesse sentido, o modelo Norte-Sul, assentado na tradição e na experiência da prática, defende o seu modelo como modelo a ser seguido. O modelo Sul-Sul, considerado alternativo ou complementar ao modelo Norte-Sul, a depender do prisma de estudo, procura ser reconhecido como prática viável, e capaz de produzir resultados, mesmo estabelecendo práticas de cooperação diferentes das já estabelecidas no modelo Norte-Sul.

No universo da cooperação internacional, a cooperação Sul-Sul brasileira insere-se em um contexto, que pretende a “construção de meios e a realizações de fins” (CERVO, 2009:103), parafraseando Cervo ao se referir à Política Externa do governo Lula, no sentido de conseguir alcançar os interesses do país. Como cita Oliveira (2012: 97), a cooperação Sul-Sul hoje representaria “uma readequação das regras de forma a possibilitar a promoção de seus respectivos interesses”.

Buscando atingir seus próprios interesses no Sistema Internacional, e inserido no contexto da cooperação Sul-Sul, o Brasil vem exercendo Soft Power por meio da cooperação brasileira em saúde. As duas principais áreas temáticas da cooperação em saúde, o HIV/AIDS e os brancos de leite humano são projetos que foram fortemente estruturados no desenvolvimento de iniciativas nacionais. O impacto positivo das duas iniciativas, em que pese, a baixa prevalência da AIDS no Brasil, quando comparado a África do Sul, por exemplo, e a diminuição da mortalidade infantil em crianças prematuras, colocam essas iniciativas, que posteriormente foram internacionalizadas por meio de projetos de cooperação, em um patamar diferenciado.

Os números percentuais desses dois projetos, quando comparado os dados referentes aos anos de 2010 e 2011, demonstraram que houve aumento dessas duas iniciativas e, considerando que a lógica da cooperação brasileira está pautada a lógica da demanda, agentes negociadores brasileiros tais como a Agência Brasileira de Cooperação, entidades nacionais cooperantes, tais como a FIOCRUZ, tentam identificar junto com os países parceiros, as necessidades em termos de cooperação técnica, procurando nesse sentido, receber as solicitações específicas (PUENTE, 2010: 122). O aumento do número de projetos nessas duas áreas, particulares, leva à conclusão de que existe um aumento de demanda por projetos brasileiros na área de saúde, destacando-se essa temática para esse contexto.

No contexto dos fóruns formal e informal que o Brasil estabelece, o IBAS e o BRICS, respectivamente, a temática da saúde também ganhou destaque, principalmente o tema da relação entre o Direito de Propriedade Intelectual e o acesso a medicamentos essenciais, no caso, os antirretrovirais usados no combate à epidemia de AIDS. Nesse sentido, observa-se que no âmbito dos fóruns, a temática da saúde também recebe particular interesse. A capacidade de atração exercida pelo Brasil, ao se considerar a possibilidade de negociação relativa ao tema em fóruns multilaterais, tais como a Assembleia das Nações Unidas e a Organização Mundial do Comércio, pode ser visualizada em resoluções e complementações aos acordos comerciais já existentes, tais como o Acordo TRIPS e a Saúde Pública, em 2001.

Diante do exposto, pensar a cooperação Sul-Sul brasileira em saúde apenas como um instrumento de ganho de poder do Estado brasileiro, não explicaria o caráter ético e moral que esteve e está presente nessas iniciativas, assim como também não explicaria na sua plenitude, que essas ações estariam baseadas única e exclusivamente em motivos altruístas. O caráter utilitarista da cooperação, presente na abordagem Estruturalista, relativo à cooperação dentro do contexto das Relações Internacionais, entendendo a cooperação em saúde como uma iniciativa que pretende, por meio de coalizões, fortalecer o status daqueles que cooperam, em contraposição ao padrão tradicional existente, é também uma visão muito simplista, se considerada de modo isolado, uma vez que, no sistema internacional, “Norte e Sul” são dicotomias que coexistem, interagem e se complementam na maior parte das vezes, e prescindem do caráter político e econômico para que a cooperação seja de fato implementada.

A cooperação Sul-Sul brasileira em saúde, durante o governo Lula, funcionou como um instrumento de Soft Power, e que, ao se analisar de forma mais aprofundada os temas, os países, as áreas geográficas, os fóruns, os números e o percentual de

projetos referentes aos anos de 2010 e 2011, pode-se perceber todas essas linhas de pensamento. Ganho de poder, fortalecimento de países do Sul, fortalecimento de potências emergentes, o caráter moral, ético e altruísta dos projetos encontram-se, todos, presentes dentro da cooperação brasileira em saúde.

A cooperação Sul-Sul brasileira em saúde, nesse sentido, encontra um campo profícuo quando articula políticas de saúde em um tema que possui êxito em suas estratégias de ação nacional (HIV/AIDS), e que também são referenciadas no âmbito internacional através de fóruns políticos como o IBAS e o BRICS.

Diante do exposto, conclui-se que a cooperação brasileira Sul-Sul em saúde constituiu-se como um instrumento de Soft Power durante o governo Lula, orientando o pensamento para a consideração de que, a cooperação em saúde promoveu maior inserção do país no Sistema Internacional, destacando-se de forma particular, os projetos de HIV/AIDS e os Bancos de Leite Humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. Histórico da Cooperação Técnica Brasileira. Disponível em <http://www.abc.gov.br/abc_por/webforms/interna.asp?secao_id=20&Idioma_id=1>. Acesso em 01/07/2012

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. (2007). Cooperação Técnica Brasileira em Saúde. **ViaABC**. Publicação da Agência Brasileira de Cooperação, março, 2007.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Diretrizes para o desenvolvimento da cooperação técnica internacional multilateral e bilateral**. 2ª ed. - Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2004.

ALMEIDA, C. et al. (2010). “A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010

ALMEIDA, J.A.G. (2009). **Rede Brasileira de Bancos de La Leche Humana. Cooperação Internacional**. Apresentação do Coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano na II Exposición Global Del Desarrollo Sul-Sul. Recebimento de Prêmio pela OMS e PNUD pela contribuição para o desenvolvimento humano no Hemisfério Sul em 2009.

ANVISA. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2008. Disponível em <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>> Acesso em 02/09/2012

ARISTIZÁBAL, A.B ET AL.(2010). La Cooperación Internacional Para El Desarrollo. Edición revisada. **Cuadernos De Cooperación Para El Desarrollo**.Nº.1. Editorial de la Universitat Politècnica de València

AYLLÓN, B. (2006). “O sistema Internacional de Cooperação ao Desenvolvimento e seu estudo nas Relações Internacionais: a evolução histórica e as dimensões teóricas”. **Revista de Economia e Relações Internacionais**. 5(8), 2006

AYLLON,B. (2007). “La Cooperación Internacional para el Desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la Teoría de las Relaciones Internacionales”. **Carta Internacional**. 2007

BARROS, R.P et al.(2001). “A Estabilidade Inaceitável: Desigualdade e Pobreza no Brasil”. **IPEA** (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Texto para Discussão, nº800. 2001

BESSA, F.(2006) Embrapa África: Assinatura de acordo estreita laços. Disponível em <[http://www.embrapa.br/imprensa/noticias/2006/foldernoticia.2006-07-03.1126368809/noticia.2006-07-10.8962230062/?searchterm=projetos cooperação na África](http://www.embrapa.br/imprensa/noticias/2006/foldernoticia.2006-07-03.1126368809/noticia.2006-07-10.8962230062/?searchterm=projetos%20coopera%C3%A7%C3%A3o%20na%20%C3%A1frica)>. Acesso em 15/11/2012

BOBBIO, N. (2007). **Estado, Governo e Sociedade. Por uma Teoria Geral da Política**. Editora Paz e Terra S/A. 14ª Edição. 2007. São Paulo. Brasil.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988). Art. 196. Seção II. Da Saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>

BRASIL. SENADO FEDERAL DO BRASIL. Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República. Lei 7.489/86. Disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=107260&norma=130255>> Acesso em 25/08/2012

BUSS, P. M. (2010). “Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da UNASUL saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)”. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, 4 (1):106-118. 2010

BUSS, P.M.; FERREIRA, J.R. (2011) “Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da UNASUL-Saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2699-2711, 2011

CABRAL, L. WEINSTOCK, L. (2010) “Brazilian technical cooperation for development. Drivers, mechanics and future prospects”. **Overseas Development Institute**, 2010. Disponível em <<http://www.odi.org.uk/resources/docs/6137.pdf>>. Acesso em 15/07/2012

CÁNEPA, M.A. (2011) . **Apoyo a la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana (BLH) Estudio de Caso**. Trabalho apresentado no 4º High Level Fórum on Aid Effectiveness in Busan, Korea, 2011.

CERVO, A. L. (2009). **Inserção Internacional, formação dos conceitos brasileiros**. Editora Saraiva, 2009, São Paulo.

_____. (1994). “Socializando o desenvolvimento; uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. **Rev. Bras. Polít. Int.** 37 (1): 37-63[1994]

CERVO, A.C; BUENO, C. (2011). **História da Política Exterior do Brasil**. Editora UNB, 4ª Ed. Brasília, 2011

COHN, A. (1989). Caminhos da Reforma Sanitária. **Lua Nova**. Nº.19 São Paulo Nov. 1989. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451989000400009&script=sci_arttext> Acesso em 01/08/2012

COMUNIDADE DE PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. Objetivos Gerais da CPLP. Disponível em <<http://www.cplp.org/id-46.aspx>> Acesso em 20/08/2012

COMUNIDADE DE PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA/ONUSIDA. **Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa. Situação Atual e Perspectivas Futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados**. 2ª Edição

CORRÊA, M. L. (2010). **Prática Comentada da Cooperação Internacional. Entre a hegemonia e a busca de autonomia**. Edição do Autor. Brasília, 2010

DIAS, R. (2011). **Ciência Política**. Editora Atlas. São Paulo. 2011

ESTEVEES, P; MAIA, F. N. C ET AL. (2011). “Os BRICS e a Agenda de Saúde Global”. **BRICS Policy Center – Policy Brief**. Núcleo de Cooperação Técnica e Ciência e Tecnologia, 2011.

FERREIRA, A.B. DE H. (1975). **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Editora Nova Fronteira, 1ª edição, Rio de Janeiro, 1975

FIGUEIREDO, M. T. **La Cooperación Horizontal em Salud desde Brasil**. Palestra do Chefe da Divisão de Projetos da Assessoria em Assuntos Internacionais em Saúde. Ministério da Saúde. Brasil, no I Fórum Sul Americano de Cooperação Internacional realizado no Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/redessul/ppt/022.ppt>>

FIOCRUZ. Rede Brasileira de bancos de leite humano. Cooperação Internacional. Disponível em < <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=271>> Acesso em 15/07/2012

_____. Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano no Haiti. Disponível em < <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=732&sid=271>> Acesso em 15/09/2012

_____. Bancos de Leite Humano na Ibero America. Disponível em http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=2 Acesso em 15/09/2012

_____. Programa Ibero Americano de Bancos de Leite Humano. Disponível em <<http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/>> Acesso em 02/02/2012

_____. XVII Reunião de Pontos Focais de Cooperação da CPLP Lisboa, 17 e 18 de Julho de 2008. Disponível em http://www.fiocruz.br/redeblh/media/xviirpfc_relf.pdf Acesso em 15/09/2012

_____. Objetivos. Programa Ibero Americano de Bancos de Leite Humano. Disponível em http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=65 Acesso em 15/09/2012

_____. Governo brasileiro doa fábrica de antirretrovirais para Moçambique. Disponível em <http://www.fiocruz.br/fiocruzbrasil/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=585&sid=6>. Acesso em 12/08/2012

FONSECA, C.M.O. (2010). Saúde Pública no Governo Vargas in FIDÉLIS, C; FALLEIROS, I (Org). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro, Fiocruz/COC;EPSJV, (p. 138-146).2010.

FORDELONE, T. Y. (2009). **Triangular Co-operation and Aid Effectiveness. Can triangular co-operation make aid more effective?** Paper apresentado para o evento Policy Dialogue on Development Co-operation (México City, 28-29 september 2009). Disponível em < <http://www.oecd.org/dac/46387212.pdf>> Acesso em 01/07/2012

GOLD,D et al. (2012). “Shifting Paradigm. How the BRICS are Reshaping Global Health and Development”. **Global Health Strategies initiatives (GHSI)**. 2012.

Disponível em <http://www.ghsinitiatives.org/downloads/ghsi_brics_report.pdf>
Acesso em 01/08/2012

GOMES, F. **Bancos de Leite Humano: contextualização e relevância**. 2007/2008. 39p. Monografia apresentada na Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto, 2007/2008.

GRANGEIRO, A. ET AL.(2009). “Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária”. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 26(1), 2009.

HELT, C. (2011). **Cooperação Triangular: O papel das parcerias na cooperação Sul-Sul**. Trabalho apresentado no I Fórum Sul-Americano de Cooperação em Saúde, Rio de Janeiro, Brasil. 2011. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/redessul/ProgramacaoDet.htm>>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES, AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 2005-2009. CINTRA, M. A.M.(Org). **IPEA: ABC**, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPACIAIS. Lançamento do CBERS-1. Disponível em <http://www.cbers.inpe.br/sobre_satelite/lancamento_cbers1.php>
Acesso em 15/11/2012

INTERFACE MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUB-EIXO:POLÍTICA EXTERNA. Cooperação Internacioanl. Disponível em <<http://i3gov.planejamento.gov.br>> Acesso em 15/08/2012

JONES, F. The history of Milk Banking. Human Milk Banking Association of North America. Disponível em <<https://www.hmbana.org/history>>. Acesso em 01/09/2012

LAFER, C. (1991). “Os novos valores do sistema internacional na década de 90”. **Publicação Estratégia, nº 8-9, 1991**. Instituto de Estudos Estratégicos e Internacionais.

KICKBUSCH, I ET AL.(2007). “Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health” **Bulletin of the World Health Organization**, March 2007, 85 (3). Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed17486216>> Acesso em 23/09/2012

KRAGELUNG, P. (2010). “The Potential Role of Non-Traditional Donor-s Aid in Africa”. **International Centre for Trade and Sustainable Development**. Issue Paper Nº 11.

LAL, R. (2010). “Inovação em Saúde. Direitos de Propriedade Intelectual e Acesso a Medicamentos Essenciais nos Países do IBAS. O que o IBAS Pode Oferecer para a Comunidade Global?” **Poverty in Focus (CIP-CI)**, Nº 21, 2010. Disponível em <<http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCPovertyInFocus21.pdf>> Acesso em 18/09/2012

LANCASTER, C. (2007). **Foreign Aid. Diplomacy, Development, Domestic Politics**. (Capítulos 1 e 2). The University of Chicago Press, United States, 2007

LIMA, M.R.S (2005). “A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul”. **Revista Brasileira de Política Internacional**, 48 (1): 24-59, 2005

LIMA, T. G. F M. S; CAMPOS, R. P. (2010). “O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em AIDS no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo”. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro.4(1):119-133, mar, 2010

LAFOZ, S. E. O MERCOSUL com Saúde. (2008). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde do MERCOSUL. Disponível em < <http://200.214.130.44/MERCOSULsaude/seminariointegracao2008/textos/MERCOSULcomSaude.pdf>> Acesso em 01/09/2012

MAIA, P.R.S ; ALMEIDA, J.A,G ; Novak, F.R; Silva,D. (2006). “A Rede Nacional de Bancos de Leite Humano:gênese e evolução”. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 6 (3): 285-292, jul. / set., 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31899.pdf>>Acesso em 28/12/2011

MARTINEZ, A. J.T .(2010). “La Cooperación Internacional Para El Desarrollo”. Edición revisada. **Cuadernos De Cooperación Para El Desarrollo**.Nº.1. Editorial de la Universitat Politècnica de València

MATOS, P. O. **Análise dos Planos de Desenvolvimento Elaborados no Brasil após o II PND**. 2002. 184.p. Dissertação (Mestrado em Ciências, Área de Concentração: Economia Aplicada). Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”. Universidade de São Paulo.

MEDICI, A; WEAVER, B.(2009). “ Políticas de Saúde e Blocos Econômicos”. **R. Bras. Risco e Seg**. Rio de Janeiro. 4 (8): 53-86, out. 2008/mar. 2009. Disponível em <http://www.rbrs.com.br/paper/download/RBRS8-3%20Andre%20Medici.pdf> Acesso em 22/09/2012

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR. Rodada Doha. Disponível em < <http://www.mdic.gov.br/sitio/interna/interna.php?area=5&menu=373>> Acesso em 23/09/2012

MINISTÉRIO DA FAZENDA. O Plano Real. Disponível em <http://www.fazenda.gov.br/portugues/real/planreal.asp>

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Disponível em < http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. Tratado Constitutivo da UNASUL. Disponível em < <http://www.itamaraty.gov.br/temas/america-do-sul-e-integracao-regional/UNASUL/tratado-constitutivo-da-UNASUL>>. Acesso em 25/08/2012.

_____. BRICS - Agrupamento Brasil-Rússia-Índia-China-África do Sul. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/mecanismos-inter-regionais/agrupamento-brics>>. Acesso em 20/08/2012

_____. Declaração de Sanya. Reunião de Líderes do BRICS, China, 14 de abril de 2011. Disponível em < <http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a>>

[imprensa/declaracao-de-sanya-2013-reuniao-de-lideres-do-brics-sanya-china-14-de-abril-de-2011](#)> Acesso em 15/09/2012

_____. 3ª Cúpula do IBAS. Declaração de Nova Delhi. Disponível em <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/3a-cupula-do-ibas-declaracao/view>> Acesso em 20/09/2012

_____. Fundo IBAS. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/fundo-ibas/print-nota>> Acesso em 19/09/2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DST-AIDS, HEPATITES VIRAIS. História da AIDS. Disponível em < <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>> Acesso em 10/09/2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2010). **Relatório de gestão 2009 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde / Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. (2010). **Fórum MERCOSUL para o Trabalho em Saúde**. Série D. Reuniões e Conferências. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

_____. (2007). **Mais Saúde Direito de Todos. 2008-2011**. Ministério da Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2007.

_____. (2010). Projetos de Cooperação Técnica Sul-Sul em saúde. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/projetos_cooperacao_220910_port.pdf> Acesso em 20/08/2012

_____. Carta do Rio (2011). Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/redessul/default.htm>. Acesso em 02/09/2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA-EXECUTIVA (2010). Cooperação Internacional. Eixo 7. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011 – Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva – 5ª Ed.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 164 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GOVERNO DO CHILE. UNASUL / Conselho De Saúde Sul-Americano /Acordo N° 02/09 -21/04/2009. Disponível em < <http://www.ocai.cl/unasur-portugues.pdf>> Acesso em 20/08/2012

MUGGAH, R; HAMANN, E. P. (2012). “Le Brésil et as généreuse diplomatie: un dragon amical ou un tigre de papier?” **Revue internationale de politique de développement**” 3: 1-12, 2012. Disponível em < <http://poldev.revues.org/955>> Acesso em 02/11/2012

NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE BIOÉTICA E DIPLOMACIA EM SAÚDE. Declaração de Pequim. Disponível em < http://www.bioeticaediplomacia.org/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=8&Itemid=82> Acesso em 15/09/2012

NYE JR, J. S (2004). **Soft Power**. The Means to Success in World Politics. Public Affairs. New York. 2004

_____. (2011). **The Future of Power**. Public Affairs. New York. 2011

OBJETIVOS do Milênio. Disponível em <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/>> Acesso em 10/06/2012

OLIVEIRA, H. A. (2012). **Brasil e China: Cooperação Sul-Sul e parceria estratégica**. Belo Horizonte: Fino Traço Editora.

_____. (2008). **Política Externa Brasileira**. Editora Saraiva. São Paulo. 2008

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (elaborada em 1946). Disponível em <http://www.who.int/governance/eb/whoconstitution_en.pdf>

_____. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf> Acesso em 08/09/2012

_____. Histórico. Disponível em <<http://www.who.int/about/history/en/index.html>>. Acesso em 01/06/2012

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Carta das Nações Unidas. Capítulo 1. Disponível em <<http://www.un.org/en/documents/charter/chapter1.shtml>>. Acesso em 25/08/2012.

_____. Declaração da UNGASS sobre HIV/AIDS de 2001. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2011/declaracao_compromissos_onu_pdf_97774.pdf>. Acesso em 01/10/2012

_____. (1994). **The Buenos Aires Plano of Action**. Special unit for TCDC, New York, 1994. Disponível em <<http://ssc.undp.org/content/dam/ssc/documents/Key%20Policy%20Documents/Buenos%20Aires%20Plan%20of%20Action.pdf>> Acesso em 01/08/2012

_____. (1948). Technical Assistance for Economic Development. Disponível em <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/043/71/IMG/NR004371.pdf?OpenElement>> Acesso em 10/11/2012

_____. (2002). Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo. Resolución 55/2. Disponível em <http://www.un.org/spanish/conferences/ffd/documentos/aconf1983.pdf>. Acesso em 20/10/2012

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-CONSELHO DE SEGURANÇA. Resolution 1308 (2000). Disponível em < <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/536/02/PDF/N0053602.pdf?OpenElement>> Acesso em 15/09/2012

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. The Universal Declaration of Human Rights. Article 25. Disponível em <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>. Acesso em 10/09/2012

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. História Institucional. 2011. Disponível em <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=885 &Itemid=672>. Acesso em 25/08/2012

_____. Declaração de Alma-Ata. Disponível em < http://www.paho.org/english/dd/pin/alma-ata_declaration.htm> Acesso em 20/05/2012

PAIVA, C.H.A; ALVES. F.A.P **A reforma Sanitária Brasileira em Perspectiva Internacional: Cooperação Técnica e Internacionalização do Sistema de Saúde Brasileiro.** Paper apresentado no III Encontro Nacional da Associação Brasileira de Relações Internacionais, 2011, São Paulo. III Encontro Nacional da ABRI. São Paulo: CAPES/FAPEMIG/FAPESP/IPEA/PUC-MG, 2011. v. 1.

PECEQUILO, C. S. (2008). “A Política Externa do Brasil no Século XXI: Os Eixos Combinados de Cooperação Horizontal e Vertical”. **Rev. Bras. Polít. Int.** 51 (2): 136-153 [2008]

PEREIRA, S. M. J.(2005). **Cooperação EU-ACP. A Dimensão Política dos Acordos.** Dissertação de Mestrado Universidade Técnica De Lisboa. Instituto Superior De Economia E Gestão. Mestrado em Economia e Estudos Europeus.

PIMENTA, C. ET AL. (2006). Acesso a tratamento de AIDS na Bolívia e Paraguai : cooperação internacional e mobilização social. Cristina Pimenta et al.(Org) in **Coleção ABIA. Políticas públicas** ; n.6. Rio de Janeiro : ABIA, 2006. 55p. : il. - (Coleção ABIA. Políticas públicas ; n.6)

PORTAL DA CASA DE OSWALDO CRUZ. Programa de difusão e intercâmbio sobre reforma sanitária (PRODIS): o sistema único de saúde do Brasil. Disponível em <<http://busca.coc.fiocruz.br/index.php?from=61&q=reforma>>. Acesso em 29/08/2012

PORTAL E OBSERVATÓRIO SOBRE INIQUIDADES EM SAÚDE. Determinantes Sociais da Saúde. Lista de Indicadores. Disponível em < <http://dssbr.org/site/2012/03/lista-de-indicadores-todos/#a-Obs-Ind-DSS>> Acesso em 01/09/2012

PUENTE, C. A. I. **A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa: evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD- período 1995-2005.** FUNAG, 2010

RODRIGUES, L. N. (2004). Nixon e a Tentação Multipolar. Instituto Portugues de Relações Internacionais. Conferência "Os Estados Unidos e a Ordem Internacional. Disponível em < <http://www.ipri.pt/investigadores/artigo.php?idi=8&ida=74>> Acesso em 29/09/2012

ROWLANDS, D. (2008). “Emerging Donors in International Development Assistance. A Synthesis Report” (paper). **Norman Paterson School of International Affairs. Carleton University**, 2008. Disponível em <http://web.idrc.ca/uploads/user-S/12278143331Synthesis_Final.pdf> Acesso em 15/07/2012

SARAIVA, M. G.(2007). “As estratégias de cooperação Sul-Sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007”. **Rev. Bras. Polít. Int.** 50 (2): 42-59 [2007]

SARAIVA, J. F. S. (2008). **História das Relações Internacionais Contemporâneas. Da sociedade internacional do século XIX à era da globalização.** Ed.Saraiva, 2^a Ed.2008.

SATO, E. (2010). “Cooperação internacional: uma componente essencial das relações internacionais”. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** 4(1):46-57, Rio de Janeiro, mar., 2010

SCHLÄGER, C. (2007). “New powers for global change? Challengers for International Development Cooperation: The case of Brazil” (Brief paper 2)”. **Friedrich Ebert Stiftung (FES) Berlin**, 2007. Disponível em <http://www.nuso.org/upload/fes_pub/schlager.pdf>. Acesso em 01/06/2012

SECRETARIA GERAL IBERO AMERICANA. Declaração de Bariloche. V Cúpula Ibero Americana de Chefes de Estado e Governo, San Carlos de Bariloche, Argentina,1995. Disponível em <<http://segib.org/cumbres/v-san-carlos-de-bariloche-argentina-octubre-1995/>> Acesso em 15/08/2012

_____. (2010). Manual Operativo de La Cooperación Iberoamericana. Aprobado en la XX Cumbre Iberoamericana de Mar del Plata (2010). Disponível em <<http://segib.org/programas/files/2011/02/MANUAL-OPERATIVO-2010.pdf>> Acesso em 02/09/2012

_____. (2011). Ibero America Coopera. Disponível em <http://segib.org/publicaciones/files/2011/03/Ibero-America-Coopera-PORT.pdf> Acesso em 15/09/2012

_____. (2007). Soporte Técnico para La implantación de La Rede IberoAmericana de Banco de Leche Humano. Disponível em <http://segib.org/upload/INICIATIVA%20BANCOS%20DE%20LECHE.pdf>. Acesso em 10/08/2012

SILVA, M. M. S. (2010). “Como Chegamos até aqui? Os Caminhos da Cooperação Sul-Sul”. Cooperação Sul-Sul. O Mesmo Jogo de Sempre ou um Novo Paradigma? **Poverty in Focus.** Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo. Grupo de Pobreza. Escritório de Políticas para o Desenvolvimento do PNUD. Nº 20

SILVESTRE, R. M. **A horizontalização da Cooperação Técnica Internacional: O caso das Funções Essenciais de Saúde Pública no Brasil.** 2007.127p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Universidade de Brasília, 2007.

SOUSA, S-L. J. DE (2008). Brasil como nuevo actor del desarrollo internacional. Artigo apresentado na conferencia “Does Aid Work? Can it work better?” organizada por North-South Institute em 17 e 18 de Junho de 2008 em Ottawa, Canada. Disponível em <http://www.fride.org/publicacion/462/brasil-como-nuevo-actor-del-desarrollo-internacional>. Acesso em 15/11/2012

SOUZA, V. B. **A Política Macroeconômica brasileira e o seu Impacto sobre a Economia Nacional**. Trabalho de Conclusão de Curso de Administração Noturno da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharelado em Administração. Porto Alegre, 2009.

SOUZA, A. M. (2011). “O Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS): Implicações e Possibilidades para a Saúde Pública no Brasil”. **IPEA. Texto para Discussão, 1615**. 2011. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/TD_1615_WEB.pdf> Acesso em 15/09/2012

TASCA, R. **Desafios dos sistemas de saúde dos países BRICS. Dados e informações selecionadas**. Unidade Técnica Serviços de Saúde OPAS/OMS Representação do Brasil, Janeiro 2012. Tradução Portal da Inovação na Gestão. Disponível em <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/04/Desafio-dos-sistemas-de-sa%C3%BAde-dos-BRICS.pdf>> Acesso em 13/09/2012

THE President Bush’s Address. Transcrição do Discurso do Presidente Bush no dia 20/09/2001 após os atentados de 11/09/2001. Disponível em <http://articles.cnn.com/2001-09-20/us/gen.bush.transcript_1_joint-session-national-anthem-citizens/5?s=PM:US> Acesso em 15/08/2012

THÉRIEN, J.F. (2002). “Debating foreign aid: right versus left”. **Third World Quarterly**. 23 (3):449-466. 2002

TRUMAN’S Inaugural Address, January 20, 1949. Discurso do Presidente Truman, Inaugural Address. Disponível em <<http://www.trumanlibrary.org/publicpapers/index.php?pid=1030&st=&st1=> Acesso em 25/08/2012

UNAIDS. World Aids Days Report. 2012. Disponível em http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/JC2434_WorldAIDSday_results_en.pdf

UNCTAD. História da I UNCTAD. Disponível em <<http://archive.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=3358&lang=1>. Acesso em 15/08/2012

UNICEF. Laços Sul-Sul 2007/2008. Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/07_08_LSSBooklet.pdf. Acesso em 15/10/2012

USHER, K. (2011). “Brazil. Aid from Below”. **International Affairs Review**. Vol XX, nº 1, summer 2011. Disponível em <http://www.iar-gwu.org/sites/default/files/articlepdfs/Usher_-_Aid_from_Below.pdf> Acesso em 15/07/2012

VILLA, T.C.S. (2001). “Saúde Internacional: Alguns Aspectos Conceituais Contemporâneos”. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 9(3):101-105, 2001

WIGHT, M. (2002). **A Política do Poder** (1913-72); Prefácio de Henrique Altemani de Oliveira; Trad. C. Sérgio Duarte (2a. edição) Brasília: Editora Universidade de Brasília, Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2002. Capítulos I, II, III, IV e V.

WORLD Trade Organization. Declaration on the Trips Agreement And Public Health. 2001. Disponível em < http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm>. Acesso em 01/11/2012

