



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Estudos Sociais e Políticos

Livia Liria Avelhan


**A Cooperação Técnica Sul-Sul Brasileira em Saúde: a Participação dos
Atores Domésticos**

Rio de Janeiro

2017

Livia Liria Avelhan

A Cooperação Técnica Sul-Sul Brasileira em Saúde: a Participação dos Atores Domésticos



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leticia de Abreu Pinheiro

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA IESP

| | |
|------|--|
| A949 | <p>Avelhan, Livia Liria. A cooperação técnica Sul-Sul brasileira em saúde: a participação dos atores domésticos / Livia Liria Avelhan. – 2017. 178 f.</p> <p>Orientador: Leticia de Abreu Pinheiro. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Sociais e Políticos.</p> <p>1. Processo decisório - Teses. 2. Brasil – Política externa - Teses. 3. Saúde – Teses. 4. Ciência Política – Teses. I. Pinheiro, Leticia de Abreu. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Estudos Sociais e Políticos. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 378(043.2)</p> |
|------|--|

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Livia Liria Avelhan

A Cooperação Técnica Sul-Sul Brasileira em Saúde: a Participação dos Atores Domésticos

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em: 13 de julho de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Leticia de Abreu Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Estudos Sociais e Políticos - UERJ

Prof. Dr.^a. Maria Regina Soares de Lima
Instituto de Estudos Sociais e Políticos - UERJ

Prof.^a Dr.^a Deisy de Freitas Lima Ventura
Universidade de São Paulo

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Roseley e Adivaldo, pelo apoio incondicional e pelo amor, sempre.

A minha irmã, Bruna, pelos conselhos e pela compreensão de quem faz parte do mundo acadêmico e sabe das dificuldades desse processo.

Às amigadas que o IESP me trouxe, Taísa, Larissa, Violeta, Leonildes, Nicole, Felipe, e Paulo, que amenizaram as dificuldades em viver no Rio e com os quais pude dividir angústias, incertezas e, principalmente, multiplicar sorrisos.

À minha orientadora, Leticia Pinheiro, não apenas pelas valiosas sugestões e atenção ao meu trabalho, mas também pelo carinho com que sempre me tratou. Sinto-me sortuda por tê-la como orientadora, pois, além de ser uma excelente profissional, é uma excelente pessoa.

Aos demais professores do IESP, especialmente ao Prof. Carlos Milani, pelos ensinamentos que muito colaboraram para minha formação profissional.

Aos demais funcionários do IESP, que, mesmo em meio a dificuldades, sempre estiveram dispostos a ajudar.

Aos meus amigos de quase uma década, Michelly, Bruno e Carla, por dividirem comigo as preocupações da vida adulta e pelo companheirismo de sempre.

À família que ganhei em São Paulo, Rafael, Erica, Sofia, Lourdes, Sebastião, Paula, Phillip e Guilherme, pelo carinho, amor e apoio sempre presentes em nossa convivência.

Por fim, agradeço especialmente ao Renato. Não sei se serei capaz de expressar em palavras o tamanho da minha gratidão por tê-lo em minha vida. Agradeço pelo amor, carinho, amizade, apoio, companheirismo, pelos conselhos, pelo consolo. Obrigada por sua alegria e confiança. A convivência diária só nos fortaleceu e reafirmou a certeza que tenho de que posso contar sempre com você.

RESUMO

AVELHAN, Livia Liria. *A Cooperação Técnica Sul-Sul Brasileira em Saúde: a Participação dos Atores Domésticos*. 2017. 178 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A cooperação técnica em saúde ofertada pelo Brasil aos países em desenvolvimento foi uma vertente importante da atuação internacional brasileira entre os anos de 2003 e 2015. Para que isso fosse possível, o governo investiu na mobilização de diferentes atores que pudessem apoiar e executar a política externa brasileira. Na área da cooperação em saúde, as principais instituições envolvidas são a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), vinculada ao Ministério das Relações Exteriores (MRE), o Ministério da Saúde (MS), cujo órgão designado a acompanhar as iniciativas de cooperação técnica é a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cujo setor responsável pela gestão dos projetos de cooperação é o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS). Tendo em vista que a pluralização de atores torna mais complexos a construção de consensos e o planejamento das atividades de cooperação, esta pesquisa objetiva estudar o processo decisório dos projetos de cooperação técnica sul-sul em saúde do qual fazem parte o MRE/ABC, o MS/AISA e a Fiocruz/CRIS. Mais especificamente, pretende-se analisar qual a função de cada um desses atores no processo decisório e de que maneira eles interagem para negociar a elaboração e execução dos projetos. Dessa maneira, busca-se compreender os procedimentos, funções, preferências e interesses envolvidos na construção da política externa brasileira de cooperação técnica em saúde e, assim, revelar a dimensão interna de uma das principais pautas da atuação internacional do Brasil do início do século XXI.

Palavras-chave: Processo Decisório. Cooperação Técnica Sul-Sul. Política Externa Brasileira. Saúde.

ABSTRACT

AVELHAN, Livia Liria. *South-South Brazilian Cooperation in Health: the Participation of the Domestic Actors*. 2017. 178 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The technical cooperation in health offered by Brazil to the developing countries was an important part of the Brazilian international insertion between 2003 and 2015. To make this possible, the government invested in the mobilization of different actors who could support and execute the Brazilian foreign policy. In the area of health cooperation, the main institutions involved are the Brazilian Cooperation Agency (ABC), belonging to the Ministry of Foreign Affairs (MRE), the Ministry of Health (MS), whose sector designated to deal with the technical cooperation initiatives is the International Health Advisory (AISA) and the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), whose sector responsible for the management of cooperation projects is the Center for International Relations in Health (CRIS). Considering that the pluralization of actors makes consensus building and planning of cooperation activities more complex, this research aims to study the decision-making process of south-south technical cooperation projects in health that includes MRE/ABC, MS/AISA and Fiocruz/CRIS. More specifically, this research intendeds to analyze the role of these actors in the decision-making process and how they interact to negotiate the elaboration and execution of the projects. Thus, it is sought to understand the procedures, functions, preferences and interests involved in the construction of the Brazilian foreign policy of technical cooperation in health and reveal the internal dimension of one of the main Brazilian international agenda at the beginning of the 21st century.

Keywords: Decision-making Process. South-South Cooperation. Brazilian Foreign Policy. Health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Investimento do Governo Federal em Cooperação Técnica (em R\$)_____47

Gráfico 2 – A Cooperação Sul-Sul do Brasil por segmento (2000-2014)_____66

Gráfico 3 – Evolução do Orçamento da ABC (1995-2013)_____83

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 – Linha do Tempo da ABC | 87 |
| Tabela 2 – Dispêndios do governo federal com a cooperação técnica internacional por órgãos federais (2011-2013) | 97 |
| Tabela 3 – Linha do Tempo da AISA | 98 |
| Tabela 4 – Recursos do governo federal repassados à Fiocruz para cooperação técnica internacional (2010-2003) | 104 |
| Tabela 5 – Linha do Tempo da Fiocruz/CRIS | 106 |
| Tabela 6 – Cargo de Chefe da AISA por Origem Profissional (1998-2017) | 131 |
| Tabela 7 – A Melhor Comunicação entre os Atores | 138 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 – Fluxo-Padrão de Recepção de Demanda_____ | 117 |
| Figura 2 – Influência Política dos Atores para o Estabelecimento dos Projetos (Fluxo-Padrão)_____ | 120 |
| Figura 3 – Influência Técnica dos Atores no Conteúdo dos Projetos_____ | 120 |
| Figura 4 – Influência Política dos Atores para o Estabelecimento dos Projetos (Fluxo Alternativo)_____ | 123 |
| Figura 5 – A Participação dos Atores na Fase de Implementação_____ | 126 |

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Participação e Função dos Atores Domésticos nos Projetos de Cooperação

Técnica em Saúde_____128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ABC | Agência Brasileira de Cooperação |
| ACI | Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz |
| AESA | Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde |
| AISA | Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APE | Análise de Política Externa |
| APE-PD | Análise de Política Externa e Processo Decisório |
| BRICS | Grupo de países formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul |
| CAESA | Coordenação-Geral de Assuntos Especiais em Saúde |
| CAD | Comitê de Assistência ao Desenvolvimento |
| CAI | Comissão de Assuntos Internacionais |
| CAIS | Coordenação de Assuntos Internacionais de Saúde |
| CES | Cooperação Estruturante em Saúde |
| CID | Cooperação Internacional para o Desenvolvimento |
| CNAT | Comissão Nacional de Assistência Técnica |
| CNS | Cooperação Norte-Sul |
| CONTAP | Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso |
| CPLP | Comunidade dos Países de Língua Portuguesa |
| CRIS | Centro de Relações Internacionais em Saúde |
| CSI | Comissão de Saúde Internacional |
| CSS | Cooperação Sul-Sul |
| CSSD | Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento |
| CTCI | Câmara Técnica de Cooperação Internacional |
| CTI | Cooperação Técnica Internacional |

| | |
|----------|---|
| CTPD | Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento |
| CTRM | Cooperação Técnica Recebida Multilateral |
| DCT | Divisão de Cooperação Técnica |
| EMBRAPA | Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| Fiocruz | Fundação Oswaldo Cruz |
| FUNAG | Fundação Alexandre de Gusmão |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| FUNEC | Fundo Especial de Cooperação Técnica |
| GIZ | Agência Alemã de Cooperação Técnica |
| GPM | Governmental Politics Model |
| GT-CIS | Grupo Temático em Cooperação Internacional em Saúde |
| IBAS | Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| ISAGS | Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde |
| JICA | Agência de Cooperação Internacional do Japão |
| Mercosul | Mercado Comum do Sul |
| MRE | Ministério das Relações Exteriores |
| MS | Ministério da Saúde |
| NGO | Non Governmental Organization |
| OBM | Organizational Behavior Model |
| OCDE | Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico |
| OEA | Organização dos Estados Americanos |

| | |
|-------------|---|
| OMC | Organização Mundial do Comércio |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PABA | Plano de Ação de Buenos Aires |
| PALOP | Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa |
| PEB | Política Externa Brasileira |
| PECS | Plano Estratégico de Cooperação em Saúde |
| PN-DST/Aids | Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmitidas e Aids |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| POPs | Procedimentos Operacionais Padrão |
| PSI | Programa de Saúde Internacional |
| RAM | Rational Actor Model |
| SENAI | Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde |
| SNS | Sistema Nacional de Saúde |
| SUBIN | Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SVS/MS | Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde |
| TC-41 | Termo de Cooperação nº 41 |
| TCU | Tribunal de Contas da União |
| Unasul | União de Nações Sul-Americanas |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 1 | O PROCESSO DECISÓRIO EM POLÍTICA EXTERNA..... | 21 |
| 1.1 | Os Modelos de Allison e Zelikow..... | 22 |
| 1.2 | Outras Contribuições da Análise de Política Externa..... | 28 |
| 1.3 | O Processo Decisório da Política Externa Brasileira – 2003-2014..... | 34 |
| 1.3.1 | <u>O Contexto.....</u> | 36 |
| 1.3.2 | <u>Os Desafios.....</u> | 39 |
| 1.4 | Política Externa e Política Pública..... | 41 |
| 1.5 | Considerações Parciais..... | 45 |
| 2 | A COOPERAÇÃO SUL-SUL BRASILEIRA EM SAÚDE..... | 47 |
| 2.1 | Saúde e Política Externa..... | 48 |
| 2.2 | A Cooperação Sul-Sul Brasileira para o Desenvolvimento..... | 52 |
| 2.2.1 | <u>Orientação Por Demanda.....</u> | 56 |
| 2.2.2 | <u>Não Condicionalidade.....</u> | 58 |
| 2.2.3 | <u>Multiplicidade de Atores.....</u> | 59 |
| 2.2.4 | <u>Projetos Estruturantes.....</u> | 61 |
| 2.3 | A Cooperação Brasileira em Saúde..... | 62 |
| 2.3.1 | <u>Saúde e Política Externa Brasileira.....</u> | 63 |
| 2.3.2 | <u>O Perfil da Cooperação Técnica Brasileira em Saúde.....</u> | 65 |
| 2.4 | Considerações Parciais..... | 72 |
| 3 | A COOPERAÇÃO SUL-SUL BRASILEIRA EM SAÚDE: PERFIL DOS PRINCIPAIS ATORES..... | 74 |
| 3.1 | O Ministério das Relações Exteriores..... | 74 |
| 3.1.1 | <u>A Agência Brasileira de Cooperação.....</u> | 76 |
| 3.2 | O Ministério da Saúde..... | 88 |
| 3.2.1 | <u>A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde.....</u> | 89 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.3 | A Fundação Oswaldo Cruz..... | 99 |
| 3.3.1 | <u>O Centro de Relações Internacionais em Saúde.....</u> | 100 |
| 4 | O PROCESSO DECISÓRIO DOS PROJETOS DE COOPERAÇÃO | |
| | TÉCNICA SUL-SUL EM SAÚDE..... | 108 |
| 4.1 | Instrumentos Oficiais de Aproximação entre os Atores..... | 109 |
| 4.2 | Aspectos Procedimentais..... | 116 |
| 4.3 | Aspectos Políticos..... | 129 |
| 4.4 | Aspectos Financeiros..... | 136 |
| 4.5 | Comunicação..... | 138 |
| 4.6 | O Nível de Institucionalização da Cooperação..... | 142 |
| 4.7 | Considerações Parciais..... | 144 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 146 |
| | REFERÊNCIAS..... | 153 |
| | ANEXO A – Lista de Entrevistados..... | 165 |
| | ANEXO B – Roteiro das Entrevistas..... | 166 |
| | ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 173 |
| | ANEXO D – Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde..... | 174 |

INTRODUÇÃO

A cooperação técnica ofertada pelo Brasil aos países em desenvolvimento foi uma vertente importante da política externa brasileira (PEB) entre os anos de 2003 e 2015, bem como a prioridade estratégica conferida às relações sul-sul. Principalmente durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), o Brasil passou a ser apresentado no cenário internacional como um ator de alto nível, com capacidade de negociação e portador de projetos inovadores. No governo de Dilma Rousseff (2011-2016), embora, no nível do discurso, as linhas gerais da PEB procurassem manter os ideais do governo Lula, a atenção destinada às questões internacionais diminuiu consideravelmente. Ademais, as dificuldades domésticas de cunho financeiro e político colaboraram para que a visibilidade internacional do país decrescesse, assim como a cooperação internacional brasileira. Essas alterações nas diretrizes da PEB, mesmo que sejam mais de intensidade do que de direcionamento, atestam que a política externa também é uma política pública, sujeita, portanto, às preferências políticas dos governantes e às demandas e conflitos de variados grupos domésticos.

Isso evidencia que, para que se compreenda a atuação externa dos Estados, é crucial atentar para os fatores domésticos que incidem, direta ou indiretamente, na formulação da política externa. Mais especificamente, assume-se que a política externa é influenciada por diversos fatores internos, sejam eles de natureza política, financeira ou burocrática. Nesse sentido, destaca-se que, para possibilitar um papel de maior destaque ao Brasil no cenário internacional no período citado no parágrafo acima, o governo investiu na “mobilização de múltiplas agências do Estado com agendas externas próprias ou complementares às linhas de ação do Itamaraty” (HIRST, LIMA E PINHEIRO, 2010, p. 23). Esse processo, denominado horizontalização, é caracterizado pela descentralização da condução da política externa, tradicionalmente sob responsabilidade quase exclusiva da dupla Ministério das Relações Exteriores (MRE) + Poder Executivo. Ou seja, outros atores passam a fazer parte da formulação e da implementação da PEB, com destaque para outros ministérios, como o da agricultura e o da saúde, e de outros órgãos públicos, como a Fiocruz. Sendo assim, no âmbito da cooperação, o Itamaraty perde o monopólio da execução da diplomacia, passando a compartilhá-la com instituições técnicas, cuja atuação é fundamental para a execução dos projetos (LIMA, 2000). Dessa maneira, a pluralização de atores, cada qual com uma bagagem institucional e burocrática distinta, torna mais complexos a construção de consensos e o planejamento das atividades.

Como consequência da melhoria das condições econômicas do país nesse período e do interesse político em participar ativamente no plano internacional, a oferta de cooperação foi vislumbrada como um instrumento promissor da política externa brasileira. Além do incremento quantitativo das atividades brasileiras de oferta de cooperação, houve também a construção de um arcabouço conceitual que procura diferenciar a cooperação internacional do Brasil da cooperação tradicional, colocando aquela como uma alternativa ou um complemento desta. Para isso, as principais características da cooperação técnica brasileira apresentadas oficialmente são a não condicionalidade, orientação por demanda, participação de múltiplos atores, priorização de projetos estruturantes. Para completar essa mudança em benefício da oferta de cooperação brasileira aos países em desenvolvimento, esta, anteriormente conhecida como cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD), passou a ser frequentemente denominada como cooperação sul-sul (CSS). Para que o aumento da cooperação executada pelo Brasil fosse possível, diversas agências do Estado foram chamadas a participar da formulação e implementação desses projetos. Nesse sentido, a política de cooperação é parte do processo de horizontalização do processo decisório da política externa brasileira.

Recentemente, a diplomacia da saúde passou a ser implementada pelo Brasil como uma estratégia de *soft power*¹ em busca de um papel de maior destaque e relevância na ordem mundial emergente. Mais especificamente e de maior interesse para os fins deste trabalho, deve-se ressaltar que a cooperação técnica internacional oferecida pelo país nessa área pode ser considerada parte fundamental nos esforços de consolidação de uma diplomacia brasileira da saúde global. No contexto brasileiro, assim como acontece de maneira geral, saúde e política externa estão imbricadas de diversas maneiras, sendo uma delas a atuação em cooperação técnica internacional.

Tendo em vista que a saúde figura, regularmente, entre as três principais áreas de atuação do Brasil em projetos ofertados de cooperação técnica sul-sul (IPEA, 2016), não há dúvida de que é um setor relevante para a política externa de cooperação técnica brasileira. A saúde é um importante determinante do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), está diretamente vinculada às condições econômicas e sociais dos Estados e reflete, especialmente do ponto de vista das relações internacionais, as mudanças econômicas, sociais e políticas de

¹ Termo criado por Joseph Nye nos anos 80, *soft power* ou poder brando, conforme comumente traduzido para o português, é a capacidade de persuadir outros a fazer o que se pretende, ou seja, moldar atitudes e preferências através da cultura, dos ideais políticos e de políticas. Quando, ao invés da coerção, usa-se a força de ideias, conhecimentos e valores para legitimar ações perante o outro, o poder brando está sendo reforçado (NYE, 2004).

âmbito global. Em 2011, três bilhões de pessoas – a maioria localizada nos países em desenvolvimento – ainda viviam em condições sanitárias precárias (KOURISLSKY, 2011, apud. VENTURA, 2013). Nos países de renda média e baixa, existem grandes limitações na capacidade de formulação e implementação de políticas públicas sanitárias que supram as necessidades populacionais (BUSS; FERREIRA, 2010). Dois dos principais problemas enfrentados por esses países – a fragilidade dos sistemas de saúde e a insuficiência quantitativa e qualitativa dos profissionais da área – são também o foco da oferta brasileira de cooperação em saúde, denominada como cooperação estruturante em saúde.

As principais instituições brasileiras geralmente mobilizadas para atender às demandas pelos projetos de cooperação técnica sul-sul em saúde são a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) – vinculada ao Ministério das Relações Exteriores (MRE) –, o Ministério da Saúde (MS), cujo órgão designado a acompanhar as iniciativas de cooperação técnica é a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cujo setor responsável pela gestão dos projetos de cooperação é o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS). Portanto, para implementar os projetos de cooperação técnica em saúde no exterior, diversos atores domésticos precisam atuar em conjunto, o que exige articulação e coordenação entre instituições que não fazem parte das mesmas estruturas burocráticas.

Visto isso, o objetivo geral desta dissertação é analisar o processo decisório dos projetos de cooperação técnica sul-sul em saúde do qual fazem parte o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Saúde e a Fiocruz. Busca-se compreender os procedimentos, funções, preferências e interesses envolvidos na construção da política externa brasileira de cooperação técnica em saúde e, assim, revelar a dimensão interna de uma das principais pautas da atuação internacional do Brasil entre os anos de 2003 e 2015. Os objetivos específicos incluem: 1) identificar as tendências da política externa brasileira que possibilitaram a diversificação de atores em seu processo decisório; 2) estudar as características da cooperação sul-sul brasileira em saúde e seu processo de inserção na agenda da PEB; 3) apresentar o perfil institucional da ABC/MRE, da AISA/MS e do CRIS /Fiocruz; 4) examinar as relações interburocráticas e identificar os principais pontos de convergência e divergência entre os três atores em questão.

O estudo realizado possui, sobretudo, caráter exploratório, e foram adotadas diferentes metodologias, tais como a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a pesquisa de campo. No desenvolvimento da primeira parte do trabalho, a pesquisa bibliográfica teve maior espaço, especialmente no que diz respeito à revisão das contribuições teóricas sobre Análise de Política Externa (APE), sobre a política externa brasileira e a cooperação técnica sul-sul do Brasil.

Sendo assim, para esses temas, foram estudadas bibliografias relevantes na área, como livros e artigos científicos. Para caracterizar a cooperação técnica sul-sul na área da saúde, bem como o perfil institucional do MRE/ABC, MS/AISA e Fiocruz/CRIS, além da revisão da literatura disponível sobre o tema, foram consultados documentos primários, como relatórios, decretos, portarias e documentos oficiais do MRE/ABC, do MS/AISA e da Fiocruz/CRIS.

Em relação ao processo decisório dos projetos de cooperação em saúde, a principal técnica utilizada foi a análise de entrevistas semiestruturadas realizadas com representantes das três instituições estudadas. A escolha dos entrevistados foi guiada pelo grau de envolvimento dos atores com a condução dos projetos de cooperação em saúde, levando-se em conta os cargos ocupados. Ou seja, optou-se por entrevistar funcionários que ocupassem cargos de alta relevância nas instituições em questão em detrimento de uma maior quantidade de entrevistas. A lista de entrevistados, bem como os cargos ocupados por eles, encontra-se no Anexo A e compreende um total de seis pessoas (dois representantes do MRE/ABC, dois do MS/AISA e dois da Fiocruz/CRIS) que atuam ou atuaram, durante o período 2003-2015, como diretores e/ou analistas de cooperação das instituições citadas. As entrevistas, cujo roteiro encontra-se no Anexo B, foram realizadas, pessoalmente, em Brasília e no Rio de Janeiro e todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponível no Anexo C. Todos os entrevistados, exceto um, permitiram sua identificação e a gravação das entrevistas, que foram posteriormente transcritas e analisadas conforme os objetivos da pesquisa. Para a referência textual às entrevistas e a citação de trechos de falas, optou-se pela não identificação direta dos entrevistados, visto que, além da preferência de um dos entrevistados pela não identificação, pretende-se evidenciar o caráter institucional de suas experiências. Sendo assim, os entrevistados são referidos apenas pela sua vinculação institucional: “entrevistado da ABC”, “entrevistado da AISA” e “entrevistado da Fiocruz”, sem especificação de nomes ou cargos.

A dissertação está dividida em quatro capítulos. No primeiro, com base no aporte teórico da Análise de Política Externa e, complementarmente, em alguns conceitos da Análise de Política Pública, procura-se compreender, as relações interburocráticas relacionadas ao processo decisório em política externa de maneira geral. Esse estudo está embasado, primordialmente, nas obras de Allison e Zelikow (1999) e de Hill (2003a, 2003b). Posteriormente, são analisadas as tendências da política externa brasileira que possibilitaram a maior interação entre atores tradicionais e não-tradicionais em seu processo decisório. O referencial teórico de apoio está concentrado em obras que são referência no tema, como as de Milani e Pinheiro (2013), Cason e Power (2009), Pinheiro (2009) e Lima (2013).

O segundo capítulo aborda, inicialmente, algumas considerações teóricas sobre as conexões entre saúde e política externa, com base nas obras de Kickbusch (2011), Fidler (2005) e Kickbusch, Silberschmidt e Buss (2007). Em seguida, são analisados os principais aspectos da cooperação brasileira para o desenvolvimento e traça-se o perfil da cooperação técnica brasileira na área da saúde.

No terceiro capítulo, são apresentados os perfis institucionais da Agência Brasileira de Cooperação, vinculada ao Ministério das Relações Exteriores; da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, do Ministério da Saúde, e do Centro de Relações Internacionais em Saúde, pertencente à Fiocruz. Tais apresentações incluem um histórico institucional e características burocráticas e organizacionais de cada um deles, como organogramas e questões orçamentárias.

O quarto capítulo trata da temática principal desta dissertação, ou seja, o processo decisório dos projetos de cooperação técnica sul-sul em saúde que envolvem a ABC/MRE, a AISA/MS e o CRIS/Fiocruz. Com base na análise de conteúdo das entrevistas realizadas, busca-se examinar as relações interburocráticas, as dinâmicas e os procedimentos que fazem parte desse processo. A análise está dividida em cinco tópicos temáticos: 1) instrumentos oficiais de aproximação entre os atores; 2) aspectos procedimentais; 3) aspectos políticos; 4) aspectos financeiros e 5) comunicação.

A última seção, que aborda as considerações finais, procura sistematizar os principais pontos abordados pela dissertação ao longo de todos os seus capítulos e traz a discussão dos principais resultados da análise realizada, bem como as limitações da pesquisa e a sugestão de novas questões para futuros estudos. Além disso, esse último capítulo busca explicitar a contribuição deste trabalho tanto para o campo da análise de política externa, ao evidenciar a importância do estudo do nível interno de uma política executada no exterior, quanto para a área da cooperação técnica brasileira sul-sul em saúde.

1 O PROCESSO DECISÓRIO EM POLÍTICA EXTERNA

Desde o início dos estudos da área de Relações Internacionais, seguindo a corrente teórica do realismo e, em menor medida, do liberalismo, as ações de política externa são atribuídas, principalmente, aos Chefes de Estado e às chancelarias. O nível sistêmico é visto pelos realistas como preponderante para explicar as ações dos Estados no plano externo e estes são, tradicionalmente, considerados os atores mais aptos a fazer a conexão entre o ambiente doméstico e o internacional. Sendo assim, o Estado (e seus representantes) figura como ator dominante no sistema internacional e, especificamente no caso do realismo, o Estado é visto como um ator monolítico.

No entanto, principalmente após o fim da Guerra Fria, cresceu a atenção dos analistas a respeito dos determinantes domésticos das relações internacionais, especialmente sobre a participação de outros atores (diferentes dos chanceleres e Chefes de Governo) na política externa e na política internacional. Esses “outros” atores têm natureza variada e podem ser outras agências de governo, outros ministérios – para além dos Ministérios de Relações Exteriores – e atores não estatais. Em suma, são atores pertencentes à alçada de secretarias e repartições de relações internacionais de vários ministérios ou outros órgãos públicos e também atores que não fazem parte da esfera governamental, mas que têm atuação internacional, seja com ou sem diálogo com os órgãos governamentais responsáveis oficialmente pela política exterior. Sendo assim, para as análises de política externa, destaca-se a ampliação de temas e atores no processo decisório, incluindo as disputas interburocráticas e intraburocráticas, o papel do líder e a estrutura procedimental de órgãos públicos ou privados.

No Brasil, além do final da Guerra Fria, a redemocratização, a globalização intensificada e a abertura econômica também foram variáveis que colaboraram para a pluralidade de participação na política externa. Ainda que esses eventos não tenham ocorrido todos simultaneamente, eles representam o pano de fundo que favoreceu, entre os anos 80 e 90, o início da pluralização da arena decisória da política externa brasileira (PEB). Diante desse novo cenário, o Ministério das Relações Exteriores (MRE ou Itamaraty), ator tradicional da política externa brasileira, teve de lidar com o envolvimento de outros setores nos assuntos da PEB, fenômeno esse intensificado durante a primeira década dos anos 2000 e presente no processo decisório dos projetos de cooperação técnica sul-sul do Brasil, que são de especial interesse para este trabalho.

Visto isso, com base no aporte teórico da Análise de Política Externa e, complementarmente, em alguns conceitos da Análise de Política Pública, este capítulo procura compreender, em um primeiro momento, as relações interburocráticas relacionadas ao processo decisório em política externa de maneira geral e, em um segundo momento, as tendências da política externa brasileira que possibilitaram a maior interação entre atores tradicionais e não-tradicionais em seu processo decisório.

Para embasar o estudo do processo decisório em política externa, serão utilizadas, primordialmente, as obras de Allison e Zelikow (1999) e de Hill (2003a, 2003b). Não obstante a existência de diversos modelos de análise de processo decisório em política externa, os modelos aqui expostos serão os três formulados por Allison e Zelikow (1999), pois são modelos que, em conjunto, abarcam uma diversidade de óticas de estudo e um deles é particularmente adequado à reflexão contida nesta dissertação. No estudo sobre o processo decisório da política externa brasileira, o referencial teórico está concentrado em obras que são referência no tema, como as de Milani e Pinheiro (2013), Cason e Power (2009), Pinheiro (2009) e Lima (2013). Complementarmente, para tratar das contribuições da análise de políticas públicas e suas aproximações com a política externa, serão abordadas principalmente as obras de Milani e Pinheiro (2013), Ratton Sanchez et. al. (2006), Lowi (1972) e Souza (2006).

1.1 Os Modelos de Allison e Zelikow

A obra seminal de Snyder, Bruck e Sapin, publicada em 1954, foi pioneira em ressaltar a importância do plano doméstico, principalmente o processo decisório, nas análises de política externa. O trabalho, ao resgatar a contribuição da corrente liberal para o campo de reflexão das relações internacionais, trouxe como variáveis importantes o foco na unidade decisória enquanto interessada em atingir um objetivo, a natureza processual do campo, a influência de aspectos tanto internos quanto externos na tomada de decisão e os limites existentes, tais como incertezas e prazos (STUART, 2008). Observa-se, portanto, que a subárea da Análise de Política Externa e Processo Decisório (APE-PD), nas décadas de 1950 e 1960, começou a questionar a visão do Estado como um ator único e homogêneo (modelo conhecido como “caixa preta” ou “ator unitário”) e o sistema internacional como determinante exclusivo das ações governamentais. Ou seja, os especialistas em APE-PD explicitavam o papel crucial dos indivíduos e das instituições na formulação das políticas exteriores.

Ainda durante a Guerra Fria, e com uma visão convergente à de Snyder, Bruck e Sapin, surgiram outras importantes obras que sublinhavam a influência dos aspectos domésticos na

política externa. A de Margaret e Harold Sprout (1956), sobre a importância das percepções e interpretações individuais e de grupos constituintes da arena decisória acerca do contexto internacional, forneceu uma diferenciação entre os ambientes psicológico (modo como a situação é vista pelo tomador de decisão, impactando na estratégia que será utilizada para resolvê-la) e operacional (“realidade objetiva” que determina o fracasso ou sucesso da política externa em questão) (STUART, 2008). Em 1967, foi publicada a obra *Domestic Sources of Foreign Policy*, de Rosenau, que defende a ideia de que atores e fatores domésticos não são menos relevantes para o conteúdo da formulação da política externa do que o contexto internacional (ROSENAU, 1967).

Em 1971, outra obra paradigmática foi publicada. Trata-se de *Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*, de Graham Allison, cuja originalidade consistiu na análise exemplar do processo decisório relacionado à Crise dos Mísseis, revelando a importância do ambiente político doméstico para as decisões que, até então, eram discutidas e estudadas nos termos da lógica do sistema internacional e destacando o papel crucial de fatores burocráticos e psicológicos na formulação de políticas externas (HILL, 2003b). A segunda edição da obra foi publicada em 1999, em parceria com Phillip Zelikow. Mais detalhadamente, Allison abordou três modelos de análise da tomada de decisão em política externa.

O primeiro e mais utilizado para explicar decisões em política externa, denominado Modelo do Ator Racional (*Rational Actor Model* – sigla RAM em inglês), está ligado aos conceitos e hipóteses do realismo, já que esse modelo considera que a resposta dos Estados aos problemas externos é definida de acordo com a natureza do sistema/estrutura internacional, sem qualquer interferência doméstica nas escolhas governamentais. No que diz respeito à racionalidade, o modelo procura destacar o princípio da consistência entre metas e objetivos relacionados à determinada ação em política externa para que haja coerência e a escolha da melhor alternativa possível.

O Modelo do Ator Racional também é conhecido como “modelo clássico” porque

the assumption that occurrences in foreign affairs are the *acts of nations* has been so fundamental to thinking about such problems that the underlying model has rarely been recognized: to explain an occurrence in foreign policy simply means to show how the government could have rationally chosen that action (ALLISON E ZELIKOW, 1999, p. 15-16, grifo dos autores)².

² “A suposição de que os acontecimentos em relações internacionais são os *atos de nações* tem sido tão fundamental para pensar sobre assuntos externos que o modelo subjacente [RAM] raramente tem sido reconhecido: explicar os acontecimentos em política externa significa simplesmente mostrar como o governo pode ter racionalmente escolhido aquela ação” (ALLISON E ZELIKOW, 1999, p. 15-16, grifo dos autores, tradução nossa).

O RAM também pode ser chamado de “modelo do ator unitário”, já que, neste modelo, os Estados ou outras instituições envolvidas no processo decisório em política externa são tratados como indivíduos que expressam preferências e agem tendo em vista o princípio da utilidade e do custo-benefício.

O núcleo duro do realismo clássico conta, então, com dois princípios básicos do RAM: 1) Estados unitários são os principais atores das relações internacionais e 2) os Estados agem racionalmente, calculando os custos e benefícios que diferentes ações podem ter e escolhendo a atitude que tenha a maior utilidade. A lógica desse modelo é a de que atores têm objetivos específicos e buscam maximizar utilidades, sendo assim, o modelo também é útil para explicar as ações de atores não-estatais ou não-governamentais.

Allison e Zelikow indicam que o RAM é o modelo mais utilizado pelos analistas – e cidadãos comuns – para explicar ou entender o comportamento dos governos em política externa. Os autores esclarecem que é um modelo muito útil para alguns tipos de análise, mas é importante que seja complementado com estudos que revelem o que há dentro da “máquina governamental”, ou seja, as organizações e atores políticos envolvidos nos processos políticos (ALLISON; ZELIKOW, 1999).

É para resolver essa lacuna que outros dois modelos são desenvolvidos: o do Comportamento Organizacional (*Organizational Behavior Model* - OBM na sigla em inglês) e o da Política Governamental (*Governmental Politics Model* – GPM na sigla em inglês). Baseado na Teoria das Organizações, o Modelo do Comportamento Organizacional considera que as decisões são resultados da ação de diferentes organizações governamentais pautadas por procedimentos operacionais já estabelecidos. No OBM, “os sujeitos nunca são chamados de indivíduos ou governos. Nas explicações do Modelo II [OBM], os sujeitos são organizações e seu comportamento é explicado em termos de objetivos e práticas comuns aos membros da organização, e não àqueles pertencentes a um ou outro indivíduo” (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 144). Enfatiza-se, portanto, a lógica, as capacidades, a cultura organizacional³ e os procedimentos das grandes organizações que constituem um governo, pois,

to be responsive to a wide spectrum of problems, governments consist of large organizations, among which primary responsibility for particular tasks are divided. Each organization attends to a special set of problems and acts in quasi-independence on these problems [...]. Thus, government behavior relevant to any important problem reflects the independent output of several organizations, partially coordinated by government leaders. Government leaders can substantially disturb, but rarely precisely control, the specific behavior of these organizations. To perform complex

³ Cultura organizacional pode ser definida como “a set of beliefs the members of an organization hold about their organization, beliefs, they have inherited and pass on to their successors” (ALLISON E ZELIKOW, 1999, p. 153).

tasks, the behavior of large number of individuals must be coordinated. Coordination requires standard operating procedures: rules according to which things are done (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 143)⁴.

A rotina burocrática é, portanto, essencial para a compreensão deste modelo. Em comparação com o Modelo do Ator Racional, o que o Modelo do Comportamento Organizacional chamaria de resultado/produto, o primeiro chamaria de “ações” e “escolhas”. Ademais, Allison e Zelikow afirmam que, pela perspectiva do OBM, dispondo de algumas informações sobre organizações que constituem um governo, suas rotinas e procedimentos-padrão, um analista pode aprimorar algumas expectativas relacionadas ao Modelo do Ator Racional.

O Modelo do Comportamento Organizacional evidencia, assim, que organizações criam capacidades, constroem comportamentos, a cultura organizacional molda as atitudes de indivíduos membros da organização, chegando a criar identidades. Para finalizar a apresentação do OBM, é pertinente destacar alguns elementos gerais que fazem parte deste modelo: a ação é vista como um resultado organizacional; são utilizados Procedimentos Operacionais Padrão (POPs (ou SOPs, em inglês)); destaca-se a importância da coordenação e controle; a ideia de que a existência de capacidades específicas dentro de uma organização influencia a escolha do governo; as prioridades da organização moldam a implementação de ações e valorizam o planejamento de longo prazo (ALLISON; ZELIKOW, 1999). Segundo Figueira (2009), no Modelo do Comportamento Organizacional,

a origem das ações dos atores são menos escolhas deliberadas de líderes e mais resultados das grandes organizações modelando os tipos de comportamento [...]; cada organização ocupa-se de um conjunto particular de problemas com uma independência quase que total; os atores agem submetidos às regras formais de funcionamento da organização, sendo as preferências moduladas pelos procedimentos burocráticos. As decisões políticas, portanto, são resultados da interação entre as diversas organizações governamentais, que seguem procedimentos operacionais padrões, o que significa que nesse modelo as burocracias não são consideradas atores políticos e sim administradores que executam ações mediante a inércia burocrática, buscando cristalizar políticas e preferências [...], ou seja, as amarras burocráticas impedem o indivíduo de agir (FIGUEIRA, 2009, p. 41).

⁴ “Para serem responsivos a um grande espectro de problemas, os governos são formados por grandes organizações, entre as quais responsabilidades principais relativas a tarefas específicas são divididas. Cada organização responde por um certo conjunto de problemas e atuam quase independentemente em relação a esses problemas [...]. Assim, o comportamento governamental referente a qualquer problema importante reflete resultados independentes de várias organizações, parcialmente coordenadas por líderes do governo. Líderes do governo podem alterar substantivamente, mas raramente podem controlar, o comportamento específico dessas organizações. Para realizar funções complexas, o comportamento de um grande número de indivíduos deve ser coordenado. Coordenação requer procedimentos operacionais padronizados: regras de acordo com as quais as coisas são feitas (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 143, tradução nossa).

Já o Modelo da Política Governamental (GPM) foca no “jogo político” presente na manutenção de um governo. De acordo com esse modelo, os eventos de política externa são resultados de barganhas e compromissos entre diferentes atores em distintas posições de poder na estrutura governamental. Sendo assim, as decisões de política externa são produtos de um processo político que não é diferente do que ocorre com as políticas domésticas (LIMA, 2013). Diferentemente do RAM, por exemplo, o GPM vê, ao invés de um ator unitário agindo racionalmente, vários atores agindo como jogadores e tendo em mente estratégias e questões intranacionais. Allison e Zelikow apontam que cada um desses jogadores possui “bagagens” distintas, incluindo diferentes conceitos de objetivos nacionais, organizacionais e pessoais. Os líderes políticos

at the top of the apparatus are joined by officials who occupy positions on top of major organizations to form a circle of central players, central in relation to the particular decision or outcome [...]. Some participants are mandatory; others may be invite or elbow their way in. Beyond the central arena, successive, concentric circles encompass lower level officials in the executive branch, the press, NGOs, and the public. Ongoing struggles in outer circles help shape decision situations among players who can affect the government's choice and action in the case in question. So Model III [GPM] focuses on those who are actually engaged in this interaction (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 255-256)⁵.

Percebe-se que, de acordo com o Modelo da Política Governamental, é previsível que cada instituição, na figura de seu(s) representante(s), procure chamar atenção para os aspectos de um determinado assunto que tenham mais relação com sua área de atuação. Antes disso, dentro das próprias instituições, há praticamente o mesmo esforço no sentido de que os representantes de diferentes setores se esforcem para levar os temas de seu domínio para serem abordados pelo indivíduo que for negociar junto aos representantes de outras instituições⁶. Portanto, para compreender por que certa decisão governamental foi tomada, é necessário identificar os

⁵ “Que estão no topo do aparelho estatal, associam-se com funcionários que ocupam posições de destaque de grandes organizações para formar um círculo de jogadores centrais, essenciais em relação a decisões ou resultados específicos [...]. A presença de alguns participantes é obrigatória; outros podem ser convidados ou podem conquistar participação. Fora da arena central, círculos sucessivos, concêntricos, abrangem funcionários do Poder Executivo de nível mais baixo, a imprensa, as ONGs e o público. Conflitos em curso nos círculos externos ajudam a moldar decisões entre jogadores que podem influenciar a escolha/ação do governo. Assim, o Modelo III [GPM] foca naqueles que estão realmente engajados nessa interação (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 255-256, tradução nossa).

⁶ “Each player is forced to fix upon his issues for that day, deal with them on their on terms, and rush on to the next. Thus, the character of emerging issues and the pace at which the game is played converge to yield government “decisions” and “actions” as *collages*. Choices by one player (e.g., to authorize action by his department, to make a speech, or to refrain to acquire certain information), resultants of minor games [...], resultants of central games (e.g., decisions, actions and speeches bargained out among central players), and foul-ups (e.g., choices that are not made because they are not recognized or are raised too late, misunderstandings, etc.) – these pieces, when stuck to the same canvas, constitute government behavior relevant to an issue” (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 257).

processos e atores presentes, incluindo aqueles internos a cada instituição, expor as coalizões formadas e as barganhas envolvidas.

Os autores destacam algumas consequências desse aumento no número de atores no processo decisório. Um maior número de participantes colabora para que diminua a tendência de se interpretar mal alguma questão, negligenciar interesses relevantes ou subestimar consequências das ações. Por outro lado, haverá a inclusão de interesses adicionais e autônomos, o que leva à probabilidade de que as preferências sejam alteradas ou de que as preferências de alguns membros dominem em detrimento das preferências dos demais.

O avanço do Modelo da Política Governamental em relação ao Modelo do Comportamento Organizacional é que, neste último,

actions explained by organizational behavior are those in which the identity of particular individuals is practically irrelevant; the organization designs its specialized routines precisely in order to achieve such irrelevance. Here [Governmental Politics Model] we deal with individuals who goes beyond routines to be come active, strategic players (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 273)⁷.

Em outras palavras, o GPM aborda a relação entre burocracia e política, pois os mesmos atores podem agir ora como administradores públicos, classificando suas decisões como “técnicas”, ora como políticos, fazendo escolhas de caráter primordialmente político (ou ideológico) (FIGUEIRA, 2009). No GPM, uma ação governamental pode ser vista como um resultado político:

resultants in the sense that what happens is not chosen as a solution to a problem but rather results from compromise, conflict and confusion of officials with diverse interests and unequal influence; *political* in the sense that the activity from which decisions and actions emerge is best characterized as bargaining along regularized channels among individual members of the government (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 294-295, grifo dos autores)⁸.

Sendo assim, as decisões em política externa no âmbito governamental podem ser vistas como algo que envolve jogos simultâneos e sobrepostos entre atores que ocupam diferentes posições

⁷ “Ações explicadas por comportamento organizacional são aquelas em que a identidade dos indivíduos é praticamente irrelevante; a organização, através de suas rotinas especializadas, busca alcançar essa irrelevância. Aqui [no Modelo de Política do Governo] lidamos com indivíduos que vão além das rotinas para serem jogadores ativos e estratégicos” (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 273, tradução nossa).

⁸ “*resultado* no sentido de que o que acontece não é escolhido como uma solução para um problema, mas resulta de compromisso, conflito e confusão de funcionários com diversos interesses e influências desiguais; *político* no sentido de que a atividade da qual as decisões e ações emergem é melhor caracterizada como barganha através de canais regularizados entre membros do governo” (ALLISON; ZELIKOW, 1999, p. 294-295, grifo dos autores, tradução nossa).

dentro do governo. Devido a isso, é maior a possibilidade de ocorrerem falhas de comunicação e expectativa (ALLISON; ZELIKOW, 1999).

Além de algumas já citadas, existem outras características presentes no GPM que merecem menção. Entre elas, destacam-se: 1) a qualidade das decisões tomadas: no sentido de que, quanto maior o número de participantes, mais e variadas informações estarão disponíveis para que o grupo tome decisões; entretanto, informações e análises em excesso podem gerar paralisia decisória; 2) quem decide: as ações podem variar de acordo com características individuais dos representantes; por exemplo, participantes podem incorporar em maior ou menor medida pelos valores/missão/programas/rotinas da organização representada e, além disso, decisores de nível mais alto têm maior liberdade para priorizar seus próprios objetivos, ao passo que especialistas tendem a ser mais influenciados por estudos teóricos e burocratas de nível mais baixo são mais propensos a decidirem de forma mais automática, seguindo casos ocorridos anteriormente; 3) *groupthinking*: dentre os possíveis conflitos de grupo (gerados pelos diferentes papéis de cada participante na divisão de poderes ou características próprias dos participantes), são citados a hesitação, sentimento de incerteza e *stress*, que podem causar uma reação de “evasão defensiva” (comportamentos como exagerar nas consequências positivas, subestimar pontos negativos, negar incertezas, etc.), sendo assim, conclui-se que decisões mais importantes são tomadas em grupos menores (em que tende a haver maior coesão); 4) complexidade de ações conjuntas: quanto maior e mais variadas são as instituições participantes, mais complexo se torna o processo decisório (cresce o número de ramificações decisórias e diminui a precisão das decisões) (ALLISON; ZELIKOW, 1999).

Com base nos modelos do Comportamento Organizacional (OBM) e da Política Governamental (GPM), a última seção do capítulo 4 desta dissertação procurará identificar traços que apontam para um modelo em detrimento de outros na dinâmica de interação entre os principais atores envolvidos na política brasileira de cooperação em saúde, especialmente a de cunho estruturante. A seguir, são destacadas algumas contribuições mais recentes da subárea da Análise de Política Externa e Processo Decisório que também farão parte deste trabalho.

1.2 Outras Contribuições da Análise de Política Externa

Nos anos 80, o desenvolvimento e o crescente impacto das novas abordagens da subárea da Análise de Política Externa foram enfraquecidos devido à grande propagação e aceitação das ideias do realismo estrutural de Kenneth Waltz (1979). Portanto, voltava a estar em voga a ótica da preponderância dos constrangimentos sistêmicos na definição da política externa dos

Estados e o entendimento do Estado como um ator monolítico e supremo (PINHEIRO; MILANI, 2013). Logo, o destaque para os atores sociais domésticos ficou bastante prejudicado. Entretanto, o fim da Guerra Fria, somado a outras dinâmicas internacionais como a globalização, a liberalização econômica, a revolução nas tecnologias da informação, a ação transnacional de redes de ativismo e movimentos sociais, suscitou o resgate da APE (PINHEIRO; MILANI, 2013). A subárea passou por uma renovação com a publicação de outras obras importantes. Com esse novo fôlego da APE, o caminho aberto nas décadas anteriores foi retomado e acrescido de novas ideias que refletiam mais adequadamente o tempo que começava. Voltava à cena a atenção aos determinantes internos das ações de política externa.

Em 1988, surge mais um trabalho original que ajudaria a erodir a premissa do ator unitário: *Diplomacy and Domestic Politics: The Logic of Two-Level Games*, de Robert Putnam. Através da demonstração da necessidade da ratificação doméstica de tratados negociados internacionalmente, Putnam (1988) colocou em evidência a importância dos arranjos internos dos países para suas ações no plano exterior. No que diz respeito à pluralização de atores, defendia-se que, além daqueles considerados tradicionais, identificáveis e responsabilizáveis internacionalmente (Estados, governos, organizações internacionais), existem atores sociais e políticos que exercem influência na política externa, tais como grupos de pressão, meios de comunicação, organizações não governamentais, empresas, redes de ativismo, etc. (HILL, 2003a, 2003b; BADIE, 2009; DEVIN, 2009; ALDEN, 2012). Outras fontes domésticas frequentemente citadas são o sistema político dos países, as formas de governo, as leis e a estrutura econômica (HILL, 2003a; CLARKE, 1996; ALDEN, 2012).

Em relação à análise de processo decisório, destacam-se como variáveis a política burocrática, pensamento de grupo, cultura organizacional e fatores psicológicos e ideologias dos tomadores de decisão (HILL, 2003a; STUART, 2008; CLARKE, 1996; HUDSON, 2005). O argumento é que, mesmo que os fatores internacionais sejam importantes para a compreensão da política externa, esta pode ser vista como um produto que, por vezes, deriva principalmente de fontes domésticas (HILL, 2003a).

Hudson (2005), em convergência, afirma que a agência humana deve ser entendida como o componente dominante para a tomada de decisão em política externa e, conseqüentemente, para a definição do comportamento dos Estados⁹. É importante mencionar

⁹ Também merece menção a demanda por um maior vínculo entre as Relações Internacionais e outras áreas de conhecimento que não a Ciência Política. Nesse sentido, e em conciliação com a circunstância da sociedade civil atuando na política externa, a sociologia é um campo de estudo bastante promissor (BADIE, 2009; DEVIN, 2009). Para Badie (2009), desconsiderar a abordagem sociológica ao analisar as relações internacionais, incluindo a formulação e implementação de política externa, implica em ignorar as importantes cadeias de causa e efeito que

também a obra *Understanding Foreign Policy: The Foreign Policy Systems Approach*, de Clarke e White, publicada em 1989, cuja análise da política externa baseia-se em um sistema (*foreign policy system approach*) no qual o processo decisório é composto por *inputs* (ações, contextos, fatos ou demandas que buscam influenciar as políticas resultantes; envolvem, portanto, regras, instituições, atores e preferências) e *outputs* (ações já consolidadas, resultantes da interação com a dinâmica decisória que compõe o sistema de política externa). Os autores destacam a necessidade de avaliar se a unidade decisória é unitária (homogênea, sem conflitos inerentes) ou desagregada (com conflitos inerentes baseados em diferentes percepções dos atores que a compõem).

Em 2003 é publicada outra obra muito importante para a Análise de Política Externa: *The Changing Politics of Foreign Policy*, de Christopher Hill. Uma das principais contribuições de Hill é a defesa da política externa enquanto um campo de ação política, ou seja, um campo de disputa política, ação e escolhas¹⁰. Posto isso, segundo ele, assim como a política regular (*normal politics*), a política externa envolve interesses que estão baseados em distintas interpretações dos atores sobre o mundo e sobre o ambiente doméstico. Outra ideia importante é a de que os cidadãos devem participar do diálogo sobre a política externa. Defende-se, então, a política externa construída de forma interativa com a sociedade. Afinal, existe uma infinidade de temas (para citar alguns: desenvolvimento, cultura, democracia, imigração, regionalismo, saúde, educação, agricultura, drogas e crimes) que nem sempre são tratados pela ótica da APE, porém, certamente, possuem tanto dimensão doméstica quanto internacional. Portanto, apesar de a distinção entre o “doméstico” e o “internacional” continuar existindo, a natureza da política externa é fluida ou, nas palavras do autor, *interméstica* (2003a, 2003b). Essa relação interno-externo não deve ser negligenciada pelos tomadores de decisão e pelos estudos de APE, pois a política externa pode ser interpretada como um resultado/produto (*output*) de fatores domésticos e esse é um aspecto central, ainda que não exclusivo, para entender sobre política externa (HILL, 2003a, 2003b).

É importante ressaltar que, para Hill (2003a), os Estados são os mais importantes, (ainda que não os únicos) atores em política externa. Não são entidades abstratas e sim instituições com responsabilidade (interna e externa) formal pelas ações realizadas. A agência individual é

ligam o internacional ao social. Tendo em vista a importância da agência humana, outras áreas com capacidade potencial são a psicologia e a antropologia, afinal “se as teorias de Relações Internacionais não contêm seres humanos, elas irão, equivocadamente, pintar um mundo em que não há mudança, sem criatividade, sem persuasão, sem transparência” (HUDSON, 2005, p. 03).

¹⁰ “A política externa é sempre o produto de uma sociedade, um governo interpretando a situação e escolhendo [...] agir ou reagir de uma maneira particular, indeterminada” (HILL, 2003b, p. 254, tradução nossa).

importante, principalmente considerando-se que os indivíduos são a fonte original de ideias e intenções, entretanto, Hill destaca que os indivíduos são bastante influenciados pelo padrão de comportamento de instituições e do ambiente político no qual estão inseridos. Destaca-se também que, seguindo seu caráter *interméstico*, a “política externa diz respeito a mediar o fluxo bidirecional entre o interno e o externo” (HILL, 2003a, p. 21, tradução nossa). Logo, tendo em vista que a concepção das atividades de política externa é realizada domesticamente, é essencial que o nível interno da política externa seja analisado. Tendo isso em vista, Hill chama atenção para o papel das burocracias. Primeiramente, expõe-se a tendência de que o aparato burocrático de política externa não seja mais composto apenas pelos Ministérios de Política Exterior, mas sim estendido para muitos outros departamentos governamentais, o que pode gerar problemas de controle e coordenação (HILL, 2003a). Instituições não governamentais e a sociedade civil organizada também são parte dessa extensão.

Hill relata que foi a partir das décadas de 50 e 60 que a academia começou a considerar as burocracias envolvidas em política externa, por si só, como atores políticos poderosos. Até então, pode-se dizer que a ideia de burocrata que vigorava era a de profissionais treinados para implementar políticas (estas, por sua vez, concebidas por pessoas politicamente engajadas) de maneira técnica e isenta, ou seja, não politizada. Essa concepção estava em sintonia com os estudos de Max Weber sobre as burocracias modernas (HILL, 2003a). Os burocratas eram considerados, portanto agentes confiáveis para agir em nome de instituições, mas Hill destaca que “nos termos de hoje em dia, eles não eram nem repositórios da *agência* nem atores independentes de política externa” (HILL, 2003a, p. 75, grifo do autor, tradução nossa)¹¹. Sendo assim,

in the area of foreign policy the loyal ‘agents’ seemed from the outside to constitute a particularly compact and manageable body, with a readily identifiable foreign ministry and diplomatic service at the service of each state. Moreover, the strong sense of elite status and *esprit de corps* of diplomats, many of whom naturally served far from the supervising eyes of their domestic masters, made them obvious candidates for study as the real authorities of foreign policy (HILL, 2003a, p. 76)¹².

¹¹ “In today’s terms they were not themselves either the repository of *agency* or independent foreign policy actors” (HILL, 2003a, p. 75, grifo do autor).

¹² “Na área da política externa, os ‘agentes’ leais parecem constituir um corpo particularmente compacto e manejável, com um ministério das relações exteriores facilmente identificável e um serviço diplomático à disposição para cada Estado. Além disso, o forte senso de um status de elite e *esprit de corps* dos diplomatas, muitos dos quais serviram longe dos olhos supervisores de seus chefes domésticos, fazem deles candidatos óbvios para serem estudados enquanto as verdadeiras autoridades em matéria de política externa (HILL, 2003a, p. 76, tradução nossa).

Quando fala sobre os Ministérios de Relações Exteriores, Hill afirma que essas organizações possuem três funções principais: 1) rotina de coleta e análise de informações; 2) elaboração de políticas¹³ e 3) memória. Sobre as características gerais dos funcionários, destaca-se que, geralmente, são profissionais de alta qualidade, escolhidos através de processos seletivos competitivos baseados no mecanismo da meritocracia, o que faz com que “o serviço diplomático represente uma elite em termos de capacidade e um *ethos*” (HILL, 2003a, p. 78)¹⁴.

Por outro lado, Hill (2003a) também afirma que os serviços diplomáticos estão sob desafio devido aos seguintes aspectos: a) incompetência técnica, pois “os diplomatas são vistos como excessivamente generalistas e sobrecarregados, incapazes de discutir em pé de igualdade com economistas, cientistas e empresários” (HILL, 2003a, p. 79)¹⁵; b) a difusão de “mini” escritórios de assuntos externos, porque a maioria dos departamentos/Ministérios governamentais estão engajados internacionalmente, por isso, possuem setores dedicados às reações exteriores e, inclusive, contam com especialistas próprios para representar a instituição em outros países ou em organizações internacionais; c) escassez de recursos, considerando que os MREs recebem uma baixa quantidade de verbas públicas (em geral menos de 1% do total dos recursos distribuídos pelo governo); d) falta de apoio político doméstico (*constituency*), já que MREs “a política externa requer pouca legislação doméstica e, portanto, poucos membros do Poder Legislativo se tornam potenciais aliados do departamento de política externa” (HILL, 2003a, p. 80)¹⁶. Em conjunto, esses fatores favorecem o fenômeno da “descentralização horizontal”:

foreign ministries now find themselves in a situation of structural rivalry with domestic competitors and [...] they [the foreign ministries] do not always succeed in rising to the new challenge of coordination. Whether it is because of the international phenomenon of ‘complex interdependence’ or because of endogenous changes in the state (and the two process are difficult to separate out) many states are now facing what has been termed ‘horizontal decentralization’ of their foreign relations, or the foreign ministry’s loss of control over many external issues to other parts of the state bureaucracy. From the wider perspective of the interests of state and society the problem of unitary action means that opportunities for linkage may be missed in international negotiation, that outsiders will be able to play on internal divisions or

¹³ Apesar de, em última instância, a política externa ser conduzida por políticos que estão no poder em determinado período, a formulação de política externa depende em grande medida dos especialistas presentes nos Ministérios de Relações Exteriores, os quais realizam as funções essenciais de filtragem de informação, interpretação e prognósticos das ações de outros Estados e recomendar ações (HILL, 2003a).

¹⁴ “The diplomatic service represents an elite of ability as well as ethos” (HILL, 2003a, p. 78).

¹⁵ “Diplomats are seen as over-generalist and over-stretched, incapable of discussion on equal terms with economists, scientists and businessmen” (HILL, 2003a, p. 79).

¹⁶ “Foreign policy requires little domestic legislation and in consequence few members of parliament are drawn into policy-making, with the potential to become allies of the department” (HILL, 2003a, p.80).

confusions, and that long-term strategic planning becomes almost impossible (HILL, 2003a, p. 82)¹⁷.

Dentre os “rivais” dos Ministérios de Relações Exteriores o autor elenca, nesta ordem: a categoria militar, os ministérios ligados a assuntos econômicos, os serviços de inteligência e, por último, “aqueles que pensam que podem lidar com o conjunto de temas complexos de forma mais eficaz do que os generalistas diplomáticos” (HILL, 2003a, p. 84, tradução nossa)¹⁸ – essas pessoas geralmente são as(os) assessoras(es) de relações internacionais dos chefes do Poder Executivo. Claramente, essas categorias “rivais” citadas por Hill fazem parte do universo da política externa dos Estados Unidos. Em uma classificação para Brasil, é possível afirmar que essas categorias sofreriam alterações de ordem ou natureza, principalmente o acréscimo de outros dos mais importantes ministérios, como o da saúde, agricultura e educação. Também é importante considerar se esses outros atores brasileiros rivalizam ou complementam a atuação do MRE.

Em diálogo com a teoria da burocracia de Graham Allison, apresentada anteriormente, Hill afirma que, com a obra de Allison, ficou claro que

if we wish to know where agency lies in modern international relations, we must consider the preposition that the state tends to decompose into its various separate parts, and the degree to which the fissiparous tendencies of bureaucracy might be countered through intelligent leadership or constitutional provisions (HILL, 2003a, p. 86)¹⁹.

Para ele, há duas consequências da abordagem de Allison para o estudo da política externa: fortalecimento do papel da política doméstica – em oposição às abordagens realista e neorrealista – e apresentação o processo decisório como um meio no qual equívocos de natureza

¹⁷ “Os ministros de relações exteriores se encontram agora em uma situação de rivalidade estrutural com competidores domésticos e [...] nem sempre são bem sucedidos no desafio da coordenação. Seja por causa do fenômeno internacional da “interdependência complexa” ou devido a mudanças endógenas no Estado (e são dois processos de difícil separação), muitos Estados estão agora enfrentando aquilo que tem sido denominado “descentralização horizontal” de suas relações exteriores, ou a perda de controle dos ministérios de relações exteriores sobre várias questões internacionais para outros setores da burocracia estatal. Do ponto de vista mais amplo dos interesses do Estado e da sociedade, o problema da ação unitária significa que, em negociações internacionais, oportunidades para conexões podem ser perdidas, estrangeiros poderão se aproveitar de divisões ou confusões internas e o planejamento estratégico de longo prazo torna-se quase impossível (HILL, 2003a, p. 82, tradução nossa).

¹⁸ “those who think they can pull the threads of complexity together rather more effectively than can the diplomatic generalists” (HILL, 2003a, p. 84).

¹⁹ “Se quisermos saber onde reside a agência nas relações internacionais modernas, devemos considerar a ideia de que o Estado tende a se dividir em várias partes separadas e em que grau as diversas tendências da burocracia podem ser reunidas através de uma liderança inteligente ou de arranjos constitucionais” (HILL, 2003a, p. 86, tradução nossa).

variada (falhas de comunicação, erros procedimentais, negligência de interesses e subestimação de consequências) são frequentes (HILL, 2003a).

1.3 O Processo Decisório da Política Externa Brasileira – 2003-2014

No Brasil, além do fim da Guerra Fria, a redemocratização, a intensificação da globalização e a abertura econômica também foram variáveis que colaboraram para a potencial inclusão de novos participantes da política externa. Ainda que esses eventos não tenham ocorrido simultaneamente, eles representam o pano de fundo que favoreceu, entre os anos 80 e 90, a pluralização da arena decisória da PEB. Diante desse novo cenário, o Ministério das Relações Exteriores, ator tradicional da política externa brasileira, teve de lidar com o envolvimento de outros setores nos assuntos da PEB.

Esta seção busca compreender as origens e as consequências da ampliação da arena decisória da política externa brasileira. O ponto de partida será o estudo da temática da diversificação de atores em política externa, seguindo a vertente crítica ao Modelo do Ator Racional. Posteriormente, será feita a mesma análise para a política externa brasileira, incluindo seu contexto originário e os desafios trazidos por esse fenômeno.

Para abordar a temática da pluralização decisória de maneira mais completa, é interessante entender, antes, o porquê de tal fenômeno ser visto como incomum na política externa brasileira. Isso se deve, em sua maior parte, à preponderância do Ministério das Relações Exteriores na formulação e condução da PEB. Considerado um Ministério pautado por um alto grau de profissionalismo e competência devido ao padrão elevado de formação de seus quadros, o Itamaraty possui uma autonomia singular (ou insulamento) de atuação em relação à sociedade e ao aparato estatal (PINHEIRO, 2009, BARROS, 1986). Seu processo de institucionalização levou à formação de um órgão burocrático considerado bastante técnico e racional, constituído de profissionais especializados em diversas funções que fazem parte da profissão diplomática. Assim, guardada a prerrogativa constitucional que confere ao Poder Executivo a condução da política exterior, pode-se dizer que, em grande medida, ela está, tradicionalmente, a cargo do MRE. Alguns analistas chegam a afirmar que, até recentemente, “[era] possível dizer que o Itamaraty possuía o controle quase total da formulação e execução da política externa” (CASON; POWER, 2009, p. 120, tradução nossa)²⁰. Tais características conferiram ao Itamaraty a possibilidade de conduzir a política exterior brasileira com um nível

²⁰ “Brazil Itamaraty had virtually complete control over the design and execution of foreign policy” (CASON; POWER, 2009, p. 120).

significativo de continuidade. Consequentemente, o MRE goza de elevada credibilidade, tanto no cenário nacional quanto internacional (PINHEIRO, 2009, BARROS, 1986; CASON; POWER, 2009). Sendo assim, para Cason e Power, “qualquer pluralização do processo decisório desde meados dos anos 90 deve ser entendido mais em termos relativos do que absolutos; a pluralização vem de uma base singular: o quase monopólio do Itamaraty” (2009, p. 120, tradução nossa)²¹.

Em parte devido a esse modo de atuação do Ministério das Relações Exteriores, a PEB é vista pelo senso comum como uma política distinta, envolta em uma áurea de segredo e definida por um pequeno grupo (Itamaraty + Presidência da República). Sendo assim, a política externa brasileira, principalmente até os anos 80, era vista muito mais como política de Estado do que de governo, ou seja, “relativamente imune a mudanças e ingerências das agendas governamentais, e isso em grande parte devido ao profissionalismo, às capacidades de negociação do Itamaraty e à sua relativa autonomia na definição das agendas da PEB” (PINHEIRO; MILANI, 2013, p.19). Entretanto, o processo de formulação da PEB mostra-se mais plural do que normalmente se supõe. Em um movimento crescente, ainda que nem sempre contínuo, variados temas e atores ocupam de distintas formas o processo de tomada de decisão da política externa brasileira.

Dito isso, é importante destacar que existe uma polissemia em relação ao termo “participação” na política externa brasileira. Muitos autores versam sobre o aumento da participação sem detalhar se isso acarreta em aumento de influência dos novos atores no processo decisório. Por outro lado, Ramanzini Júnior e Farias (2016) distinguem entre esses dois termos e defendem que participação não significa, necessariamente, influência.

Esses autores pontuam que participação se refere à interação (falar, ouvir, trocar ideias), envolvendo, portanto, um processo de comunicação. Entretanto, muitas vezes, a participação é apenas simbólica, ou seja, não envolve diálogo e não existe uma real possibilidade de modificar a posição já estabelecida pelo governo. O estímulo à inclusão de atores no processo decisório pode objetivar, inclusive, apenas a legitimação de preferências ou decisões já tomadas pelo governo (RAMANZINI JÚNIOR; FARIAS, 2016). Entretanto, mesmo essa situação não invalida a relevância da diversificação no processo decisório, considerando que, com a inserção de novos atores, há sempre a possibilidade de conhecer ideias alternativas e de aprendizagem para todos os envolvidos.

²¹ “Any pluralization of the foreign policy-making process since the mid-1990s has to be understood in *relative* rather than absolute terms. Pluralization departs from a unique baseline: the quasi-monopolistic reputation of Itamaraty” (CASON; POWER, 2009, p. 120, grifo do autor).

Já influenciar implica dizer que as novas ideias apresentadas foram levadas em consideração para alguma ação. Ou seja, a influência está relacionada ao conceito de poder político. Apesar de não ser uma tarefa fácil identificar o nível de influência entre diferentes participantes de um processo decisório, Ramanzini Júnior e Farias (2016) indicam alguns fatores que afetam o grau de influência: instituições, características de grupo, legislação, autoridade e capacidade material. Ademais, em um caso que envolva distintas burocracias governamentais, também importa saber quem coordena o processo decisório, quem é convidado a participar e o nível de abertura das organizações que estão negociando. Nesse sentido, os capítulos 3 e 4 abordarão, respectivamente, as características institucionais dos três atores estudados nesta pesquisa e o impacto dessas características no processo decisório dos projetos de cooperação em saúde, bem como os aspectos procedimentais das negociações.

Nesta seção, pretende-se tratar da pluralização de atores na PEB, ou, em outras palavras, do processo de horizontalização e verticalização do processo decisório (PINHEIRO, 2009). O estudo será feito através de dois enfoques. Primeiramente, busca-se compreender quais fenômenos, nacionais e internacionais, estão envolvidos nas origens da diversificação da arena decisória. Posteriormente, são apontados os desafios frequentemente associados a essa pluralização. Feito isso, espera-se que fiquem mais claras as características do processo que tem levado atores como a Fiocruz, Embrapa (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária), SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial), diversos Ministérios, empresas privadas, ONGs, estados, municípios e movimentos sociais, entre outros, a participarem mais da política externa brasileira.

É válido ressaltar que, conforme pôde ser percebido em seção anterior, o estudo da diversificação de atores na política externa ocorreu a partir do desenvolvimento da subárea da Análise de Política Externa. O caso do Brasil não foge a essa tendência, logo, a base para o estudo desta seção são as contribuições de alguns dos principais analistas da PEB.

1.3.1 O Contexto

Quatro fatores principais podem ser apontados como influentes no processo de ampliação da arena decisória da política externa brasileira, sendo dois deles internacionais e dois nacionais. São eles: o fim da Guerra Fria, a globalização, a liberalização econômica e a redemocratização. Entretanto, é prudente salientar que algumas raízes dessa pluralização decisória já existiam nos anos 60 e 70, antes, portanto, dos eventos citados acima. Conforme mostra Barros (1986), durante a ditadura militar, houve diversificação de atores na política

externa brasileira. Isso incluía o Ministério da Fazenda, empresas estatais, empresas privadas, federações de indústrias, etc. Segundo Barros (1986, p. 36), esses novos elementos “competiam com o Itamaraty na arena do comércio exterior”. Observa-se que, já em seu início, os novos atores inseridos na política externa brasileira procuravam influenciá-la tanto *através* do MRE quanto competindo com ele pela atenção em outros setores governamentais (BARROS, 1986), porém de uma maneira ainda limitada quando comparada ao rol de atores existentes hoje.

Com o fim da Guerra Fria, vários temas antes ofuscados ou excluídos da agenda da política externa por serem interpretados de maneira mais rígida e securitizada, devido à disputa ideológica bipolar, emergiram e puderam ser analisados de maneira mais flexível. São exemplos aqueles relacionados ao meio ambiente, aos direitos humanos, à saúde, etc. Foi nesse contexto que ocorreu a ativa participação brasileira nas Conferências Sociais da Organização das Nações Unidas durante os anos 90²². Essa diversidade de temas, aliada à falta de especialização necessária dos diplomatas em tão variados assuntos, fez com que “os ministérios que antes estavam direcionados à elaboração de políticas públicas estritamente internas começassem a desenvolver estratégias de diálogo e atuação internacional” (PINHEIRO, 2009, p. 19). É interessante notar que, ainda nos anos 80, houve um movimento de inserção de diplomatas em outras agências governamentais, ao passo que os anos 90 foram marcados por uma dinâmica oposta (embora não incompatível com a anterior): o contato crescente das demais agências governamentais com assuntos de política exterior (PINHEIRO; MILANI, 2011). Hoje em dia, praticamente todos os ministérios possuem alguma repartição destinada à área de assessoria internacional e, no Itamaraty, há várias divisões burocráticas temáticas para tratar de temas específicos ligados às relações internacionais do Brasil (FRANÇA; SANCHEZ BADIN, 2010).

Outro fator que colaborou grandemente para a diversificação decisória da PEB foi a intensificação da globalização. Com o incremento das tecnologias da comunicação, cresceu a noção de que os assuntos internacionais reverberavam no plano nacional, da mesma forma que havia um maior potencial de que os acontecimentos domésticos repercutissem externamente (PINHEIRO, 2009; PINHEIRO; MILANI, 2011). Sendo assim, o plano interno passou a dar mais atenção às questões globais e vice-versa. Como reflexo, formou-se um fluxo duplo de, por um lado, maior dedicação de outros setores governamentais aos temas de política exterior e, por outro, adaptação do MRE à ampliação do leque temático com o qual deveria lidar. Através dessas lentes, é possível observar o processo de internacionalização de segmentos da estrutura

²² É pertinente lembrar que a participação da sociedade civil nas conferências preparatórias foi uma exigência da ONU, embora, de fato, o Itamaraty tenha demonstrado interesse em fazer essa consulta.

estatal brasileira, com destaque para a atuação, muitas vezes de forma autônoma, de agências ministeriais.

O processo de internacionalização de políticas públicas brasileiras, no bojo do estímulo à cooperação técnica sul-sul, é um caso importante em que é profícuo observar a inter-relação entre o ambiente interno e externo²³. Como afirmam Pinheiro e Milani (2013, p. 25-26),

já está distante dos nossos dias a ideia de que as políticas públicas se originam ou mesmo se dirigem apenas ao plano interno. Da mesma forma, nada mais superado do que a ideia realista clássica de que a política externa nasce onde termina a política interna. [...] Da educação à saúde, do desenvolvimento agrícola às políticas de reforma agrária e às políticas culturais, assistimos a um processo contínuo de internacionalização das políticas públicas que, em paralelo aos processos de globalização da economia, muito corrobora a mundialização da política e reproblematisa as hierarquias (por exemplo, entre a *high* e a *low politics*) da PEB. Os casos emblemáticos de abertura de escritórios internacionais da Embrapa (em Gana), da Fiocruz (em Moçambique) e do IPEA (na Venezuela) ilustram esse argumento.

A globalização suscita, dessa forma, questionamentos sobre o papel do Estado que podem ser conectados à crítica do modelo do ator unitário, apresentado na primeira seção. O papel de atores não tradicionais em política externa é fortalecido. Consequentemente, no caso do Brasil, aumenta a problematização da relativa autonomia e insulamento burocrático do Itamaraty na formulação e condução da política externa.

Em relação às variáveis domésticas, as transformações trazidas pelo processo de liberalização econômica também causaram impacto na política externa. O abandono gradual da política de substituição de importações deu lugar à abertura da economia brasileira em âmbito regional e global. Consequentemente, os setores econômicos, financeiros e comerciais envolvidos foram estimulados a participarem do processo decisório de assuntos internacionais. A abertura à competição econômica global evidenciou efeitos distributivos para a PEB, visto que as negociações internacionais nem sempre correspondiam às expectativas de consensos previamente estabelecidos (PINHEIRO, 2009). Isso trouxe à tona, portanto, as disputas de interesses entre esses setores econômicos e os setores políticos e sociais. Mostrava-se necessário “calcular os movimentos da política externa brasileira em toda a gama de políticas (industrial, comercial e macroeconômica) sem perder de vista as repercussões internacionais” (CASON; POWER, 2009, p. 125, tradução nossa)²⁴.

²³ Outro fenômeno de política externa em que há influência nesse sentido é o da paradiplomacia. Recentemente, “os diversos processos de descentralização e regionalização associados à globalização têm feito com que outros níveis de governo diferentes do nacional (supranacionais ou subnacionais) desenvolvam suas próprias políticas externas” (SALOMÓN; PINHEIRO, 2013, p. 41).

²⁴ “Calculate their moves on a whole range of politics (e.g. industrial, trade and macroeconomic) with an eye to international repercussions” (CASON; POWER, 2009, p. 125).

Outro fator relevante relacionado à abertura econômica foi a criação do Mercosul. Assim como no caso das negociações globais e bilaterais, os estudos de analistas da política externa brasileira passaram a atentar para o papel dos grupos de interesse na formação das posições brasileiras em negociações regionais, em especial o movimento sindical e as associações empresariais (LIMA, 2013). Anos depois, além da dimensão econômico-comercial, a participação de atores não tradicionais no palco dos processos de integração regional se intensificou, a exemplo do Fórum Social do Mercosul (Mercado Comum do Sul) e dos mecanismos de participação social da União de Nações Sul-Americanas (Unasul).

O quarto fator contextual do aumento da participação não tradicional no processo decisório da PEB é, sem dúvida, a redemocratização. Com o fim do regime autoritário, o ambiente doméstico do Brasil tornou-se mais propício à intensificação das demandas por participação da sociedade civil na formulação e implementação da política externa (LIMA, 2000; PINHEIRO, 2009; CASON; POWER, 2009). Além de demandas, pode-se dizer que, em certo grau, também ocorreu aumento da oferta de participação social, visto que a diversificação de temas e busca de respaldo interno para as atividades da PEB “impulsionou os representantes do Estado a procurar a assessoria de organizações da sociedade civil” (PINHEIRO, 2009, p. 22).

Ademais, o retorno à democracia contribuía para que o país buscasse obter apoio da sociedade em suas ações internacionais, o que, gradualmente, gerou incentivos provenientes do próprio governo à participação, mesmo que não deliberativa, de atores de distintos setores e naturezas. Dessa forma, entraram em ação novas ideias e soluções, bem como possíveis ambiguidades e divergências de interesses dos variados segmentos sociais, econômicos e políticos (MILANI; PINHEIRO, 2013). Aliada ao aumento da interdependência entre assuntos nacionais e internacionais, a redemocratização permitiu uma maior participação pública na política e levou a sociedade civil ao debate sobre política externa (PINHEIRO, 2009).

Refletindo as mudanças internacionais e nacionais citadas no início desta seção, nota-se que houve uma transformação da agenda da política externa, com a inclusão e diversificação de questões e atores a serem considerados. Dessa forma, “a partir dos anos 90, a política externa passa a contar com uma base societal de apoio e oposição que não existia anteriormente” (LIMA, 2013, p. 20).

1.3.2 Os Desafios

Os desafios relacionados à participação de atores não tradicionais na política externa variam de acordo com o tema em questão e com a capacidade de organização dos setores sociais para defenderem seus interesses. Apesar disso, é possível tecer algumas generalizações sobre as implicações trazidas por esse fenômeno relativamente recente na política externa brasileira²⁵.

Em grande medida, as questões suscitadas pela participação social na PEB dizem respeito ao impacto desse fenômeno no papel do Itamaraty, que é o ator tradicional em matéria de política externa no Brasil e cujo grau de autonomia decisória advém de autorização do Poder Executivo. Dessa maneira, a consequência mais imediata da inclusão de novos atores é que o MRE passa a ter de lidar e, por vezes, negociar com setores que até então não faziam parte da arena decisória da política externa. Portanto, o *modus operandi* da PEB, associado à atuação autônoma do Itamaraty, é posto à prova.

A participação de outras burocracias governamentais, bem como de setores não governamentais, exigem do Itamaraty capacidade de coordenação dessa rede de atores. O MRE tem mostrado uma significativa habilidade em realizar tal função, porém há uma "crescente descentralização horizontal do processo de formulação da política exterior, com ênfase especial na fase de implementação" (PINHEIRO, 2009, p. 19). É possível observar com mais clareza esse movimento nos planejamentos de atividades de cooperação técnica sul-sul para o desenvolvimento prestadas pelo Brasil, nas quais há um forte envolvimento de outras agências, governamentais ou não, além de diversos Ministérios. Logo, nota-se que a perda de exclusividade do MRE na formulação e/ou implementação, "colabora para o aumento das possibilidades de cooperação internacional e integração regional, ambos processos favorecidos pela diversificação da agenda política" (PINHEIRO, 2009, p. 20).

Essa maneira de agir revela atenção às mudanças trazidas pela globalização e pela redemocratização a fim de manter a consistência e a coerência historicamente vinculadas à política exterior do Brasil. Afinal, a continuidade das políticas e o profissionalismo da instituição diplomática brasileira são altamente valorizados interna e externamente. Por meio dos esforços de coordenação, demonstra-se a importância dada à construção de consensos entre o MRE e os partícipes sociais em torno das atividades a serem realizadas em nome do Estado brasileiro. O respaldo da sociedade civil mostra-se cada vez mais relevante:

²⁵ É válido ressaltar que, como lembra Pinheiro (2009, p. 16), "se, analiticamente, é possível fazer uma divisão entre o nível do Estado e o da sociedade, não se pode dizer o mesmo quando se trata da realidade, pois, na prática, o Executivo, o Legislativo e os representantes da sociedade civil sempre terão alguma interação - espontânea ou induzida, ampla ou seletiva, democrática ou não".

os recursos que até então davam credibilidade à agência responsável pela formulação da política exterior nacional – eficiência, profissionalismo, coerência, estabilidade, etc. – e, por extensão, ao conteúdo da mesma, tornaram-se insuficientes como valor de troca nas negociações internacionais. [...] Se antes o insulamento do Itamaraty lhe proporcionava a autonomia necessária para atuar em nome do interesse nacional, atualmente são necessários instrumentos exógenos à atividade diplomática *strictu sensu* para alcançar uma combinação de êxito entre autoridade e representatividade que dê às decisões um alto grau de credibilidade no diálogo com os interlocutores internacionais (PINHEIRO, 2009, 23).

Dada essa tensão entre eficácia e representatividade, o debate e a interação entre o Itamaraty e os demais atores são capazes de dar maior legitimidade e aumentar a probabilidade de êxito das decisões em matéria de política externa. Para isso, é fundamental que as funções de filtragem e coordenação de demandas (no âmbito doméstico), e de prospecção de oportunidades e gestão de pressões (no âmbito internacional) sejam exercidas com habilidade.

Outra questão que emerge nas análises sobre a pluralização de atores é o envolvimento de interesses setoriais na formulação e ação em política externa. Alguns estudiosos destacam que esse fenômeno pode descaracterizar a PEB enquanto política estável e coesa. Porém, vista por outro ângulo,

tal pluralidade envolve, além dos muitos atores estatais não tradicionais que desafiam o alegado monopólio do Itamaraty (ministérios e agências federais, entidades subnacionais etc.), inúmeros atores não estatais que podem defender interesses públicos e coletivos (saúde pública, direitos humanos, educação, cultura...), mas também interesses de determinados grupos e setores econômicos e culturais da sociedade brasileira (associações, movimentos sociais, empresas...). Essa pluralidade de atores e interesses decorre do fato de que tanto a ordem internacional como a doméstica, apesar das desigualdades e das diferenças que conformam suas estruturas, deixam em aberto – e de modo nem sempre previsível – vários espaços para a ação política. Posta dessa maneira, a pluralidade acaba por desafiar a nossa capacidade analítica de localizar com precisão o lócus institucional e o agente *par excellence* da decisão em matéria de política externa. Da pluralidade de atores e agendas da PEB emerge, de fato, uma complexidade crescente do próprio processo decisório (MILANI; PINHEIRO, 2013, p. 18).

Nesse sentido, com a diversificação da arena decisória, estão presentes as possibilidades de ambiguidade e fragmentação das agendas de política externa. Por outro lado, essa ampliação também traz novas ideias, linguagens, valores e demandas que podem ser altamente positivos para o campo da política externa e que são compatíveis com o fortalecimento da democracia brasileira (MILANI E PINHEIRO, 2013).

1.4 Política Externa e Política Pública

Pode-se dizer que a política pública tem relação com o assunto estudado nesta dissertação em dois sentidos complementares. O primeiro diz respeito ao movimento teórico que aproxima política externa de política pública (INGRAM; FIEDERLEIN, 1988; HILL, 2003b; MILANI; PINHEIRO, 2013; RATTON SANCHEZ et al. 2006) e o segundo refere-se à cooperação técnica brasileira para o desenvolvimento, a qual pode ser interpretada como a aplicação externa de políticas públicas nacionais. Considerando que o objetivo principal desta dissertação é analisar o processo decisório de uma temática específica da política externa brasileira, o foco do estudo sobre as convergências entre política pública e política externa está relacionado ao primeiro sentido apresentado. Um exame sobre o segundo sentido exigiria um estudo mais aprofundado sobre o processo de internacionalização de algumas políticas públicas brasileiras específicas, como é o caso da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em outros países. Apesar de abordar esse aspecto posteriormente, este processo não será explorado neste trabalho.

O caráter *interméstico* apontado por Hill (2003a) reforça a pertinência da aplicação da metodologia de análise de políticas públicas aos estudos de política externa. Ainda que existam também diferenças entre essas políticas, sua aproximação colabora para uma compreensão mais refinada da política externa enquanto política pública e dos projetos de cooperação técnica. Por isso, esta seção pretende apresentar, ainda que não exaustivamente, algumas ligações entre política externa e política pública.

Como aponta Figueira (2009), por tratar de temas tradicionalmente reconhecidos como questões de defesa e segurança e de “interesse nacional” a agenda *hard* da política externa afasta-se da ideia de política pública, envolvendo, portanto, um maior insulamento decisório. Já os temas *soft* são os que mais se articulam com a metodologia de análise de políticas públicas, visto que, nessa agenda, as conexões entre o doméstico e o internacional são mais evidentes, por se tratar de questões mais próximas aos cidadãos, à sociedade civil ou a grupos de interesse, como é o caso da cooperação técnica em saúde. Dessa forma, podem ser aplicados mais facilmente aos temas *soft* da política externa os princípios analíticos das políticas públicas, tais como sua natureza distributiva, redistributiva ou constitutiva da política e as etapas do ciclo da política pública. Esses fatores de análise de políticas públicas ajudam na compreensão sobre quais são os atores mobilizados e os processos de interação presentes no processo decisório, que são dois pontos de importância central para o desenvolvimento deste trabalho.

A partir da infinidade de definições existentes, pode-se dizer que políticas públicas são atividades/ações dos governos, realizadas diretamente ou através de delegação, que produzem efeitos específicos e impactam na vida dos cidadãos (SOUZA, 2006). Laswell (1958) defende

que as análises sobre políticas públicas devem procurar entender o que e por que cada ator envolvido ganha ou perde e qual é a diferença que isso faz. Também estão envolvidos nessa definição, portanto, ideias e interesses.

Partindo da consideração de Hill de que os Estados são ainda os atores mais importantes na análise política externa e passando pela contribuição de Allison e Zelikow de que as burocracias podem ser consideradas atores políticos, pode-se enxergar o Estado como sendo relativamente autônomo, porém passível de influências externas e internas que estarão presentes na definição de políticas públicas (EVANS; REESCHMEYER; SKOCPOL, 1985).

Dentre os diversos modelos de análise de políticas públicas, dois serão destacados nesta seção: a tipologia de Theodor Lowi e o ciclo da política pública. Segundo Lowi (1972), as políticas públicas podem assumir quatro formatos: distributivas, regulatórias, redistributivas e constitutivas. As políticas distributivas privilegiam certos grupos ou regiões, em detrimento do todo e, portanto, geram, resultados mais individuais do que universais. As regulatórias envolvem decisões sobre o funcionamento de burocracias e grupos de interesse a fim de criar normas ou implementar serviços. Já as políticas redistributivas são direcionadas ao todo, geram perdas para certos grupos sociais e ganhos para outros; são, em geral, as políticas sociais universais, tais como o sistema tributário e o sistema previdenciário. Por fim, as políticas constitutivas são aquelas que lidam com os procedimentos conforme os quais devem ser formuladas e implementadas as demais políticas públicas (SOUZA, 2006; RUA; ROMANINI, 2013). Devido as suas diferentes configurações, infere-se que cada um desses tipos de políticas públicas gera diferentes grupos de apoio e oposição e possui distintos processos dentro do sistema político (SOUZA, 2006). Dentre os quatro formatos apontados por Lowi (1972), provavelmente a política externa seria considerada uma política pública redistributiva, já que, em princípio, a atuação externa dos países objetiva retornos universais, ainda que possa gerar perdas para alguns grupos sociais.

O ciclo da política pública é constituído das seguintes etapas: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação (SOUZA, 2006). Nos próximos capítulos, pretende-se enfatizar especialmente questões relacionadas à interação entre os participantes do processo decisório da política externa brasileira de cooperação em saúde. Logo, procurar-se-á desvendar os papéis do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério da Saúde e da Fiocruz, se atuam como incentivo ou ponto de veto e como se dá a construção de consciência coletiva sobre a maneira através da qual os projetos devem ser conduzidos, ou seja, se há mais barganha ou mais consenso na definição da agenda.

Durante esse processo de investigação, elementos presentes em outros modelos de formulação e análise de políticas públicas também estarão presentes, tais como a importância de crenças, valores e ideias como dimensões constitutivas da formulação de políticas públicas²⁶ (conforme também destacam Allison e Hill em seus estudos).

O segundo sentido da ligação entre política externa e política pública está presente nesta dissertação de maneira mais continuada, pois este trabalho parte do pressuposto de que a política externa deve ser interpretada como uma política pública. Isso significa dizer que a política externa é também uma política de governo. No caso específico desta dissertação, justifica-se a importância dessa interpretação pois, “até recentemente, era comum referir-se à PEB como política de Estado relativamente imune a mudanças e ingerências das agendas governamentais, [...] em grande parte devido ao profissionalismo, às capacidades de negociação do Itamaraty e à sua relativa autonomia na definição das agendas da PEB” (MILANI; PINHEIRO, 2013, p. 19).

Considerar política externa como responsabilidade do governo que a implementa possui algumas implicações relevantes, tais como diferenciar política externa da ação internacional de atores não estatais; afirmar que é fundamental haver algum tipo de “autorização estatal” associada à política externa e assumir que a formulação e implementação da política externa também estão inseridas na dinâmica da *politics*, ou seja, envolvem barganhas, coalizões, disputas e acordos entre representantes dos interesses de diferentes órgãos e instituições (MILANI; PINHEIRO, 2013). Implica também em divergir das concepções realistas de que o comportamento estatal só pode ser compreendido com base no “interesse nacional”²⁷ e que a política externa começa onde termina a política doméstica (MILANI; PINHEIRO, 2016). Ademais, conforme argumenta Lima (2000), a intensificação do componente político na política externa deve-se em grande parte ao aumento dos impactos distributivos internos decorrentes da assimetria de resultados da ação externa para os diferentes segmentos sociais. Portanto, a política externa pode e deve ser vista como política pública, afinal, ela também é produto de contingências institucionais, regras, valores, ideias e preferências de atores domésticos (INGRAM; FIEDERLEIN, 1988). Assim, é possível entender as políticas interna, externa e internacional como um *continuum* de processo decisório, o que permite utilizar a

²⁶ Aspecto ressaltado no modelo da coalizão de defesa (*advocacy coalition*), segundo o qual “cada subsistema que integra uma política pública é composto por um número de coalizões de defesa que se distinguem pelos seus valores, crenças e ideias e pelos recursos de que dispõem” (SOUZA, 2006, p. 31).

²⁷ O que pode ser interpretado como uma “condição inercial associada a interesses nacionais supostamente auto-evidentes, permanentes e imunes às contingências da política partidária” (MILANI; PINHEIRO, 2016, p. 7).

metodologia de análise de política pública para estudar a política externa e internacional (RATTON SANCHEZ et al., 2006).

É importante ressaltar que o entendimento da política externa como política pública significa, necessariamente, afirmar que, “em última instância, a responsabilidade pelas políticas públicas, entre elas a política externa, é do governo que as implementa” (MILANI; PINHEIRO, 2013, p. 21). Ou seja, essa ótica diminui o espaço do Estado e foca na importância que as mudanças de governo produzem na política externa, assim como nas demais políticas públicas.

Entretanto, é necessário frisar que a política externa guarda algumas especificidades em relação às demais políticas públicas, principalmente porque, ao contrário destas, a política externa não é implementada prioritariamente no âmbito doméstico. Além disso, é notável que a política externa indica possuir mais continuidade do que as outras políticas públicas, “ seja por causa das regras limitadas da política de poder, como diriam os realistas, ou devido aos constrangimentos da interdependência, de acordo com a visão liberal” (HILL, 2003b, p. 242). Nesse sentido, ao argumentar que a política externa deve ser politizada, depreende-se que ela deve ser pauta de debate de ideias, valores e interesses não só por parte da população como também entre as burocracias e atores sociais distintos ligados à política externa (MILANI; PINHEIRO, 2013).

1.5 Considerações Parciais

Os acontecimentos das duas últimas décadas do século XX, tanto no âmbito internacional como no brasileiro, evidenciaram a importância das contribuições das abordagens de Análise de Política Externa para o entendimento das transformações ocorridas na arena de política externa. Tornaram-se mais claras as limitações do modelo do ator unitário e da concepção puramente sistêmica para o estudo das relações internacionais. Para que se compreenda a atuação externa dos Estados, é crucial atentar para os fatores domésticos que incidem direta ou indiretamente na formulação de política externa. Nesse sentido, é notável a importância das duas obras destacadas neste capítulo, a de Allison e Zelikow e a de Hill, cujas concepções sobre o processo decisório e as formas de interação dos atores de política externa servirão de base para analisar os papéis do Itamaraty, do Ministério da Saúde e da Fiocruz na formulação de projetos na área da saúde.

Em relação, especificamente, ao contexto brasileiro, o estudo sobre a pluralização de atores na política externa é revelador da importância das transformações advindas com o fim da Guerra Fria, a intensificação da globalização, a abertura econômica do país e a

redemocratização. Tendo tais eventos como cenário, os potenciais participantes e interessados em política externa subiram ao palco, em uma *performance* que, aparentemente, é definitiva, ainda que possa sofrer alguns intervalos. Sendo assim, é imperativo considerar a diversificação do processo decisório para entender melhor a configuração recente da PEB. Ao invés de declínio acentuado da centralidade e da autonomia decisória do Itamaraty na condução da PEB (CASON; POWER, 2009), parece mais adequado falar em maior necessidade de coordenação e aptidão em lidar com a pluralização de atores.

A possibilidade de menor coerência, de consistência e de estabilidade da política externa, apontada como resultado da ampliação participativa, levanta questionamentos sobre a relação entre inserção de atores no processo decisório e credibilidade da PEB. Uma pista possível para responder a tais questões é que a credibilidade também pode - e deve - advir do respaldo social às ações de política externa. Isso torna a PEB mais representativa dos interesses mais amplos da nação, inclusive em seu componente de discussão sobre qual a melhor maneira de agir internacionalmente.

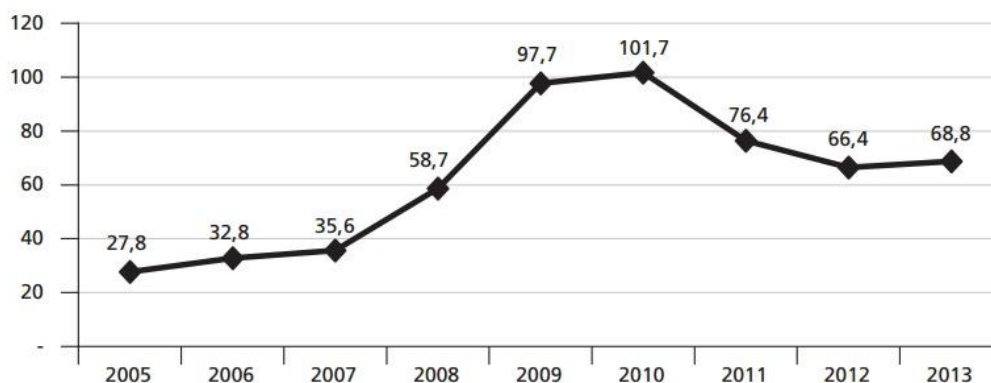
A presença de atores não tradicionais também é uma chave útil através da qual se coloca em pauta o debate sobre o entendimento da política externa enquanto política pública, já que a abertura participativa faz pensar sobre seu processo de elaboração, "no qual incidem, como em qualquer outra política pública, as demandas e conflitos de variados grupos domésticos" (SALOMÓN; PINHEIRO, 2013. p. 41), além da pertinência de conhecer a natureza (distributiva, redistributiva, regulatória ou constitutiva) da política externa e as etapas de seu ciclo. Consequentemente, a política externa tende a ficar mais próxima dos mecanismos de controle e da variabilidade existentes nas democracias (LIMA, 2013, 2005, MILANI; PINHEIRO, 2013). Sendo assim, o bônus democrático proveniente da ampliação do debate sobre política externa tende a ser maior do que um possível ônus.

2 A COOPERAÇÃO SUL-SUL BRASILEIRA EM SAÚDE

Em um movimento consonante, no começo do século XXI, a temática da cooperação para o desenvolvimento passou a ganhar intensidade nas agendas de política externa de várias potências de renda média²⁸. Sob a denominação de Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento (CSSD), a estratégia de inserção de tais países no campo da cooperação é marcada pela busca do distanciamento em relação à Cooperação Norte-Sul (CNS), tradicional. Mais do que distanciamento, a cooperação sul-sul se posiciona como uma alternativa ou complemento à cooperação tradicional, apoiando-se na ideia de identidades e experiências compartilhadas entre os países do Sul (MAWDSLEY, 2012, MILANI, 2012). As áreas incorporadas a CSSD são variadas, incluindo infraestrutura, saúde, agricultura, educação, energia, políticas sociais, fortalecimento da administração pública, entre outras.

No caso do Brasil, as iniciativas de CSSD ganharam maior projeção durante o governo Lula (2003-2010), com continuidade, ainda que em sentido decrescente, no governo Dilma (2011 - 2016), conforme se nota no gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Investimento do Governo Federal em Cooperação Técnica (em R\$)



Fonte: IPEA, 2016.

²⁸ Potências de renda média podem ser definidas como países que se distinguem tanto dos demais Estados em desenvolvimento, quanto das grandes potências, situando-se, assim, em uma posição intermediária na hierarquia global, o que lhes permite conduta internacional específica (LEITE, 2011). Na classificação de Keohane (1969), as potências de renda média equivaleriam aos *system-affecting states*, que são aqueles Estados que, apesar de não terem grande capacidade para afetar o sistema internacional agindo isoladamente, “podem, entretanto, exercer impacto significativo no sistema atuando através de pequenos grupos e alianças ou através de organizações internacionais regionais e universais” (KEOHANE, 1969, p. 295).

Percebe-se que, apesar da redução entre 2010 e 2012 e leve recuperação em 2013, período correspondente ao primeiro mandato de Dilma Rousseff, foi mantido um patamar de gastos superior ao de 2008, quando os dispêndios foram de 58,7 milhões de reais.

As principais áreas da CSSD brasileira são agricultura, saúde, educação e, mais recentemente, segurança pública (ABC, 2016). A CSSD do Brasil se diz caracterizada por alguns elementos-chave: não condicionalidade, forte presença de “projetos estruturantes”, implementação dos projetos como resposta à demanda dos países receptores (*demand-driven*), transferência de conhecimento e presença de múltiplos atores (públicos, privados, fundações, federais, estaduais). Os “projetos estruturantes”, de interesse especial para este trabalho, são descritos pela ABC como projetos que visam “à criação e à estruturação de instituições para capacitação de mão-de-obra em áreas deficientes nos países que demandam essa cooperação” (ABC, 2016).

Tendo em vista que a saúde figura, regularmente, entre as três principais áreas de atuação do Brasil em projetos ofertados de CSSD, não há dúvidas de que é um setor relevante para a política externa de cooperação técnica brasileira (ABC, 2016, IPEA, 2016). A prospecção da literatura disponível sobre a cooperação brasileira para a saúde revela algumas considerações preliminares: forte parceria com o Ministério da Saúde e com a Fundação Oswaldo Cruz, incipiente envolvimento do setor privado, parceria com universidades, elevado reconhecimento internacional na área relacionada ao HIV/aids e o papel da saúde na integração regional e na aproximação com a África. É importante ressaltar também alguns desafios para a cooperação no setor da saúde: a questão da eficácia, credibilidade, institucionalização e interfaces com os atores domésticos (VENTURA, 2013, GHSI, 2012, ALMEIDA, 2013, FAID, 2013, ROA; SANTANA, 2011, PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012).

O objetivo principal deste capítulo é estudar as características da cooperação brasileira em saúde, incluindo seu processo de inserção na agenda da PEB, seus atores principais e a dinâmica de seus processos de formulação e implementação. O capítulo está dividido em três seções: a primeira apresenta algumas breves considerações teóricas sobre as conexões entre saúde e política externa; a segunda versa sobre os principais aspectos da cooperação brasileira para o desenvolvimento, tendo em vista que a cooperação em saúde partilha de vários deles; e a terceira seção traça o perfil da cooperação técnica brasileira na área da saúde.

2.1 Saúde e Política Externa

Considera-se que a saúde figura, basicamente, em três agendas globais e, conseqüentemente, de política externa. A primeira é a de segurança, devido, principalmente, à preocupação com pandemias globais. A segunda é a econômica, motivada pelos efeitos econômicos de uma saúde de má qualidade para o desenvolvimento dos países e, por outro lado, pelos ganhos do mercado global de bens e serviços de saúde. A terceira é a agenda da justiça social, com o reforço da ideia de que a saúde é um valor social e um direito humano, incluindo a defesa do acesso a medicamentos e à atenção primária/básica a saúde (KICKBUSCH, 2011).

De acordo com Kickbusch (2011), há uma escala de relação entre a temática da saúde e a política externa, incluindo quatro cenários nos quais saúde e política externa podem interagir. São eles: a) a política externa negligencia ou até obstaculiza a saúde; b) a saúde é considerada um instrumento da política externa; c) a saúde é parte integral da política externa e d) a política externa é um instrumento para atingir objetivos da saúde. Do ponto de vista do fortalecimento da agenda da saúde, existe uma sequência crescente, de “a” para “d”, nesses quatro cenários.

Três desses cenários, o “b”, o “c” e o “d”, apresentam possibilidades de abertura à cooperação técnica. No caso do cenário “b” (a saúde como um instrumento da política externa), a percepção é de que os programas de cooperação técnica em saúde podem ser uma ferramenta útil de “poder brando” (FELDBAUM; LEE; MICHAUD, 2015, KICKBUSCH, 2011). Se a saúde é parte integral da agenda da política externa (cenário “c”), a presença de atividades de cooperação é favorecida e tende a se tornar perene e, no cenário “d”, ao invés de a saúde ser um recurso para atingir objetivos em política externa, é a política externa, incluindo a consecução de ações de cooperação técnica internacional, que passa a ser um meio de promover os interesses da área da saúde, como a prevenção e o tratamento de doenças e o bem-estar das populações. Esse último cenário se aproxima da concepção de “política externa como saúde” (FIDLER, 2005), como será visto a seguir.

Complementarmente, segundo Fidler (2005), podem ser apontadas três interpretações sobre o aumento da importância da saúde nas agendas de política externa. Ainda que se trate de uma classificação de âmbito global, ela também pode ser utilizada para pensar a inserção da saúde na política externa brasileira, como se pretende demonstrar na última seção deste capítulo. A primeira, denominada “política externa como saúde”, considera que a

foreign policy now pursues [...] health as an end in itself [and] argues that health affects so many political agendas that it has emerged as a transarchival value—defined

as a value that influences the substantive nature of hierarchical politics within states and anarchical politics between states (FIDLER, 2005, p. 183)²⁹.

Essa primeira perspectiva rejeita que a cooperação em saúde seja vista de maneira funcional e desconectada do campo de ação política, pois avalia que a saúde se tornou um *valor político* para a humanidade. A segunda, “saúde e política externa”, argumenta que a “saúde global” seria apenas mais um vetor de interesses materiais e de poder para os Estados nacionais. O tema da saúde não seria diferente, portanto, de qualquer outro com o qual a política externa lida. Ou seja, essa segunda perspectiva

maintains a traditionally narrow understanding of foreign policy and adopts a limited conception of what health means for foreign policy purposes [...] health is merely a tool, an instrument of statecraft the value of which extends no farther than its utility in serving the material interests and capabilities of the state (FIDLER, 2005, p. 185)³⁰.

Nota-se, assim, que o cenário “b” apontado por Kickbusch (2011) aproxima-se dessa segunda perspectiva. A terceira interpretação, “saúde como política externa”, salienta o aspecto científico da saúde e considera que

health’s rise as an issue in world affairs creates a relationship between health and foreign policy under which neither completely transforms the other. [...]. This conceptualization [...] involves a dynamic between science and politics that reflects an interdependence, or mutual dependence, when health and foreign policy mix (FIDLER, 2005, p. 185)³¹.

De acordo com essa perspectiva, as conexões entre saúde e política externa envolvem os objetivos científicos da saúde sem negar os interesses dos Estados e as dinâmicas próprias da política externa.

Apesar da posição flexível que a saúde ocupa nas agendas de política externa (FIDLER, 2011), é notável o crescente envolvimento de diplomatas com a saúde, bem como o movimento em sentido inverso, com o fortalecimento de departamentos de relações internacionais dentro

²⁹ “A política externa agora encara a saúde como um fim em si mesmo [e] argumenta que a saúde afeta tantas agendas políticas que emergiu com um valor transcendente – definido como um valor que influencia a natureza substantiva de políticas hierárquicas dentro dos Estados de políticas anárquicas entre Estados” (FIDLER, 2005, p. 183, tradução nossa).

³⁰ “Mantém uma compreensão tradicionalmente estreita de política externa e adota uma concepção limitada do significado da saúde para os propósitos de política externa [...] a saúde é apenas uma ferramenta, um instrumento do Estado cujo valor não se estende além de sua utilidade ao servir aos interesses e capacidades materiais do Estado” (FIDLER, 2005, p. 185, tradução nossa).

³¹ “A elevação da saúde enquanto um tema das relações internacionais cria uma relação entre saúde e política externa na qual nenhuma transforma completamente a outra [...]. Esse conceito envolve uma dinâmica entre ciência e política que reflete uma interdependência, ou dependência mútua, na junção entre saúde e política externa” (FIDLER, 2005, p. 185, tradução nossa).

dos ministérios da saúde (KICKBUSCH; SILBERSCHMIDT; BUSS, 2007). O desafio presente nessa configuração é que os atores de ambas as origens (Ministérios das Relações Exteriores e Ministérios da Saúde, por exemplo) precisam lidar com a influência tanto de políticas domésticas quanto internacionais em suas esferas de poder, o que exige, segundo Kickbusch, Silberschmidt e Buss (2007), uma maior habilidade em negociar e em tomar decisões rapidamente.

Especificamente em relação ao Brasil, são frequentemente citadas como conexões relevantes entre saúde e política externa a advocacia brasileira de luta contra o HIV/AIDS e os projetos de cooperação técnica sul-sul (VENTURA, 2013, GHSI, 2012, FAID, 2013, ROA; SANTANA, 2011, ALMEIDA, 2013). Algumas das mais importantes experiências domésticas brasileiras em saúde que têm repercussão internacional são o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso universal aos serviços de saúde, o compromisso no combate ao HIV/aids e a produção de medicamentos e vacinas. Outras políticas que merecem menção são aquelas relacionadas à nutrição e aos Bancos de Leite Humano³². Ademais, a vasta fabricação brasileira, sem fins lucrativos, de produtos e tecnologias ligadas à saúde e voltadas à Pesquisa & Desenvolvimento e ao SUS é considerada uma política pública única no âmbito dos BRICS (GHSI, 2012). Pode-se dizer que o fator determinante e diferencial da diplomacia brasileira da saúde é que as políticas públicas nacionais nessa área são pautadas pelo princípio, presente na Constituição Brasileira, de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. O acesso público, universal e gratuito à saúde foi consagrado pela instituição do SUS, cujo modo de funcionamento e doutrina são considerados modelos para projetos de cooperação técnica brasileira para o desenvolvimento (KICKBUSCH; SILBERSCHMIDT; BUSS, 2007, VENTURA, 2013, ALMEIDA, 2013).

Sendo assim, dentre os quatro cenários criados por Kickbusch (2011) e citadas no início desta seção (a política externa negligencia ou até obstaculiza a saúde (a); a saúde é considerada um instrumento da política externa (b); a saúde é parte integral da política externa (c) e a política externa é um instrumento para atingir objetivos da saúde (d)), pode-se dizer que o caso do Brasil, a partir do governo Lula até o primeiro governo Dilma, circula, principalmente, entre os cenários “b” e “d”. Os projetos de cooperação técnica em saúde podem ser vistos tanto como instrumentos de “poder brando” na política externa brasileira (cenário B) – o que colocaria a

³² A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é a maior e mais complexa do mundo, composta por 211 bancos que recolhem mais de 160 mil litros de leite humano pasteurizado a serem distribuídos para mais de 175 mil recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. Os bancos de leite promovem o aleitamento materno para melhorar a nutrição infantil e procuram prevenir a transmissão de mãe para filho do HIV (transmissão vertical) (FIOCRUZ, 2015; GHSI, 2012).

saúde como subordinada à política externa – quanto como possibilidades de promover os objetivos da área da saúde *através* da política externa brasileira (cenário D). Enquanto se pode esperar que a posição dos funcionários do MRE se aproxime do cenário B, a defesa pela atenção à saúde como um fim em si mesmo, normalmente presente no quadro do Ministério da Saúde e da Fiocruz – aproxima-se do cenário D. Ainda que a saúde tenha tido destaque dentro da política de cooperação técnica internacional do Brasil durante o período estudado – além de outras ações sanitárias internacionais que não estão no rol da cooperação técnica – seria necessária uma análise mais ampla e aprofundada para confirmar se a saúde é parte *integral* da política externa brasileira, conforme o cenário C. Por fim, o papel proeminente que a saúde possui dentro da CSSD brasileira indica que o cenário A não se mostra aplicável ao caso do Brasil nas últimas décadas.

2.2 A Cooperação Sul-Sul Brasileira para o Desenvolvimento

Até a década de 1970, a principal posição do Brasil em relação à cooperação técnica para o desenvolvimento era a de país receptor. Em 1973, surgiram as primeiras experiências de cooperação técnica oficial brasileira prestada a outros países da América Latina e a países africanos de língua portuguesa e, depois do Plano de Ação de Buenos Aires (PABA)³³, em 1978, o tema da cooperação com países em desenvolvimento ganhou mais espaço no discurso e nas diretrizes de política externa do Brasil (IGLESIAS PUENTE, 2010). O PABA, resultado da Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, realizada em 1978, em Buenos Aires, promoveu um novo conceito de cooperação técnica pautada pela horizontalidade e intercâmbio³⁴ e foi propulsor da expansão dessa categoria de cooperação no Brasil.

³³ O Plano de Ação de Buenos Aires foi resultado da Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento - CTPD, que ocorreu entre agosto e setembro de 1978 em Buenos Aires. O termo Cooperação Sul-Sul foi utilizado pela primeira vez no PABA, ao promover a prática da cooperação técnica entre países em desenvolvimento. Assim, o PABA é conhecido como o documento que originou a noção de cooperação horizontal como proposta para *complementar* os programas tradicionais de cooperação através da melhor utilização das capacidades instaladas nos países em desenvolvimento, a fim de superar a hierarquia dos mecanismos da cooperação Norte-Sul (AYLLÓN, 2014).

³⁴ Segundo Ayllón Pino (2014), podem ser considerados como os elementos mais notórios do PABA a natureza multissetorial da CTPD e o caráter instrumental que o Plano atribuiu a esse tipo de cooperação, com ênfase na participação não apenas de agências governamentais dos países em desenvolvimento, mas também de ONGs e o setor privado.

Apesar de existirem alguns registros da década de 1950 e experiências iniciais na década de 1970³⁵, foi somente a partir do fim do regime autoritário que a cooperação brasileira atingiu, paulatinamente, consistência e visibilidade, alcançando seu auge durante a primeira década do século XXI (IPEA, 2010). A Agência Brasileira de Cooperação, que será alvo de atenção especial no capítulo 3 desta dissertação, foi criada em 1987. Entretanto, seguindo uma tendência mundial³⁶, durante a década de 1980 até meados 1990, observou-se uma desmobilização da CSS e um aumento da cooperação técnica em que o Brasil participava como receptor. Entre meados da década de 1990 até o início dos anos 2000, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), as atividades de CTPD brasileiras aumentaram consideravelmente, incluindo uma ampliação das áreas temáticas de atuação e das regiões contempladas (IGLESIAS PUENTE, 2010).

A partir do início do governo Lula, em 2003, houve uma notável mudança no encaminhamento da política externa brasileira, marcada principalmente pela prioridade dada às relações com os países em desenvolvimento, localizados no Sul Geopolítico. O Brasil passou a se apresentar no cenário internacional como um ator de alto nível, com capacidade de negociação e portador de projetos inovadores. Acompanhando essa modificação na PEB, transformou-se também a atuação do Brasil na Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), afinal, assim como no caso dos doadores tradicionais de cooperação, a CSS não está desvinculada das estratégias de inserção internacional e da internacionalização do capitalismo dos Estados doadores provenientes do Sul (MILANI; SUYAMA; LOPES, 2013). Nesse sentido, o governo brasileiro esclarece oficialmente que a cooperação oferecida a países em desenvolvimento é um instrumento e uma estratégia da política externa brasileira para “assegurar presença positiva e crescente em países e regiões de interesse primordial” (ABC, 2016)³⁷. Entretanto, destaca que a cooperação oferecida não tem fins lucrativos nem

³⁵ Nessa época, a maior parte das ações de cooperação internacional prestadas pelo Brasil consistia em treinamentos de recursos humanos dos países recipiendários (IGLESIAS PUENTE, 2010). Hoje, não se pode dizer que esse seja o principal tipo de atividade da cooperação técnica prestada pelo Brasil, mas é parte importante do repertório da CTPD brasileira.

³⁶ Ver mais sobre isso em AYLLÓN PINO, 2014.

³⁷ “O Brasil entende a cooperação técnica internacional como uma opção estratégica de parceria, que representa um instrumento capaz de produzir impactos positivos sobre populações, alterar e elevar níveis de vida, modificar realidades, promover o crescimento sustentável e contribuir para o desenvolvimento social. A CTI [Cooperação Técnica Internacional] é compreendida como um importante instrumento de desenvolvimento; que auxilia o país a promover mudanças estruturais nos seus sistemas produtivos e a superar restrições que dificultem seu crescimento. As ações de CGPD [Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento] constituem importante instrumento de política externa, do qual o Brasil tem-se servido para assegurar presença positiva e crescente em países e regiões de interesse primordial. A política externa brasileira prioriza a importância da cooperação Sul-Sul no contexto das relações internacionais tendo em vista sua capacidade de estreitar laços, na esperança de que seja um dos caminhos mais seguros para lograr o desenvolvimento sustentável, a elevação do

pretensões comerciais e busca o fortalecimento institucional das entidades domésticas parceiras.

A definição de Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional fornecida pelo IPEA (IPEA, 2010, p. 17) é:

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 das capacidades [...] de grupos ou populações de outros países para a melhoria de suas condições socioeconômicas.

Em seu último relatório, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divide a cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional em algumas modalidades: cooperação técnica, cooperação educacional (bolsas de estudos para estrangeiros), cooperação científica e tecnológica, cooperação humanitária, apoio e proteção a refugiados, operações de manutenção da paz e contribuições para organizações internacionais.

O montante de gastos do Brasil com a Cooperação para o Desenvolvimento Internacional entre 2005 e 2013 foi de aproximadamente R\$ 7.984 bilhões de dólares. Mais da metade desse montante (54,4%) foi destinada às contribuições para Organizações Internacionais, 16,6% às operações de manutenção da paz e 7% para a cooperação técnica (IPEA, 2016).

Dentre 2005 e 2013, foram investidos aproximadamente R\$ 565.921 milhões em cooperação técnica internacional ofertada pelo Brasil. O setor passou de uma representação de 7,2% do total de recursos alocados em atividades cooperativas, em 2005, para 13,49% em 2009, voltando à casa dos 7% entre 2011 e 2013³⁸.

Entre 2011 e 2013, a região que recebeu o maior investimento financeiro em atividades de cooperação técnica brasileira para o desenvolvimento foi a África (R\$ 62,8 milhões), seguida pela América Latina e o Caribe (R\$ 61,5 milhões) (IPEA, 2016). Por outro lado, em termos de

nível e da qualidade de vida das populações com mais justiça social. A CGPD brasileira se faz pela transferência de conhecimentos técnicos e experiência do Brasil, em bases não comerciais, de forma a promover a autonomia dos parceiros envolvidos. Para tanto se vale dos seguintes instrumentos: consultorias, treinamentos e a eventual doação de equipamentos” (ABC, 2016).

³⁸ Enquanto, em 2009, a cooperação técnica ocupava o segundo lugar em gastos do governo com a cooperação, entre 2011 e 2013 passou a figurar em quarto lugar, atrás dos gastos com organizações internacionais, operações de manutenção da paz e cooperação humanitária. Entre 2011 e 2012, houve significativa redução dos dispêndios do governo federal com a cooperação técnica, com leve recuperação em 2013. Em 2010, o total de gasto governamental com a cooperação técnica foi de R\$ 101.676; em 2012, esse valor caiu para R\$ 66.412 e, em 2013, subiu levemente para R\$ 68.803 (IPEA, 2016).

quantidade de projetos, até 2012 o principal destino foi a América Latina, o que atesta a relevância de ambas as regiões para a cooperação técnica brasileira (LEITE et al., 2014).

As principais áreas de atuação da CSS brasileira são agricultura, saúde e educação profissional (ABC, 2016). Segundo a Agência Brasileira de Cooperação, suas ações de cooperação com países em desenvolvimento são baseadas em prioridades, principalmente em termos de região³⁹, estabelecidas “à luz das atuais orientações governamentais” (ABC, 2016).

Apesar de contar com poucos dos recursos financeiros destinados à CID, cujo maior montante destina-se a doações para organismos internacionais, a cooperação técnica tem grande importância para o Brasil, especialmente a partir do governo Lula, quando o montante destinado a essa atividade cresceu significativamente (IPEA, 2016, MILANI, 2014). Para Cabral (2011, p. 12), “a cooperação técnica representa, em grande medida, a imagem de marca da cooperação brasileira. Esta é a componente da cooperação que tem maior visibilidade perante o público, particularmente a nível externo”.

A missão da CTPD brasileira é definida pela Agência Brasileira de Cooperação como a de contribuir para o adensamento das relações do Brasil com os países em desenvolvimento através da geração, disseminação e utilização de conhecimentos técnicos, visando à capacitação de seus recursos humanos e ao fortalecimento de suas instituições (ABC, 2016). Segundo Cabral (2011, p. 9), a CTPD consiste na “partilha de conhecimentos, técnicas e tecnologias testadas e validadas dentro do Brasil, que são adaptadas ao país beneficiário”. As diretrizes principais da cooperação brasileira com países em desenvolvimento, segundo a ABC, são: priorizar programas de cooperação técnica [...] principalmente com os países de interesse prioritário para a política exterior brasileira; apoiar projetos vinculados, sobretudo a programas e prioridades nacionais de desenvolvimento dos países recipiendários; canalizar os esforços para projetos de maior repercussão e âmbito de influência, com efeito multiplicador mais intenso e estabelecer parcerias preferencialmente com instituições genuinamente nacionais (ABC, 2016).

Diferentemente da Cooperação Norte-Sul, que tem no Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD/ODCE)⁴⁰ sua fonte de diretrizes, a CSS não possui institucionalidade claramente definida (LEITE; POMEROY; SUYAMA, 2015). Da mesma maneira, a CSSD

³⁹ As prioridades citadas pela ABC são: compromissos assumidos em viagens do Presidente da República e do Chanceler; países da América do Sul; Haiti; países da África, em especial os Palops e Timor-Leste; demais países da América Latina e Caribe; apoio à CPLP; e incremento das iniciativas de cooperação triangular com países desenvolvidos (através de suas respectivas agências) e organismos internacionais (Disponível em: <http://www.abc.gov.br/SobreAbc/Direcao/CGPD/>). Acesso em 02 nov. 2016).

⁴⁰ O Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) é um órgão vinculado à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento (OCDE).

praticada pelo Brasil também não é institucionalizada, tendo em vista que não há diretrizes, normas ou regras que a regulem ou guiem de maneira específica. Devido a essa ausência de marco regulatório específico, a cooperação brasileira orienta-se principalmente por documentos internacionais, tais como o Plano de Ação de Buenos Aires e o Manual de Execução Nacional de Projetos do PNUD-Brasil (2006), e também documentos nacionais, como os diversos Acordos Básicos de Cooperação Técnica, Diretrizes para o Desenvolvimento da Cooperação Técnica Internacional Multilateral e Bilateral (2005), Portaria nº 717 do MRE (2006) e Portaria nº555 do MRE (2008) (LEITE et al., 2014, IGLESIAS PUENTE, 2010). Além disso, a cooperação técnica envolve tantos regimentos administrativos quantos são os órgãos públicos e privados envolvidos na cooperação⁴¹. Isso colabora para que os arranjos institucionais que acompanham a cooperação brasileira para o desenvolvimento tornem-se complexos e desarticulados em maior ou menor medida, dependendo de qual área da cooperação está em questão. Sendo assim, dificulta-se a construção de uma política nacional de CSSD coerente e articulada (LEITE et al., 2014). Nesse sentido, compreender melhor a relação entre atores importantes da política externa brasileira de cooperação técnica para o desenvolvimento, objetivo principal desta dissertação, pode ajudar a lançar luz sobre os objetivos, escopos, mecanismos, competências e processos da cooperação técnica ofertada pelo Brasil.

Desde o início, mas especialmente após a criação da Agência Brasileira de Cooperação, a CTPD, (posteriormente mais conhecida como CSSD) brasileira busca diferenciar-se da cooperação técnica tradicional, através da rejeição do caráter assimétrico e desigual entre prestador e receptor e a busca por uma relação de efetiva parceria. Podem ser listados quatro aspectos principais da CSSD brasileira, a serem brevemente abordados a seguir, que colaboram para o propósito de apresentar a cooperação brasileira como mais igualitária. São eles: a) orientação por demanda; b) não-condicionalidade; c) presença de múltiplos atores e d) foco em projetos estruturantes.

2.2.1 Orientação por Demanda

Segundo o governo brasileiro, as iniciativas de cooperação técnica são estabelecidas apenas após a manifestação de demanda da parte dos países receptores (IPEA, 2013)⁴². Isso

⁴¹ Entre 2011 e 2013, por exemplo, 88 órgãos da administração pública federal atuaram em atividades de cooperação técnica brasileira para o desenvolvimento internacional (IPEA, 2016).

⁴² “Os projetos de cooperação técnica internacional na modalidade horizontal (ou Sul-Sul), coordenados e financiados (a elaboração) pela ABC/MRE, se dão a partir de demandas que a agência recebe de governos estrangeiros ou organismos internacionais por meio: de embaixadas e delegações do Brasil no exterior; de

pode ser interpretado como intenção de não transparecer intromissão ao oferecer projetos de cooperação sem a demonstração de interesse prévio. A justificativa reside na busca por diferenciar o modo de agir da cooperação sul-sul em relação à cooperação norte-sul, bastante criticada por oferecer projetos prontos a países considerados carentes em algum setor sem consultá-los previamente. Dessa forma, ao alegar que existe demanda para as políticas públicas brasileiras, especialmente proveniente da África e da América Latina, o governo brasileiro procura mostrar que não há imposição de práticas ou projetos, ao contrário das iniciativas provenientes de países desenvolvidos, cujo modo de agir, aliado ao passado intervencionista de muitas das potências centrais, suscita críticas e resistências. Conforme explica Milani (2014, p. 6):

internationalisation of public policies is not the same as export or imposition of public-policy practices. Based on the argument that there are *demands* for such practices coming from different countries [...], the Brazilian government assumes that there is a high degree of acceptance and legitimacy associated with historical affinity and contextual development similarities. The process therefore is characterised within Brazilian policy circles as being demand-driven and, as such, holds greater claims to legitimacy at home and among its partners. Brazilian best practices are not imposed upon partners, although there is a need for researchers and civil-society organisations to monitor this phenomenon carefully so as to avoid a priori assumptions that do not always count upon empirical evidence and evaluation from the field.⁴³

É importante esclarecer que não é simples atestar que a demanda pela cooperação técnica brasileira seja absolutamente espontânea. Conforme apontam Leite et al. (2014, p. 67), “it is not known where the demand originated, who elaborated it, or how it was interpreted and directed by the Brazilian government”⁴⁴. Nesse sentido, intermediações realizadas por organizações internacionais, bem como a tendência do governo em direcionar as demandas a certas agências com as quais têm proximidade devido a parcerias prévias, são citadas em alguns estudos (LEITE et al., 2014). Ademais, as políticas públicas brasileiras consideradas bem-sucedidas, especialmente a partir de governo Lula, passaram a ser extensamente divulgadas, estando bastante presentes nos discursos oficiais do Brasil em arenas multilaterais e bilaterais.

embaixadas e escritórios de organismos internacionais em Brasília; ou de visitas ao Brasil de missões oficiais estrangeiras” (IPEA, 2013, p. 26).

⁴³ “internacionalização de políticas públicas não é o mesmo que exportação ou imposição de práticas de política pública. Com base no argumento de que há demanda advinda de diferentes países para tais práticas [...], o governo brasileiro assume que há um alto grau de aceitação e legitimidade associadas a afinidades históricas e similaridades contextuais de desenvolvimento. O processo, portanto, é caracterizado nos círculos políticos brasileiros como sendo responsivo a demandas e, como tal, possui maior legitimidade doméstica e entre seus parceiros. Os casos de sucesso brasileiros não são impostos aos parceiros, embora haja necessidade de pesquisadores e organizações da sociedade civil monitorarem cuidadosamente esse fenômeno para evitar interpretações que nem sempre estão embasadas em evidências empíricas e avaliações de campo” (MILANI, 2014, p. 6, tradução nossa).

⁴⁴ “Não se sabe de onde surgiu a demanda, quem a elaborou ou como ela foi interpretada e direcionada pelo governo brasileiro” (LEITE et al., 2014, p. 67, tradução nossa).

Os programas Bolsa Família, Fome Zero e a resposta brasileira ao HIV/aids são importantes exemplos nesse sentido. Sendo assim, a divulgação, tanto por parte do governo quanto das agências implementadoras, tem um papel determinante na criação de demanda. Sobre isso, Iglesias Puente (2010, p. 122) pontua que, apesar de o processo se iniciar com a identificação de demandas, “tampouco se pode eliminar inteiramente a importância da oferta no processo, já que ela está presente e se caracteriza [...] pelo papel [...] das entidades nacionais cooperantes, o que [...] poderia facilitar alguma tendência à indução de demandas”.

2.2.2 Não Condicionalidade

Outra característica reivindicada pelo Brasil para sua atuação em cooperação técnica para o desenvolvimento é a não imposição de condicionalidades para a realização dos projetos. No rol de condicionalidades existentes no sistema de cooperação norte-sul, encontram-se desde requisitos de natureza econômica e política até aqueles relacionados às normas de direitos humanos. Ou seja, a parte brasileira compromete-se a não exigir que o país receptor realize políticas de austeridade macroeconômica ou de implantação de um sistema de governo liberal-democrático, por exemplo⁴⁵. Dois princípios da política externa brasileira, o da não intervenção e o do respeito à soberania dos outros países, são frequentemente citados para dar suporte à defesa da não condicionalidade.

A não condicionalidade é provavelmente o principal aspecto da CSSD que a distingue da CNS, visto que a cooperação tradicional, desde os anos 90, é fortemente marcada por consensos produzidos pela expansão da democracia liberal, globalização e internacionalização de mercados, dentre os quais se destaca o condicionamento da ajuda externa à implementação de reformas de “boa governança”, à promoção da democracia liberal e ao respeito das normas de direitos humanos (MILANI; SUYAMA; LOPES, 2013). Tais medidas, historicamente aplicadas pelos países membros do CAD, são bastante criticadas por pesquisadores e frequentemente são vistas pelos governos dos países em desenvolvimento como uma forma de ingerência em suas políticas internas (MILANI; SUYAMA; LOPES, 2013). Consequentemente, os doadores de CSSD procuram evitar esse tipo de política, a fim de alcançarem maior apoio e legitimidade.

⁴⁵ Outros exemplos mais específicos que poderiam ser citados são: reforma do poder judiciário, sistema político de partidos, parlamentos, programas de governança pública; descentralização da administração pública nacional, privatização, reformas econômicas e apoio ao setor privado (MILANI; SUYAMA; LOPES, 2013).

É importante registrar que, mesmo que não haja condicionantes, especialmente de natureza financeira ou comercial, frequentemente há correspondência entre locais em que existem projetos de cooperação e a presença de empresas privadas brasileiras (LEITE et al., 2014), ainda que não seja possível assegurar uma relação de causalidade entre os dois casos. Nesse sentido, Iglesias Puente (2010, p. 117) esclarece que

a CTPD pode contribuir de forma indireta, e com frequência o faz, [...] para o aumento e adensamento da presença econômica do país prestador no país recipiendário (ou parceiro), inclusive com abertura de espaço para as empresas privadas nacionais. [...] não há impedimentos a que se procure harmonizar as políticas de cooperação técnica e a estratégia de presença comercial, buscando elementos de sinergia entre os dois campos, sem que se tenha de levar a cabo políticas de vinculação comercial obrigatória.

Leite (et al., 2014) também aponta que interesses políticos e até econômicos não são completamente negados, mas isso não é visto como uma contradição, já que a cooperação técnica pode ser benéfica para o Brasil sem deixar de corresponder aos princípios tidos como “solidários” pelo discurso governamental brasileiro, mesmo porque

mutual gains have also been increasingly recognised as crucial in ensuring domestic support for technical cooperation, since the latter involves public resources. However, economic and commercial benefits, rather than being stated as a condition, are seen as possible medium- and long-term consequences of closer ties (LEITE et al., 2014, p. 20)⁴⁶.

2.2.3 Multiplicidade de Atores

A cooperação brasileira é marcada também por um caráter híbrido, no sentido de que múltiplas instituições, públicas e privadas, federais e estaduais, estão envolvidas no processo de cooperação e operam de diferentes maneiras, enquanto a ABC procura coordenar as atividades (CABRAL, 2011). O governo brasileiro procura envolver instituições e entidades domésticas que possuam experiência, competência e capacidade de transferir conhecimento nas diversas áreas ligadas aos projetos de cooperação (IGLESIAS PUENTE, 2010). Várias centenas de entidades brasileiras figuram na lista de parcerias da ABC⁴⁷, incluindo diversos Ministérios, fundações, universidades, institutos, empresas, associações, hospitais e ONGs. A Fiocruz, a

⁴⁶ “Ganhos mútuos também têm sido cada vez mais reconhecidos como fundamentais para garantir o apoio doméstico à cooperação técnica, uma vez que esta envolve recursos públicos. Entretanto, benefícios comerciais e econômicos, ao invés de serem considerados uma condição, são vistos como possíveis consequências de médio e longo prazo advindas de relações mais próximas” (LEITE et al., 2014, p. 20, tradução nossa).

⁴⁷ A lista completa encontra-se em: <http://www.abc.gov.br/Gestao/EntidadesParceiras>. Acesso em 10 out. 2016.

Embrapa, o SENAI e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome são alguns exemplos notórios de atores parceiros do governo brasileiro para a execução de políticas de cooperação sul-sul para o desenvolvimento (ABC, 2016). Em grande parte devido a essa inserção no campo da cooperação técnica, muitas dessas entidades criaram secretarias ou departamentos encarregados de suas respectivas “relações internacionais”, colaborando para o fenômeno da pluralização de atores na arena decisória da política externa brasileira (PINHEIRO, 2009).

Tendo em vista tamanha diversidade e quantidade de atores envolvidos, existe uma

complexidade orgânica [que] cria dificuldades de coordenação para a ABC, devido à sua fragilidade institucional – apesar de designada de agência, formalmente, a ABC é apenas um departamento do MRE, sem autonomia administrativo-financeira. Uma dificuldade adicional prende-se à ausência de regulamentação específica sobre a realização de atividades de cooperação no exterior, que permita o fluxo de recursos associado a tais atividades (CABRAL, 2011, p. 14).

Para Iglesias Puente (2010), ainda que a ABC possa ser considerada “protagonista” enquanto ponto focal, “as entidades nacionais cooperantes desempenham papel fundamental, em especial, no desenho, planejamento, execução e avaliação das ações de cooperação técnica” (IGLESIAS PUENTE, 2010, p. 124). Pode-se dizer, assim, que a ABC possui potencial para, apesar de suas fragilidades, facilitar a interação intragovernamental e com instituições da sociedade civil.

É interessante assinalar que muitas das instituições domésticas brasileiras que fazem parte das atividades de cooperação técnica no papel de fornecedoras já foram receptoras de cooperação internacional no início de sua estruturação, como a Embrapa e a Fiocruz. Sendo assim, podem ser vistas como casos de sucesso em que a internalização de expertise externa foi base de um desenvolvimento tecnológico autóctone. Pode-se dizer que isso colabora para a “boa imagem” da cooperação brasileira, aproximando-a do discurso de que o país está preparado para transferir conhecimento e de que a cooperação técnica pode ser efetiva na construção de capacidades nacionais.

É válido mencionar, por fim, que, além dos atores domésticos brasileiros, que são o foco deste trabalho e desta seção, existem também entidades externas com as quais os atores brasileiros precisam negociar. Além de chancelarias, ministérios, órgãos setoriais e ONGs dos países recipiendários, incluem-se nesse rol as organizações internacionais, que muitas vezes atuam como intermediárias entre o país doador e o receptor para a consecução de projetos de cooperação (INGLESIAS PUENTE, 2010).

2.2.4 Projetos Estruturantes

A quarta característica a ser citada refere-se à natureza dos projetos implementados. A estratégia de cooperação técnica brasileira preza pela execução dos chamados “projetos estruturantes”, caracterizados por sua longa duração e pelo esforço de abarcarem mudanças estruturais na área em questão, visando o aumento do impacto social e econômico sobre o público-alvo da cooperação e maior sustentabilidade dos resultados. Sendo assim, “formas simples de capacitação de técnicos estão dando lugar a projetos que visam objetivos mais abrangentes como a adaptação de políticas públicas brasileiras ao contexto do país parceiro” (CABRAL, 2011, p. 15). Segundo Iglesias Puente (2010, p. 118), “a preferência dada a projetos e programas com ciclos completos, que garantam maior alcance de resultados, em vez de ações pontuais e isoladas, a fim de evitar a pulverização de esforços” é uma das principais diretrizes estabelecidas pelo Itamaraty para a CTPD do Brasil. A intenção é que esse tipo de projeto possa “se encaixar” nas prioridades dos próprios países parceiros, de forma que seja um catalisador de objetivos de desenvolvimento pré-existent. Ademais, em uma demonstração da importância dada aos projetos estruturantes, a ABC concede a eles um espaço específico em seu *site*:

Durante algum tempo a principal estratégia da ABC foi priorizar o que se convencionou nomear “projetos estruturantes” por visarem à criação e à estruturação de instituições para capacitação de mão-de-obra em áreas deficientes nos países que demandavam essa cooperação. A ideia, aplicada pela primeira vez em Angola e no Paraguai, com a instalação de Centros de Formação de Profissionais em parceria com o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), foi tão bem sucedida que a ABC concluiu pela pertinência de tornar essa experiência numa política sistemática.⁴⁸

Em seguida, são citados 22 projetos que se enquadram no entendimento da ABC sobre projetos estruturantes. Dentre eles, são destacados: a iniciativa "Cotton-4", que abrange Mali, Chade, Benin e Burkina Faso, o projeto de rizicultura no Senegal, o programa de segurança alimentar no Haiti, a instalação de nove Centros de Formação Profissional do SENAI, o Programa trilateral ProSavana em Moçambique e a “Escola Técnica de Saúde Pública” no Haiti, que faz parte do projeto de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti.

Infere-se que o objetivo principal dos projetos estruturantes é que eles tragam transformações fixas, ou seja, que permaneçam gerando desenvolvimento para o país receptor

⁴⁸ Disponível em: <http://www.abc.gov.br/Gestao/ProjetosEstruturantes>. Acesso em 17 de fevereiro de 2016.

mesmo quando não houver mais assistência brasileira e/ou quando o acordo de cooperação chegar ao fim. Portanto,

espera-se que esses projetos possam ser inseridos nas próprias prioridades de desenvolvimento do país parceiro, desde que naturalmente cubram áreas e contextos que permitam identificar instituições brasileiras habilitadas e dispostas a participar como co-executoras da cooperação. Trata-se, neste caso, de uma manifestação específica de respeito às prioridades do parceiro e não de uma imposição de cooperação com base exclusiva na oferta. Dá-se também preferência a ações e programas que possibilitem a *criação de efeitos multiplicadores* e que apresentem condições de *sustentabilidade após seu término*, embora essa característica nem sempre se verifique na prática (IGLESIAS PUENTE, 2010, p. 118, grifo nosso).

Mais uma vez, a aplicação desse tipo de projeto busca marcar oposição à reprodução do modelo tradicional de cooperação técnica, que são criticados por não terem alcançado sucesso significativo no sentido de trazer desenvolvimento estruturado aos países receptores.

Segundo Leite, Pomeroy e Suyama (2015, p. 1447),

Brazil became a reference for traditional donors (international organisations and DAC donors) because of its development trajectory in the 2000s and identification with liberal values defended by the western community and, also, for Brazil's principles of solidarity, demand drivenness, non-conditionality and non-interference in partners' domestic affairs.⁴⁹

Por fim, é sempre prudente lembrar que a CSSD brasileira também é um meio à disposição do Estado para dar ensejo à consecução dos objetivos de adensamento das relações com diferentes países com os quais se pretende forjar aproximação política, econômica, social e cultural. Porque inseridos no âmbito da política externa brasileira entendida como uma política pública (MILANI; PINHEIRO, 2013), os procedimentos da cooperação técnica sul-sul para o desenvolvimento não fogem às características inerentes à política, ou seja, envolvem conflitos entre atores, barganhas e articulações estratégicas a fim de atenderem ao “interesse nacional” brasileiro.

2.3 A Cooperação Brasileira em Saúde

⁴⁹ “O Brasil se tornou uma referência para os doadores tradicionais (organizações internacionais e doadores do CAD/OCDE) devido a sua trajetória de desenvolvimento nos anos 2000 e sua identificação com os valores liberais defendidos pela comunidade ocidental e, também, pelos princípios brasileiros de solidariedade, resposta à demanda, não condicionalidade e não interferência nos assuntos domésticos de seus parceiros” (LEITE; POMEROY, SUYAMA 2015, 1447, tradução nossa).

Pode-se dizer que, recentemente, a diplomacia da saúde global passou a ser implementada pelo Brasil como uma estratégia de *soft power* em busca de um papel de maior destaque e relevância na ordem mundial emergente. Mais especificamente e de maior interesse para os fins deste trabalho, deve-se ressaltar que a cooperação técnica internacional oferecida pelo país nessa área pode ser considerada parte fundamental nos esforços de consolidação de uma diplomacia brasileira da saúde global (PINHEIRO; AVELHAN, no prelo). No contexto brasileiro, assim como acontece de maneira geral, saúde e política externa estão imbricados de diversas maneiras, sendo a cooperação técnica internacional uma delas. Dito isso, nas subseções a seguir, pretende-se, primeiramente, expor um breve histórico analítico das relações entre saúde e política externa brasileira, e, em seguida, apresentar o perfil da cooperação sul-sul brasileira na área da saúde.

2.3.1. Saúde e Política Externa Brasileira

É pertinente ressaltar que, partindo de uma perspectiva histórica, a saúde nem sempre esteve articulada com a política externa brasileira (ALCÁZAR, 2005, PINHEIRO; AVELHAN, no prelo). Do início até meados do século XX, segundo Alcázar (2005), vigorava na área da saúde, no Brasil, um discurso denominado pelo autor de “sanitarista”, cujas principais características (orfandade institucional da área da saúde junto ao governo; visão científica-positivista da saúde – que afasta a presença de profissionais de outras áreas – e subordinação da saúde ao comércio) dificultavam a abertura do campo sanitário à participação de outros atores, inibindo, portanto, a inserção da saúde na política externa brasileira. Nesse contexto, a ligação entre saúde e política externa que ocorria nessa época enquadrava-se na perspectiva de “saúde e política externa”, que, conforme foi registrado no início deste capítulo, refere-se à concepção cunhada por Fidler (2005) segundo a qual a saúde teria um viés mais instrumental em sua relação com a política externa. Em outras palavras, a saúde seria apenas mais um vetor de interesses materiais e de poder para os Estados nacionais. Sendo assim, “ao longo da vigência do discurso sespianista e do discurso sanitaria-desenvolvimentista (ambos constitutivos do discurso sanitaria), quando temas relacionados à saúde foram pensados à luz da política externa, isto se deu numa situação em que o desenvolvimento econômico e a geopolítica eram a moldura a enquadrar as prioridades dessa política” (PINHEIRO; AVELHAN, no prelo).

Ainda de acordo com Alcázar, entre meados da década de 1960 até 1988, o discurso hegemônico na área da saúde pode ser denominado como “assistencialista-médico-privatista”, o qual se baseia em uma concepção científica da medicina e foi marcado pela defesa da prática

médica curativa, individual, assistencialista e especializada, com incentivo ao setor privado e papel secundário ao Ministério da Saúde. Novamente, tais características colaboravam para que a articulação da saúde com a política externa fosse dificultosa, apesar de alguns avanços. Além disso, nesse período, a ideia de desenvolvimento era de caráter eminentemente economicista, o que fazia com que a política externa brasileira trabalhasse nesta mesma chave, além da ótica geopolítica da Guerra Fria. Sendo assim, embora se possa dizer que houve uma maior conexão entre saúde e política externa nesse período, isso ocorreu dentro da perspectiva de “saúde e política externa” (FIDLER, 2005), ou seja, de um modo instrumental.

Particularmente no que diz respeito à cooperação técnica, tendo em vista o esvaziamento da política de cooperação internacional nesse momento, pode-se dizer que os porventura vigentes programas de cooperação na área da saúde eram capitaneados por organizações regionais como a OPAS ou fundações privadas estrangeiras como a Fundação Rockefeller (CUETO, 1994), e, ainda que com forte presença brasileira, não eram percebidos como capital político pelo governo, logo, não foram absorvidos pela política externa de modo mais orgânico (PINHEIRO; AVELHAN, no prelo).

A título de recapitulação, percebe-se que o retardo no reconhecimento da saúde como tema da política externa brasileira estaria baseado em três fatores: por um lado, especialização dessa área de conhecimento, praticamente inacessível ao círculo dos profissionais da diplomacia e sob monopólio dos médicos e sanitaristas; por outro lado, subordinação aos temas econômicos ou do comércio, assuntos familiares à diplomacia tradicional, mas infensos à cultura sanitária e, por fim, baixa expressão institucional da saúde pública no aparato do Estado (ALCÁZAR, 2005 apud. SANTANA, 2011).

Nos anos 1990 inicia-se a mudança que fortalecerá a inserção da saúde na política externa brasileira, incluindo seu componente de cooperação técnica. Com o advento da Constituição de 1988, a saúde passa a ser entendida como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, culminando na criação do SUS. A partir daí, o discurso predominante no campo da saúde é o “universalista” (ALCÁZAR, 2005), marcado por sua abertura temática e participativa; independência com relação a outros temas (não subordinação da saúde à economia); pela concepção universal, integral e equitativa da saúde; papel central do Ministério da Saúde e seu fortalecimento enquanto ator político. Esse discurso “repousa numa concepção de saúde ampla, que incorpora [...] todo um espectro causal que inclui o emprego, o salário, o meio ambiente, a cultura, a economia, as relações sociais, entre outros” (ALCÁZAR, 2005, p. 64-65). Nota-se que é um discurso mais propenso à abertura e interrelação com outras áreas, logo, favorece a inserção da política externa na saúde e vice-versa. Inicialmente, durante a

presidência de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a maior conexão entre essas duas áreas, inspirada pelo discurso universalista, fica evidenciada pelo ativismo brasileiro em fóruns multilaterais em favor do acesso universal a medicamentos de combate a AIDS e de uma política menos restritiva com relação ao acesso a medicamentos. Mas é no governo Lula que o discurso universalista alcança a CSSD, levando a cooperação técnica em saúde a se tornar um componente da agenda da política externa brasileira.

Como resumem Lee e Gomez (2011, p. 64), nos anos 2000,

bilateral aid has been less focused on financial assistance, and more on the transfer of ideas, technical and scientific knowledge [...]. Equally important has been support for building political will and institutions to support policies, such as universal access to ARVs and strong tobacco control, based on Brazil's experiences [...]. Overall, this export of public health policies, technical expertise and capacity building experiences has further increased the country's ability to leverage soft power influence.⁵⁰

Ademais, no governo Lula, a cooperação internacional também passa a incorporar o viés discursivo da solidariedade. A partir de então, pode-se dizer que a inserção da saúde na política externa passou a ocorrer não de acordo com a ótica de “saúde e política externa” (como era até a promulgação da Constituição de 1988 e seus desdobramentos), mas sim sob a perspectiva de “saúde *como* política externa” (FIDLER, 2005). Ou seja, a saúde passa a ser vista mais como um objetivo final do que como um instrumento, ideia essa que vai ao encontro da concepção brasileira de cooperação estruturante em saúde (PINHEIRO; AVELHAN, no prelo). Nesse contexto, a década de 2000 pode ser considerada o ponto culminante do diálogo entre saúde e política externa brasileira, ou, em outras palavras, entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, especialmente no que diz respeito à cooperação técnica.

2.3.2. O Perfil da Cooperação Técnica Brasileira em Saúde

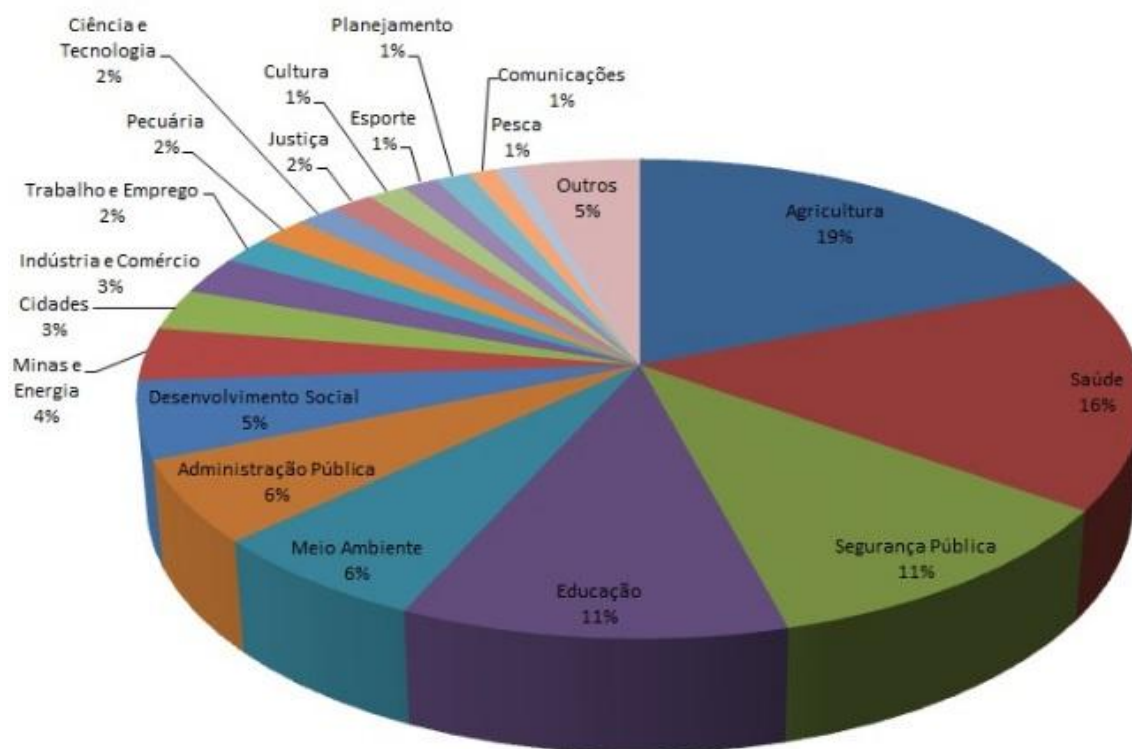
Conforme visto na subseção anterior, o envolvimento do Brasil com a cooperação no campo da saúde, apesar de ter passado por uma intensificação e reformulação estratégica nos anos 2000, não é uma novidade. Mas, até os anos 1990, o Brasil atuava principalmente como receptor de cooperação internacional. O papel do país enquanto fornecedor de cooperação, e,

⁵⁰ “A ajuda bilateral tem sido menos focada em assistência financeira e mais na transferência de ideias e conhecimentos técnicos e científicos [...]. Igualmente importante tem sido o suporte para construir vontade política e instituições de apoio a políticas, como o acesso universal aos ARVs e de controle do tabaco, com base nas experiências brasileiras [...]. De maneira geral, essa internacionalização de políticas de saúde pública, conhecimentos técnicos e capacitação têm aumentado a habilidade do país em alavancar sua influência em termos de *soft power*” (LEE; GOMEZ, 2011, p. 64, tradução nossa).

de maneira geral, a inserção da saúde na agenda da política externa brasileira – ainda na chave de política externa e saúde – a ter destaque a partir de meados dos anos 90, acompanhando uma tendência mundial de aumento da importância da saúde na política externa e internacional (ALMEIDA, 2010). A partir do governo Lula, houve um expressivo aumento de projetos brasileiros de cooperação técnica sul-sul, sendo a saúde uma das principais áreas abordadas por eles. Como se pretende indicar nesta seção e expor mais detalhadamente no capítulo seguinte, o perfil do Brasil enquanto fornecedor de cooperação em saúde é resultado da interação entre várias ideias, instituições e interesses. A seguir, pretende-se apresentar uma visão panorâmica, portanto, não exaustiva, sobre a cooperação oferecida pelo Brasil na área da saúde a partir do primeiro governo Lula.

Segundo dados da Agência Brasileira de Cooperação (2016)⁵¹, entre os anos 2000 e 2014, a saúde foi o segmento com o segundo maior percentual de projetos oferecidos pelo Brasil no âmbito da CSSD (16%), atrás apenas do setor agrícola (19%), conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 2 – A Cooperação Sul-Sul do Brasil por segmento (2000-2014)



Fonte: ABC, 2016.

⁵¹ Disponível em: < <http://www.abc.gov.br/Gestao/ClassificacaoSegmento>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

Em relação aos investimentos financeiros, passou-se de um gasto de 2,78 milhões de reais, em 2005, para 13,9 milhões em 2009 e o volume total da cooperação técnica brasileira na área de saúde, para o mesmo período, equivale a 9% do total investido (IPEA, 2010). Entre 1995 e 2010, a saúde foi o setor com o segundo maior número de projetos de cooperação técnica em andamento (LEITE et al., 2014). Seguindo a configuração da CTPD brasileira, a maior parte dos projetos é aplicada na África (com foco nos países lusófonos), América do Sul e América Central (VENTURA, 2013, GHSI, 2012, IPEA, 2013). Os principais temas específicos dos projetos brasileiros em saúde são: a resposta ao HIV/aids⁵² (área na qual o Brasil é considerado uma referência mundial), malária, nutrição, bancos de leite materno, vigilância sanitária, ensino/formação profissional e sistemas de saúde (BRASIL, 2007, SANTOS; CERQUEIRA, 2015). Tendo em vista que os projetos relacionados ao fortalecimento de sistemas de saúde são centrais para a consecução da ‘cooperação estruturante em saúde’, conceito chave do perfil da cooperação brasileira na área, é importante detalhar um pouco mais esse aspecto a seguir.

Fruto da reforma sanitária brasileira, o Sistema Único de Saúde consagra o acesso público, universal e gratuito à saúde, considerada pela Constituição Federal de 1988 um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Os princípios que o norteiam são: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (VENTURA, 2013). Do ponto de vista internacional, o sistema de saúde do Brasil pode ser considerado uma experiência única, sobretudo no contexto latino-americano⁵³, e é o maior sistema público de saúde do mundo (FORTES; ZOBOLI, 2005 apud. VENTURA, 2013, PIRES-ALVES; PAIVA, 2012). Dessa forma, ainda que o SUS possua inúmeras e graves ineficiências no âmbito doméstico, é considerado um sistema sanitário exemplar, sobretudo do ponto de vista doutrinário, e que pode ser implantado em outros países através de transferência de tecnologia e *know-how*.

Os atores envolvidos na cooperação do Brasil em saúde são numerosos. Além do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores, também fazem parte universidades, laboratórios, institutos, hospitais e ONGs. Entre os órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, destacam-se a Assessoria Internacional do Ministério (AISA/MS) e a

⁵² Segundo o estudo de Iglesias Puente sobre a cooperação brasileira entre 1995 e 2005, a área de DST/HIV/AIDS tende a ser mais autônoma, com metodologias e parâmetros próprios, inclusive em relação aos recursos utilizados na cooperação, a definição dos programas e até a escolha dos países recipiendários, embora haja coordenação com a ABC (IGLESIAS PUENTE, 2010).

⁵³ “Sob a voga neoliberal, a região [América Latina] experimentou processos mais ou menos generalizados de privatização de serviços e de retração de políticas sociais. No campo da saúde, isso proporcionava forte crítica ao enquadramento da saúde como direito e objeto de responsabilidade pública. Assim, ao defender seus princípios, a reforma da saúde, no Brasil, operou de forma contrária à maré liberalizante do período, e o SUS, público, universal e gratuito, apresentou-se como uma experiência em boa medida isolada em seus termos doutrinários” (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012, p. 444-445).

Fundação Oswaldo Cruz⁵⁴. Ainda no âmbito do Ministério da Saúde, além da AISA e da Fiocruz, também participam de projetos de cooperação o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmitidas e Aids (PN-DST/Aids), o Instituto Nacional do Câncer (Inca), a Fundação Nacional da Saúde (Funasa) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (CEPIK; SOUSA, 2011). Em relação ao MRE, destaca-se a Agência Brasileira de Cooperação. Tanto a ABC quanto a AISA e a Fiocruz serão analisadas e apresentadas mais detalhadamente no próximo capítulo desta dissertação.

Atestando a magnitude da cooperação técnica em saúde perante as demais áreas de atuação brasileira, entre 2011 e 2013 a AISA/MS foi o órgão federal que recebeu o terceiro maior volume de dispêndios do governo federal com a cooperação técnica internacional, totalizando R\$ 9.539.712, atrás apenas da ABC (R\$ 151.454.961) e da Embrapa (R\$ 11.644.233). A Fiocruz figura em 11º lugar, com um total de R\$ 2.259.000 em recursos investidos (IPEA, 2016).

É interessante notar que, excluindo-se a ABC dessa lista, a AISA representaria aproximadamente 16% do montante recebido e a Fiocruz, por sua vez, 4%. Além disso, é pertinente citar que a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), da Organização Mundial da Saúde (OMS), é a única organização internacional destacada no relatório do IPEA em termos de recebimento de recursos federais para executar atividades de cooperação técnica. O valor recebido entre 2011 e 2013 é de R\$ 5,1 milhões (IPEA, 2016). Outros atores destacados são as principais entidades domésticas governamentais ligadas à vigilância sanitária e epidemiológica: a Anvisa e a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS).

Segundo Iglesias Puente (2010), as ações dos campos de imunização, combate a doenças tropicais e outras endemias, capacitação de técnicos, apoio à pesquisa, cobertura vacinal, tratamento de vítimas de queimaduras, políticas públicas de saúde e vigilância sanitária são feitas com maior envolvimento direto da ABC e outras instituições como a Fiocruz, Farmanguinhos, hospitais e centros de pesquisa médica diversos. Já a área de DST/HIV/AIDS é mais autônoma.

Com o respaldo de uma série de instrumentos que serão detalhados no capítulo 4 (seção 4.1), a partir de 2005, a saúde passou a integrar cada vez mais as estratégias de política externa brasileira, tanto em matéria de cooperação técnica quanto de ativismo em fóruns multilaterais. No mesmo sentido, a política externa também passou a fazer parte das estratégias da área da saúde. A atuação internacional do Ministério da Saúde,

⁵⁴ Alguns estudos inserem a Fiocruz no rol de órgãos diretamente relacionados ao MS, outros a consideram mais autônoma, com atuação de parceria.

pautada nas diretrizes da Política Externa Brasileira, [...] tem por finalidade promover, articular e orientar a interlocução do governo com outros países e com organismos multilaterais, assim como em foros internacionais de interesse para o setor. Estimula também a adoção de mecanismos de integração regional e sub-regional, além de desenvolver a articulação da colaboração de peritos e de missões internacionais, multilaterais e bilaterais, atendendo às diretrizes da política nacional de saúde (BRASIL, 2011b, p.64).

Mais detalhadamente, a cooperação internacional em saúde objetiva

contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde sustentáveis com ações de cooperação junto a instituições estruturantes, que incluem: escolas de saúde pública, escolas técnicas de saúde, institutos de saúde pública e centros de produção de insumos (imunobiológicos e medicamentos) [...] Com isto, espera-se desenvolver uma das áreas de maior potencialidade para contribuir com as estratégias de política externa brasileira, voltada à cooperação, fortalecendo ao mesmo tempo os blocos regionais e os laços de solidariedade com as nações irmãs. [A diretriz 2008-2011 é] fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional na área da Saúde, em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores, ampliando sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, [...] América Central [...] e da África (BRASIL, 2010d, p.115).

Assim, em parte como resultado dessa articulação entre o MS e o MRE, cresceu a importância estratégica dada à saúde dentro dos blocos regionais e coalizões políticas dos quais o Brasil faz parte. Os dois exemplos mais notáveis em relação a isso são a União das Nações Sul-Americanas (Unasul) e na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), mas também podem ser citados o BRICS, o IBAS e o Mercosul. Ademais, a OPAS/OMS e a Fiocruz “foram parceiros de primeira hora deste movimento de afirmação da saúde como tema de cooperação internacional e diplomacia” (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2010, p. 6).

Para apoiar as iniciativas brasileiras de CSS em saúde, em 2005, foi celebrado o Termo de Cooperação OPAS-Brasil nº 41 (TC 41), entre o Ministério da Saúde, a OPAS e a Fiocruz, com vigência até 2015. Tratava-se de uma cooperação triangular em que eram partícipes: o governo brasileiro (através do MS e agências ligadas a ele, como a Fiocruz), a representação da OPAS/OMS no Brasil e os países receptores e suas instituições. Os recursos financeiros utilizados nas atividades de cooperação originavam-se, principalmente, do orçamento regular do Ministério da Saúde (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2010). O objetivo do TC 41 era estabelecer um Programa de Saúde Internacional que servisse como base da atuação brasileira em outros países, colaborando para a construção de arranjos institucionais promotores de uma maior integração regional e âmbito global.

Portanto, para o Brasil, o acordo permitiu a divulgação da proposta doutrinária e organizacional do SUS, o que pode ser duplamente interessante para o país, pois, além de participar de um intercâmbio de experiências e tecnologias, traz a possibilidade de reconhecimento internacional do sistema de saúde brasileiro como uma política modelar (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2010, OPAS, 2015). Alinhado às novas diretrizes da PEB de priorização das relações sul-sul, o TC 41 propiciou o suporte para que a internacionalização do sistema de saúde brasileiro passasse a figurar como um dos temas específicos da cooperação técnica sanitária do país, com destaque para a atuação brasileira na área da saúde com a CPLP e com a Unasul. Até 2015, o TC 41 apoiou mais de 680 atividades compreendidas em 51 projetos aplicados nas Américas e na África (OPAS, 2015).

É importante destacar que, desde o início da aproximação entre o MS e o MRE, a Fiocruz foi “convocada a assumir o papel de ponto focal na cooperação em saúde, por seu papel histórico nacional e internacionalmente” (ALMEIDA, 2013, p. 299). Sendo assim, o trabalho internacional da Fiocruz é pautado por importantes relações com a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA), e a ABC, como se pretende investigar mais detalhadamente no capítulo seguinte. A abertura do “Fiocruz África”, um Escritório Regional de Representação da Fiocruz em Maputo (Moçambique), em 2008, representa bem a relevância dessa instituição na cooperação internacional brasileira na área da saúde. Esse foi “o primeiro escritório internacional de representação da Fundação e também o primeiro posto brasileiro da área de saúde sediado no exterior” (ALMEIDA, 2013, p. 299).

Outra característica-chave da atuação brasileira em cooperação na área da saúde, que possui especial importância para este trabalho, é busca pela implantação de projetos que sejam “estruturantes”. A Cooperação Estruturante em Saúde (CES) é pautada pela abordagem de “construção de capacidades para o desenvolvimento” (ALMEIDA, 2013, p. 309), seguindo uma tendência mundial de estímulo à consecução de projetos de cooperação que tragam resultados mais duradouros para os países nos quais são aplicados. Dessa forma,

o propósito é ir além das formas tradicionais de ajuda externa e reorientar a cooperação brasileira para o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, além de promover o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que os próprios países assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde (ALMEIDA, 2013, p. 309).

Sendo assim, pode-se dizer que existem duas vertentes temáticas principais nos projetos brasileiros estruturantes no campo da saúde: a formação de recursos humanos e a construção de

sistemas de saúde de cobertura universal. Através desses dois eixos, procura-se estimular construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e o fortalecimento/criação de “instituições estruturantes” do sistema de saúde (Ministério da Saúde, escolas de saúde pública, instituições nacionais de saúde, universidade ou cursos ligados à área da saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos e medicamentos) (ALMEIDA et al., 2010). A proposta é que estas instituições “atuem de forma conjunta em redes nacionais e regionais e apoiem os esforços de estruturação e fortalecimento de seus respectivos sistemas de saúde” (ALMEIDA, 2013, p. 309). Nota-se, portanto, que a estrutura do SUS, que preconiza cobertura universal, equitativa e integral dos serviços de saúde, está presente como inspiração para o conceito de CES.

Para Ventura (2013), a CES brasileira contém duas inovações em relação ao paradigma da cooperação internacional, pois,

primeiramente, ela pretende romper com a tradição da transferência passiva de saberes e tecnologias. Em segundo lugar, o seu objetivo fundamental é a criação ou o fortalecimento das principais instituições fundamentais dos sistemas de saúde dos países beneficiários, explorando ao máximo as capacidades locais (ALMEIDA, 2010, p. 25). Enquanto a cooperação internacional oferecida pelo mundo desenvolvido é, em geral, orientada ao enfrentamento de doenças ou de vulnerabilidades específicas, a cooperação dita estruturante volta-se ao apoio às autoridades, ao fomento às escolas de formação de profissionais e ao enfrentamento das debilidades dos sistemas nacionais de saúde (VENTURA, 2013, p. 102-103).

Ou seja, na CES, procura-se trabalhar com elementos estruturais em detrimento de ajudas conjunturais, pontuais ou temporárias. A implementação dos projetos estruturantes é guiada por cinco eixos estratégicos: (i) priorização da cooperação horizontal; (ii) foco no desenvolvimento de capacidades; (iii) iniciativas coordenadas no contexto regional; (iv) forte envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos; e (v) estímulo à parceria entre saúde e relações exteriores (ALMEIDA et al., 2010). A ideia que norteia o entendimento das instituições de saúde brasileiras como capazes de prover uma cooperação estrutural é a de que, décadas atrás, o Brasil estava na mesma situação de deficiência sistemática em que os países receptores dos projetos brasileiros estão hoje (PINCOCK, 2011 apud. VENTURA, 2013).

É com base nessa noção que o Brasil atua na CPLP e na Unasul. Na CPLP, o componente estruturante pode ser observado na prioridade dada à formação de recursos humanos para que os agentes nacionais tenham capacidade de gerir seus sistemas de saúde de

maneira mais eficaz (BUSS; FERREIRA, 2010)⁵⁵. Na Unasul, destacam-se as Redes de Instituições Estruturantes dos Sistemas de Saúde⁵⁶, que procuram articular as instituições de formação de recursos humanos das áreas científica, técnica e administrativa nos países sul-americanos através do estabelecimento de redes especializadas que possam facilitar a interação, potencializar o desempenho e influenciar o desenvolvimento de sistemas universais de saúde (nos moldes do SUS) (BUSS; FERREIRA, 2011, ALMEIDA et al., 2010).

2.4 Considerações Parciais

Neste capítulo, foi exposta a conexão existente entre saúde e política externa e, especificamente, política externa brasileira, como base para uma melhor compreensão sobre o perfil da cooperação técnica brasileira em saúde. Esse aporte é essencial para identificar o contexto da atuação do Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Saúde e Fiocruz na formulação e implementação dos projetos de cooperação na área da saúde.

A partir da exposição das características associadas à Cooperação Sul-Sul Brasileira para o Desenvolvimento, foi possível compreender melhor também o contexto da atuação brasileira internacional em saúde. Os quatro aspectos da CSSD brasileira realçados neste capítulo (a orientação por demanda, a não condicionalidade, a pluralidade de atores e os projetos estruturantes) são importantes componentes para que seja possível enxergar os diferenciais da CSSD em relação à cooperação tradicional. Enquanto país emergente, a cooperação para o desenvolvimento através da exportação de políticas públicas nacionais pode ser um componente importante da política externa. Nesse sentido, a institucionalização da cooperação técnica, com a adoção de regras e diretrizes claras para a atuação brasileira, poderia colaborar no sentido de trazer, por exemplo, maior organização entre os diversos atores partícipes e mecanismos de *accountability*.

Em relação à cooperação na área da saúde, a atuação brasileira é considerada uma referência em diversos pontos. Merece destaque o conceito de Cooperação Estruturante em Saúde, uma aposta valiosa para a CSSD do Brasil, inclusive no sentido de distinguir-se da cooperação tradicional, como citado no parágrafo acima.

⁵⁵ Mas é importante citar que há críticas no sentido de que as atividades brasileiras manteriam o país receptor em uma posição passiva e de que não há mecanismos de *accountability*. (TORRONTEGUY, 2010 apud. VENTURA, 2013).

⁵⁶ São iniciativas que fazem parte das Redes de Instituições Estruturantes: a Rede de Institutos Nacionais de Saúde da América do SUL (RINS/Unasul), a Rede de Escolas Técnicas da Unasul-Saúde e a Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública da Unasul-Saúde (BUSS; FERREIRA, 2011).

No capítulo seguinte, serão apresentados os perfis institucionais dos três principais atores domésticos brasileiros envolvidos com a CSSD na área da saúde: a Fiocruz, o Ministério da Saúde e a Agência Brasileira de Cooperação. Essa exposição pretende apontar importantes elementos constitutivos dessas três instituições que impactam no processo decisório dos projetos de cooperação técnica sanitária do Brasil.

3 A COOPERAÇÃO SUL-SUL BRASILEIRA EM SAÚDE: PERFIL DOS PRINCIPAIS ATORES

Os principais atores da cooperação técnica oferecida pelo Brasil na área da saúde são o Ministério das Relações Exteriores (MRE), o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), especialmente se forem considerados os projetos de cooperação estruturante (FAID, 2013, ALMEIDA, 2013, IPEA, 2016). Mais especificamente, dentro de cada um desses três órgãos, existem setores responsáveis pela gestão dos projetos de cooperação. No MRE, trata-se da Agência Brasileira de Cooperação (ABC); no MS, há a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) e, na Fiocruz, o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS).

No caso da ABC, cabe destacar que, além dos projetos de cooperação sul-sul oferecida pelo Brasil, a Agência também lida com projetos de cooperação recebida pelo Brasil e cooperação multilateral com agências internacionais. Sobre a AISA e o CRIS, ambos lidam com todos os assuntos internacionais relativos às instituições que lhes abrigam, ou seja, além dos projetos de cooperação, apoiam também a atuação do MS e Fiocruz em foros multilaterais, reuniões e redes internacionais, questões relativas à ajuda humanitária, cooperação interinstitucional, entre outras. Dessa forma, ressalta-se que, assim como no caso da ABC, o estudo sobre o perfil da AISA e do CRIS está concentrado apenas na cooperação sul-sul coordenada por esses atores.

Sendo assim, o objetivo deste capítulo é apresentar o perfil de cada um desses três atores. Tais apresentações incluirão um histórico institucional e características burocráticas e organizacionais de cada um deles, como organogramas e questões orçamentárias. Essas informações constituem uma base importante para a posterior análise do processo decisório que envolve a ABC/MRE, a AISA/MS e o CRIS/Fiocruz.

3.1 O Ministério das Relações Exteriores

O Ministério das Relações Exteriores é “o órgão do Poder Executivo responsável pela condução da política externa e das relações internacionais do Brasil” (MRE, 2017). Considerando que o capítulo 1 desta dissertação contém uma abordagem teórica sobre as modificações do processo decisório em política externa brasileira que inclui análises sobre a trajetória do MRE enquanto órgão decisório fundamental, serão recordadas, nesta seção, apenas

as informações mais importantes para apresentar as circunstâncias da institucionalização da ABC e de sua interlocução com outros atores.

Até os anos 60, o Itamaraty caracterizava-se por uma forte autonomia e insulamento burocráticos em relação à sociedade e ao aparato estatal (BARROS, 1986). Entre as décadas de 60 e 70, houve uma maior presença de atores do setor econômico no processo decisório de algumas questões internacionais, principalmente aquelas relacionadas ao comércio exterior. Tratava-se do envolvimento do Ministério da Fazenda, empresas estatais, empresas privadas, federações de indústrias e afins nas discussões de comércio exterior, as quais o MRE procurava coordenar, inclusive para evitar possíveis dissonâncias entre a atuação do Itamaraty e a dos demais agentes (BARROS, 1986).

Considerando que a presença desses atores durante os anos 60 e 70 foi um movimento inicial e altamente concentrado no setor do comércio, até meados da década de 90 prevaleceu a percepção de que o Itamaraty era uma “instituição fortemente insulada, pouco transparente e pouco responsiva às demandas e aos interesses dos demais atores políticos, burocráticos e societários” (FARIA, 2012, p. 312). Com o fim da Guerra Fria e o processo de redemocratização no Brasil, emergiu, juntamente com os temas sociais, dentre os quais se encontra a saúde, a demanda pela descentralização decisória do MRE, “uma vez que as questões de política externa com características multidimensionais demandavam, com cada vez mais frequência, uma dinâmica interativa entre as burocracias federais” (FIGUEIRA, 2010, p. 6).

A diversidade de temas, aliada à falta de especialização necessária dos diplomatas em tão variados assuntos, fez com que “os ministérios que antes estavam direcionados à elaboração de políticas públicas estritamente internas começassem a desenvolver estratégias de diálogo e atuação internacional” (PINHEIRO, 2009, p. 19). É interessante notar que, ainda nos anos 80, houve um movimento de inserção de diplomatas em outras agências governamentais, ao passo que os anos 90 foram marcados por uma dinâmica oposta (embora não incompatível com a anterior): o contato crescente das demais agências governamentais com assuntos de política exterior (PINHEIRO; MILANI, 2011). Como será visto mais detalhadamente na seção seguinte, a Agência Brasileira de Cooperação foi criada nessa época, ou seja, em fins dos anos 80.

Paralelamente a esse início do processo de horizontalização da política externa, durante a década de 1980 até meados 1990, observou-se, inicialmente, um recrudescimento da cooperação sul-sul em nível global e um aumento da cooperação técnica recebida pelo Brasil. Já durante o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), as atividades de CTPD

brasileiras aumentaram consideravelmente, incluindo uma ampliação das áreas temáticas de atuação e das regiões contempladas (IGLESIAS PUENTE, 2010).

A partir do início do governo Lula, em 2003, as relações com os países em desenvolvimento são priorizadas e o investimento político e financeiro na oferta brasileira de cooperação técnica aos países de renda baixa e média, que a partir de então passa a ser mais comumente denominada como cooperação técnica sul-sul, torna-se um dos eixos da mudança na condução da política externa brasileira. Nesse contexto, fica a cargo da Agência Brasileira de Cooperação, cuja atuação até então se concentrava na cooperação multilateral e recebida, a coordenação da cooperação técnica sul-sul oferecida, incluindo a mobilização das instituições brasileiras ofertantes e a negociação, elaboração e acompanhamento dos programas e projetos. Sendo assim, a seguir, são apresentadas as principais características organizacionais da ABC, incluindo seu histórico institucional, para embasar a análise de sua atuação no processo decisório junto aos demais atores envolvidos na cooperação técnica sul-sul em saúde.

3.1.1 A Agência Brasileira de Cooperação

A Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que faz parte da estrutura burocrática do Ministério das Relações Exteriores, é, oficialmente, a instituição brasileira designada a “negociar, coordenar, implementar e acompanhar os programas e projetos brasileiros de cooperação técnica, executados com base nos acordos firmados pelo Brasil com outros países e organismos internacionais” (ABC, 2016). Até chegar a sua estrutura operacional atual, a ABC passou por diferentes estágios de desenvolvimento enquanto instituição.

Inicialmente, a relação do Brasil com a cooperação técnica internacional se dava na condição de receptor de assistência. Apesar da existência de alguns projetos pontuais anteriormente, a assistência técnica recebida pelo Brasil ganhou maior expressão na década de 1950 (IGLESIAS PUENTE, 2010, LEITE et al., 2014). Dessa forma, a primeira iniciativa brasileira de implantação de um “Sistema de Cooperação Técnica Internacional” ocorreu em 1950, com a criação da Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT) pelo Decreto nº 28.799/50. O CNAT era composto por onze membros nomeados pelo Presidente da República mediante indicação do Ministro das Relações Exteriores, o qual exercia a presidência do Comitê. A principal função do CNAT era analisar as necessidades brasileiras em matéria de assistência técnica e preparar planos para a obtenção de auxílio técnico exterior proveniente de países desenvolvidos ou de organizações com as quais o Brasil possuía acordos de cooperação, como a Organização das Nações Unidas (ONU) (IGLESIAS PUENTE, 2010, ABREU, 2013).

Em 1964, a composição do CNAT foi reestruturada, incluindo-se como membros quatro Chefes de Divisão do MRE (das áreas: Nações Unidas; Conferências, Organismos e Assuntos Gerais; OEA (Organização dos Estados Americanos) e Cooperação Intelectual), além dos representantes de diversos Ministérios, como o da Agricultura, o de Planejamento e Coordenação Econômica, o de Saúde e o de Educação e Cultura, e outros órgãos. Ademais, o Comitê agora fazia parte da Secretaria Geral Adjunta para Assuntos Econômicos e seu secretariado técnico ficaria a cargo da Divisão de Cooperação Econômica e Técnica do Itamaraty (IGLESIAS PUENTE, 2010).

Até o surgimento da ABC, foram criados dois órgãos responsáveis apenas pela assistência técnica proveniente dos Estados Unidos: o Escritório Técnico de Coordenação dos Projetos e Ajustes Administrativos do Ponto IV, em 1959, e o Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso (CONTAP), em 1965. Entretanto, nenhum deles era gerenciado pelo Itamaraty. O Conselho Consultivo do Escritório Técnico do Ponto IV era composto por diversos Ministérios e o Ministério do Planejamento era o responsável pelo CONTAP (LEITE et al., 2014).

Conforme a expansão do recebimento de projetos de assistência de outros países industrializados e de organismos internacionais, juntamente com a implantação da reforma administrativa de 1967⁵⁷, foi criado um grupo interministerial, composto pelo Ministério das Relações Exteriores e pelo Ministério Extraordinário do Planejamento, para analisar a situação e apresentar uma proposta de reorganização do sistema de cooperação vigente. Como resultado, em 1969, CNAT, CONTAP e Escritório Técnico do Ponto IV foram extintos e substituídos por dois órgãos principais: a Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (SUBIN), vinculada ao Ministério do Planejamento, e a Divisão de Cooperação Técnica (DCT, inicialmente e, após 1974, DCOPT), subordinada ao Ministério das Relações Exteriores.

As questões técnicas da cooperação – prospecção, coordenação, análise, aprovação e acompanhamento de projetos – ficaram a cargo da SUBIN e à DCT coube a concepção da política externa de cooperação técnica, a negociação dos Acordos Básicos de Cooperação Técnica e o encaminhamento das solicitações brasileiras aos doadores bilaterais e multilaterais (IGLESIAS PUENTE, 2010, ABC, 2017). Segundo Cervo (1994), havia, em cada Ministério e em grandes estatais, Assessorias Internacionais encarregadas do exame e execução dos projetos relacionadas às suas áreas de atuação. Com o advento dessa reforma no sistema brasileiro de

⁵⁷ A Reforma Administrativa de 1967 procurou conferir maior funcionalidade à administração pública através de uma intensa descentralização e incremento da “administração indireta”. Consequentemente, nesse período, surgiram muitas autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista (PESSOA, 2010).

cooperação técnica, toda iniciativa de cooperação técnica deveria ser submetida à análise prévia da SUBIN e da DCT⁵⁸ (IGLESIAS PUENTE, 2010, ABREU, 2013).

Nesse período, a cooperação técnica recebida pelo Brasil era vista como uma fonte importante de desenvolvimento interno, conforme indica a vinculação da SUBIN ao Ministério do Planejamento (CERVO, 1994, IGLESIAS PUENTE, 2010). A estruturação de várias instituições brasileiras consideradas referências em suas áreas foi apoiada por projetos de assistência técnica, com a colaboração de consultores internacionais, doações de equipamentos e capacitações de recursos humanos (ABREU, 2013).

Nos anos 1970, época em que os países do Sul – com participação ativa do Brasil – intensificaram a demanda, no âmbito da ONU, pelo estímulo à cooperação entre países em desenvolvimento⁵⁹, aconteceram as primeiras experiências oficiais do Brasil como prestador de cooperação técnica a outros países da América Latina e países africanos de língua portuguesa. A maioria das ações de cooperação prestada pelo Brasil era de treinamentos de técnicos e recursos humanos dos países beneficiários (IGLESIAS PUENTE, 2010). Ao mesmo tempo, começou a diminuir no país a assistência técnica recebida. Em termos de organização institucional, cabia à SUBIN a coordenação e o planejamento técnico de tais iniciativas. A participação do MRE se dava principalmente na forma de identificação de parceiros, recolhimento de demandas e negociação política das ações (IGLESIAS PUENTE, 2010). Entretanto, Iglesias Puente (2010, p. 104) sublinha que “aos poucos, a estrutura preconizada para a SUBIN já não se mostrava adequada para dar conta das novas tarefas que lhe eram conferidas”.

Assim, gradativamente, ganhou espaço a convicção de que, além de aproveitar a assistência recebida em prol do desenvolvimento nacional, o Brasil também deveria aproveitar a experiência adquirida com a cooperação para torná-la um instrumento da política externa (IGLESIAS PUENTE, 2010, CERVO, 1994). É importante destacar que, até este momento, segundo Cervo (1994, p. 45), “não existia no Brasil [...] um sistema autônomo de CTI, uma vez que todos os órgãos que dela se ocupavam também se ocupavam de alguma outra modalidade de cooperação internacional”. Sendo assim, a década de 1980 trouxe a “necessidade de reformulação do sistema de cooperação técnica existente e de institucionalização da CTPD” (IGLESIAS PUENTE, 2010, p. 105).

⁵⁸ À exceção dos projetos de apoio externo apresentados pela Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE).

⁵⁹ Ver mais sobre o PABA na nota 32.

Nesse contexto, foi criada, em 1987, por meio do Decreto Nº 94.973⁶⁰, a Agência Brasileira de Cooperação - ABC. Suas principais funções são coordenar, administrar, acompanhar e avaliar a cooperação técnica fornecida e recebida pelo governo brasileiro. De acordo com esse decreto, a ABC passou a integrar, com orçamento próprio, a Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG), vinculada ao MRE. Por sua vez, a SUBIN e a DCT foram extintas, dando fim à antiga estrutura interministerial e colocando o Ministério das Relações Exteriores à frente da gestão da cooperação brasileira (recebida e ofertada). Definiu-se que a ABC atuaria exclusivamente em cooperação técnica, sendo as demais vertentes de cooperação (financeira, humanitária, educacional e cultural, por exemplo) atribuídas a outros órgãos do governo (ABREU, 2013).

A autonomia financeira da ABC se devia aos recursos provenientes do Fundo Especial de Cooperação Técnica (FUNEC), através do qual era possível o recebimento, coleta e geração de recursos líquidos ou em espécie no país e no exterior para o referido fundo, o que permitia à ABC assumir financiamento ou co-financiamento de atividades de cooperação (IGLESIAS PUENTE, 2010).

Ao absorver parte dos recursos humanos da SUBIN, a ABC também herdou parte da organização técnico-administrativa da subsecretaria, mantendo em seu organograma a divisão entre cooperação recebida (bilateral e multilateral) e cooperação com países em desenvolvimento (CTPD), por meio de duas coordenações específicas (IGLESIAS PUENTE, 2010). Segundo Iglesias Puente (2010), desde esse período inicial, a ABC desempenhou bem a função de articular instituições nacionais e internacionais para realizar programas de cooperação técnica. Por outro lado, alguns problemas persistiram: a falta de recursos humanos especializados, a ausência de um marco-regulatório para as atividades de cooperação e a escassez de recursos para as ações de CTPD.

A fim de apoiar a construção institucional da ABC e procurar lidar com esses problemas, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) teve uma participação essencial no início da atuação da agência. Mediante um mecanismo considerado emergencial e transitório (mas que acabou durando mais de 15 anos), as contratações de profissionais que atuavam na ABC eram feitas por intermédio do PNUD. Os treinamentos e capacitações dos profissionais também eram realizados pelo PNUD, assim como a gestão (estruturação administrativa e técnica da ABC, por meio da adoção de técnicas gerenciais) e implementação de iniciativas (pois a ABC não possuía estrutura para atuar *in loco* no exterior) (LEITE et al.,

⁶⁰ Na verdade, este decreto altera o estatuto da Fundação Alexandre de Gusmão, incluindo a criação da ABC como entidade pertencente à FUNAG, mas com funções específicas.

2014, IGLESIAS PUENTE, 2010). Ademais, o próprio caráter do PNUD, que detém o mandato da ONU para atuar na CTPD e possui representações em praticamente todos os países em desenvolvimento, facilitava o papel de intermediador das iniciativas de cooperação do Brasil. Sobre as questões financeiras, é pertinente assinalar que, mesmo com a criação do FUNEC, que era um fundo de natureza contábil e não fornecia quantidade suficiente de recursos, buscava-se o financiamento das ações de cooperação através de mecanismos triangulares, ou seja, com a participação de um terceiro ator, para além do Brasil e do país receptor, como, por exemplo, o PNUD, o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (IGLESIAS PUENTE, 2010).

No decorrer da década de 1980, a cooperação técnica recebida pelo Brasil passou a ser vista menos como uma atividade essencial para a superação do subdesenvolvimento e mais como algo secundário que poderia ter utilidade em setores-chave. É importante lembrar que a mudança de perfil do Brasil em cooperação (de receptor para prestador) deveu-se, em grande medida, à mudança de ótica sobre a cooperação em nível mundial a partir dos anos 1970, com o estímulo à cooperação entre países em desenvolvimento, inclusive em termos financeiros. Sendo assim, se, por um lado, o Brasil poderia ser considerado um prestador de cooperação, por outro, os recursos disponíveis para o recebimento de cooperação proveniente de doadores tradicionais diminuiu. Assim, as ações de cooperação recebida passaram a ser selecionadas com maior ponderação, priorizando-se aquelas que estivessem mais alinhadas à estratégia de desenvolvimento nacional.

Em 1996, o FUNEC foi extinto, a ABC desvinculou-se da FUNAG e passou a fazer parte da Secretaria-Geral das Relações Exteriores (do MRE), com a manutenção de suas funções (LEITE et al., 2014). Enquanto isso, intensificaram-se as ações de CTPD, com a inclusão de projetos de maior envergadura.

Outro acontecimento relevante da década de 1990 é que houve uma modalidade de cooperação recebida que ganhou espaço: a cooperação técnica recebida multilateral (CTRM). O crescimento significativo⁶¹ da CTRM foi motivado, em parte, pelas restrições impostas à administração devido à política de diminuição de gastos públicos, imperante durante a década. Sendo assim, as instituições nacionais envolvidas em cooperação se utilizavam da CTRM sobretudo para facilitar a obtenção de recursos humanos, bens e serviços através desses organismos internacionais. Em contrapartida, havia alta transferência de recursos nacionais a

⁶¹ Em 1990, existiam apenas 17 projetos de CTRM; em 2000, eram mais de 300 (IGLESIAS PUENTE, 2010).

esses organismos⁶². Consequentemente, o PNUD se tornou o principal agente operador da cooperação técnica no Brasil (LEITE et al., 2014). Devido a esse aumento da CTRM, foi necessário criar a Coordenação de Cooperação Recebida Multilateral. Dessa forma, a estrutura organizacional interna da ABC, antes dual, passa a ser composta por três principais setores: o de CTPD, o de cooperação técnica recebida bilateral (CTRB) e o de CTRM (IGLESIAS PUENTE, 2010).

Entre 2001 e 2002, a contratação de pessoal para a ABC por intermédio do PNUD, um mecanismo encontrado para lidar com as dificuldades decorrentes da falta de legislação sobre as atividades de cooperação e das limitações orçamentárias da Agência, foi questionado pela Justiça do Trabalho. Além disso, questões de execução orçamentária da agência foram contestadas no Tribunal de Contas da União (TCU)⁶³, evidenciando o crescimento desordenado da CTRM com a finalidade de apoiar o desenvolvimento institucional da ABC e as implicações da ausência de uma legislação brasileira específica para a cooperação internacional.

Isso demandou reformas na Agência Brasileira de Cooperação, e iniciou-se a busca por uma diminuição do papel do PNUD na ABC e por sua vinculação mais efetiva ao MRE. Nesse sentido, houve uma progressiva substituição de consultores contratados via PNUD por servidores públicos, funcionários temporários e terceirizados. Em 2002, inicia-se um processo de reforço orçamentário da ABC, o que permite que as ações de CTPD voltem a contar com participação de recursos provenientes do orçamento próprio da ABC (IGLESIAS PUENTE, 2010).

Com o advento do governo Lula, o orçamento destinado à ABC teve um aumento mais substancial, conforme pode ser observado no gráfico 3. Por outro lado, a posição hierárquica da agência dentro do MRE diminuiu, pois, até então, a ABC era parte da Secretaria-Geral das Relações Exteriores e, em 2004, passou a fazer parte, juntamente com o Departamento de Promoção Comercial e o Departamento Cultural, da então criada Subsecretaria-Geral de Cooperação e Comunidades Brasileiras no Exterior (SGEC) (LEITE et al., 2014).

Internamente, em 2003, a estrutura da ABC estava dividida em cinco coordenações⁶⁴ e não havia mais uma coordenação responsável especificamente pela cooperação multilateral.

⁶² Ao citar elevadas porcentagens da contrapartida brasileira em projetos de CTRM, Iglesias Puente (2010) indica a participação meramente instrumental do organismo internacional. Ou seja, a cooperação multilateral recebida pelo Brasil era, em termos práticos, um meio de as instituições brasileiras conseguirem investir recursos em si mesmas, já que as contratações para o setor público brasileiro foram drasticamente reduzidas.

⁶³ Para informações detalhadas sobre os processos corridos na justiça trabalhista e no TCU, ver IGLESIAS PUENTE (2010, capítulo 2).

⁶⁴ 1) Cooperação Técnica Prestada; 2) Acompanhamento Administrativo e Organizacional; 3) Comunicação e Informação; 4) Cooperação Técnica Recebida Bilateral; 5) Administração de Projetos.

Em 2006, foram criadas divisões temáticas⁶⁵, entre elas uma de Cooperação em Saúde, Desenvolvimento Social, Educação e Formação Profissional. Em 2010, a divisão interna por temas persistiu, com algumas alterações⁶⁶. A Saúde e o Desenvolvimento Social permaneceram dividindo uma Coordenação-Geral e a Educação e a Formação Profissional foram movidas para outra coordenação. Ademais, devido ao crescimento da modalidade da cooperação triangular, foi criada a Coordenação-Geral de Cooperação Triangular (BRASIL, 2010a).

É interessante destacar essas alterações da estrutura burocrática interna da ABC no sentido de incluir divisões temáticas, o que pode ser visto como um reflexo do aumento da cooperação ofertada pelo Brasil em áreas importantes, como a saúde, a agricultura e a educação. Porém, a divisão temática não permaneceu. Por meio do Decreto Nº 8.817, de 21 de julho de 2016, a organização burocrática interna da ABC foi reformulada, passando a contar com divisões geográficas⁶⁷.

No que se refere à capacitação profissional interna, segundo Leite et. al. (2014), ocorreram alguns avanços nos últimos anos, entre os quais se destaca uma parceria desenvolvida entre a Agência Alemã de Cooperação Técnica (GIZ), a ABC e a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), para capacitar funcionários da ABC e agências centrais de implementação. Entretanto, com o processo de substituição de consultores contratados via PNUD ocorrido no início dos anos 2000, surgiram algumas dificuldades que permanecem até a atualidade. Devido ao caráter rotativo do plano de carreira do MRE, os assistentes de chancelaria e oficiais que haviam sido contratados para trabalhar na ABC começaram a ser transferidos para postos no exterior, fazendo com que funcionários da agência voltassem a ser contratados via PNUD – agora seguindo as determinações, negociadas anos antes com a justiça trabalhista e órgãos de controle nacionais (LEITE et al., 2014). Segundo Abreu (2013, p. 15),

a lotação de dezenas das carreiras de Oficiais de Chancelaria e Assistentes de Chancelaria na ABC nos últimos anos não ofereceu a âncora necessária para

⁶⁵ A estrutura regimental de 2006 era a seguinte: 1) Cooperação em Agropecuária, Energia, Biocombustíveis e Meio Ambiente; 2) Cooperação em Tecnologia da Informação, Governança Eletrônica, Defesa Civil, Urbanismo e Transporte; 3) CTPD; 4) CTRM; 5) Cooperação em Saúde, Desenvolvimento Social, Educação e Formação Profissional; 5) CTRB; 6) Acompanhamento de Projetos e de Planejamento Administrativo.

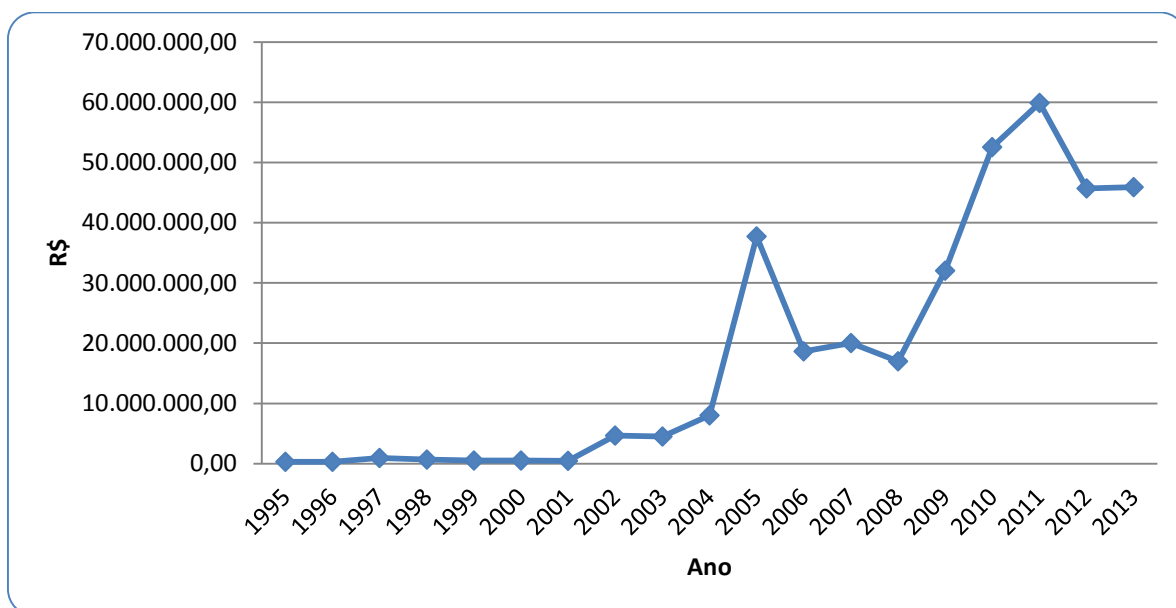
⁶⁶ A Agropecuária passou a ser assunto exclusivo de uma Coordenação-Geral; Saúde e Desenvolvimento Social permaneceram juntos em uma mesma Coordenação-Geral, tendo a Educação e a Formação Profissional sido movidas para outra coordenação. Ademais, foi criada a Coordenação-Geral de Cooperação Triangular, visto que essa modalidade de cooperação estava aumentando neste período

⁶⁷ 1) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica - África, Ásia e Oceania; 2) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica - PALOP e Timor Leste; 3) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica - América Latina, Caribe e Europa Oriental; 4) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica com a CPLP; 5) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica Trilateral com Organismos Internacionais; 6) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica Multilateral; 7) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica e Parcerias com Países Desenvolvidos; 8) Coordenação-Geral de Administração e Orçamento e; 9) Coordenação-Geral de Planejamento e Comunicação.

estabilizar o trabalho da Agência [...]. As contínuas e inevitáveis remoções e missões ao exterior dos servidores das duas carreiras resultaram em maciça perda de pessoal e na ruptura da memória institucional, com inegável impacto sobre a capacidade de a ABC dar vazão a centenas de compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro no exterior.

Em 2013, de acordo com o então Diretor Geral da ABC, o principal desafio enfrentado pela agência era a insuficiência orçamentária e financeira (ABREU, 2013). A seguir, há um gráfico da evolução orçamentária da ABC:

Gráfico 3 – Evolução do Orçamento da ABC (1995-2013)



Elaboração própria. Fontes: Iglesias Puente (2010) para o período 1995-2005, ABC (sem data) para o período 2006-2010 e IPEA (2016) para o período 2011-2013⁶⁸.

Nota-se que houve um grande aumento orçamentário a partir de 2002, primeiro ano em que a quantidade de dinheiro disponível para a ABC passa a figurar na casa dos milhões de reais. Segundo Iglesias Puente (2010), até 2001, o orçamento da ABC era tão pequeno que custeava apenas gastos administrativos internos da agência e financiava os custos de contrapartida da cooperação recebida bilateral, não permitindo, portanto, o investimento significativo na CTPD brasileira.

Além do revigoramento orçamentário da agência e do aumento das ações de cooperação técnica sul-sul, deve-se destacar o fato de que a execução dos projetos de cooperação é realizada por técnicos especialistas que fazem parte dos quadros de instituições governamentais

⁶⁸ Os valores inseridos para o orçamento anual do período de 2011-2013 estão baseados nos dispêndios do governo federal com a ABC que constam no relatório do IPEA sobre a Cooperação Técnica Internacional Brasileira do período 2011-2013.

brasileiras, como o Ministério da Saúde e a Fiocruz. Logo, a ABC não arca com os custos relativos aos salários desses profissionais, pagos pelas organizações das quais fazem parte (ABREU, 2013).

Para incrementar o orçamento disponível para os projetos, valoriza-se o estabelecimento das parcerias trilaterais, nas quais o Brasil se associa a organismos internacionais ou a países doadores tradicionais para prover cooperação a outros países em desenvolvimento. Alguns exemplos de parceiros trilaterais do Brasil são o PNUD, PMA (Programa Mundial de Alimentos), UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) e UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), além de agências de cooperação estrangeiras como a do Japão, da Alemanha, dos Estados Unidos, da França e a da Espanha. Nas cooperações triangulares, associam-se os recursos financeiros de doadores tradicionais ou a *expertise* e experiência das organizações internacionais com as vantagens comparativas brasileiras, tais como a “afinidade cultural [...], solidariedade e a existência de tecnologias melhor adaptadas às realidades de outros países” (ABREU, 2013, p. 7).

Apesar do expressivo incremento orçamentário a partir do governo Lula, deve-se destacar que ainda persistem alguns obstáculos legais para o dispêndio da ABC com ações de cooperação no exterior, o que ainda faz necessária a intermediação do PNUD nas ações de cooperação horizontal brasileira. Segundo Leite et al., (2014), considerando a persistente ausência de legislação específica para a cooperação sul-sul do Brasil e implicações de leis nacionais relacionadas a contratos públicos, licitações e execução orçamentária, a maior parte das iniciativas de cooperação técnica prestada pelo Brasil, incluindo atividades como aquisição de material e equipamentos, contratação de pessoal no exterior e transferência de recursos para execução de projetos, tem sido realizada por meio de “projetos guarda-chuva” entre a ABC e o PNUD (ABREU, 2013), o que facilitou a implementação de projetos mais longos.

No entanto, Abreu (2013) destaca que, apesar dos benefícios da parceria com o PNUD, existem também desvantagens, tais como burocracia excessiva, mudanças de parâmetros, atrasos na implementação e custos decorrentes de cobranças de taxas de administração. Percebe-se, assim, que o PNUD continua exercendo um importante papel na instrumentalização da cooperação sul-sul brasileira e que a criação de um marco-legal poderia trazer maior autonomia e eficiência para as ações cooperativas do país.

Em termos de transparência, uma iniciativa importante, ainda que passageira, foi a publicação, entre 2005 e 2007, de um periódico chamado Via ABC, produzido e editado pela então existente Coordenação Geral de Comunicação e Informação, que divulgava as ações de cooperação internacional de maior destaque. Atualmente, existe um website da ABC em que

há algumas informações sobre projetos e sobre a gestão mais recente da agência. Entretanto, apesar da importância dessa plataforma, deve-se citar que os dados não são detalhados. Portanto, são poucas as fontes acessíveis de informação aprofundada sobre as atividades da ABC. Em 2014, o *Aid Transparency Index*⁶⁹ classificou a ABC como possuindo um grau “muito baixo” de transparência, colocando-a na posição 59º de um ranking que incluiu 68 agências (AID TRANSPARENCY INDEX, 2014).

Em 2013, surgiram indicativos de possíveis alterações no funcionamento e estrutura da ABC. Em uma entrevista concedida na Etiópia, durante cerimônia comemorativa da União Africana, a então presidente Dilma Rousseff anunciou a criação de uma agência internacional de comércio, investimentos e cooperação para a África e para a América Latina.⁷⁰ Na ocasião, não foram dados muitos detalhes, mas a presidente disse que seria uma agência de “grande escopo” e que as ações brasileiras não mais seriam executadas através de organizações multilaterais (ROUSSEFF, 2013). Sugeriu-se que essa nova agência existiria em paralelo à ABC, mas não a presidente não deu informações sobre quais seriam os termos dessa convivência entre duas agências ligadas à cooperação. Há indicativos de que a nova agência estaria mais ligada ao comércio e ao investimento, devido à ênfase colocada nessas duas áreas.

Posteriormente, artigos publicados na imprensa nacional abordaram o tema da “nova ABC”, mas com divergências nas informações. Alguns relatam que a ABC se transformaria em uma autarquia ligada ao comércio internacional, deixaria de fazer parte do Itamaraty para se vincular ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio e seria criada uma carreira própria para a nova agência (PARAGUASSU, 2013). Outro artigo traz a informação de que intenção do governo seria transformar a ABC em uma autarquia vinculada ao Itamaraty, porém dotada de maiores recursos financeiros e com autonomia orçamentária (BARBOSA, 2013).

É importante citar que, para realizar essa mudança na estrutura da ABC e criar uma agência que também permitisse ações comerciais e de investimento, também seria necessário mudar a legislação brasileira que regula esse tipo de atividade externa. Além disso, considera-se que a junção entre cooperação, comércio e investimento pode levar a questionamentos sobre

⁶⁹ Os relatórios do *Aid Transparency Index* podem ser consultados em <http://ati.publishwhatyoufund.org/archive/> (Acesso em fevereiro de 2017). A ABC não figura nos rankings de 2015 e 2016.

⁷⁰ Segundo Rossi (2013), a viagem de Dilma à África e o anúncio de reformas na estrutura da ABC foram resultado da chamada “Agenda África”, elaborada desde 2012 por um grupo interministerial coordenado pela Casa Civil, com envolvimento dos ministérios das Relações Exteriores, da Fazenda, Desenvolvimento Comércio e Indústria (MDIC) e do Desenvolvimento Agrário (MDA). A “Agenda África” seria constituída por um conjunto de ações que visam ampliar as relações brasileiras com o continente. Fariam parte dessa agenda a renegociação de dívidas de países africanos com o Brasil, missões para negociar novos acordos e investimentos e a reforma da ABC.

a imagem oficial da cooperação brasileira como não-condicionada e desvinculada de interesses econômicos, como foi citado no capítulo 2 desta dissertação.

A seguir, encontra-se uma tabela que contém os principais acontecimentos relacionados à Agência Brasileira de Cooperação:

Tabela 1 – Linha do Tempo da ABC

| ANO | ACONTECIMENTO |
|------------|--|
| 1950 | Criação da Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT) |
| 1964 | Reestruturação do CNAT, aproximando-a do MRE |
| 1969 | Extinção do CNAT e outros órgãos que lidavam com cooperação e criação da Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (SUBIN), vinculada ao Ministério do Planejamento, e da Divisão de Cooperação Técnica (DCT), vinculada ao MRE |
| Anos 1970 | Primeiras experiências do Brasil como prestador de cooperação técnica e início da diminuição da assistência técnica recebida |
| 1987 | Criação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), dotada de orçamento próprio (Fundo Especial de Cooperação Técnica (FUNEC)) e vinculada à Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG), órgão do MRE, com forte apoio do PNUD; posterior extinção da SUBIN e da DCT; forte |
| 1996 | A ABC desvincula-se da FUNAG e passa a fazer parte da Secretaria-Geral das Relações Exteriores (do MRE); extinção do FUNEC |
| 2001 | O mecanismo de contratação de pessoal para a ABC por intermédio do PNUD é questionado em ações na justiça trabalhista; questões de execução orçamentária da ABC são contestadas no Tribunal de Contas da União (TCU) |
| 2002 | Início da busca por uma “itamaratização” ou “despnudização” da ABC; incremento orçamentário da ABC, que se intensificaria nos anos seguintes |
| 2004 | A ABC desvincula-se Secretaria-Geral das Relações Exteriores e passa a fazer parte da Subsecretaria-Geral de Cooperação e Comunidades Brasileiras no Exterior (SGEC) |
| 2006 | Implantação de divisões temáticas na estrutura organizacional da ABC |
| 2013 | Surgem indicativos de possíveis alterações no funcionamento e estrutura da ABC |
| 2016 | Reformulação da organização burocrática interna da ABC, que passou a contar com divisões geográficas. |

Elaboração própria.

É interessante observar três constantes que acompanham a ABC desde sua criação: 1) a ausência de uma legislação que regule as atividades de cooperação; 2) a forte presença do PNUD como intermediador das ações brasileiras e 3) a frequente modificação da estrutura regimental da Agência.

Por fim, é interessante observar também que, entre 2011 e 2013, a ABC foi o segundo⁷¹ principal destino dos dispêndios do governo federal com a cooperação técnica internacional, totalizando o recebimento de mais de 40 milhões de reais para a realização das funções de gestão da cooperação (IPEA, 2016). Logo, evidencia-se a importância da ABC como peça-chave da cooperação técnica brasileira.

3.2 O Ministério da Saúde

A atuação internacional do Ministério da Saúde é antiga. Entretanto, como foi comentado no capítulo 2 desta dissertação, a vinculação entre o trabalho do MS e a política externa brasileira aconteceu mais tardiamente. Conforme analisa Alcázar (2005), até a criação do SUS, o papel do Ministério da Saúde, no que diz respeito a sua atuação internacional, era basicamente reativo. Sua atuação consistia no controle de doenças e formulação de planos de promoção da saúde.

A partir da Constituição de 1988, com a criação do SUS e a propagação da filosofia que o respaldava (saúde pública, universal, gratuita, integral, equitativa, direito de todos e dever do Estado), foi possível fortalecer o papel do próprio Ministério da Saúde e aproximá-lo da política externa (ALCÁZAR, 2005). Assim, nos anos 1990 inicia-se uma inserção mais planejada da política externa na saúde e vice-versa. Esse planejamento fica evidenciado no ativismo internacional brasileiro de combate ao HIV/AIDS e pelo acesso menos restrito a medicamentos. A oferta de cooperação técnica sul-sul em saúde, por sua vez, passa a fazer parte da agenda da política externa brasileira principalmente com o advento do governo Lula.

Ainda que a atuação internacional do MS seja muito vasta, envolvendo diversas áreas técnicas, como o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), é na Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA) que se concentra a organização das atividades

⁷¹ Em primeiro lugar, estão os países ou grupos de países que recebem diretamente recursos para a cooperação técnica, totalizando um valor de R\$ 106.609.316. Em terceiro lugar estão os dispêndios com eventos realizados (R\$ 36.803.950); em quarto lugar estão gastos regionais (R\$ 13.440.452) (não há especificação no relatório sobre a natureza desses gastos, mas é possível inferir que sejam recursos aplicados em foros regionais destinados à cooperação) e, por fim, dispêndios com organismos regionais e internacionais (R\$ 5.155.882) (IPEA, 2016).

internacionais do MS, incluindo as de cooperação técnica. No MS, é a AISA a principal interlocutora da Agência Brasileira de Cooperação e da Fiocruz no que diz respeito à organização dos projetos de cooperação técnica em saúde. Portanto, pretende-se apresentar, a seguir, um panorama sobre a AISA que servirá de insumo para a posterior análise do processo decisório da cooperação técnica sul-sul em saúde do Brasil. Ressalta-se que, enquanto órgão pertencente ao Ministério da Saúde, a AISA é impactada diretamente por alguns acontecimentos que dizem respeito ao MS como um todo. Sendo assim, tais circunstâncias ou eventos relativos ao MS também estarão presentes na seção abaixo.

3.2.1 A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde

Pode-se dizer que a criação da primeira estrutura formal destinada a atuar como órgão consultivo de âmbito federal sobre assuntos de saúde internacional aconteceu em 1950, quando ainda havia um só ministério para tratar dos temas da saúde e da educação: o Ministério da Educação e Saúde. Tratava-se da Comissão de Saúde Internacional (CSI), responsável por: realizar estudos sobre assuntos de saúde internacional, inclusive convênios ou acordos com outros países; estimular o intercâmbio internacional de técnicos de saúde pública do Brasil; articular-se com a Divisão de Atos e Congressos da Comissão de Organismos Internacionais do Ministério das Relações Exteriores; manter contato com os organismos internacionais dedicados a assuntos de saúde, especialmente com a OMS e a OPAS; tratar do cumprimento de acordos sanitários subscritos pelo Brasil, indicar a composição de delegações para reuniões ou congressos internacionais de saúde e, por fim, organizar e manter atualizada uma biblioteca sobre assuntos de saúde internacional (GAUDÊNCIO, 2014).

É interessante notar que, mesmo em um período em que a saúde não possuía um ministério específico próprio, havia atenção para a vertente internacional do tema, o que é atestado pelas amplas atribuições da Comissão de Saúde Internacional. Mais interessante ainda é que, para além da assessoria temática e do acompanhamento de acordos, existia, ao menos institucionalmente, um contato com o Ministério das Relações Exteriores, mas não é possível afirmar se isso significava uma articulação política entre os dois ministérios ou simplesmente a busca por um suporte burocrático do MRE. Com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, não houve o estabelecimento de um novo setor internacional no ministério; optou-se pela continuidade dos trabalhos da CSI (GAUDÊNCIO, 2014).

Em 1964, é criada a Comissão de Assuntos Internacionais (CAI), vinculada ao Gabinete do Ministro da Saúde, com a função de assessorar internacionalmente o Ministro de Estado. A

CAI era composta por três diretores⁷² de departamentos do MS, três representantes⁷³ do Brasil nos corpos diretores da OMS e da OPAS e um representante do Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 1964). É interessante observar, novamente, a busca por uma proximidade, ao menos institucional, com o MRE. Além de prestar auxílio na tomada de decisão quanto à oferta de bolsa de estudos no exterior ao pessoal do Ministério, a CAI era responsável por autorizar viagens de funcionários do MS para participação em eventos internacionais e dar instruções sobre o posicionamento brasileiro às delegações nesses eventos, avaliar e acompanhar propostas de cooperação, coordenar as relações do Ministério da Saúde com entidades internacionais e manter a memória documental de suas atividades (GAUDÊNCIO, 2014, BRASIL, 1964).

Entre 1969 e 1970, acontecem alterações na estrutura da CAI. Em 1969, passa de órgão deliberativo à coordenadoria, com o nome de Coordenação de Assuntos Internacionais (a sigla permanece a mesma – CAI) e, em 1970, transforma-se em Coordenação de Assuntos Internacionais de Saúde (CAIS).

Com essa alteração, modificou-se também a estrutura de tomada de decisão – que deixou de ser colegiada – e a CAIS passou a estar vinculada à Secretaria Geral (antes a vinculação era ao Gabinete do Ministro). Observa-se, com a troca de vinculação, que o órgão deixa de ter um caráter mais político (Gabinete do Ministro) e passa a ser de cunho mais administrativo. A lista de funções da CAIS ratifica esse caráter mais burocrático, já que suas novas competências dizem respeito à organização, arquivamento, produção de relatórios, entre outros (GAUDÊNCIO, 2014).

No que diz respeito à cooperação técnica, a área da saúde acompanhou a trajetória brasileira, figurando, primeiramente, como receptora de cooperação. As principais organizações que ofereceram cooperação ao Brasil nessa área foram a Fundação Rockefeller, a OPAS e a OMS, além do governo dos Estados Unidos. Nos anos 1970, ao mesmo tempo em que avançava a ideia da cooperação entre países em desenvolvimento, o Brasil ainda era um grande receptor de cooperação tradicional e multilateral. Na área da saúde, destaca-se um grande acordo⁷⁴ de cooperação técnica em recursos humanos, firmado, em 1973, entre o

⁷² O Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde, o Diretor-Geral do Departamento Nacional de Endemias Rurais e o Diretor-Geral do Departamento Nacional da Criança. Em 1967, altera-se a composição da comissão e saem da lista esses diretores para dar lugar a representantes da Fundação Ensino Especialização de Saúde Pública, da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública e da Divisão de Segurança e Informações.

⁷³ O representante do Brasil no Conselho Executivo da OMS, o representante do Brasil no Conselho Diretor da OPAS e o representante do Brasil no Comitê Executivo da OPAS. Também em 1967, os esses representantes deixam de fazer parte da CSI.

⁷⁴ O Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. O programa de ação resultante desse acordo, denominado Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (PPREPS), foi

governo brasileiro e a OPAS, com o envolvimento dos ministérios da Saúde, Educação, Cultura e Planejamento (ALMEIDA, 2013).

Em 1975, segundo Alcázar (2005), por meio da Lei nº 6.229, formulada para criar o Sistema Nacional de Saúde (SNS), foi feito um primeiro esforço regimental de abertura do discurso da saúde para participação de outros atores. A lei atestava a necessidade da participação de várias áreas ou setores com diferentes técnicas para tratar da saúde nacional. Entretanto, apesar de acrescentar outros atores para lidar com a saúde, como o Ministério da Previdência e Assistência Social, a lei mantinha a limitação do papel do Ministério da Saúde ao combate a endemias, proteção da saúde e apoio à formulação da política de nutrição. Ademais, dado o grande espaço atribuído ao setor privado no SNS de 1975, dificultou-se a transformação do tema da saúde em uma política de Estado, o que só viria a acontecer com a criação do SUS. Até então, como foi apontado no capítulo 2, o discurso hegemônico na área da saúde estava baseado em uma concepção científica e individualista da medicina e sem o protagonismo do Ministério da Saúde, o que dificultava sua articulação efetiva com a política externa.

Em 1977, por meio do Decreto nº 81.141, a CAIS passa por uma importante modificação: volta a estar subordinada ao Gabinete do Ministro da Saúde. Nos termos do decreto de 1977, a CAIS é o “órgão competente do Ministério da Saúde para tratar de cooperação técnica internacional”, responsável por “promover, coordenar, acompanhar e avaliar a cooperação técnica, na área da saúde, com os organismos internacionais, governos ou entidades estrangeiras” (BRASIL, 1977).

Em 1978, a CAIS ganha uma nova estrutura e novas competências. A área internacional passa a ser gerida por um coordenador, ao invés de um diretor, como era até então, e são criados o Serviço de Cooperação com Organismos Internacionais, o Serviço de Cooperação Bilateral e o Serviço de cooperação Institucional. Ou seja, uma área para cuidar da cooperação multilateral, outra para a relação direta com outros países e a terceira voltada principalmente para organismos não governamentais (GAUDÊNCIO, 2014).

Juntamente com a volta do caráter institucional mais político (subordinação direta ao Ministro da Saúde), as novas competências trazidas retomavam também algumas das atribuições da CAIS referentes ao papel de assessoramento na tomada de decisão, como ocorria em 1964. O órgão deveria “avaliar, examinar, colaborar nas relações do Ministério da Saúde no tocante aos assuntos internacionais” (GAUDÊNCIO, 2014, p. 47). Infere-se que, nessa

assinado em 1976 e teria como meta ajustar a formação de recursos humanos para a saúde no país às necessidades do recém criado Sistema Nacional de Saúde e em acordo com as diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, colaborando substantivamente para a reforma sanitária brasileira (ALMEIDA, 2013).

época, seguindo o foco do Brasil na recepção de ajuda externa, a função principal da CAIS era gerir a cooperação recebida que envolvia o Ministério da Saúde. Essa estrutura permanece durante a década de 1980.

Em 1990, houve uma reforma administrativa, empreendida pelo então presidente Fernando Collor de Melo, que promoveu a extinção de todas as áreas internacionais de todos os Ministérios. Logo, a CAIS foi extinta, mas, “assim como outras pastas, o Ministério da Saúde buscou alternativa para seguir acompanhando temas internacionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Em 1991, criou-se a Coordenação-Geral de Assuntos Especiais em Saúde (CAESA), que ficou responsável, entre outros temas, pela coordenação dos projetos internacionais do MS, e funcionou no âmbito do Gabinete do Ministro da Saúde até 1993, quando passou a se chamar Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde (AESA) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, GAUDÊNCIO, 2014). Durante seu período de existência, dois fatos sobre a AESA são importantes para a pesquisa realizada nesta dissertação: o MRE não participava de sua composição e, por outro lado, de 1995 até 1997, a chefia do órgão de assuntos internacionais dentro da AESA coube a um diplomata (GAUDÊNCIO, 2014).

Em 1998, a AESA é extinta e cria-se a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), existente até hoje. A AISA pertence ao Gabinete do Ministro e seu principal objetivo é a

elaboração das diretrizes, a coordenação e a implementação da política internacional do Ministério da Saúde, bem como a preparação da posição brasileira sobre temas de saúde em âmbito internacional, de acordo com as diretrizes da política externa do Brasil e em permanente articulação com as áreas do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A estrutura da AISA se manteve inalterada em relação à AESA até 2002, quando surge, por meio da Portaria nº 1.970, uma ampliação no tratamento da cooperação – agora se fala em cooperação técnica de forma geral e não apenas a recebida – e uma mudança semântica na utilização dos verbos definidores dessas competências (articular, examinar, assessorar, promover), o que indica uma participação mais ampla do órgão (GAUDÊNCIO, 2014). Em 2004, inclui-se a cooperação com “Organizações Internacionais e Regionais e com países com menor desenvolvimento social relativo” no escopo de atuação da AISA (Portaria nº 2.123, 2004). Tais modificações refletem as alterações de direcionamento da política externa brasileira no sentido de intensificação da cooperação técnica sul-sul oferecida pelo Brasil, conforme estudado no capítulo 2 desta dissertação.

Atualmente, segundo a Portaria nº 3.965 do MS (2010), compete à AISA: i) assessorar o Ministro de Estado e demais autoridades do Ministério da Saúde, no país e no exterior, em assuntos internacionais de interesse do MS; ii) promover, articular, orientar e coordenar as ações internacionais de interesse do MS relacionadas a negociações com outros países, organismos internacionais, mecanismos de integração regional e sub-regional e convenções internacionais; iii) promover, articular e coordenar as ações internacionais de interesse do Ministério da Saúde relacionadas à cooperação técnica, educacional, científica e tecnológica; iv) atuar como interlocutor do Ministério da Saúde em todas as atividades referentes às relações internacionais e v) assessorar o Ministro de Estado da Saúde, nos assuntos administrativos relacionados a missões no exterior. A AISA também apoia as unidades técnicas do ministério na identificação e elaboração de projetos de cooperação e colabora com ações de cooperação humanitária.

Seguindo a tendência de crescimento dos projetos de cooperação técnica oferecidos pelo Brasil, foram realizados arranjos legais para facilitar a atuação do MS. Nesse sentido, é fundamental citar novamente a assinatura, em 2005, do Termo de Cooperação nº 41 (TC-41), entre o MS (através das instâncias da AISA⁷⁵ e da Fiocruz) e a OPAS/OMS, que, como visto no capítulo 2, representou um apoio fundamental à atuação internacional do Brasil em saúde, especificamente para a viabilização financeira de projetos de cooperação técnica sul-sul.

O objetivo geral do TC-41, vigente até 2015, era “intensificar o intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições de saúde brasileiras e dos países integrantes da OPAS/OMS, com prioridade para a África lusófona e América Latina” (SANTANA, 2012, p. 92), com base nas experiências brasileiras bem sucedidas de cooperação técnica no contexto nacional. O TC-41 previa o desenvolvimento de um Programa de Saúde Internacional (PSI), com o envolvimento de áreas temáticas da Fiocruz, da AISA/MS e da OPAS/OMS. Ou seja, “uma estrutura colegiada envolvendo as partes interessadas nos projetos de cooperação desenvolvidos por meio da parceria” (GAUDÊNCIO, 2014, p. 54). A implantação dessa modalidade de cooperação do Brasil com outros países acontecia através da transferência de recursos nacionais para a OPAS/OMS via TC 41 (SANTANA, 2012). Dada a ausência de legislação brasileira específica para as atividades de cooperação, o TC-41 evidencia a importância da parceria com organismos internacionais, particularmente da ONU, para a

⁷⁵ A AISA fazia parte, juntamente com a Presidência da Fiocruz e a SGTES (a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde), da Comissão de Programação do TC-41, que estabelecia as orientações estratégicas e programáticas do plano de trabalho do TC-41. Os recursos financeiros repassados à OPAS advinham do orçamento da SGTES (SANTANA, 2011).

execução dos projetos de cooperação, o que também ocorre com a ABC, como foi registrado na seção anterior.

Segundo Pires-Alves, Paiva e Santana (2012, p. 445), “o TC-41 foi um dos principais mecanismos estabelecidos com o propósito de realizar o intercâmbio de experiências no contexto da Cooperação Sul-Sul em saúde”, partindo do pressuposto de que as instituições brasileiras são referências para a cooperação internacional em saúde. É válido ressaltar ainda que, assim como ocorre entre a ABC e o PNUD, essa triangulação do MS com a OPAS é financiada majoritariamente com recursos brasileiros (orçamento regular do Ministério da Saúde), cabendo à OPAS o papel de intermediação (PIRES-ALVES et al., 2010, SANTANA, 2011).

Segundo Santana (2012 apud. GAUDÊNCIO, 2014), os principais fatores que contribuíram para o desenvolvimento dessa parceria entre o MS e a OPAS foram: a) o interesse em divulgar e compartilhar a proposta do seu Sistema Único de Saúde, conforme discutido no capítulo 2; b) a inclusão da saúde na agenda da diplomacia brasileira, atestada pela Declaração de Oslo de 2007 e pelo crescimento da atenção ao tema da saúde no âmbito da ABC; c) a inclusão do tema da saúde global como eixo do programa do Ministério da Saúde, o Mais Saúde.

Os recursos viabilizados por meio do TC-41 foram essenciais para a atuação da AISA em cooperação internacional durante os anos de sua vigência, especialmente para a implementação de projetos estruturantes, e para o trabalho da assessoria como um todo (AISA, 2011).

De acordo com o relatório de gestão da AISA referente a 2009⁷⁶, os principais campos de atuação da AISA, refletidos em sua estrutura burocrática interna, são:

- i) Os projetos de cooperação horizontal, que requerem “o imprescindível apoio das áreas técnicas do próprio Ministério e dos órgãos vinculados, a fim de intercambiar conhecimentos, técnicas e experiências bem-sucedidas de saúde pública no âmbito Sul-Sul, seja pela via bilateral, multilateral ou triangular” (AISA, 2010, p. 7). Tais atividades ficam a cargo da Divisão de Projetos da AISA (DPROJ).
- ii) O acompanhamento, apoio e negociação dos interesses da Saúde em diversos foros especializados, que ficam sob responsabilidade da Divisão de Análise Técnica (DATEC).

⁷⁶ AISA, 2010.

- iii) O acompanhamento de temas e a defesa dos interesses da Saúde brasileira e mundial na OMS, OPAS e nas demais agências do sistema das Nações Unidas. Essas funções são atribuídas à Divisão de Temas Multilaterais (DTM)
- iv) No âmbito da Coordenação Nacional de Saúde no Mercosul e Integração Regional (CNSM), estão as atividades relacionadas ao papel da saúde em processos de integração regional, como a harmonização dos regulamentos quanto às políticas do Mercosul, acordos bilaterais de cooperação em saúde nas fronteiras e a organização do espaço da Saúde na Unasul.

É importante destacar que há inconsistências relativas ao organograma interno da AISA. Em alguns documentos, como é o caso dos relatórios de gestão da AISA⁷⁷, encontra-se a divisão relatada acima: Divisão de Projetos; Divisão de Análise Técnica; Divisão de Temas Multilaterais e Coordenação Nacional de Saúde no Mercosul e Integração Regional. Para cada Divisão, existe também um setor administrativo. Já no site de arquivos do MS⁷⁸, consta um organograma significativamente diferente, relativo ao ano de 2014, em que as divisões temáticas apresentadas são: Mais Médicos; Temas Globais, Cooperação Técnica Internacional e Integração Regional, além de uma Assessoria de Planejamento e Orçamento, um Núcleo de Comunicação e Informação, uma Equipe de Apoio Administrativo e um setor de Protocolo e Documentação, entre outros. Por fim, no regimento interno do MS⁷⁹, a estrutura da AISA aparece dividida em apenas dois setores: a Divisão de Projetos e a Divisão de Análise Técnica. À primeira, cabe promover, articular, acompanhar e coordenar a elaboração de acordos, programas e projetos no âmbito da cooperação internacional do Ministério da Saúde, além de examinar e encaminhar às áreas competentes do Ministério da Saúde as solicitações relativas à cooperação internacional, às ações de assistência humanitária e aos mecanismos de integração regional e sub-regional. A segunda divisão trata de promover, orientar e acompanhar, em articulação com o Ministério das Relações Exteriores, negociações no Sistema das Nações Unidas e nos demais foros, incluindo os não exclusivos para a saúde, além de acompanhar e identificar temas novos e/ou emergentes de interesse para a saúde em foros internacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

⁷⁷ Ibid.; AISA, 2011.

⁷⁸ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/27/aisa-organograma-2014.pdf>. Acesso em: 20 fev.2017.

⁷⁹ Portaria do MS Nº. 3.965 de 15 de dezembro de 2010.

Em relação a essa situação, Gaudêncio (2014, p. 51) comenta que “tanto na formatação estrutural quanto de pessoal da AISA, o gestor, sem as ferramentas adequadas para cumprir com suas competências regimentais, improvisa” criando setores de maneira informal e utilizando diversos mecanismos disponíveis para contratação do quadro de funcionários, situação esta que se aproxima da questão dos contratos da ABC realizados via PNUD, como exposto em seção anterior. Tendo em vista a frequente necessidade de atuação de longo prazo na área da cooperação internacional, para dar prosseguimento a atividades e objetivos previstos nos acordos, estruturas organizacionais melhor consolidadas favoreceriam o desenvolvimento mais sustentado de ações e projetos.

O quadro de funcionários da AISA é composto por profissionais tanto da área da saúde quanto das relações internacionais. Seguindo uma cultura iniciada em 1995 (ainda no âmbito da AESA), a chefia da AISA costuma ficar a cargo de um diplomata, mas isso não é uma regra. Essa é uma informação importante para a análise, que será realizada no próximo capítulo, dos impactos que o exercício da chefia por diplomatas ou não diplomatas traz para o processo decisório.

Ainda em relação à estrutura organizacional da AISA, é relevante explicitar uma divisão de funções existente atualmente entre o cargo de Assessor/a Especial do Ministro e Coordenador/a-Geral e o cargo de Chefe/Coordenador/a Adjunta. De acordo com entrevistas realizadas com funcionários da AISA, em termos práticos, o/a Assessor/a Especial do Ministro e Coordenador/a-Geral é responsável por acompanhar e assessorar o ministro em todos os eventos internacionais. Por sua vez, cabe ao Chefe/Coordenador/a Adjunto/a coordenar os processos de trabalho da AISA. Atualmente, esses dois cargos são ocupados por diplomatas.

Em relação aos recursos financeiros, a AISA não possui orçamento próprio para ações autônomas (realização de eventos, contratação de apoio logístico, etc.). Seus gastos estão na rubrica do Gabinete do Ministro, devido à vinculação direta da AISA ao Gabinete (GAUDÊNCIO, 2014, CEPIK; SOUSA, 2011). De 2004 a 2013, o orçamento anual do Gabinete do Ministro girou em torno de R\$ 500.000,000 e a maioria dos recursos é empregada em diárias e passagens (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2017). Segundo Gaudêncio (2014, p. 52), “apesar das amplas obrigações regimentais, a AISA não possui dotação orçamentária, nem financeira, para o desenvolvimento de trabalhos [...]; não há previsão para investimentos em ações na área internacional, como capacitações, estudos ou projetos de cooperação”.

Em 2010, o Ministério da Saúde foi a terceira instituição que mais recebeu recursos do governo federal a serem gastos com a cooperação técnica internacional. Em primeiro lugar, está o MRE, com R\$ 80.126.110,00; em segundo, o Departamento de Política Federal do Ministério

da Justiça, com R\$ 2.414.124,00 e, em terceiro, o Ministério da Saúde, com R\$ 1.969.442,00 (IPEA, 2013). Ademais, no relatório do IPEA sobre a cooperação brasileira entre os anos de 2011 a 2013, a AISA figura como o terceiro órgão federal que mais gastou⁸⁰ com atividades de cooperação técnica, conforme pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 2 – Dispêndios do governo federal com a cooperação técnica internacional por órgãos federais (2011-2013)

| Órgão federal | 2011 | 2012 | 2013 | Total (Em R\$) |
|----------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| ABC | 59.857.297 | 45.683.440 | 45.914.223 | 151.454.961 |
| Embrapa | 3.474.823 | 4.761.012 | 3.408.398 | 11.644.233 |
| AISA/MS | 2.544.997 | 3.862.190 | 3.132.525 | 9.539.712 |

Fonte: IPEA, 2016. Elaboração própria.

Considerando que os gastos totais do Gabinete do Ministro são da ordem de 500 mil reais anuais, presume-se que os valores que constam no relatório do IPEA sobre os dispêndios do governo federal com a cooperação técnica brasileira considerem outras fontes de recursos, além do orçamento do Gabinete, como os Termos de Cooperação assinados pelo MS/AISA.

De acordo com a tabela acima, pode-se dizer que os gastos da AISA são, em comparação com os demais órgãos federais e excetuando-se a ABC, relativamente altos, o que atesta a relevância de seu trabalho na cooperação técnica brasileira em saúde.

A título de sintetização, encontra-se, abaixo, uma tabela contendo os principais acontecimentos institucionais relativos à AISA:

⁸⁰ Parte dos dispêndios apresentados pelos órgãos federais, à exceção da ABC, refere-se ao valor de horas técnicas dos profissionais desses órgãos federais disponibilizados para executar ações de cooperação técnica (IPEA, 2016).

Tabela 3 – Linha do Tempo da AISA

| ANO | ACONTECIMENTO |
|------------|--|
| 1950 | Criação da Comissão de Saúde Internacional (CSI), ainda no âmbito do Ministério da Educação e Saúde (MES) |
| 1953 | Criação do Ministério da Saúde (MS) e continuidade da CSI |
| 1964 | Criação da Comissão de Assuntos Internacionais (CAI) no MS, vinculada ao Gabinete do Ministro |
| 1969 | Nome da CAI é alterado para Coordenação de Assuntos Internacionais |
| 1970 | A CAI transforma-se em Coordenação de Assuntos Internacionais de Saúde (CAIS), vinculada à Secretaria Geral do MS |
| 1990 | A CAIS é extinta |
| 1991 | Criação da Coordenação-Geral de Assuntos Especiais em Saúde (CAESA) |
| 1993 | A CAESA passa a se chamar Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde (AESA) |
| 1998 | Criação da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), vinculada ao Gabinete do Ministro |
| 2002-2004 | Alterações no regimento da AISA para abarcar a cooperação técnica oferecida pelo Brasil no escopo de atuação da AISA |
| 2006 | Assinatura do TC-41 com a OPAS, fundamental para viabilização financeira da atuação da AISA nos projetos de cooperação técnica sul-sul do Brasil |

Elaboração própria.

É interessante observar que, nesses quase 70 anos de existência da área internacional do MS, além de oscilações de vinculação entre a Secretaria Geral e o Gabinete do Ministro, a estrutura formal da área permanece praticamente a mesma, apesar do aumento da demanda pela atuação internacional do MS e a ampliação do foco de ação. Nesse sentido, nota-se a recente

incorporação formal da cooperação técnica oferecida pelo Brasil na área da saúde como competência da AISA. A ausência de uma legislação que lide com a cooperação técnica ofertada pelo Brasil e de um orçamento próprio para a AISA também tem impacto no trabalho da Assessoria, que precisa, amiúde, contar com arranjos multilaterais para viabilizar suas atividades. Ademais, como aponta Gaudêncio (2014), as dificuldades inerentes ao setor público brasileiro dificultam a reestruturação da área.

3.3 A Fundação Oswaldo Cruz

A Fundação Oswaldo Cruz é uma fundação pública ligada ao Ministério da Saúde, integrante do Sistema Único da Saúde e composta por 16 unidades técnico-científicas voltadas ao ensino, pesquisa, inovação, assistência, desenvolvimento tecnológico e extensão na área da saúde. A sede está situada no Rio de Janeiro e suas unidades estão distribuídas pelas regiões Nordeste, Norte, Sudeste e Sul do Brasil, além de um escritório de Gerência Regional em Brasília. Sua história institucional começa em 1900, com a fundação do Instituto Soroterápico Federal, que, em 1970, transformou-se na Fundação Oswaldo Cruz. Ao longo do tempo, a Fiocruz tornou-se um centro de excelência em pesquisa na área da saúde no Brasil e, atualmente, é considerada uma das mais importantes instituições de pesquisa científica do país, prestigiada nacional e internacionalmente. Sua missão é

produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do SUS e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais (FIOCRUZ, 2017).

É interessante notar que, além de ser uma fundação da área biológica e da saúde, a Fiocruz possui uma forte vertente social que se reflete de várias maneiras na vasta atuação da fundação, que desenvolve atividades de ensino, pesquisa, produção e desenvolvimento tecnológico. Atualmente, a presidência da Fiocruz é exercida, pela primeira vez, por uma mulher, a socióloga Nísia Trindade. Ademais, “boa parte do corpo técnico de capacitação da Fiocruz teve envolvimento com a luta por direitos no setor da saúde, no âmbito do processo de redemocratização, a exemplo do movimento sanitarista” (MILANI; LOPES, 2014, p. 76).

Durante seus mais de cem anos de existência, a Fiocruz protagonizou campanhas de saneamento básico, desenvolveu vacinas e medicamentos e pesquisou tratamentos, principalmente para combater doenças tropicais. Dentre as grandes conquistas científicas da

Fundação e de seus cientistas estão: a erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro em 1907; descoberta e/ou fabricação de diversas vacinas (febre amarela, meningite, varíola, entre outras); obtenção de patentes; a descoberta da doença de Chagas em 1909; a incorporação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) à Fiocruz em 1970; criação de laboratórios de quimioterápicos e fármacos que são referência mundial (Bio-Manguinhos e Farmanguinhos); implantação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano em 1985; avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento do HIV, entre várias outras.

Consequentemente, devido a sua participação ativa em avanços científicos importantíssimos para o tratamento da saúde no Brasil, na América Latina e no mundo, a Fiocruz, desde o início do século XX, obtém prêmios e reconhecimentos internacionais. O mais recente deles, conquistado em 2014, é a designação da Fiocruz como Centro Colaborador para Saúde Global e Cooperação Sul-Sul da OMS (FIOCRUZ, 2017). A Fiocruz também está engajada em diversas parcerias e intercâmbios com centros científicos e tecnológicos em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Antes de se tornar referência internacional na oferta de cooperação técnica na área da saúde, a Fiocruz também recebeu cooperações técnicas internacionais que a apoiaram em muitas das conquistas citadas acima, assim como para seu desenvolvimento enquanto instituição (ALMEIDA, 2013). A experiência adquirida foi essencial para que a Fundação passasse, paulatinamente, de receptora para ofertante de cooperação em saúde, acompanhando a caminhada do Brasil no mesmo sentido.

A conjunção do aumento da participação da Fiocruz em projetos de cooperação técnica, a partir de meados da década de 2000, com a já antiga vertente internacional da instituição potencializou as condições para a criação do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da Fiocruz. É importante destacar que, mesmo com a criação do CRIS, algumas unidades da Fiocruz também possuem áreas internacionais próprias, como a ENSP e a Farmanguinhos. No entanto, considerando que o CRIS é a instituição coordenadora da atuação internacional da Fiocruz como um todo, apresenta-se, a seguir, um relato e caracterização do CRIS que fornecerão mais elementos importantes para a subsequente análise do processo decisório da cooperação técnica sul-sul em saúde do Brasil.

3.3.1 O Centro de Relações Internacionais em Saúde

O primeiro órgão de gestão internacional da Fiocruz, denominado Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz (ACI) foi criado em 1984. Inicialmente, suas funções se

se concentravam nos registros dos convênios internacionais da instituição, nas autorizações de afastamento do país por parte dos servidores e no recebimento de visitantes (FEDATTO, 2013).

No final dos anos 80, a Fiocruz relatava sua prestação de cooperação técnica a diversos países, mas salientava que não havia um caráter institucional no exercício dessas atividades:

diversas atividades finalísticas da FIOCRUZ, e ainda algumas das áreas meio, se constituem em referência nacional, e por vezes internacional, em função do nível de especialização alcançado e da consolidação e permanente desenvolvimento científico de específicos objetos de trabalho – de políticas de saúde à tecnologia de equipamentos, organização de serviços de saúde, etc. Esta qualificação tem habilitado historicamente a FIOCRUZ, através de suas várias unidades e inúmeros setores, a realizar atividades de prestação de serviços qualificados como de cooperação técnica (assessorias/consultorias) em praticamente todos os Estados da Federação e mesmo em diversos países. No entanto, tais atividades poucas vezes possuem caráter institucional tanto quanto da solicitação (cliente), quanto na prestação de serviço (profissional da FIOCRUZ). A cooperação técnica na FIOCRUZ necessita, portanto, enquadrar-se nas diretrizes e prioridades definidas no âmbito da Reforma Sanitária e do Desenvolvimento Científico e Tecnológico, assumindo mais um papel de interface da FIOCRUZ com as demais instituições, secretarias, universidades, institutos de pesquisa, etc (FIOCRUZ, 1988).

No Relatório Final do I Congresso Interno da Fiocruz, realizado em julho de 1988, além da preocupação em alinhar as atividades de cooperação da Fundação com os princípios da Reforma Sanitária que culminou, no mesmo ano, na Constituição de 1988 e na instituição do SUS, consta a preocupação em consolidar a área de cooperação técnica da Fiocruz, a fim de identificar potencialidades da prestação de serviços em cooperação e os possíveis retornos para a instituição em termos de desenvolvimento de suas diversas áreas de atuação. Ademais, o relatório destaca que a “consolidação da área de cooperação técnica na FIOCRUZ permitirá ainda o surgimento de mais uma opção para captação de recursos financeiros, fortalecendo a autonomia relativa da Instituição” (FIOCRUZ, 1988, sem paginação). Portanto, o relatório indicava a necessidade de definição de uma Política Institucional de Cooperação Técnica que ampliasse as competências da área internacional no sentido de incluir em suas atribuições a identificação de prioridades e alocação de recursos específicos nesta área, sempre tendo em vista o desenvolvimento científico-tecnológico e os ideais da Reforma Sanitária (FIOCRUZ, 1988). O objetivo final seria a consolidação da instituição como um órgão de excelência em cooperação técnica em saúde, o que, de fato, aconteceu ao longo dos anos.

Durante os anos 90, a Fiocruz iniciou seu envolvimento em projetos de cooperação técnica internacional do Brasil com algumas regiões, como a África. A primeira missão da Fiocruz aos PALOP, por exemplo, aconteceu em 1997 (CARRILLO ROA; SILVA, 2015). No início da década de 2000, seguindo o aumento da quantidade de projetos de cooperação

oferecida pela Fiocruz o trabalho da ACI foi ampliado, incluindo a coordenação dirigida à oferta de cooperação técnica, especialmente para a África de língua portuguesa e a América Latina.

Em 2003, foi criada a Câmara Técnica de Cooperação Internacional (CTCI), composta por um representante de cada unidade da Fiocruz, com o objetivo de subsidiar a política de cooperação internacional da ACI, apoiar as ações de intercâmbio internacional das unidades técnico-científicas e assegurar a representação das mesmas nas atividades correlatas em nível central. A ideia era envolver todas as unidades da Fiocruz no processo de coordenação da cooperação internacional da instituição para reduzir a fragmentação da informação das atividades de cooperação internacional e obter maior articulação entre unidades técnico-científicas e administrativas da instituição (BRANDÃO, 2010).

É importante recordar também a assinatura, em 2005, do TC-41, do qual a Fiocruz era parte essencial e que possibilitou a instrumentalização da Fundação “como instância de formulação estratégica, coordenação e implementação de iniciativas em matéria de cooperação” (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012, p. 448). Com o apoio do TC-41, em 2007, a ENSP inaugurou seu primeiro mestrado no exterior, em saúde pública, na capital de Angola, Luanda e, em 2008, foi inaugurado um Escritório Regional de Representação da Fiocruz na África, o “Fiocruz África⁸¹”, sediado em Maputo, Moçambique, evidenciando a magnitude e importância da atuação da Fundação no continente africano.

Em janeiro de 2009, é criado o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), responsável pela coordenação e apoio às atividades internacionais da Fundação, ao qual a ACI é incorporada (ALMEIDA, 2010). Mais especificamente, o CRIS encarrega-se de: introduzir as dimensões da governança global em saúde nos diversos campos de ação da Fiocruz; gerir intercâmbios com os países desenvolvidos e em desenvolvimento; apoiar a realização e o monitoramento de convênios e acordos internacionais; capacitação de funcionários responsáveis pelas ações internacionais e realização de pesquisa técnico-científica relacionada ao campo de atuação do Centro, além das funções anteriormente exercidas pela ACI, como as autorizações de afastamento do país por parte dos servidores e no recebimento de visitantes internacionais (FIOCRUZ, 2017).

⁸¹ O “Fiocruz África” tem como missão: “acompanhar o desenvolvimento de projetos de cooperação técnica em saúde desenvolvidos pela Fiocruz no continente africano [...]; realizar análises de conjuntura e situacionais nesses países; levantar, avaliar e encaminhar demandas de cooperação técnica em saúde dos países da União Africana via Fiocruz/Ministério da Saúde ou outra instituição brasileira; participar, junto com parceiros nacionais em cada país, na definição dos programas de cooperação; promover articulações com outras agências bilaterais e multilaterais que atuem na região” (ALMEIDA, 2013, p. 299).

No âmbito interno, o CRIS é responsável por coordenar e apoiar as diversas unidades da Fundação nos procedimentos voltados à cooperação em saúde e ciência e tecnologia. No plano nacional, “as principais conexões do Cris são com a Assessoria Internacional de Saúde (AISA), do Ministério da Saúde, e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores” (FIOCRUZ, 2017). O objetivo último da atuação do CRIS é “constituir uma instância de excelência para a afirmação e o desenvolvimento da Fiocruz como instituição pública estratégica do Estado brasileiro no cenário global da saúde” (FIOCRUZ, 2017).

As decisões relativas às ações internacionais possuem orientação colegiada e são exercidas em duas instâncias coordenadas pelo CRIS: o Grupo de Programação Internacional (GPI), destinado a acompanhar as negociações com instituições estrangeiras que possam gerar programas de cooperação, e a Câmara Técnica de Cooperação Internacional (CTCI), criada em 2003 e incorporada ao CRIS para formular e avaliar as políticas e a articulação das ações internacionais empreendidas por todas as unidades da Fiocruz. O GPI conta com a participação das vice-presidências⁸² da Fiocruz e a CTCI com a participação de todas as unidades técnico-científicas e administrativas da Fundação (FIOCRUZ, 2017).

O CRIS é um órgão de assessoria direta da Presidência. Internamente, está dividido em sete setores: 1) Coordenação-Geral; 2) Coordenação Técnica Sul-Sul; 3) Coordenação de Cooperação Norte-Sul; 4) Gestão Administrativa e Financeira; 5) Convênios, Mobilidade e Câmara Técnica; 6) Comunicação e Informação e 7) Eventos e Visitas Internacionais. No total, o CRIS possui, em média, 28 funcionários distribuídos nesses sete setores. É importante destacar que a composição da Coordenação-Geral permanece a mesma desde a criação do Centro, em 2009.

Em relação aos recursos financeiros com os quais o CRIS lida, não existem informações exatas disponíveis. Os relatórios de atividades do CRIS, por exemplo, não contam com uma seção destinada aos valores dos projetos dos quais o Centro participa. Sendo assim, buscou-se fontes que pudessem dar pistas nesse sentido. Na tabela a seguir, observa-se a evolução dos recursos recebidos pela Fiocruz do governo federal a serem aplicados em projetos de cooperação técnica:

⁸² A Presidência da Fiocruz é composta pelo presidente e mais cinco vice-presidências: 1) Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde; 2) Educação, Informação e Comunicação; 3) Gestão e Desenvolvimento Institucional; 4) Pesquisa e Coleções Biológicas; e 5) Produção e Inovação em Saúde (FIOCRUZ, 2017).

Tabela 4 – Recursos do governo federal repassados à Fiocruz para cooperação técnica internacional (2010-2013)

| Ano | R\$ |
|------|-----------|
| 2010 | 1.130.915 |
| 2011 | 744.700 |
| 2012 | 746.040 |
| 2013 | 768.260 |

Fontes: IPEA, 2013; IPEA, 2016. Elaboração própria.

Apesar de não existirem dados oficiais sobre o valor aplicado pelo governo federal para os anos anteriores a 2010, as entrevistas realizadas indicaram que, principalmente a partir do governo Lula, houve aumento expressivo no orçamento da Fiocruz destinado a projetos de cooperação técnica estruturante em saúde, com uma retração importante nos últimos anos⁸³.

É importante ressaltar que as fontes de financiamento das atividades de cooperação técnica do CRIS são variadas. São utilizados recursos técnicos da própria Fiocruz, ou seja, horas técnicas dos profissionais que já atuam na Fundação, fontes complementares, como recursos advindos de convênios multilaterais, além de financiamento da ABC e outras fontes advindas de acordos bilaterais de cooperação interinstitucional norte-sul⁸⁴ (CRIS, 2013). Dentre os convênios multilaterais, destacam-se as parcerias com a OPAS e a OMS, principalmente o TC-41, já abordado anteriormente, o qual foi essencial para a execução de projetos de cooperação da Fiocruz com a Unasul e a CPLP. Até 2014, o total de recursos disponíveis no âmbito do TC-41 era de US\$24.261.938,44, para serem aplicados em projetos tanto da Fiocruz quanto da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde SGTES/MS (BRASIL, 2014b).

Em 2014, a Fiocruz, sob a coordenação do CRIS, foi oficialmente nomeada Centro Colaborador em Saúde Global e Cooperação Sul-Sul da OPAS/OMS. Nessa condição, o CRIS

⁸³ “Nos últimos dois anos houve um importante decréscimo, dada uma combinação da crise econômica com uma redução da prioridade da cooperação em saúde por parte do governo da presidente Dilma. Em compensação, no primeiro governo dela a gente ainda tinha um “tsunami” de recursos que vieram do governo Lula, que foram recursos por cinco anos, e que a gente estendeu, por racionalização de gastos, por mais dois anos. Então, até metade do segundo governo Dilma, a gente foi ainda trabalhando com recursos de longo prazo da programação feita ainda dentro do governo Lula” (Entrevistado da Fiocruz).

⁸⁴ Para a Fiocruz, entre as instituições que mais se destacam nesse sentido estão o CDC (Center for Control of Diseases) e o NIH (National Institute of Health), dos EUA, que mantêm linhas de apoio financeiro a diversos projetos de pesquisa da Fiocruz (Grants); a JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão), que mantém parcerias com a Fiocruz em projetos no Brasil e em terceiros países, e o IHMT (Instituto de Higiene e Medicina Tropical), de Portugal (CRIS, 2013).

foi convidado pela OMS a conduzir e apoiar atividades focadas em temáticas como Determinantes Sociais da Saúde; a saúde na Agenda do Desenvolvimento Pós-2015 e saúde global; e o fortalecimento dos sistemas de saúde e da comunidade de língua portuguesa através do ePORTUGUESe (CRIS INFORMA, 2014). Atualmente, além da área de Saúde Global e Cooperação Sul-Sul, a Fiocruz possui outras quatro áreas reconhecidas como Centros Colaboradores da OPAS/OMS: Saúde Pública e Ambiental; Leptospirose; Políticas Farmacêuticas e Educação de Técnicos em Saúde (CRIS, 2016). Por sua natureza, o Centro Colaborador em Saúde Global e Cooperação Sul-Sul acompanha o desenvolvimento dos demais Centros.

Abaixo, encontra-se uma tabela que procura destacar os principais acontecimentos relacionados à atuação do CRIS-Fiocruz:

Tabela 5 – Linha do Tempo da Fiocruz/CRIS

| ANO | ACONTECIMENTO |
|------------|--|
| 1984 | Criação da Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz (ACI) |
| 1997 | Primeira missão da Fiocruz aos PALOP |
| 2001-2004 | Ampliação do campo de trabalho da ACI, com a inclusão de uma coordenação dirigida à oferta de cooperação técnica |
| 2003 | Criação da Câmara Técnica de Cooperação Internacional (CTCI), composta por um representante de cada unidade da Fiocruz |
| 2006 | Assinatura do TC-41, cujos recursos possibilitaram a instrumentalização da Fiocruz na oferta de cooperação técnica |
| 2007 | A ENSP inaugurou seu primeiro mestrado no exterior, na capital de Angola, Luanda |
| 2008 | Inauguração do Escritório Regional de Representação da Fiocruz na África, sediado em Maputo, Moçambique |
| 2009 | Criação do criado o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) |
| 2014 | O CRIS é nomeado Centro Colaborador em Saúde Global e Cooperação Sul-Sul da OPAS/OMS |

Elaboração própria.

Ao contrário da ABC e da AISA, o CRIS é um órgão relativamente novo, com menos de 10 anos de existência, mas cuja atuação é robusta. Para além das atividades de cooperação internacional ofertada, que são o foco deste trabalho, a Fiocruz também possui vasta atuação na área da diplomacia em saúde, participando de diversas redes multilaterais que não foram exploradas aqui. Apesar de relativamente novo, é importante destacar a produção de

documentos informativos sobre as atividades do Centro, como os relatórios de atividades (ainda que estes careçam de alguns dados sobre, por exemplo, gestão e fontes de recursos) e o boletim bimestral de divulgação das ações de cooperação internacional, denominado Cris Informa. Entre 2011 e 2013, a Fiocruz atuou em trinta países com a oferta de projetos de cooperação técnica em saúde (IPEA, 2016) e, atualmente, faz parte de 93 convênios internacionais (FIOCRUZ, 2017), o que atesta a relevância internacional da instituição e, consequentemente, o volume de trabalho coordenado pelo CRIS.

O estudo das características históricas e institucionais da ABC/MRE, AISA/MS e CRIS/Fiocruz revelou aspectos relevantes para a identificação de proximidades e singularidades entre esses três atores. Se consideradas suas atuações desde a criação da Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT) e da Comissão de Saúde Internacional (CSI), a ABC e a AISA podem ser consideradas as mais antigas dentre as instituições estudadas, ambas datadas de 1950. A ABC é o órgão oficial brasileiro designado a coordenar programas e projetos de cooperação técnica recebida e ofertada pelo país. Apesar de sua atuação de longa data, até hoje não há uma legislação nacional voltada às questões que permeiam o trabalho da ABC e da cooperação brasileira de maneira geral. Em relação à AISA, destacam-se suas modificações regimentais no sentido de procurar respaldar o Ministério da Saúde em negociações globais e, mais recentemente, de abarcar a cooperação técnica oferecida pelo Brasil no escopo de sua atuação. Já o CRIS, criado em 2009 para fortalecer o trabalho até então realizado pela Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz (ACI), é a instituição mais nova, porém não menos atuante internacionalmente. Além de gerir os projetos de cooperação da Fiocruz, o CRIS também se encarrega de introduzir as dimensões da governança global em saúde nos diversos campos de ação da Fiocruz.

O exame realizado neste capítulo é uma base importante para que se compreenda de maneira mais completa o processo decisório dos projetos de cooperação técnica em saúde, pois revela as estruturas organizacionais e outros aspectos relevantes das instituições envolvidas, como suas capacidades financeiras. Dadas essas informações, a seguir, apresenta-se um estudo sobre o processo decisório em questão.

4 O PROCESSO DECISÓRIO DOS PROJETOS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA SUL-SUL EM SAÚDE

Ao lançar luz sobre as interações envolvidas na participação de diferentes atores, a análise do processo decisório mostra-se uma importante variável explicativa do conteúdo, dos êxitos e das dificuldades da política externa, na medida em que revela interesses em disputa, negociação de pontos de vista, ajustes e acertos de objetivos. Consequentemente, a abordagem evidencia a conexão entre as dimensões externa e interna das relações internacionais e colabora para a valorização desta última como fator constitutivo da decisão. Especificamente no caso da cooperação brasileira para o desenvolvimento, a análise do processo decisório é uma ferramenta eficaz para examinar a articulação interna presente na concepção e implementação dos projetos, incluindo as relações entre atores que fazem parte de diferentes setores ou burocracias e que possuem distintas – ainda que não necessariamente conflitantes – óticas sobre política exterior e desenvolvimento.

Tendo em vista que a saúde é uma das mais importantes áreas de cooperação técnica oferecida pelo Brasil (conforme demonstrado no capítulo 2) e apresentadas as características institucionais dos principais atores envolvidos no processo decisório da cooperação técnica brasileira em saúde (no capítulo 3), este capítulo tem como objetivo examinar as relações interburocráticas, as dinâmicas e os procedimentos desse processo decisório envolvendo o Ministério das Relações Exteriores (especificamente, a Agência Brasileira de Cooperação), o Ministério da Saúde (especificamente, a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde) e a Fiocruz (especificamente, o Centro de Relações Internacionais em Saúde). São, portanto, três atores estatais, mas que fazem parte de burocracias e/ou setores distintos e possuem distintas competências nas relações internacionais do país (FRANÇA; SANCHEZ BADIN, 2010). Sendo assim, significam uma fonte rica de análise da pluralização do processo decisório em política externa do Brasil.

Para isso, este capítulo tem como base metodológica principal a análise de entrevistas semiestruturadas realizadas com representantes das três instituições citadas. Na Agência Brasileira de Cooperação, foram entrevistados o Coordenador Geral de Cooperação Técnica para os Palop e o Timor-Leste e o Gerente de Projetos da Coordenação-Geral de América do Sul, Central e Caribe. Essa escolha se justifica pelo fato, também demonstrado no capítulo 2, de que a África de Língua Portuguesa e a América Latina são as duas regiões prioritárias da cooperação técnica do Brasil. Na Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde, foram

entrevistados a Coordenadora de Projetos da AISA (2013-2014) e também Chefe da AISA (2015-2016) e um Consultor de Cooperação Sul-Sul que atua nessa função há mais de dez anos. Por fim, no Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, foram entrevistados o Coordenador Geral do CRIS e um Analista de Cooperação Internacional da Fiocruz⁸⁵. Conforme foi citado na introdução, optou-se pela não identificação direta dos entrevistados, visto que, além da preferência de um dos entrevistados pela não identificação, pretende-se evidenciar o caráter institucional de suas experiências. Sendo assim, os entrevistados são referidos apenas pela sua vinculação institucional: “entrevistado da ABC”, “entrevistado da AISA” e “entrevistado da Fiocruz”, sem especificação de nomes ou cargos. Além da análise das entrevistas, documentos relacionados ao tema e fontes secundárias também colaboraram para a elaboração deste capítulo.

O estudo do processo decisório da política de cooperação sul-sul em saúde foi dividido em tópicos, a fim de abordar de forma mais organizada os principais temas relacionados à análise. São eles: 1) instrumentos oficiais de aproximação entre os atores; 2) aspectos procedimentais; 3) aspectos políticos; 4) aspectos financeiros e 5) comunicação.

4.1 Instrumentos Oficiais de Aproximação entre os Atores

A partir de 2003, em um contexto de estímulo à oferta de cooperação brasileira aos países em desenvolvimento, a saúde foi um dos setores-chave para a internacionalização de práticas e políticas públicas brasileiras. Entretanto, é necessário lembrar que, durante a década de 1990 e início dos anos 2000, o Brasil também teve uma importante atuação global na área da saúde, principalmente no combate ao HIV/AIDS e no controle do tabagismo. No plano doméstico, a criação do SUS, em 1988, também colaborou para dar respaldo à experiência internacional brasileira. Sendo assim, desde os anos 90, a saúde começou a figurar de forma mais consistente na agenda da política externa brasileira (ALCÁZAR, 2005, PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012, BARBOZA, 2014), mesmo que, neste momento, a cooperação ainda não fosse um dos aspectos mais relevantes nesse sentido, tendo em vista que a atuação brasileira em saúde acontecia principalmente no âmbito de organismos multilaterais, como a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a OMS, em negociações sobre normas e regimes relacionados à saúde.

⁸⁵ Os locais, datas e nomes de cada entrevistado estão disponíveis na tabela do Anexo A. Por sua vez, os roteiros das entrevistas para cada instituição estão disponíveis no Anexo B.

Tendo em vista que o foco desta dissertação é a política externa de cooperação em saúde a partir do governo Lula, serão destacados, a seguir, diversos instrumentos oficiais de aproximação entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde (incluindo a Fiocruz), criados entre 2003 e 2015. Tais documentos, declarações ou projetos respaldaram a atuação internacional do Brasil na área da saúde, tanto no que se refere à cooperação técnica quanto à diplomacia em saúde, e foram elementos fundamentais para apoiar e corroborar a interação entre os três atores em questão.

Para o marco temporal desta pesquisa – 2003 a 2015 – o Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, assinado em julho de 2005, disponível no Anexo D deste trabalho, foi o documento inaugural do estreitamento da relação entre os dois ministérios. Segundo Milani e Lopes (2014, p. 65), “o Itamaraty nunca foi o principal agente técnico da CSS em matéria de saúde pública”. O seu papel estaria ligado à coordenação diplomática, representação e negociação. Pode-se dizer, no entanto, que a política externa de cooperação técnica foi responsável por uma aproximação inédita entre o MS e o MRE (VENTURA, 2013), que culminou na assinatura desse protocolo, cujo objetivo é “aperfeiçoar a coordenação entre o MRE e o MS *em matéria de cooperação técnica prestada a países em desenvolvimento na área da saúde*” (BRASIL, 2005, grifo nosso). Ou seja, a cooperação técnica sul-sul foi a justificativa para a articulação formal entre os dois atores.

Por meio do protocolo, é estabelecida a Comissão de Coordenação MRE/MS para a Cooperação Técnica Internacional na Área da Saúde, a ser constituída por funcionários de ambos os ministérios. Por parte do MS, comporiam a comissão representantes da AISA, da Fiocruz, da ANVISA e do Programa Nacional de DST/AIDS, além de algumas secretarias do Ministério da Saúde. Do MRE, fariam parte a ABC, a Subsecretaria Geral Política II e a Subsecretaria Geral da América do Sul. Foram previstas reuniões mensais para estudar as ações de cooperação horizontal brasileira e propor iniciativas, sempre “conforme as diretrizes da política externa estabelecidas pelo Governo” (BRASIL, 2005). A presidência e a secretaria executiva da comissão, com vigência prevista de cinco anos, ficariam a cargo da ABC.

O estabelecimento do protocolo se fundamenta no crescimento da demanda pela cooperação técnica prestada pelo Brasil, considerada uma das principais vertentes da política externa brasileira. Sendo assim, “uma eficiente implementação da cooperação técnica internacional prestada pelo Brasil na área da saúde requer uma estreita parceria entre o MRE e o MS” (BRASIL, 2005).

Apesar da não continuidade das ações dessa Comissão (GAUDÊNCIO, 2014), o Protocolo é um documento importante no sentido de buscar a criação de uma base legal para a

articulação entre os dois atores, iniciativa inédita até então. Sendo assim, ainda que não seja clara uma influência direta do documento para a intensificação da relação entre MRE e MS, é notória a importância política do documento.

No que se refere ao MS e à Fiocruz, no final de 2005, foi assinado o Termo de Cooperação nº 41. Considerando que esse Termo, que tem como partes a OPAS, o MS e a Fiocruz, já foi apresentado nos capítulos 2 e 3, não serão explorados novamente aqui seus objetivos e importância para a oferta brasileira de cooperação em saúde. Para os fins desta seção, é interessante notar que, no texto do TC-41, a Fiocruz e o MS figuram como dois atores distintos, apesar de a Fiocruz fazer parte da estrutura burocrática do MS, o que evidencia o grau de autonomia entre esses dois atores.

Visto que o objetivo primeiro do TC-41 era estabelecer cooperação e assistência técnica entre o MS, a Fiocruz e a OPAS “para desenvolvimento de atividades conjuntas que combinem a capacitação de conhecimentos e recursos por parte do Ministério e da Fiocruz” (BRASIL, 2006), previa-se a necessidade de articulação entre essas duas instituições para o estabelecimento de um Programa de Saúde Internacional (PSI). O PSI seria vinculado à Presidência da Fiocruz e seus objetivos principais eram concentrar recursos técnicos e informações especializadas no campo da saúde internacional para apoiar as ações internacionais do MS e da Fiocruz, incluindo a coordenação da formulação e o acompanhamento das atividades de cooperação técnica do MS e da Fiocruz.

Para isso, previa-se o estabelecimento de uma Câmara Técnica (presidida por um coordenador designado pela presidência da Fiocruz e composta por um representante de cada Unidade Técnica da Fiocruz) e uma Comissão de Programação integrada por representantes da Fiocruz, da AISA e da OPAS. Nota-se, portanto, a participação da Fiocruz e da AISA como representantes da parte brasileira. Ademais, a cláusula quinta do TC-41 lista uma série de obrigações conjuntas do MS e da Fiocruz, exigindo, portanto, coordenação entre esses dois atores para a consecução dos objetivos do Termo de Cooperação. Por fim, vale destacar que, da parte brasileira, assinaram o documento José Saraiva Felipe (Ministro da Saúde) como representante do Ministério da Saúde, e Paulo Buss (então presidente da Fiocruz e futuro presidente do CRIS) como representante da Fiocruz.

Após o primeiro movimento de aproximação entre o MRE e o MS em 2005, com a assinatura do Protocolo de Intenções apresentado anteriormente, o Brasil passou a defender esse modelo de articulação entre o MRE e o MS no âmbito da ONU, liderando esforços para tornar a saúde uma pedra angular da política externa oficial de todos os países. Isso resultou na Declaração Ministerial de Oslo, de 2007, assinada pelos Ministros das Relações Exteriores do

Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia. A declaração convoca os governos a inserir a saúde global em suas respectivas políticas externas e a reconhecer o papel fundamental da saúde nas relações internacionais (GHSI, 2012, ALMEIDA, 2013). Ao considerarem o contexto de globalização e interdependência, os ministros dos sete países defendem a ampliação da agenda da política externa para novas ideias, parcerias, mecanismos e paradigmas de cooperação. Sendo assim, a Declaração de Oslo explora vários temas que aproximam a saúde de outras questões globais – como meio ambiente, direitos humanos, desenvolvimento, segurança, e comércio – e propõe uma Agenda de Ação para aumentar a prioridade da saúde na política externa. As iniciativas da Agenda da Ação estão centradas em três temas principais: “criação de capacidades para a segurança sanitária global”, “enfrentar as ameaças à segurança sanitária global” e “fazer com que a globalização funcione para todos” (DECLARAÇÃO DE OSLO, 2007). Além das questões de segurança, controle de doenças e desenvolvimento, destaca-se também a importância da cooperação e a necessidade de priorizar a saúde em relação ao comércio. Apesar de não ser um documento que envolve diretamente MRE e MS, ao promover a inserção da saúde na agenda da política externa, a Declaração de Oslo, sem dúvidas, cria mais um instrumento de amparo à articulação entre esses dois atores.

Também em 2007, foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, um documento que destacava os principais eixos de atuação do MS para o período de 2008 a 2011. O programa busca evidenciar que a saúde não é apenas uma política social, mas sim parte essencial da estratégia de desenvolvimento do país. A cooperação internacional recebeu significativo destaque no documento, figurando como um dos oito eixos de trabalho do MS, ao lado dos eixos de atenção à saúde, promoção da saúde, participação e controle social, qualificação da gestão, força de trabalho em saúde e complexo industrial da saúde. Nesse sentido, o documento destaca a “parceria ativa” entre o MS e o MRE e a cooperação para o desenvolvimento – especialmente a estruturante – é citada como a principal linha de ação da saúde na política externa (BRASIL, 2010c).

No Programa Mais Saúde, foi estimado um valor de R\$ 72 milhões para a execução de quatro medidas que consistiam no desenvolvimento de estruturas e dos sistemas de saúde de países da América Latina e da CPLP, apoio à formação de técnicos da área da saúde, fortalecimento da integração da América do Sul através de um projeto de integração de sistemas de saúde (Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras) e apoio à constituição de uma rede pan-amazônica de ciência, tecnologia e inovação (BRASIL, 2010c). O eixo da Cooperação Internacional, no qual estão inseridas essas medidas, contém uma única diretriz, que é a de

fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional na área da Saúde, *em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores*, ampliando sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, em especial com o Mercosul, com os países da América Central, da CPLP e da África (BRASIL, 2010c, p. 115, grifo nosso).

A política de aproximação entre o MS e o MRE, iniciada formalmente em 2005 com o Protocolo de Intenções, continua no planejamento estratégico tanto da política externa brasileira, como demonstra a Declaração de Oslo, quanto no do MS, como se pode observar acima no trecho do Programa Mais Saúde. É interessante notar também a referência à ONU como parceria da cooperação sul-sul brasileira em saúde – em consonância com o TC-41, assinado dois anos antes – e o alinhamento às prioridades geográficas da política externa brasileira. A cooperação internacional em saúde continua presente no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 como uma das diretrizes para fortalecimento do SUS e como um dos itens de gestão em saúde, citando o alinhamento com a política externa brasileira (BRASIL, 2011b). Já no Plano Nacional de Saúde 2016-2019, o tema da cooperação internacional não aparece (BRASIL, 2016).

Em 2009, como resultado das Reuniões de Ministros da Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, foi criado o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP), voltado à cooperação estruturante em saúde, especialmente o fortalecimento dos sistemas de saúde dos Estados membros da CPLP. Para os fins desta seção, é interessante observar o papel da Fiocruz como instituição responsável pela articulação da maioria dos projetos e objetivos citados e como membro da Assessoria Técnica do PECS, juntamente com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical - IHMT (Portugal) (CPLP, 2009). É importante citar também a criação, em 2009, do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), no âmbito da UNASUL. O Governo do Brasil, por meio da Fiocruz e dos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, dispôs-se a assumir a função de facilitador da constituição do ISAGS (BUSS; FERREIRA, 2011).

Evidencia-se, assim, a posição de destaque da Fiocruz na construção de relações mais consistentes entre saúde e política externa e, conseqüentemente, na parceria entre o MS e o MRE. Nas palavras de Almeida (2013, p. 299), a Fiocruz “foi então convocada a assumir o papel de ponto focal na cooperação em saúde, por seu papel histórico nacional e internacionalmente, trabalhando em coordenação com a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA) e a ABC, do MRE”.

Outra iniciativa relevante é a constituição, em 2009, no âmbito do Ministério da Saúde, do Grupo Temático em Cooperação Internacional em Saúde, o GT-CIS, do qual faziam parte áreas técnicas do MS com atuação internacional, destacadamente a Fiocruz, a Anvisa e a Funasa, e também instâncias externas, como o MRE e diversas agências da ONU ligadas ao tema da saúde (BRASIL, 2010b). Nos termos do Relatório de Gestão 2009 da AISA, o GT-CIS

é parte dos esforços de redefinição do fluxo de prioridades para a cooperação triangular, em que as áreas técnicas, com a intermediação da Assessoria Internacional, em consonância com as diretrizes e prioridades da Agência Brasileira de Cooperação e das áreas políticas do Ministério das Relações Exteriores, definem os princípios, as diretrizes, as prioridades, os projetos e os programas estratégicos para, em seguida, desenhar com os organismos e as agências internacionais as possibilidades de um trabalho conjunto (BRASIL, 2010b, p. 15).

Em 2010, por meio da Portaria 2.356, o GT-CIS foi instituído oficialmente, com o objetivo de

fortalecer e ampliar a articulação e a coordenação das ações e projetos de cooperação internacional desenvolvidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e das entidades vinculadas, do Ministério das Relações Exteriores, particularmente a Agência Brasileira de Cooperação - ABC, dos organismos e agências de cooperação internacional e de outros parceiros (BRASIL, 2010c).

Seguindo a divisão de instâncias que já acontecia desde 2009, a Portaria estabelece que as deliberações do GT-CIS ocorreriam através de reuniões internas e ampliadas. Das reuniões internas participariam a Divisão de Projetos da AISA (com a função de coordenação), diversas secretarias do MS, a Funasa, a Anvisa e a Fiocruz. As reuniões ampliadas seriam compostas pela ABC e demais parceiros envolvidos com a cooperação brasileira em saúde, como organizações e agências internacionais (BRASIL, 2011a).

Além dos elementos oficiais de aproximação entre o MRE, o MS e a Fiocruz apresentados brevemente acima, outros documentos reforçam esse movimento, como algumas publicações da ABC e os relatórios de gestão da AISA e do CRIS (Fiocruz). Os três atores figuram com frequência nos relatórios uns dos outros como parceiros importantes para os projetos de cooperação. Nos relatórios do CRIS, por exemplo, a ABC e a AISA são citadas diversas vezes como parceiras de projetos específicos e, mais do que isso, o CRIS declara que “desenvolve suas atividades em estreita cooperação com o Ministério da Saúde (AISA), Ministério das Relações Exteriores e Agência Brasileira de Cooperação (ABC)” (BRASIL, 2014a, p. 7). No relatório das atividades de 2010 da AISA, lê-se que “as ações [...] seguiram as políticas e estratégias do Ministério da Saúde, em estreita coordenação com o Ministério das Relações Exteriores” (BRASIL, 2011a, p. 7) e, em seguida, são citados trechos do Programa

Mais Saúde que indicam a presença da política externa no planejamento estratégico da saúde brasileira. Na edição de março de 2007 da Via ABC, uma publicação periódica oficial da ABC, afirma-se que “o Brasil, pela exitosa e dinâmica parceria desenvolvida entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, é um dos principais difusores da cooperação técnica em saúde no mundo em desenvolvimento” (BRASIL, 2007, p. 1) e destaca-se a contribuição da “tradição e a reconhecida experiência de instituições de excelência mundial, caso da Fundação Oswaldo Cruz” (BRASIL, 2007, p. 1). Em seguida, o Protocolo de Intenções entre o MRE e o MS é citado como sinal da importância da parceria entre esses dois ministérios.

O conjunto desses documentos oficiais apresentados acima (protocolos, termos de cooperação, programas ministeriais, declarações internacionais, relatórios, etc.) indica a busca pela articulação entre os três atores com vistas a dar suporte e, provavelmente, trazer maior coerência para sua atuação conjunta no âmbito internacional, particularmente na área da cooperação técnica internacional. Apesar de existirem registros mais antigos de atividades internacionais brasileiras na área da saúde, isso não acontecia de acordo com uma política de ação planejada. A própria ABC afirma que

a ocorrência de ação diplomática na área da saúde talvez não seja nova [...]. São, contudo, como talvez outros, casos isolados, não-estruturados por uma política programática, pela qual se desenvolve plenamente e de maneira orgânica todas as possibilidades de uma diplomacia na área da saúde (BRASIL, 2007).

Ou seja, contando com uma experiência internacional positiva na área da saúde nos anos 90 e com as novas diretrizes da política externa brasileira no sentido de priorização do sul como parceiro do Brasil, as iniciativas de diplomacia e cooperação técnica em saúde foram promovidas e incorporadas à estratégia de inserção da política externa. Para que isso fosse possível, Alcázar (2005) cita algumas outras circunstâncias internas, advindas principalmente da Constituição de 1988: a) a adoção, por parte do Estado, de um discurso de saúde de natureza aberta, independente, universal e integral; b) ampliação do papel político do Ministério da Saúde e c) fortalecimento orçamentário⁸⁶ do MS. Como fator externo, Alcázar (2005) cita a renovação do interesse da agenda internacional pelos temas sociais (RUBARTH, 1999).

Dentre os fatores internos citados por Alcázar (2005), pode-se dizer que o principal é o primeiro, que versa sobre a doutrina do SUS e sua vocação internacional. Os demais fatores

⁸⁶ Em 2002, o orçamento do Ministério da Saúde foi de R\$ 28.293.330,00. Em 2003, passou para R\$ 30.599.476,00; em 2004, para R\$ 35.803.255.000,00; e em 2005, para R\$ 39.278.219.462,00 (ALCÁZAR, 2005, p. 106). No final do governo de Lula da Silva, em 2010, o orçamento previsto foi de aproximadamente R\$ 69,8 bilhões e, em 2014, de R\$ 106 bilhões (BRASIL, 2014a).

internos podem ser considerados desdobramentos do primeiro. Sendo assim, para o período abarcado por este trabalho, podem ser identificados dois fatores internos principais para a aproximação entre a política externa e a saúde, ou, em outras palavras, entre o MRE e o MS: 1) a cooperação técnica para o desenvolvimento em saúde foi incorporada à diretriz da política externa brasileira de priorização do sul como parceiro estratégico do Brasil e 2) a abertura do discurso da saúde à incorporação de outros temas.

É importante ressaltar que a participação do Itamaraty nas negociações internacionais sobre saúde, na segunda metade dos anos 90, assinala a presença da saúde na agenda da política externa brasileira e sugere um início de diálogo entre o MRE e o Ministério da Saúde, mas ainda não havia uma mínima institucionalização dessa relação (BARBOZA, 2014). Os documentos apresentados nesta seção, por sua vez, pavimentaram o caminho para a atuação conjunta e coordenada entre esses atores nos projetos de cooperação, indicando a busca por uma institucionalização.

4.2 Aspectos Procedimentais

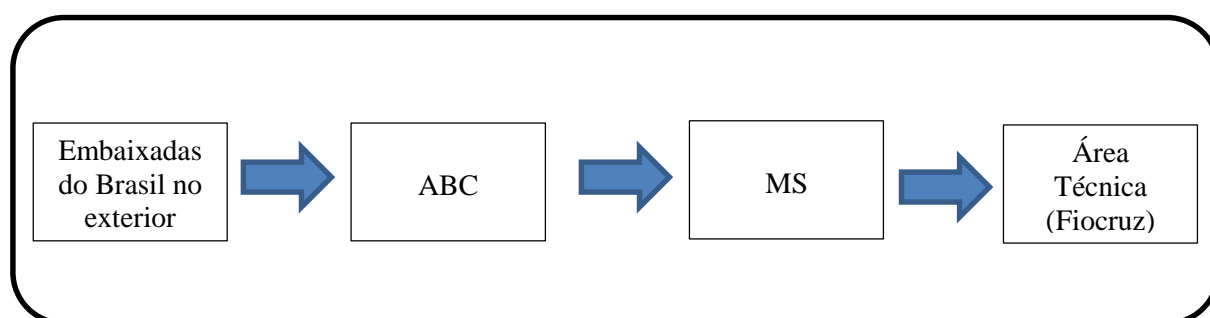
Nesta seção, o objetivo é apresentar o fluxo seguido pelos projetos de cooperação técnica sul-sul em saúde, destacando-se os procedimentos tomados em cada fase, a atuação da ABC, MS e Fiocruz e a articulação entre eles. O Manual de Gestão da Cooperação Sul-Sul, elaborado pela ABC e publicado em 2013, lista cinco fases do ciclo de gestão de uma iniciativa de cooperação técnica: I) Identificação (recepção e análise da demanda de cooperação; neste estágio, a cooperação é apenas uma ideia a ser analisada pelas potenciais instituições cooperantes); II) Prospecção (detalhamento da ideia da iniciativa e produção de subsídios, a partir de diálogos entre técnicos brasileiros e do país proponente, para a tomada de decisão conclusiva a respeito da possibilidade de atendimento da demanda); III) Formulação e Enquadramento (elaboração preliminar do documento e, após análise e aprovação das contrapartes, assinatura do Documento de Projeto ou de Ação Preparatória); IV) Implementação e Monitoramento (implementação técnica e execução administrativo financeira das atividades, juntamente com o monitoramento do progresso da parceria na consecução dos objetivos e resultados almejados); V) Avaliação e Encerramento (apanhado geral do projeto em seus aspectos técnicos, gerenciais e operacionais e, quando previsto, a avaliação pode ser também externa, para ser valorada segundo critérios de eficácia, eficiência e sustentabilidade, dentre outros) (ABC, 2013).

De maneira mais concisa, pode-se considerar a existência de três fases fundamentais de gestão dos projetos de cooperação técnica sul-sul: elaboração (que equivaleria às fases I, II e III citadas no Manual da ABC), implementação (equivalente à fase IV do Manual da ABC) e avaliação (equivalente à fase V do Manual da ABC). De acordo com o ciclo das políticas públicas, mencionado no capítulo 1, estariam incluídas na fase de elaboração as etapas de definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação e seleção das opções. O nível de participação dos três atores (ABC, AISA e Fiocruz) varia nessas três fases.

O princípio de “orientação por demanda” da cooperação técnica brasileira foi confirmado pelos entrevistados. Sendo assim, o fluxo de início mais comum é que a demanda chegue primeiramente à ABC, através de canais diplomáticos oficiais (contatos entre embaixadas e a ABC). O Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul (2013), lista três fases do processo de elaboração de um projeto: 1) fase analítica (mapeamento de atores e capacidades e análise de problemas, soluções, estratégias e riscos); 2) fase de planejamento (definição dos elementos técnicos e operacionais: objetivos e resultados esperados, meios para atingi-los e o planejamento das atividades) e 3) Preparação do Documento de Projeto (versão inicial do projeto, com a montagem do cronograma de execução e do orçamento detalhados da iniciativa) (ABC, 2013). Essas fases da elaboração serão detalhadas a seguir.

Conforme o relato de um dos entrevistados, as demandas chegam, oficialmente, através das embaixadas do Brasil no país receptor em questão. O governante ou o representante interessado no projeto envia uma carta à embaixada brasileira, a qual repassa a demanda para a ABC, que entra em contato com a AISA para informar sobre a demanda que chegou e a AISA, por sua vez, aciona a área técnica do MS considerada mais apta a atendê-la, como, por exemplo, a Fiocruz. Esse é o fluxo-padrão de recepção, que está representado na figura a seguir:

Figura 1 – Fluxo-Padrão de Recepção de Demanda



Elaboração própria.

Nota-se que, nesse caso, a AISA desempenha um importante papel ao escolher a instituição técnica executora e ao intermediar o encaminhamento da demanda recebida via canais diplomáticos para o órgão do MS designado a executá-la. Logo, uma possível visão inicial de que a ABC, dada sua posição oficial de coordenadora, define a instituição brasileira que executará as atividades de cooperação, não se confirma.

Feita a indicação da área técnica executora, há uma articulação entre ABC, MS e a área técnica designada para decidirem se há necessidade de levantamento de mais informações sobre a demanda recebida ou se o projeto já pode começar a ser elaborado. Caso sejam necessárias mais informações, sobre, por exemplo, quais serão os atores envolvidos no país receptor, o “estado da arte” sobre o tema e detalhes mais objetivos sobre a demanda, a embaixada do país beneficiário é contatada. Em seguida, é estabelecida uma missão de prospecção, de cuja delegação, normalmente, fazem parte a ABC, a AISA e a área técnica cooperante, que, no caso do foco de estudo dessa dissertação, seria a Fiocruz. Ressalta-se que, de acordo com um entrevistado da ABC, apesar de, normalmente, a AISA participar da delegação de prospecção, isso não é uma regra. Há a possibilidade de a AISA indicar a presença apenas de funcionários da área técnica do MS. A missão de prospecção objetiva detectar os problemas que justificam a demanda pelo projeto, a análise de possíveis soluções e estratégias e a identificação de atores e capacidades locais a serem envolvidos na iniciativa de cooperação técnica. Termina, então, a primeira fase da elaboração dos projetos.

Depois dessa prospecção, chega-se à fase de planejamento, na qual é feito um diagnóstico e um planejamento estratégico para o projeto. Participam dessa fase tanto as instituições brasileiras envolvidas (ABC, MS e Fiocruz, no caso) quanto as instituições cooperantes do país beneficiário, usualmente via teleconferências. Com base nos resultados dessa segunda fase, inicia-se a última fase do processo de elaboração: a redação do projeto.

Pode-se dizer, portanto, que tanto a ABC quanto o MS e a Fiocruz participam das negociações iniciais com as instituições cooperantes do país onde o projeto será realizado e suas presenças são fundamentais para a elaboração do projeto. Entretanto, a forma de participação e o nível de influência dos atores variam.

A função principal da ABC é de coordenação, ou seja, a agência acompanha as negociações, analisa se a iniciativa está em conformidade com as diretrizes do MRE e se há, da sua parte, orçamento para a execução. Já o MS e a Fiocruz, pela proximidade com o tema da saúde, possuem uma função mais influente no que diz respeito à negociação do conteúdo do projeto:

os atores mesmo, da negociação, são a própria instituição implementadora, no caso a Fiocruz, o MS, e a contraparte do país [...]. A gente [ABC] entra na parte mais da coordenação (Entrevistado da ABC).

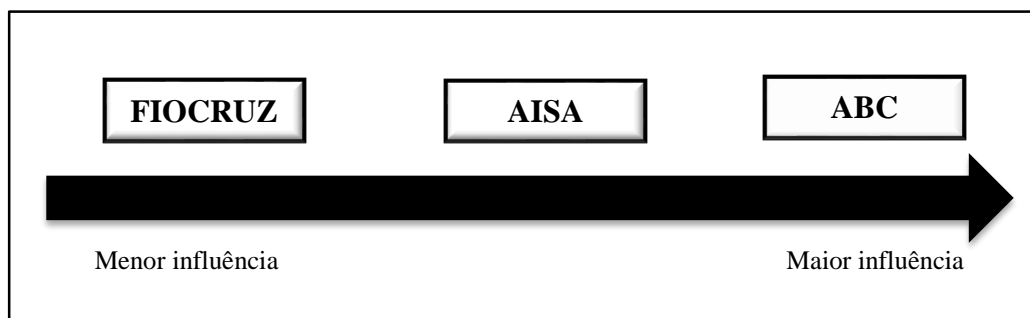
a gente [ABC] não interfere muito na questão técnica do projeto. Às vezes a gente precisa colocar um pouco a questão do escopo do projeto, porque, nessa área da saúde, às vezes a demanda inclui, por exemplo, uma doação de medicamentos, que a gente já classificaria como assistência humanitária (Entrevistado da ABC).

É fundamental distinguir entre influência na fase de planejamento, ou seja, no *conteúdo* do projeto, que inclui o detalhamento das ações, e a influência na fase *política*, que abrange as primeiras tratativas para o estabelecimento do projeto. No que diz respeito ao conteúdo, destaca-se a influência da Fiocruz e, em relação à influência política, quando a demanda chega pelo fluxo-padrão, a ABC e, em menor medida, a AISA, possuem maior influência. A ABC devido ao papel de recepção da demanda e tratativas iniciais sobre qual é a área temática envolvida. A AISA devido à designação da área técnica do MS que executará as atividades.

Ao retomar os modelos de Allison e Zelikow, apresentados no capítulo 1, é possível dizer que o nível de influência no conteúdo dos projetos tem relação com o Modelo do Comportamento Organizacional (OBM). No OBM, enfatiza-se, além dos procedimentos-padrão, a cultura organizacional e os objetivos e práticas comuns das instituições, sendo assim, o grau de influência da Fiocruz no conteúdo dos projetos pode ser visto como resultado da competência técnica desenvolvida pela instituição e dos objetivos compartilhados entre seus funcionários. Já o Modelo da Política Governamental (GPM) aborda o “jogo político” que ocorre entre os atores durante as negociações. Conforme apontam Allison e Zelikow, cada jogador, neste caso, particularmente a ABC e a AISA, possui “bagagens” distintas, incluindo diferentes interesses e objetivos organizacionais e pessoais, que influenciam nas ideias e escolhas de cada ator na negociação para o estabelecimento dos projetos.

A figura a seguir representa, hipoteticamente, o nível de influência dos atores nessa fase política inicial:

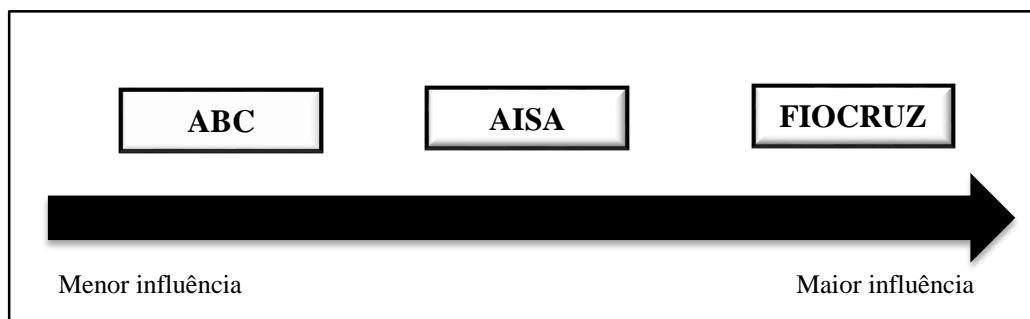
Figura 2 – Influência Política dos Atores para o Estabelecimento dos Projetos (Fluxo-Padrão)



Elaboração própria.

No que diz respeito ao conteúdo técnico dos projetos, entre a AISA e a Fiocruz, esta possui um papel mais influente, tendo em vista que a negociação dos detalhes do acordo envolve primordialmente a instituição implementadora, detentora do *know how* relacionado à temática do projeto. Para retratar o grau de influência das instituições no conteúdo dos projetos, a disposição dos atores na figura anterior se inverteria:

Figura 3 – Influência Técnica dos Atores no Conteúdo dos Projetos



Elaboração própria.

Apesar do maior grau de influência da Fiocruz (ou de outras áreas técnicas do MS) no conteúdo dos projetos, é importante sublinhar que a AISA e a ABC acompanham todo o processo de elaboração das iniciativas e podem intervir sempre que julgarem pertinente. Um dos entrevistados da Fiocruz comenta que

quando o projeto chega através da ABC, a gente [Fiocruz] tem, digamos assim, 50% de participação desde o primeiro momento. Muitas vezes, talvez metade das vezes, a ABC nos procura depois de já ter definido o país e as primeiras discussões [...]. Agora, as atividades, aí já é discutido com mais frequência, de comum acordo. Nós participamos com a ABC, a agência e o país sobre as atividades e aí já é em conjunto e desde o começo. A ABC, muitas vezes, já traz algumas coisas configuradas e outras vezes ela pergunta genericamente se temos condições em determinada área. Acho que

há uma gradação que vai desde “tudo, os três ao mesmo tempo”, até “só a gente com o país” ou “só a ABC com o país e depois a gente entra”, ou seja, não há uma regra única e certa (Entrevistado da Fiocruz).

Em suma, portanto, na fase de elaboração dos projetos que seguem o fluxo-padrão, a tendência é que a ABC possua a maior influência política e a menor influência técnica e que a Fiocruz exerça a maior influência técnica e a menor influência política. A AISA ocupa uma posição intermediária nesses dois momentos.

No entanto, existem outros tipos de fluxo de recepção de demanda, que não envolvem conjuntamente os três atores aqui estudados. Conforme relatam os entrevistados,

É comum, cada dia mais comum [que os países receptores demandem projetos diretamente ao Ministério da Saúde do Brasil ou à Fiocruz]. Porque a relação da saúde, em termos de diplomacia da saúde, é muito efetiva. Na América Latina isso deve ser muito mais corrente, porque eles têm um relacionamento mais direto, por causa das fronteiras, etc. Com a África, é um pouco mais difícil, mas já existe também esse trâmite. Então, a própria saúde tem ações que eles desenvolvem por conta própria, que nem passam pela ABC. Mas, geralmente, quando é uma ação mais complexa, isso vem pra ABC (Entrevistado da ABC).

Existem projetos que chegam através da Fiocruz e são por ela executados, por exemplo, e que não passam pela AISA (Entrevistado da AISA).

Nem sempre a ABC é envolvida. Muitas vezes, a negociação e o projeto são entre a Fiocruz e o país e muitas vezes com um terceiro país, ou seja, uma cooperação tripartite. Por exemplo, um parceiro durante um bom tempo que nós tivemos foi a JICA⁸⁷, que foi um parceiro muito importante em algumas cooperações com a África. Então, muitas vezes a ABC não participa efetivamente (Entrevistado da Fiocruz).

Observa-se, portanto, a existência de fluxos que não envolvem, necessariamente, a ABC e/ou o MS/AISA. Nesses casos, alteram-se os papéis desempenhados por cada ator na fase de elaboração dos projetos. Como a intenção deste estudo é analisar as relações burocráticas entre as três principais instituições brasileiras cooperantes em saúde, os projetos que envolvem apenas dois atores ou menos não serão explorados detalhadamente, ainda que se reconheça que também entre apenas duas instituições possam ocorrer disputas típicas de natureza interburocrática.

Porém é importante distinguir entre projetos que não envolvem os três atores e demandas que envolvem os três atores, mas que chegam através de fluxos alternativos (que não seguem o fluxo-padrão relatado acima de ABC > MS > Fiocruz). Nesse caso também ocorrem alterações nos papéis desempenhados por cada ator.

⁸⁷ Sigla em inglês para a Agência de Cooperação Internacional do Japão.

A atuação do setor sanitário brasileiro em foros internacionais, regionais ou multilaterais, bastante ativa a partir de meados dos anos 90, revelou-se importantíssima para os fluxos alternativos de chegada dos projetos de cooperação técnica:

na CPLP, existe a reunião de Ministros da Saúde da CPLP. Você conhece o PECS⁸⁸. O PECS, na verdade, foi elaborado...a ABC participou, mas quem criou foi a Fiocruz. Então, aquilo ali [o PECS] serve até como elemento de prospecção, de uma prospecção anterior. Você já tem estruturado, com os países de língua portuguesa, a cooperação estruturante, como eles chamam, em saúde, então isso já orienta demandas. Não que eles vão executar demandas via CPLP, mas pelo menos já tem um direcionamento (Entrevistado da ABC).

Como o MS tem um pouco mais de autonomia, ele costuma receber demandas também diretamente. [...] Esses órgãos [Fiocruz e outras áreas técnicas] participam de outros fóruns, outras discussões, que às vezes não são necessariamente de cooperação técnica e os atores, que às vezes são os mesmos, levam os assuntos, trazem as demandas e, normalmente, quando surgem, eles contatam a gente [ABC] (Entrevistado da ABC).

Existem demandas de projetos que chegam através do próprio Ministério da Saúde. A AISA está sempre presente nos eventos internacionais do Ministro da Saúde, pois faz parte do gabinete do Ministro. Então, por exemplo, se o Ministro da Saúde, em algum evento internacional, a conversa com algum representante do governo de outro país e surge o interesse em realizar um projeto de cooperação em saúde, a participação da AISA ocorre desde esse momento (Entrevistado da AISA).

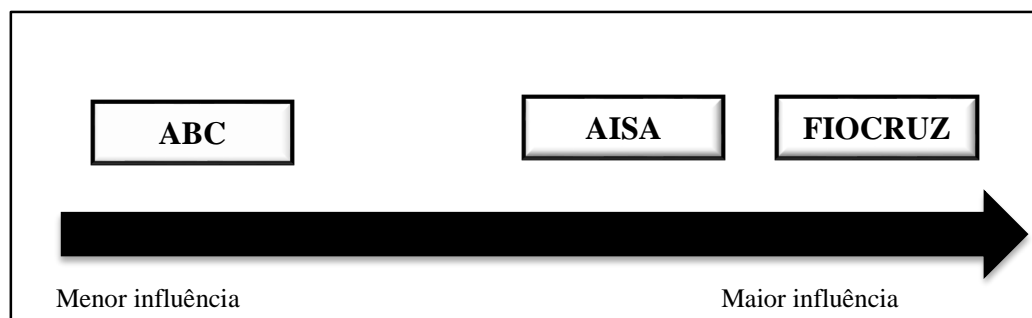
Pelas características que a gente tem, de que a Fiocruz representa a si própria e ao Brasil, nas redes, como a instituição assessora da CPLP e da UNASUL, que são as duas grandes linhas de cooperação sul-sul, digamos, nós somos demandados diretamente, muitas vezes. Eu diria mais vezes do que via ABC, exatamente pelo posicionamento relativo que a Fiocruz tem nas duas estruturas (Entrevistado da Fiocruz).

Além da CPLP e da Unasul, a OPAS também foi citada como uma instância importante de geração de demandas para a cooperação técnica. Nota-se também o protagonismo da Fiocruz e indicativos de uma participação secundária (provavelmente consultiva), embora não dispensável, da ABC. Nesse contexto, os níveis de influência política dos atores se alteram. Cresce a influência política da Fiocruz e da AISA e decresce o peso político da ABC. Considerando a CPLP e a Unasul como representantes da importância do âmbito multilateral

⁸⁸ O Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP), citado brevemente na seção 4.1, visa dar cumprimento aos compromissos assumidos na I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, realizada em abril de 2008. O PECS foi estabelecido em 2009, durante a IIª Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP, e representou um compromisso coletivo de cooperação estratégica entre os Estados-membros da CPLP no setor da saúde. O Plano está assentado em sete eixos estratégicos e inclui um total de 21 projetos de desenvolvimento no setor da Saúde, cinco dos quais dão ênfase ao reforço de capacidades e ao desenvolvimento institucional dos Sistemas de Saúde e, por isso, são considerados prioritários (CPLP, 2009).

para a geração de demandas de cooperação técnica em saúde, a disposição dos atores em uma figura hipotética sobre influência política seria a seguinte:

Figura 4 – Influência Política dos Atores para o Estabelecimento dos Projetos (Fluxo Alternativo)



Elaboração própria.

No caso de recepção de demanda via MS ou Fiocruz, estas instituições transmitem (via ofício ou outra documentação oficial do MS/Fiocruz) o pedido à ABC, que entra em contato com a embaixada do país demandante para confirmar a solicitação de cooperação e, então, iniciam-se as fases de elaboração do projeto, contando com a participação dos três atores. Obviamente, no caso de demandas que cheguem através da Fiocruz, a função da AISA de seleção da área técnica executora não se aplica. Por sua vez, a função da ABC passa a ser de ratificação, alteração ou rejeição da demanda.

Segundo os entrevistados, as demandas trazidas pelo MS ou Fiocruz costumam ser ratificadas pela ABC. A rejeição só ocorre quando não há recursos para a execução do projeto, quando existe alguma limitação com relação ao prazo para a execução do projeto ou quando não há alinhamento de parceiros cooperantes no âmbito doméstico. Sendo assim, “a questão não é de onde vem a demanda [via MS, ABC ou Fiocruz]. A questão é saber se a demanda realmente é uma demanda do país e se a gente tem condições de cumpri-la” (Entrevistado da ABC). No mesmo sentido, outro entrevistado da ABC comenta que “em linhas gerais, o MS e a Fiocruz, são parceiros com os quais a gente trabalha bem. Então, a não ser que haja realmente alguma questão de ordem mais estratégica ou algo assim, é mais fácil a gente aprovar do que não aprovar [a demanda]” (Entrevistado da ABC).

A análise das entrevistas com representantes da ABC revelou que, no caso de escassez de recursos, as prioridades estabelecidas pela ABC para a ratificação de demandas seguem as diretrizes da política externa brasileira. Sendo assim, a preferência é dada aos países da América Latina e da África de língua portuguesa, e, dentro dessas regiões, aos países de menor renda e com índices menores de desenvolvimento humano. As diretrizes da política externa brasileira,

principalmente no quesito geográfico, também foram citadas como parâmetro de priorização para a AISA e a Fiocruz. Ademais, o componente político foi mencionado como critério da AISA, no sentido da preferência por projetos que tratem de temas importantes para o MS, tanto domesticamente quanto no âmbito multilateral⁸⁹. Para a Fiocruz, os projetos de cooperação estruturante em saúde são altamente prioritários:

Independentemente de como a demanda chega, a gente sempre procura dar uma característica, uma configuração de cooperação estruturante do tipo “olha, este projeto é muito pequeno. Nós vamos ajudar, mas o ideal era que a gente pudesse irradiar, a partir desse projeto, para a construção conjunta com o parceiro de um fortalecimento do todo daquele sistema de saúde onde está localizado o problema que gerou a demanda”. Então, a gente sempre tenta, porque, enfim, a experiência que a gente tem mostra que todo projeto isolado, ele chega, faz e passa...raramente fica uma semente, uma árvore (Entrevistado da Fiocruz).

Observa-se que, no que diz respeito às preferências, o comportamento dos três atores é típico da esperada lógica do Modelo da Política Governamental, o qual prevê que cada instituição, na figura de seu(s) representante(s), procurará chamar atenção para os aspectos de um determinado assunto que tenham mais relação com sua área de atuação. É o caso da ABC, que dá prioridade a projetos cujos parceiros são países de interesse da política externa brasileira; da AISA, que defende a execução de projetos de interesse do MS, e da Fiocruz, que prioriza os projetos estruturantes, cujo conceito nasceu na própria Fundação. É clara, portanto, a presença dos interesses políticos de cada instituição nessa fase do processo decisório.

Na fase de implementação dos projetos, apesar de a atuação principal ser a da Fiocruz, a Agência Brasileira de Cooperação monitora o processo. A ABC exerce um papel de supervisão e, novamente, de coordenação. Participa da negociação das datas e da quantidade de pessoas que executarão as atividades e, muitas vezes, faz a conexão entre a Fiocruz e demais áreas técnicas do MS e o governo estrangeiro.

Segundo o Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul, o monitoramento ocorre em duas dimensões: o monitoramento de processos e o monitoramento de efeitos. O primeiro refere-se ao acompanhamento das operações previstas no plano de trabalho, com o objetivo de verificar, analisar e reportar o progresso da iniciativa no emprego dos recursos financeiros e na

⁸⁹ Um dos entrevistados da AISA citou o exemplo do Peru, que demandou ao MS projetos sobre a política de câncer, e do Chile, que demandou projetos relacionados ao acesso a medicamentos: “E aí você vai priorizar o Chile ou vai priorizar o Peru? Na época a gente analisou que era mais prioritário o Chile, porque o tema do acesso a medicamentos dava uma ajuda para a gente no âmbito da UNASUL [comenta sobre o embate político na Unasul entre o acesso universal a medicamentos, defendido pelo Brasil, *versus* cobertura universal (planos de saúde)]. Então, ter o Chile, que tem um sistema de saúde que não é universal, como nosso aliado, em termos conceituais, vale muito” (Entrevistado da AISA).

realização das atividades e produtos. O segundo consiste no reconhecimento, análise e registro de informações sobre as mudanças produzidas em relação aos indicadores previstos no projeto. O principal mecanismo de monitoramento da ABC são relatórios solicitados tanto à instituição brasileira executora quanto aos atores do país onde o projeto está sendo implementado. O Manual de Gestão da ABC indica, além dos relatórios, missões de acompanhamento *in loco* e a criação de um Comitê de Acompanhamento do Projeto (CAP), entretanto, as entrevistas revelaram que o acompanhamento *in loco* não é o usual:

A atividade em si, a gente não acompanha *in loco*. A gente não envia pessoas para participar das missões de execução técnica dos projetos, mas a gente acompanha de perto, ainda assim, no sentido de que a gente pede relatórios, a gente acompanha os relatórios e às vezes pede mais informações sobre o que foi feito (Entrevistado da ABC).

Também não foi citada a criação de comitês de acompanhamento dos projetos, mas existem contatos entre os pontos focais das instituições, domésticas e externas, envolvidas nas ações. Além de relatórios, são elaborados termos de referência para as missões de execução realizadas. Os termos de referência incluem informações sobre o objeto da atividade, os procedimentos, o custo, etc. Ou seja, a ABC monitora a implementação antes e depois das ações realizadas. Os relatórios, normalmente, possuem frequência semestral e, além disso, existem contatos não oficiais de frequência mensal e até semanal entre a Fiocruz e a ABC. Outra forma de participação da ABC na fase de implementação se dá através da orientação⁹⁰ dos técnicos executores sobre características do país onde o projeto está sendo realizado e sobre o quadro geral do projeto. Observa-se, portanto, uma preocupação da ABC com a preparação das pessoas que executarão os projetos. Afinal, nessa fase, esses técnicos estão representando o Brasil no exterior. Novamente, é possível estabelecer conexão com o Modelo de Política Governamental, visto que a ABC demonstra preocupação com a imagem da política externa brasileira, intrinsecamente vinculada à imagem da própria instituição.

No âmbito da Fiocruz, o primeiro procedimento relacionado à implementação é a criação de um comitê gestor para o projeto, do qual participam tanto os técnicos executores da

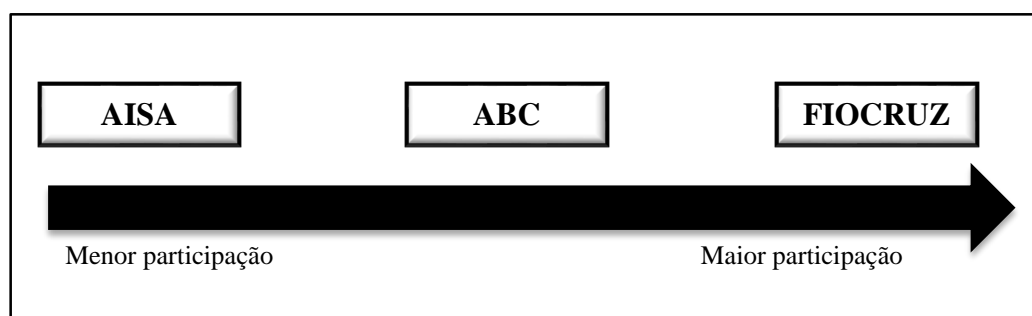
⁹⁰ “A gente tenta se reunir com os técnicos que participam dessas missões, para dar dicas sobre o país, sobre como é a relação, onde está encaixada a atividade no âmbito do projeto de forma geral. Porque, na Fiocruz nem tanto, mas há instituições que designam uma pessoa e diz “olha, você vai não sei pra onde fazer isso” e a pessoa não sabe nem...Esse é outro problema em que a gente pensa: o perfil do cooperante, que é uma função da ABC, então a gente está tentando elaborar alguma coisa que os prepare minimamente. A gente faz reuniões, mas acho que não é suficiente” (Entrevistado da ABC).

Fiocruz quanto os parceiros do país receptor. Todas as demais atividades de implementação, incluindo o plano de trabalho, derivam desse comitê.

É importante reforçar que a implementação propriamente dita dos projetos de cooperação técnica fica a cargo dos funcionários da Fiocruz (ou de outra área técnica do MS) que estão atuando no exterior. A AISA, assim como a ABC, não possui equipe *in loco* na fase de implementação. Mas, segundo a análise das entrevistas, o nível de participação da AISA nessa segunda fase dos projetos é bem mais baixo do que o da ABC. Enquanto a ABC atua na supervisão do projeto, a AISA não participa efetivamente da fase de implementação: “a gente quase não participa [da implementação], porque se supõe que os técnicos da AISA não implementam, eles não são especialistas. A gente só atua na fase da implementação quando acontece alguma situação que exija que a gente vá” (Entrevistado da AISA).

Com base nas informações acima, a figura a seguir procura retratar o nível de participação de cada ator na fase de implementação dos projetos:

Figura 5 – A Participação dos Atores na Fase de Implementação



Elaboração própria.

A última fase, a avaliação, é a mais incógnita, pois, de maneira geral, os projetos de cooperação técnica do Brasil não passam por uma avaliação estruturada. Quando perguntados sobre a avaliação, as respostas dos entrevistados divergiram significativamente:

A avaliação ainda é um assunto bastante novo para a cooperação. A gente [ABC], há pouco tempo, em 2013, desenhou o Manual de Gestão da Cooperação Sul-Sul e ele prevê alguns elementos de avaliação, alguns temas e o que é avaliado. Mas, até então, a gente conseguiu fazer uma, duas⁹¹, avaliações externas, porque avaliação externa custa caro [...]. Mas ainda estamos na fase de preparação metodológica disso. Então, o que a gente tem adotado, na minha coordenação principalmente, é fazer uma avaliação interna, com a participação de todos os atores (Entrevistado da ABC).

⁹¹ Os dois projetos em que houve avaliação externa são o Cotton-4 (“o Cotton-4 foi o que serviu de parâmetro para a gente, porque ele absorveu todas as questões do Manual de Gestão e a gente trabalhou com a Escola Nacional de Administração Pública na elaboração de um termo de referência para a contratação da avaliação externa” (Entrevistado da ABC) e um projeto com o Timor-Leste.

O que equivaleria a isso, da nossa parte [ABC], são as atas das reuniões. Então, nas reuniões bilaterais, em que são avaliados os projetos depois de eles terem sido concluídos, vai haver uma parte da ata em que há uma descrição dos resultados que foram alcançados (Entrevistado da ABC).

[A avaliação é feita] conjuntamente. Mas, como eu comentei, a avaliação é a etapa que mais precisa melhorar no processo decisório da cooperação. Poucos projetos preveem avaliação e essa é uma etapa muito importante, que deveria estar presente sempre (Entrevistado da AISA).

Conjuntamente, não faz [avaliação]. A Fiocruz normalmente é chamada sozinha na ABC (Entrevistado da AISA).

Depende da demanda. Quando a missão tem caráter político, que envolve uma capacitação, os três [ABC, AISA e Fiocruz] se encontram. Se é uma missão de caráter mais técnico, aí é mais a ABC e a Fiocruz, o MS [AISA] fica ali só...Então vai depender da missão e da demanda (Entrevistado da Fiocruz).

[A avaliação é] conjunta. Quando nós temos os convênios tripartites, o monitoramento e a avaliação também são tripartites, isso é “de lei”, sabe, é regra (Entrevistado da Fiocruz).

A grande variação de respostas sobre a fase de avaliação indica que essa é uma fase que ainda não possui um procedimento padronizado. No Manual de Gestão da Cooperação Sul-Sul (2013), está prevista a produção de um Relatório Final de Projeto, baseado em uma ata da reunião final com os pontos focais do projeto. Alguns dos trechos expostos acima indicam a realização de reuniões e a elaboração de atas, porém a elaboração oficial de um Relatório Final de Projeto não foi citada por nenhum dos entrevistados. Ademais, aparentemente, nem sempre os três atores participam da avaliação (quando ela ocorre).

Portanto, há indicativos de que, em reuniões posteriores ao término dos projetos em que estejam presentes os três atores, seja feita uma avaliação conjunta. Mas, como indica a segunda resposta reproduzida acima, essa avaliação conjunta possui um caráter não oficial e não há indicativos de que exista um documento específico oficial (como um Relatório Final de Projeto, nos termos do Manual de Gestão da ABC) para realizar a avaliação conjunta. Assim como no caso da fase de implementação, a atuação da Fiocruz e da ABC parece ser mais ativa do que a da AISA. Como a AISA não costuma participar do processo de implementação, faz sentido que a Fiocruz e a ABC estejam mais envolvidas na avaliação do que a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde.

Tendo em vista a análise das fases principais dos projetos de cooperação técnica – elaboração, implementação e avaliação – a tabela a seguir indica uma síntese do nível de participação e da função de cada ator nas três fases:

Quadro 1 – Participação e Função dos Atores Domésticos nos Projetos de Cooperação Técnica em Saúde

| | Fase de Elaboração | | Fase de Implementação | | Fase de Avaliação* | |
|----------------|----------------------|-------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------|--|
| | Grau de Participação | Função | Grau de Participação | Função | Grau de Participação | Função |
| ABC | Alto | Coordenação | Médio | Monitoramento; Coordenação | Alto | Análise |
| AISA | Alto | Coordenação | Baixo | Acompanhamento | Médio | Acompanha mento; Análise |
| FIOCRUZ | Alto | Técnica | Alto | Execução Técnica | Alto | Apresentação de resultados; Análise |

Elaboração própria.

*Não há informações suficientes para afirmar qual seria o grau de participação e a função de cada ator, portanto, os resultados apresentados na tabela, para a fase de avaliação, são baseados em deduções. É possível inferir qual seria o grau de participação e a função de cada ator com base nas fases anteriores e em informações obtidas por meio das entrevistas e do Manual de Gestão da Cooperação Sul-Sul.

De maneira geral, nota-se que o nível de participação da Fiocruz é alto, sendo que a instituição atua ativamente nas três fases e possui funções técnicas essenciais aos projetos. A ABC também possui um alto grau participativo e executa funções de coordenação e monitoramento. Já a AISA apresenta um menor grau relativo de participação, com destaque para suas funções de coordenação e acompanhamento. Nota-se, portanto, a horizontalização do processo decisório da política externa de cooperação técnica em saúde, com a atuação da ABC/MRE como coordenadora e os demais atores como participantes que influem, em maior ou menor grau, na definição das ações. Destaca-se, nesse sentido, o papel de uma instituição doméstica, a Fiocruz, que não é vinculada ao MRE, mas é indispensável à formulação e execução da política externa em questão.

4.3 Aspectos Políticos

Para os fins desta seção, são considerados aspectos políticos que influem na relação entre ABC, AISA e Fiocruz/CRIS principalmente questões relativas à política interburocrática, como o impacto de mudanças de chefia. Também serão considerados a influência do Poder Executivo e outros possíveis fatores de harmonia ou divergência entre esses atores, como os projetos estruturantes.

Partindo de um âmbito mais amplo, sobre o impacto da presidência de Lula da Silva na consecução de projetos de cooperação técnica em saúde, os entrevistados foram unânimes em apontar o aumento da quantidade de projetos, mas fizeram considerações diversas sobre os reflexos disso na forma de interação entre ABC, AISA e Fiocruz/CRIS. Ou seja, considerando-se o aumento na quantidade de projetos, conseqüentemente, a interação entre os atores cresceu quantitativamente, porém já existia uma base de aproximação entre a ABC, o MS/AISA e a Fiocruz/CRIS, como indicam os trechos a seguir:

O MS sempre foi um parceiro muito próximo nosso. Eu não sei se a gente pode afirmar o fato de que o governo Lula teve alguma interferência nisso...De certa forma, a cooperação como um todo foi um pouco favorecida durante o governo Lula, sim. A gente recebeu um pouco mais de recurso, um pouco mais de atenção e a área da saúde, assim como todas as outras áreas, foi favorecida, mas não exatamente como uma orientação política específica (Entrevistado da ABC)

Na medida em que, com o governo Lula, a quantidade de projetos aumentou, dá pra dizer também que a interação entre nós aumentou, mas, proporcionalmente, creio que o nível de interação é o mesmo que ocorria antigamente (Entrevistado da AISA).

Eu acho que o governo Lula foi fundamental, mas nem tudo foi construído no governo Lula. O governo Lula [...] fez, assim, ó [gesto de expansão], com a cooperação [...]. Mas em termos de saúde, a construção das políticas que sustentaram a cooperação durante o governo Lula (as políticas de tabaco e de aids) não foram construídas no governo Lula (Entrevistado da AISA)

Observa-se, portanto, que já havia um nível significativo de interação entre os atores antes do governo Lula da Silva, advindo principalmente das experiências de diplomacia em saúde da década de 1990. Entretanto, pode-se dizer que, no que se refere à cooperação técnica, as bases construídas através dos documentos destacados na seção 4.1 foram muito importantes para uma maior coerência na atuação conjunta dos três atores em questão. Também é importante destacar o aumento quantitativo de interação. A maior frequência de contato pode trazer tanto mais chances de concordância quanto de enfrentamentos, visto que, com a convivência, potenciais

diferenças aparecem. Ambos os casos resultam em um maior conhecimento sobre os interlocutores, e, conseqüentemente, sobre como lidar com eles no processo decisório.

Outra consideração relevante revelada pelas entrevistas foi a de que o volume de demandas geradas pelos contatos entre Lula da Silva e governantes de outros países, muitas vezes, superavam a capacidade de atendimento do MS e da Fiocruz. Sendo assim, um número significativo de projetos não foi executado devido à falta de tempo hábil e, em alguns casos, também a falta de *know how* brasileiro no setor demandado.

Segundo Paulo Buss, presidente da Fiocruz de 2000 a 2008 e diretor do CRIS desde 2009, houve uma combinação de fatores, durante o governo Lula, que favoreceram bastante o aumento da interação da Fiocruz com a ABC e a AISA: i) o aumento quantitativo de projetos, muitos deles originados por viagens internacionais do presidente; ii) a sintonia entre o presidente e o chanceler Celso Amorim, cujo entendimento sobre a importância da cooperação técnica era transmitido ao Itamaraty e às embaixadas brasileiras; iii) a maior atenção, inclusive financeira, dispensada à ABC e iv) a presença, na AISA, de Santiago Alcázar e Eduardo Barbosa, ambos diplomatas, no cargo de chefia.

Este último fator traz à tona a questão dos impactos causados no processo decisório pelo exercício da chefia da AISA por diplomatas ou não diplomatas. Sendo assim, para auxiliar nessa análise, encontra-se, abaixo, uma tabela que mostra a origem dos chefes da AISA, desde a criação da assessoria:

Tabela 6 – Cargo de Chefe da AISA por Origem Profissional (1998-2017)

| Nome | Origem Profissional | Período |
|---|--|----------------|
| José Marcos Nogueira Viana | Diplomata | 1998-2002 |
| Santiago Luís Bento Alcázar | Diplomata | 2003-2007 |
| Eduardo Botelho Barbosa | Diplomata | 2008-2011 |
| Alberto Kleiman | Não diplomata (advogado e mestre em Relações Internacionais) | 2012-2015 |
| Juliana Vieira Borges Vallini | Não diplomata (advogada) | 2015-2016 |
| Fabio Rocha Frederico (Assessor/Coordenador-Geral) | Diplomata | 2016-atual |
| Bruno Pereira Resende (Chefe Adjunto/Coordenador) | Diplomata | |

Fontes: AISA, 2017; Gaudêncio, 2014; entrevistas realizadas pela autora. Elaboração própria.

Para a maioria dos entrevistados, a presença de diplomatas no cargo de chefe da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde facilita seu diálogo com os demais atores. Conforme citado acima, as chefias exercidas por Santiago Alcázar e Eduardo Barbosa são consideradas fundamentais para uma melhor interação da Fiocruz com a AISA, e o fato de os dois terem origem profissional de diplomatas é citado como um elemento importante para isso. Paulo Buss e Santiago Alcázar chegaram a escrever obras em conjunto e, devido a esse bom nível de interação, houve, inclusive, participação da Fiocruz e da AISA na construção conceitual da Declaração de Oslo, abordada na seção 4.1. Nas palavras de Paulo Buss: “aquela construção conceitual [da Declaração de Oslo] é do Santiago Alcázar comigo e ele conseguiu [fazer] chegar até o chanceler, o Celso Amorim”. Sendo assim, nota-se que o bom relacionamento entre o chefe da AISA e o presidente da Fiocruz e a proximidade, especialmente de Santiago Alcázar, com o chanceler Celso Amorim (ambos diplomatas de carreira) possibilitaram uma influência de representantes de instituições domésticas da área da saúde em um importante documento de política externa. Ou seja, desse ponto de vista, pode-se dizer que a presença de diplomatas na AISA atenua as diferenças burocráticas entre as três instituições, já que a figura do diplomata faz uma intermediação entre ABC e AISA e entre AISA e Fiocruz.

Ademais, em 2008, Paulo Buss recebeu a Ordem do Rio Branco⁹², um claro indicativo de aproximação entre o então presidente da Fiocruz e o MRE. A visão política dos diplomatas também aparece como um fator positivo para a interação:

Às vezes o chefe da AISA é um diplomata, então a visão dessa pessoa como diplomata é diferente da visão de outra pessoa que é um gestor/burocrata. Sem desvalorizar essa característica e essas pessoas, claro, mas é diferente você lidar com uma pessoa que tem uma visão mais política e outra que é mais da burocracia, porque isso, na prática, faz diferença (Entrevistado da Fiocruz).

Pode-se dizer, portanto, que, do ponto de vista da Fiocruz, a ocupação do cargo de chefia da AISA por diplomatas ou não diplomatas tende a impactar a natureza da interação entre esses dois atores. Aparentemente, quando diplomatas exercem a chefia da AISA, há uma maior facilidade ou abertura para comunicação, o que pode refletir efetivamente no processo decisório de projetos de cooperação.

A presença de diplomatas na chefia da AISA também é apontada como um facilitador da interação com a ABC:

Facilita, sim. E também não é só a AISA, na verdade, as assessorias internacionais de outros ministérios também costumam ter diplomatas na chefia. E isso facilita, com certeza, porque, no fim das contas, existe aí, vamos dizer, uma triangulação, quer dizer, são três componentes importantes que são, sempre, a ABC, a Assessoria Internacional e o setor político do Itamaraty. E o fato de ter diplomatas nessas três áreas facilita, com certeza (Entrevistado da ABC).

Posso dizer que, quando a chefia é de diplomatas, há uma maior interação com a ABC. Por outro lado, quando a chefia não estava nas mãos de diplomatas, o foco era mais multilateral⁹³ (Entrevistado da AISA).

A origem profissional em comum entre muitos funcionários da ABC e os diplomatas que chefiavam a AISA pode ser apontada como uma explicação para essa aproximação, pois o fato de pertencerem à mesma carreira tende a facilitar o encontro entre essas pessoas.

Por outro lado, características associadas à carreira diplomática aparecem como possível elemento desfavorável para o *modus operandi* interno da AISA:

O fato de ser diplomata é um facilitador, mas, às vezes, não é facilitador, porque os diplomatas são muito formais, então, às vezes, eles criam barreiras [...]. A participação dos diplomatas é positiva, pelo fato de eles estarem próximos ao MRE, mas eu não acho que só isso determine a entrada dos temas da política externa. Acho que a

⁹² A Ordem do Rio Branco é conferida pelo Presidente da República, juntamente com o Chanceler, a pessoas que, por seus serviços ou por mérito excepcional, tenham se tornado merecedoras desse reconhecimento pelo Governo Federal, como forma de estimular a prática de ações e feitos dignos de honrosa menção.

⁹³ Referente à atuação do Ministério da Saúde em foros regionais ou globais, sem a intermediação do MRE/ABC.

interlocução do tema e a sustentabilidade política do tema é o que vai definir mais (Entrevistado da AISA).

Nesse sentido, abre-se a possibilidade de que a presença de diplomatas possua um duplo efeito: o de favorecer a comunicação junto aos demais atores com os quais a AISA trabalha e, por outro lado, o de atravancar a comunicação interna na AISA. Ademais, o trecho acima traz outra consideração interessante: a de que a chefia diplomática contribui, mas não é condição *sine qua non* para a inserção da política externa na saúde. Este é um tema de pesquisa promissor, mas que não será explorado aqui, uma vez que o foco da pesquisa se detém na análise do processo decisório dos projetos de cooperação técnica. Para os fins deste trabalho, basta a informação de que a atuação de diplomatas como chefes da AISA é vista como um fator relevante para melhorar a interação dessa instituição com os demais atores domésticos brasileiros.

Além da origem profissional dos chefes da AISA, o perfil dos Ministros da Saúde também é apontado como um elemento de influência no trabalho da Assessoria com a cooperação técnica e na relação com a Fiocruz e a ABC. Existem ministros que dão maior ou menor importância à cooperação técnica internacional e são mais ou menos próximos da Fiocruz. Consequentemente, a interação com a ABC e a Fiocruz também sofre alterações. Mas os entrevistados apontaram que a maior dificuldade advinda das mudanças de chefia do Ministério da Saúde, assim como ocorre com as demais instituições, é o período de adaptação, pois a troca de um Ministro da Saúde demanda um intervalo para que a instituição se reorganize e dê as novas orientações e diretrizes, incluindo o que será priorizado ou não. No caso do Ministério da Saúde, a maior extensão desse período tende a ser mais recorrente porque os ministérios, de maneira geral, estão mais suscetíveis às trocas de comando. Nesse contexto, é interessante recordar que a AISA é um órgão vinculado institucionalmente ao Gabinete do Ministro.

O MRE tende a passar por trocas menos abruptas, pois, o chanceler tem sido originário da carreira diplomática. Os cargos de chefia relacionados à atuação internacional da Fiocruz também costumam ser ocupados por quadros técnicos da própria fundação. Especificamente em relação ao CRIS, o cargo de diretor é ocupado pela mesma pessoa desde a criação do órgão. Portanto, nesse sentido, há uma maior estabilidade institucional. Sem dúvida, os cargos ocupados por técnicos não estão desprovidos de caráter político, mas a frequência de troca tende a ser menor. Ainda assim, como no caso do MS/AISA, também no MRE/ABC e na Fiocruz/CRIS, as trocas de chefia demandam um período de adaptação interna e externa. As entrevistas realizadas indicaram que as mudanças de chefia que menos afetam a relação com os atores são as da Fiocruz, tanto especificamente em relação ao CRIS (órgão no qual ainda não

houve mudança de chefia, portanto, não se aplica à análise) quanto em relação à presidência da Fiocruz. Já no caso da ABC e da AISA, todos os atores consideram que as mudanças de comando ocorridas nesses órgãos impactam significativamente a relação destes com os demais.

Ainda no que diz respeito a aspectos políticos da relação entre ABC, AISA e Fiocruz/CRIS, o conceito da cooperação técnica estruturante em saúde foi incluído como um tópico de análise. Conforme foi visto no capítulo 2, a cooperação estruturante é considerada prioritária para a política externa brasileira de cooperação para o desenvolvimento, especialmente na área da saúde.

Com base na literatura sobre o tema da cooperação estruturante, não fica claro como surgiu esse conceito. As entrevistas realizadas confirmaram que o conceito de cooperação estruturante em saúde nasceu na Fiocruz, particularmente das ideias de funcionários da fundação envolvidos com a atuação internacional, como Paulo Buss, Célia Almeida e José Roberto Ferreira, sem o envolvimento de atores de outras instituições, como a ABC e a AISA. Em obras escritas por profissionais da Fiocruz sobre o tema, resultantes de ideias desenvolvidas entre os anos de 2007 e 2009, o modelo tradicional de cooperação é criticado (BUSS; FERREIRA, 2010) e, a partir dessa crítica, são lançados os elementos estratégicos, políticos e técnicos do conceito de cooperação estruturante em saúde (ALMEIDA et al., 2010). A utilização do conceito pela ABC e pela AISA aconteceu depois e gradualmente:

Eu recordo que, ainda na gestão em torno do ano 2010, em conversas com a ABC, eles começaram a se interessar por esse conceito e em alguns casos de uma forma muito *naïve*...[Para eles] o estruturante era fazer uma estrutura física onde todos os projetos ficassem...[ou seja] não sacaram [...] Mas, afinal, eu acho que a ABC começou a refletir de uma forma mais consistente, mais crítica também, e foi assumindo aos poucos e incorporando essas práticas, algumas das práticas e algumas das orientações do que a gente denominava cooperação estruturante (Entrevistado da Fiocruz).

A ABC acaba utilizando [o conceito de cooperação estruturante em saúde] como elemento norteador. É um consenso, dentro dos países, então isso acaba sendo um orientador pra gente. Eu não acredito que a gente tenha participado [da construção do conceito]. [...] A ABC, quando fala de cooperação de cooperação estruturante, não é exatamente o que a Fiocruz fala. A Fiocruz trata a cooperação estruturante de uma forma que eu acho que é mais estruturante do que o que a gente chama de estruturante. Porque a gente dizia estruturante quando (um tempo atrás, agora não mais) quando havia, além de capacitação, estrutura física envolvida. E a Fiocruz não, ela entende estruturante quando cria bases para o desenvolvimento sustentável, então ela vai aportar recursos nas instituições que têm mais fundamento, vão dar mais base para o país, como são os institutos nacionais de saúde, as escolas nacionais de saúde. diferente do que a gente falava que era estruturante. Eu considero que o estruturante da Fiocruz é o correto e vou atrás disso em relação aos projetos que a gente faz (Entrevistado da ABC).

Esse conceito surgiu dentro da Fiocruz, com o Paulo Buss, né? Então, por mais que, claro, as atividades que estão abarcadas dentro da concepção de projeto estruturante já fossem realizadas desde antes da criação desse conceito, o MS não participou da construção teórica do conceito, mas atua em sua execução (Entrevistado da AISA).

Percebe-se, assim, que a utilização conjunta do conceito da cooperação estruturante em saúde por todos os principais atores (ABC/MRE, MS/AISA, Fiocruz/CRIS) não foi algo pré-determinado. A incorporação do termo ocorreu após conversas e o entendimento de que esse conceito teria uma boa recepção entre os países parceiros. Sendo assim, o governo brasileiro, na figura da ABC, passou a citar oficialmente um conceito que surgiu em uma outra instituição doméstica, a Fiocruz, e fez da cooperação estruturante uma vertente considerada prioritária para a cooperação brasileira (não apenas na área da saúde). Ainda que o conceito não seja utilizado necessariamente de maneira idêntica à da Fiocruz, há uma significativa proximidade com o conceito original.

Entretanto, no âmbito do trabalho conjunto entre ABC, AISA e CRIS nos projetos de cooperação técnica em saúde, a questão da cooperação estruturante também traz certos atritos entre os atores.

A gente já levou umas reclamações da Fiocruz. [Uma vez], por exemplo, a gente aportou recursos para um projeto que na verdade visa tratar a doença e não a base da saúde, então não é estruturante. Claro que eu discuto com a Fiocruz porque como é que você vai brigar com o Fundo Global de Saúde? Você pode dizer que não concorda, mas impedir, não trabalhar em conjunto, é pior. Mas eu entendo – e compartilho – da ideia deles de estruturação de um sistema de saúde (Entrevistado da ABC).

Acontecem dificuldades com a Fiocruz nesse sentido, porque existem até projetos pontuais que, por motivos vários, inclusive políticos ou afins, o MS tem interesse em fazer, mas a Fiocruz “encrenca”, porque diz que os projetos realizados precisam ser estruturantes (Entrevistado da AISA).

Os trechos evidenciam que os projetos estruturantes são uma insígnia da Fiocruz, portanto, na negociação para a elaboração dos projetos, eles são prioridade para esta instituição. Existe, inclusive, a orientação de transformar em projetos estruturantes os projetos pontuais que chegam através da ABC e da AISA ao CRIS. Como muitas das demandas de cooperação que chegam à ABC e à AISA são para atuações pontuais, é necessário negociar e entrar em acordo com a Fiocruz para que seja possível executar, o que pode gerar desgastes na relação entre os atores. O fator financeiro também faz parte dessa articulação, pois, em geral, os projetos estruturantes, por terem maior escopo, demandam maior investimento e isso pode se tornar problemático em momentos em que há escassez de recursos, como será visto na seção seguinte.

4.4 Aspectos Financeiros

O objetivo do estudo dos aspectos financeiros relacionados ao processo decisório dos projetos de cooperação técnica em saúde é averiguar como se dá a divisão de gastos para financiar e se isso impacta no relacionamento entre os três atores. Como foi visto no capítulo 3, com exceção da ABC, os orçamentos da AISA e do CRIS voltado aos projetos de cooperação não são muito precisos. No caso da ABC, a média do orçamento entre 2003 e 2013 é de R\$ 31 milhões e foi possível notar que houve um aumento expressivo do orçamento no período abarcado por este estudo (2003-2015), com uma tendência de queda nos últimos anos. A média de dispêndios da AISA com cooperação internacional entre 2011 e 2013 é de pouco mais de 3 milhões de reais anuais, não sendo esclarecida a natureza da aplicação dos gastos. Por fim, a média anual de recursos aplicados pelo governo federal na Fiocruz para atividades de cooperação técnica internacional entre 2010 e 2013 é de 850 mil reais, mas é importante esclarecer que a Fiocruz/CRIS possui outras fontes de financiamento para suas atividades de cooperação internacional, apesar de não serem especificadas e quantificadas oficialmente. Considerando ainda que o orçamento da ABC é aplicado em projetos de cooperação não apenas na área da saúde, não é possível afirmar categoricamente qual instituição possui o maior ou menor orçamento voltado à cooperação sanitária.

Sobre a divisão de gastos, a ABC normalmente financia passagens, seguro-viagem e hospedagem dos profissionais atuantes nos projetos. Assim, quando funcionários do MS/Fiocruz ou da própria ABC precisam viajar (seja domesticamente ou internacionalmente) para realizar atividades relacionadas aos projetos de cooperação técnica, a ABC arca com os custos do deslocamento. A execução dos recursos financiados pela ABC geralmente acontece via PNUD, o que evidencia o papel do PNUD como intermediador⁹⁴ das ações brasileiras, conforme explicitado no capítulo 3. Ou seja, a ABC não destina os recursos diretamente ao MS ou à Fiocruz. Ademais, o valor disponibilizado pela ABC é pago em duas vezes: 80% antes da viagem e os outros 20% posteriormente, mediante a apresentação de relatórios.

Em relação ao Ministério da Saúde, como o ministério cede funcionários próprios para atuarem nos projetos de cooperação, em termos práticos, o MS não tem gasto extra com a

⁹⁴ “Então, se a gente vai comprar passagem [...], a gente não transfere dinheiro para a Fiocruz para eles executarem. O PNUD é o que a gente chama de instituição executora dos nossos projetos, porque, como você sabe, a gente não tem lei de cooperação, então poucas coisas a gente executa diretamente, via embaixada, por exemplo, ou via ABC. Geralmente a gente se aproveita dos parceiros trilaterais, que são PNUD e outros organismos, para a articulação com os países” (Entrevistado da ABC).

cooperação⁹⁵. Normalmente, não há financiamento direto da AISA aos projetos de cooperação técnica. Em relação a isso, existia, no âmbito da própria AISA, a proposta de que a AISA financiasse custos de deslocamento dos técnicos do MS projetos de cooperação técnica em saúde, mas essa ideia sofria resistência dentro da própria Assessoria (Entrevistado da AISA). Essa proposta parece ter sido efetivada, pois, segundo um entrevistado da AISA, “mais recentemente (muito recentemente mesmo, coisa de um ano), a AISA vem colocando recursos próprios em projetos de cooperação, numa proporção que, digamos assim, seja de 50% ABC 50% AISA”. Visto isso, ainda que o período de estudo deste trabalho se estenda apenas até 2015, é importante observar essa possível mudança na natureza do financiamento dos projetos de cooperação técnica em saúde. Ainda não é possível saber se essa modificação na divisão dos gastos será permanente. Para a AISA, se, por um lado, essa alteração traz ônus em termos financeiros, por outro, pode ser politicamente interessante considerando que a AISA poderia contabilizar esse gasto como uma colaboração financeira direta da Assessoria aos projetos de cooperação internacional.

No que se refere à Fiocruz, sua contribuição financeira para os projetos acontece na forma de pagamento das horas-técnicas de seus servidores que atuam na execução das atividades. Sendo assim, infere-se que a maior parte dos recursos investidos nos projetos é da Fiocruz. A Fiocruz também arca com os custos de capacitação, quando os projetos têm essa natureza. No caso excepcional do projeto de instalação da fábrica de antirretrovirais em Moçambique⁹⁶, que envolvia equipamentos, instalações e transferência de tecnologia de ponta, o Congresso aprovou a transferência de 8 milhões de reais à Fiocruz, para serem aplicados pela instituição no projeto. Além de recursos próprios, repassados pelo MS, a Fiocruz também capta recursos de agências internacionais que atuam na cooperação para o desenvolvimento (por exemplo, a JICA e a GIZ) e de Termos de Cooperação, como o TC-41, para aplicar nos projetos de cooperação técnica.

Em momentos de crise financeira, a implantação de projetos estruturantes (que, por sua natureza, exigem gastos maiores) torna-se mais dificultosa. Sendo assim, no caso de redução significativa de recursos e orçamento, especialmente da parte da ABC e do MS, os projetos estruturantes, caros à Fiocruz, não são priorizados.

De maneira geral, não foram identificados possíveis conflitos de natureza financeira entre os atores, ainda que exista a possibilidade de que a não priorização de projetos

⁹⁵ Sobre isso, um dos entrevistados da ABC comenta: “a cooperação brasileira é barata por causa disso, as horas-técnicas são dos servidores” (Entrevistado da ABC).

⁹⁶ Sobre o projeto da fábrica de antirretrovirais em Moçambique, ver mais em MILANI; LOPES, 2014.

estruturantes em tempos de crise financeira desagrade a Fiocruz/CRIS. No âmbito intraburocrático, destaca-se o caso da AISA, em que há divergências internas sobre a participação financeira da Assessoria nos projetos de cooperação técnica.

4.5 Comunicação

Todos os aspectos abordados nas seções anteriores estão interligados à questão da comunicação. Mas, tendo em vista que a comunicação é um fator de análise imprescindível para o processo decisório, esta seção pretende averiguar separadamente a percepção dos três atores em relação às facilidades e problemas de comunicação entre eles. Para isso, abaixo, há uma tabela que procura resumir a resposta dos entrevistados para a seguinte pergunta: “Com qual das instituições parceiras a ABC/AISA/Fiocruz tem maior facilidade ou abertura para conversar?”:

Tabela 7 – A Melhor Comunicação entre os Atores

| | |
|---------------------------|---|
| Entrevistado da ABC 1 | AISA, mas também considera boa a comunicação com a Fiocruz |
| Entrevistado da ABC 2 | Comunicação igualmente boa com a AISA e a Fiocruz |
| Entrevistado da AISA 1 | ABC |
| Entrevistado da AISA 2 | ABC |
| Entrevistado da Fiocruz 1 | AISA, mas também considera boa a comunicação com a ABC |
| Entrevistado da Fiocruz 2 | Depende da chefia exercida no MS/AISA e no MRE/ABC, mas aponta menores dificuldades com a ABC |

Elaboração própria.

Na visão da ABC, há um equilíbrio entre a AISA e a Fiocruz no que se refere à comunicação. O fator geográfico surgiu como um elemento que aproximaria, um pouco, a ABC da AISA, tendo em vista que ambas as instituições estão localizadas em Brasília, enquanto a

Fiocruz/CRIS está sediada no Rio de Janeiro. Apesar de grande parte da comunicação sobre os projetos acontecer por meio de plataformas digitais e estarem previstas reuniões por teleconferência, a proximidade/distância geográfica facilita/dificulta conversas informais e a circulação de funcionários. Há funcionários da AISA que já trabalharam na ABC, além dos diplomatas (ou seja, vinculados ao MRE) alocados na chefia da AISA, o que favorece a aproximação e a comunicação entre os profissionais das duas instituições. Ademais, o Ministério da Saúde também é considerado um parceiro muito próximo da ABC devido aos seguintes fatores citados pelos entrevistados: a saúde é uma área bastante demandada, o que leva a um grande volume de projetos, o MS é considerado um ministério de projeção internacional e há um histórico de trabalho conjunto entre a ABC e o MS em temas já consolidados em termos de cooperação técnica (como a AIDS). Os entrevistados consideram que a comunicação com a AISA costuma fluir bem e há bastante abertura para conversar sobre os projetos: “a gente [ABC] tem um contato bastante próximo com as pessoas da AISA, tanto em nível de comunicação formal, oficial, quanto extraoficial (um contato telefônico, uma reunião). Tudo isso flui bastante bem” (Entrevistado da ABC). Sobre dificuldades, um dos entrevistados da ABC citou que a comunicação com a AISA já foi problemática no período de implantação do Programa Mais Médicos⁹⁷, entre 2013 e 2015, pois, como a assessoria estava muito voltada a esse programa, não havia recursos humanos suficientes para trabalhar nos projetos de cooperação técnica, o que levou ao cancelamento de projetos. Um entrevistado da AISA também relatou distanciamento da ABC durante este período⁹⁸. Além disso, foram citadas dificuldades de agenda, no sentido de que, como a cooperação brasileira, geralmente, é prestada por profissionais que trabalham nos ministérios, às vezes, o volume de trabalho dificulta sua dedicação aos projetos de cooperação técnica, que acabam sofrendo atrasos.

Com a Fiocruz/CRIS, apesar de sua localização no Rio de Janeiro, a ABC considera que a comunicação também é boa, com destaque para a estabilidade das relações, visto que os pontos focais que trabalham com a cooperação internacional na Fiocruz são mais permanentes do que os da AISA. Outro diferencial apontado pela ABC sobre a Fiocruz é o foco da fundação na avaliação, inclusive quantitativa, dos resultados dos projetos. Ademais, a Fiocruz é considerada pela ABC uma instituição bastante alinhada aos princípios da cooperação sul-sul,

⁹⁷ O Programa Mais Médicos é um projeto de cooperação entre Brasil e Cuba, com intermediação da OPAS, criado em 2013 com o objetivo de viabilizar a vinda de médicos cubanos para o Brasil, a fim de suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades brasileiras (BRASIL, 2017).

⁹⁸ “A AISA se ocupou muito com o Mais Médicos, então a gente não conseguiu dar conta de muitos projetos bilaterais que a gente tinha, e aí a gente já vê como funciona a questão da priorização, porque os projetos bilaterais nunca são prioritários, na minha opinião, a não ser que exista um componente político muito forte por trás” (Entrevistado da ABC).

o que também facilita o diálogo. Sobre as dificuldades de comunicação ou de relacionamento com a Fiocruz, os representantes da ABC citaram deficiências de interlocução relacionadas a entendimentos diversos sobre as diferenças conceituais entre projetos de cooperação técnica, educacional e estruturante e algumas ocasiões em que houve fragmentação da comunicação, quando representantes da Fiocruz lidavam diretamente com o Itamaraty, sem passagem pela ABC ⁹⁹.

Para a AISA, conforme observado na tabela 7, a melhor interlocução acontece com a ABC. Isso se deve, em grande medida, ao fato de a AISA ser tradicionalmente comandada por diplomatas. A proximidade geográfica entre a AISA e a ABC também foi citada como um fator positivo para a comunicação, pois favorece o funcionamento de uma “rede de contatos”¹⁰⁰. Observa-se, portanto, que os motivos apontados pelos representantes da AISA são os mesmos citados pela ABC. É relevante mencionar que a qualidade da comunicação com a ABC pode variar de acordo com quem está no comando de cada gerência da Agência Brasileira de Cooperação. As mudanças de chefia na direção da ABC também foram citadas como uma fonte de problema: “já aconteceu de, com a mudança em cargos de chefia na ABC, algumas coisas passarem por cima da AISA e irem diretamente para a área técnica do MS da saúde, o que não é o padrão” (Entrevistado da AISA). Ou seja, as questões políticas – e mesmo pessoais – internas abordadas anteriormente impactam na comunicação. Apesar dessas adversidades, os entrevistados da AISA ressaltaram que a relação com a ABC é boa e há fluidez na comunicação. Já com a Fiocruz, foram destacadas tanto dificuldades de cunho político-pessoal quanto relacionadas à cultura organizacional da Fiocruz. Sobre o primeiro aspecto, foram destacadas principalmente as mudanças de ministro no MS:

A [comunicação com a] Fiocruz transita entre difícil e fácil, depende do Ministro. Se for um Ministro [que tem formação advinda] da Fiocruz, ou que apoie muito a Fiocruz, esse problema não existe; agora, se for um Ministro que não seja do Rio de Janeiro, já começa o problema. A gente teve uma sequência de Ministros, depois que o Temporão saiu, que não deu o mesmo valor à Fiocruz e aí a gente tem uma dificuldade de acesso. Não é que a gente tenha mais dificuldade de acesso, eles é que tem

⁹⁹ Ao falar sobre um projeto de cooperação educacional na área da saúde (cursos de mestrado em saúde pública oferecidos à Angola através da Fiocruz), um entrevistado da ABC comenta: “Se tivesse mais integrado, isso poderia gerar ações mais efetivas [...] Muita coisa a gente ficou sem fazer, por causa [da falta de] interlocuções, pode ser falta de dinheiro...mas naquela época tinha dinheiro, porque era governo Lula, então era questão mesmo de integração...às vezes eles [Fiocruz] iam sozinhos, queriam fazer o que queriam...então, acabava não congregando” (Entrevistado da ABC).

¹⁰⁰ “A facilidade está nos espaços. Quanto mais você conversa, mais você tem entrada, quando você viaja com a pessoa, então, facilita ainda mais. Eu digo que o técnico da AISA tem que viajar com os chefes, porque você vai fazendo a rede acontecer, pegando confiança. Então, quando o técnico é bom, ele faz essa rede; quando o técnico é ruim, descompromissado...A ABC cansou de mandar críticas para a gente dizendo “não quero mais tal técnico”” (Entrevistado da AISA).

dificuldade de acesso à gente e eles começam a trabalhar independentemente (Entrevistado da AISA).

Observa-se, portanto, que as alterações de chefia no MS e a menor ou maior ligação – inclusive profissional – dos ministros com a Fiocruz podem impactar significativamente no grau de abertura do diálogo entre a AISA e a Fiocruz. Ainda que não tenha sido citado explicitamente pelos entrevistados, pode-se inferir que esta variação no grau de ligação entre ministros da saúde e a Fiocruz também pode estar relacionada a diferenças ideológicas referentes à tradição de Sérgio Arouca, um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento sanitarista brasileiro", que resultou na criação do SUS, e defensor da internacionalização da reforma sanitária brasileira (PAIVA; PIRES-ALVES, 2011). No que se refere aos aspectos da ordem da cultura organizacional da Fiocruz, seu grau de autonomia e o viés científico-acadêmico da fundação foram citados como fatores que podem, em alguns momentos, dificultar o entendimento com a AISA:

Olha, a Fiocruz é muito independente. Eu diria que a Fiocruz tem outro tipo de perfil, de pensamento e modo de atuar. É uma instituição de pesquisadores, então eles funcionam de outra maneira (Entrevistado da AISA).

O “x” da questão com a Fiocruz é você entender a conjuntura e a organização da Fiocruz, porque, em princípio, o CRIS é o interlocutor da AISA, [mas], por exemplo, se você quer discutir fábrica, você tem que ir falar direto com [o ponto focal de cooperação] de Farmanguinhos [...] Então, para caminhar bem a relação da AISA com a Fiocruz, tem que ter esses aspectos muito presentes, corre menos risco de errar quando você conhece essa estrutura (Entrevistado da AISA).

Por outro lado, como aspectos positivos da comunicação com a Fiocruz, foram mencionadas uma menor quantidade de procedimentos burocráticos e a ligação de funcionários da AISA com a Fiocruz (que cursaram pós-graduação na ENSP, por exemplo), o que tende a facilitar a comunicação entre esses dois atores¹⁰¹.

Do ponto de vista da Fiocruz, não está muito claro com qual instituição (ABC ou AISA) a comunicação é melhor. De acordo com a tabela 7 apresentada no início da seção, observa-se que um dos entrevistados citou a AISA como a melhor interlocutora, entretanto, a justificativa para essa resposta foi um tanto protocolar, no sentido de que com a AISA a comunicação seria “naturalmente” melhor devido ao fato de a AISA representar o MS, ao qual a Fiocruz está

¹⁰¹ “Ele já me conhecia da época em que eu fiz o mestrado na Fiocruz, mas essa relação se estreitou e eu resolvi facilmente todos os problemas que eu tive naquele período com a Fiocruz”. Então, a minha vivência na Fiocruz me fazia ter esse tipo de comportamento, de bastante respeito às pessoas e à instituição Fiocruz. Se fosse outra pessoa, talvez não teria” (Entrevistado da AISA).

institucionalmente vinculada. Ademais, ao mesmo tempo em que a AISA foi citada como a melhor interlocutora, também foi feita a seguinte afirmação: “com a ABC, a gente sempre teve uma boa relação [...], a gente tem toda a abertura do mundo, o [cita nome], eu ligo direto para ele, nós temos uma intimidade”, o que indica um bom grau de comunicação e proximidade com a ABC. Outro entrevistado da Fiocruz afirmou que a melhor comunicação varia de acordo com o perfil da chefia exercida tanto no MRE/ABC quanto no MS/AISA, mas frisou mais as dificuldades com a AISA causadas pelo perfil de alguns ministros da saúde que “às vezes, não entendem o quanto a Fiocruz é importante para o Ministério [...]. Alguns Ministros entram em competição com a Fiocruz e aí obviamente isso reflete na parte da cooperação internacional” (Entrevistado da Fiocruz). Visto isso, pode-se inferir que a relação da Fiocruz tende a ser melhor com a ABC, ainda que a comunicação seja consideravelmente burocrática e a qualidade da interação também dependa, em certa medida, do perfil¹⁰² de funcionários com os quais são feitas as interlocuções.

Nos parágrafos acima, foi possível observar que a Agência Brasileira de Cooperação é considerada, dentre os atores estudados, a instituição com a qual se tem uma melhor comunicação/relação, o que pode ser considerado um elemento positivo para o processo decisório, tendo em vista que a ABC é a instituição coordenadora da cooperação técnica brasileira em saúde. Outra informação evidenciada é que o perfil dos funcionários das instituições envolvidas no processo decisório influencia significativamente na qualidade da interação entre os atores. Foi possível observar também que, inevitavelmente, os comentários dos entrevistados sobre a melhor ou pior comunicação se confundem com a melhor ou pior relação entre eles, tendo em vista a relação intrínseca entre ambas. É importante destacar também a possibilidade, sempre presente, de que as respostas dos entrevistados incluam elementos advindos das experiências e impressões pessoais. Apesar de o questionamento ser feito a nível institucional, entende-se que as experiências e perfis pessoais não só dos entrevistados como dos funcionários das instituições, de maneira geral, também fazem parte da construção dos canais de comunicação e das relações entre os atores.

4.6 O Nível de Institucionalização da Cooperação

¹⁰² “Quando você tem pessoas, em determinados segmentos, que são mais flexíveis, que têm uma visão política melhor, a comunicação flui bem. Quando você tem pessoas que são mais rígidas, aí você já trava em algumas burocracias, do tipo “tem que mandar um ofício assim, tem que mandar um termo assim”” (Entrevistado da Fiocruz).

Conforme mencionado no capítulo 2, a cooperação técnica brasileira possui um baixo nível de institucionalização, principalmente quando se trata de leis específicas para regê-la. Através das entrevistas, constatou-se que isso interfere direta e indiretamente no processo decisório da cooperação sanitária brasileira.

Do ponto de vista da existência de instituições voltadas à cooperação, pode-se dizer que a Agência Brasileira de Cooperação cumpre esse papel, porém a existência da ABC, por si só, não supre as necessidades institucionais da cooperação brasileira. Com algumas variações de intensidade, todos os entrevistados consideram que o nível de institucionalização pode – e deve – ser melhorado.

A falta de legislação específica que reja a cooperação ofertada pelo Brasil é um dos principais fatores que dificultam a institucionalização. Atualmente, cada instituição possui um modo diferente de organização burocrática, o que tende a travar as atividades. A regulação, seja na forma de leis, decretos ou normas, traria uma maior padronização de procedimentos e, conseqüentemente, maior agilidade, além de oferecer segurança jurídica para a atuação dos funcionários de todos os setores envolvidos com a cooperação.

A operacionalização das atividades da cooperação através do PNUD é uma das conseqüências da ausência de legislação específica na área, como foi visto no capítulo 3. Ainda que, na visão de funcionários da ABC, por exemplo, existam aspectos positivos¹⁰³ da associação com o PNUD, já ocorreram problemas jurídicos na ABC porque a maioria dos funcionários da Agência era contratada via PNUD, conforme relatado no capítulo 3 e, com sua saída, a memória dos projetos foi afetada. A natureza itinerante das carreiras de oficial de chancelaria e diplomata também prejudica a manutenção da memória dos projetos na ABC. Ademais, a carência de especialização dos agentes da cooperação na AISA também é considerada um elemento prejudicial para atuação da agência, visto que existem poucos funcionários que possuem formação conjunta nas áreas da saúde e das relações internacionais (GAUDÊNCIO, 2014).

Sendo assim, algumas iniciativas, sugeridas pelos funcionários da ABC, AISA e Fiocruz, poderiam melhorar o nível de institucionalização, tais como: 1) a criação de uma base-legal; 2) a instituição de uma carreira especializada em cooperação; 3) um conselho público¹⁰⁴

¹⁰³ O trabalho conjunto entre o governo brasileiro e o PNUD assim como a presença do PNUD na maioria dos países onde são implantados os projetos brasileiros de cooperação, por exemplo, são considerados facilitadores das atividades: “acho que de qualquer forma essa capilaridade que o PNUD tem é muito importante. Se a gente conseguir a lei [que regule a cooperação] e estabelecer procedimentos para, por exemplo, as embaixadas, isso vai facilitar, mas certamente vai criar também um dispêndio de recursos aqui dentro do Ministério, porque você vai ter que ter mais pessoal (Entrevistado da ABC).

¹⁰⁴ A criação de um conselho público, envolvendo setores variados da sociedade que possuem interesse e conhecimento sobre a cooperação internacional, para discutir sobre as possibilidades e estratégias, traria maior transparência e legitimidade às atividades.

sobre o tema e 4) a elaboração de um sistema informatizado aberto a todos os ministérios envolvidos com atividades de cooperação. A adoção dessas iniciativas traria agilidade e segurança para os profissionais que atuam na área, otimizaria o processo decisório dos projetos de cooperação técnica do Brasil, e, conseqüentemente, aperfeiçoaria a qualidade da cooperação técnica sul-sul oferecida pelo Brasil.

4.7 Considerações Parciais

O estudo realizado neste capítulo, ao revelar os procedimentos e características das relações inter e intraburocráticas dos principais atores da cooperação técnica sanitária brasileira, colabora para abrir “a caixa preta do Estado”, ou seja, para lançar luz sobre os determinantes domésticos da atuação internacional do país. Notou-se que outros ministérios (além do MRE) e departamentos também influem diretamente na construção da política externa, exigindo uma coordenação por parte do Itamaraty (HILL, 2003, PINHEIRO, 2009).

Aproximando-se da ótica do Modelo do Comportamento Organizacional (ALLISON; ZELIKOW, 1999), abordada no capítulo 1, notou-se que os sujeitos das ações do Estado são as organizações e suas diferentes capacidades, culturas organizacionais e procedimentos. Por outro lado, é notável o envolvimento de interesses baseados em diferentes interpretações dos atores sobre o mundo e o ambiente doméstico (HILL, 2003). Nesse sentido, a influência no processo decisório dos perfis das lideranças tanto do MRE/ABC quanto do MS/AISA e da Fiocruz/CRIS evidencia que as decisões são tomadas não apenas seguindo procedimentos-padrão, mas também de acordo com as preferências das pessoas que ocupam cargos superiores. Foi possível observar também a existência de alguns assuntos que levam à barganha entre os atores. Desse ponto de vista, a análise aproxima-se do Modelo da Política Governamental (ALLISON; ZELIKOW, 1999), o qual aborda a relação entre burocracia e política, tendo em vista que os atores podem agir ora como administradores públicos, classificando suas decisões como “técnicas”, ora como políticos, fazendo escolhas de caráter primordialmente político (FIGUEIRA, 2009).

A análise realizada neste capítulo permite algumas considerações importantes sobre o processo decisório de projetos de cooperação técnica em saúde. Ainda que a aproximação entre os três atores não tenha surgido no período delimitado por este trabalho (2003-2015), o aumento quantitativo e qualitativo dos projetos de cooperação técnica em saúde ocorrido durante esses anos colaborou significativamente para o desenvolvimento (incluindo aspectos positivos e negativos) da relação entre o MRE/ABC, o MS/AISA e a Fiocruz/CRIS. Nesse sentido, cabe

ressaltar que o prosseguimento e da atuação brasileira na oferta de projetos de cooperação técnica em saúde e, consequentemente, o nível de interação entre os três atores aqui estudados, depende primeiramente das diretrizes da política externa brasileira, que sofrem variações de acordo com as preferências do Poder Executivo.

Observou-se que os instrumentos oficiais de aproximação, destacados na seção 4.1, podem ser considerados importantes para a construção de uma base política para a relação entre o MRE/ABC, o MS/AISA e a Fiocruz/CRIS. Notou-se que também que a participação¹⁰⁵ e as funções de cada ator variam de acordo com a fase dos projetos, mas pode-se dizer que a atribuição principal da ABC no processo decisório é a de coordenação; a da AISA é de acompanhamento e a Fiocruz atua principalmente como implementadora dos projetos.

Foi evidenciada a existência de um entendimento comum entre os três atores sobre a importância da cooperação técnica brasileira em saúde e pode-se dizer que existe um bom nível de articulação entre os atores para atenderem às demandas que chegam via fluxo padrão ou alternativo. Com exceção da fase de avaliação, as demais fases de consecução dos projetos contam com uma interação regular entre os atores, incluindo contatos formais e informais. As variações no nível de articulação, bem como no grau de facilidade de comunicação, variam principalmente de acordo com as diretrizes vigentes em cada instituição ou com perfil das lideranças. A presença de diplomatas no cargo de chefia da AISA é particularmente interessante nesse sentido. Além disso, é importante destacar que a priorização de projetos estruturantes é uma fonte potencial de divergência entre os atores, bem como concepções diferentes sobre alguns aspectos fundamentais dos projetos, o que pode levar à paralisação decisória¹⁰⁶.

Por fim, é válido destacar que, mesmo que o processo decisório dos projetos de cooperação sanitária tenha um nível significativo de coesão, a exígua institucionalização da cooperação brasileira dificulta seu aperfeiçoamento. Sendo assim, a criação de uma base jurídica para as atividades de cooperação e o investimento na formação profissional dos funcionários que atuam na área trariam impactos positivos ao processo decisório.

¹⁰⁵ Apesar de este trabalho não apresentar uma diferenciação entre participação e influência, nos termos de Ramanzini Júnior e Farias (2016) – pois isso exigiria, ao menos, o acompanhamento de reuniões realizadas entre os atores – subentende-se que quanto maior é o grau de participação, maior é a chance de influência no processo decisório.

¹⁰⁶ “Existem exemplos de alguns projetos que estão *absolutamente travados* devido a concepções variadas, diferentes, entre a AISA, a Fiocruz, o receptor e a agência [organização estrangeira], que é o caso de um projeto que a gente tem com o Uruguai, que não anda. Mas, *no geral*, dá para dizer que [o processo decisório] é de fato mais coeso” (Entrevistado da Fiocruz).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme observado no início deste trabalho, a cooperação técnica foi uma importante vertente da política externa brasileira entre os anos 2003-2015. Para tornar possível a alavancagem da cooperação técnica oferecida, o Estado brasileiro precisou mobilizar diversas instituições domésticas que possuíam experiência e competência em variadas áreas de atuação. No caso da saúde – área escolhida para o estudo realizado nesta dissertação – destaca-se, além do Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz. Essa modificação na importância dada à cooperação técnica reforça o pressuposto deste trabalho de que a política externa deve ser interpretada como uma política pública, o que significa dizer que a política externa é também uma política de governo. Sendo assim, assume-se que é fundamental haver algum tipo de “autorização estatal” associada à política externa e a formulação e implementação da política externa também estão inseridas na dinâmica da *politics*, ou seja, envolvem barganhas, coalizões, disputas e acordos entre representantes dos interesses de diferentes órgãos e instituições.

Guardada a prerrogativa constitucional que confere ao Poder Executivo a condução da política externa, pode-se dizer que, em grande medida, ela está, tradicionalmente, a cargo do MRE. Observou-se, no capítulo 1, que o processo inicial de diversificação de atores na política externa brasileira decorreu de uma série de fatores internos e externos entre os anos 80 e 90. Entre os internos, destacam-se a redemocratização e a abertura econômica e, entre os externos, o fim da Guerra Fria e a globalização. Tendo tais eventos como cenário, os potenciais participantes e interessados em política externa subiram ao palco, em uma *performance* que, aparentemente, é definitiva, ainda que possa sofrer alguns intervalos. Consequentemente, o MRE passou a ter de lidar com novos interesses no processo decisório da PEB, o que exige do ministério capacidade de coordenação para manutenção da coerência da atuação internacional do país. Nesse sentido, com a diversificação da arena decisória, ao mesmo tempo em que estão presentes as possibilidades de ambiguidade e fragmentação das agendas de política externa, essa ampliação também traz novas ideias, linguagens, valores e demandas que podem ser altamente positivos para o campo da política externa e que são compatíveis com o fortalecimento da democracia brasileira.

Com o advento do governo Lula, ao mesmo tempo em que a horizontalização do processo decisório da PEB foi reforçada, a temática da cooperação para o desenvolvimento ganhou mais espaço. Visando diferenciá-la da cooperação tradicional, o governo brasileiro

reforça o componente de horizontalidade também atribuída à CSSD, tais como a não condicionalidade, a priorização de projetos estruturantes, a implementação dos projetos como resposta à demanda dos países receptores (*demand-driven*), a transferência de conhecimento e presença de múltiplos atores. Dessa maneira, o governo procura exaltar a cooperação oferecida a países em desenvolvimento sem deixar de considerar que ela é um instrumento e uma estratégia da política externa para aproximar o Brasil de nações ou regiões de interesse do país e inserir-se no cenário global.

Conforme visto no capítulo 2, a saúde está entre as principais áreas de atuação da CSSD do Brasil. Essa posição reforça a relevância da conexão entre política externa e saúde no contexto brasileiro. Pode-se dizer que, no caso do Brasil do início do século XXI, a saúde passou a ser considerada parte substancial da política externa, assim como a política externa transformou-se em um caminho para atingir objetivos sanitários. Ainda que a cooperação técnica não tenha sido o único fator responsável – tendo em vista a importância da diplomacia em saúde realizada em negociações globais, por exemplo – certamente ela foi um dos componentes fundamentais para a elevação do lugar da saúde na política externa e da política externa na saúde. Assim, a saúde passou a ser vista, mais do que como um instrumento, um objetivo final, ideia essa que vai ao encontro da concepção sanitária brasileira. Portanto, a década de 2000 pode ser considerada o ponto culminante do diálogo entre saúde e política externa brasileira, ou, em outras palavras, entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, especialmente no que diz respeito à cooperação técnica.

A junção dos fatores citados nos parágrafos acima – a horizontalização do processo decisório da PEB e incentivo à oferta de cooperação técnica em saúde – propiciou um contexto para que seja possível falar em uma política externa de cooperação em saúde durante o período 2003-2015. Desde o início da aproximação entre o MS e o MRE, a Fiocruz, devido à sua reconhecida competência técnica, foi escolhida para assumir o papel de ponto focal na cooperação em saúde. Sendo assim, em grande medida, o perfil do Brasil enquanto fornecedor de cooperação em saúde é resultado da interação entre o MRE/ABC, o MS/AISA e a Fiocruz/CRIS. Observou-se que, a partir de 2005, vários instrumentos oficiais estimularam e respaldaram a aproximação entre esses três atores: o Protocolo de Intenções entre o MRE e o MS, o TC-41, a Declaração de Oslo, o Programa Mais Saúde, o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP) e o Grupo Temático em Cooperação Internacional em Saúde.

Dessa forma, durante o período abordado por este estudo, é notável que os tomadores de decisão alocados em distintas burocracias estatais puderam usufruir do maior ativismo

conferido à política externa brasileira para, ao enfatizar suas competências em matéria de saúde e disponibilizar-se a participar da cooperação internacional oferecida pelo Brasil, atenderem aos interesses internos de suas respectivas instituições. Ao mesmo tempo, colaboraram para o fortalecimento da construção de uma política externa de cooperação em saúde no país.

Conforme foi apontado por um dos entrevistados da Fiocruz, notou-se que, especialmente durante o governo Lula, houve uma conjunção de fatores que possibilitaram a maior proeminência da cooperação técnica sul-sul em saúde e, ao mesmo tempo, o aumento da interação entre Fiocruz, AISA e ABC. Além das novas diretrizes da política externa trazidas pelo governo, que enfatizavam as relações com o sul, e do aumento de recursos disponíveis para a cooperação, o perfil e até a personalidade das pessoas que ocuparam cargos importantes para o desenvolvimento da política de cooperação em saúde também foram influentes. Nesse sentido, destaca-se a sintonia entre o presidente Lula e o chanceler Celso Amorim – cujo entendimento sobre a importância da cooperação técnica era transmitido ao Itamaraty e às embaixadas brasileiras – e a presença, na AISA, de pessoas que possuíam bom relacionamento e convergência de ideias tanto com a ABC quanto com a Fiocruz.

Tendo isso em vista, o objetivo desta dissertação foi analisar o processo decisório dos projetos de cooperação técnica sul-sul do Brasil na área da saúde cujos principais participantes domésticos são o Ministério das Relações Exteriores (representado pela Agência Brasileira de Cooperação), o Ministério da Saúde (por meio da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde) e a Fiocruz (por meio do Centro de Relações Internacionais em Saúde). A análise do processo decisório levou em conta, além daquilo que consta em documentos oficiais, as interpretações, crenças, ideias e personalidade dos indivíduos envolvidos, bem como características burocráticas e organizacionais das instituições representadas. A análise desenvolvida no capítulo 4 desta dissertação revelou que o processo decisório dos projetos de cooperação técnica em saúde é complexo e envolve diversas articulações burocráticas, interesses e procedimentos.

De maneira geral, apesar de existirem potenciais pontos de conflito entre os atores (como as diferentes questões consideradas prioritárias para cada um deles) e elementos a serem aprimorados, as entrevistas revelaram mais aspectos positivos do que negativos para o processo decisório da cooperação técnica sul-sul em saúde do período 2003-2015. Constatou-se que o MRE possui um papel muito importante na gestão da cooperação técnica brasileira, ainda que não seja a instituição executora das atividades. O papel fundamental da Fiocruz foi confirmado e, mais do que a implementação técnica, observou-se que a instituição também possui uma atuação política relevante. Por sua vez, o Ministério da Saúde, na figura da AISA, possui uma

participação menos direta no processo decisório dos projetos de cooperação, muito em razão de que a atuação do Ministério da Saúde se dá através de suas áreas técnicas.

Observou-se que tanto a ABC quanto o MS e a Fiocruz participam das negociações iniciais com as instituições cooperantes do país onde o projeto será realizado e suas presenças são fundamentais para a elaboração do projeto. Entretanto, a forma de participação e o nível de influência dos atores variam. No que diz respeito à influência política para o estabelecimento dos projetos que chegam via fluxo-padrão, constatou-se que a ABC e, em menor medida, a AISA, possuem maior influência. Quando as demandas chegam através do MS ou da Fiocruz, ainda que envolvam posteriormente a ABC, cresce a influência política da Fiocruz e da AISA e decresce o peso político da ABC.

No que diz respeito ao conteúdo técnico dos projetos, entre a AISA e a Fiocruz, esta possui um papel mais influente, tendo em vista que a negociação dos detalhes do acordo envolve primordialmente a instituição implementadora, detentora do *know how* relacionado à temática do projeto. Sendo assim, nessa fase inicial, constatou-se que a função principal da ABC é de coordenação, com atenção especial à correspondência dos projetos com as diretrizes da PEB, e a Fiocruz, devido a sua proximidade com o tema da saúde, possui uma posição mais influente no que diz respeito ao conteúdo do projeto.

É importante destacar que, tendo em vista a relevante atuação do MS e da Fiocruz no âmbito internacional, existem demandas que chegam por meio desses dois órgãos e que não contam com a participação da ABC. Para esses casos, é interessante que estudos futuros investiguem se e de que maneira é abordada a questão da coerência dos projetos com as diretrizes da política externa brasileira.

Considerando que deve haver comum acordo entre os três atores para que os projetos sejam iniciados, observou-se que as diferentes prioridades das instituições, baseadas em seu foco de trabalho, podem ser motivo de indeferimento de projetos. A ABC, seguindo as diretrizes da PEB, dá preferência aos países da América Latina e da África de língua portuguesa, e, dentro dessas regiões, aos países de menor renda e com índices menores de desenvolvimento humano. A AISA valoriza projetos que tratem de temas importantes para o MS, tanto domesticamente quanto no âmbito multilateral e, por sua vez, a Fiocruz prioriza os projetos de cooperação estruturante em saúde.

Na fase de implementação dos projetos, apesar de a atuação principal ser a da Fiocruz, destaca-se a presença da Agência Brasileira de Cooperação no monitoramento dos processos. Já a AISA não possui participação relevante nessa fase. Para a última fase dos projetos, a de

avaliação, as entrevistas realizadas revelaram que não há um procedimento padronizado, ou seja, quando realizada, a avaliação é feita de maneira não pré-estabelecida.

Um comparativo entre as funções de cada instituição nas diferentes fases dos projetos revelou que a ABC possui um alto grau de participação na maioria das fases e sua principal função é a de coordenação, o que demonstra a atenção do MRE à coerência entre os projetos de cooperação e as diretrizes vigentes da PEB. A Fiocruz, cuja função primordial é a execução técnica, possui um alto nível de participação em todas as fases, o que revela que sua atuação é imprescindível. Já a AISA apresenta um menor grau relativo de participação, a qual acontece principalmente na forma de acompanhamento dos projetos.

Notou-se também que existem fatores políticos e pessoais envolvidos no processo decisório. As entrevistas revelaram que o perfil das pessoas que ocupam cargos de chefia impacta significativamente no grau de aproximação entre os atores. Na AISA, revelou-se a possibilidade de que a presença de diplomatas possua um duplo efeito: o de favorecer a comunicação junto aos demais atores com os quais a AISA trabalha e, por outro lado, o de atravancar a comunicação interna na instituição. As percepções dos ministros da saúde – que incluem uma maior ou menor importância conferida à cooperação internacional, por exemplo – também foram apontados como um elemento de influência na relação entre AISA, Fiocruz e ABC.

No que diz respeito à comunicação entre os três atores analisados, foi possível observar que a ABC é considerada a instituição com a qual se tem uma melhor comunicação/relação, o que pode ser considerado um elemento positivo para o processo decisório, tendo em vista que a ABC é a instituição coordenadora da cooperação técnica brasileira em saúde. O fator geográfico revelou-se um componente considerável de aproximação/afastamento, pois, ainda que grande parte da comunicação sobre os projetos aconteça em plataformas digitais, a grau de distância física facilita/dificulta conversas informais e a circulação de funcionários. O grau de rotatividade nos cargos de chefia também influi na comunicação, sendo que, quanto maior a permanência de pontos focais, maior é a estabilidade e a previsibilidade das relações, e, portanto, melhor tende a ser a comunicação. Ademais, também foram apontadas dificuldades de comunicação relacionadas à cultura organizacional de um dos atores, a Fiocruz, devido ao seu grau de autonomia e ao viés científico-acadêmico da fundação. Por outro lado, a menor quantidade de procedimentos burocráticos existentes na Fiocruz foi considerada um aspecto positivo para a fluidez na comunicação.

Conforme mencionado no capítulo 1, quanto maior é o número de atores participantes em um processo decisório, mais complexa é sua análise. Por um lado, um maior número de

participantes colabora para que se dê atenção mais detalhada aos diversos componentes de um projeto, visto que cada instituição se concentra em analisar as questões mais próximas ao seu campo de atuação. A Fiocruz, por exemplo, encarrega-se de apontar e resolver os aspectos técnicos, enquanto a ABC procura coordenar as fases do processo para assegurar a conformidade com as diretrizes da política externa brasileira. Por outro lado, tendo em vista que cada instituição possui culturas organizacionais e procedimentos operacionais distintos, são incluídas diferentes prioridades e interesses no processo decisório, o que leva à possibilidade de que as preferências sejam alteradas ou de que as preferências de alguns membros dominem em detrimento das preferências dos demais. É o caso dos projetos estruturantes em saúde, que fazem parte do ideal organizacional da Fiocruz e são pessoalmente caros aos representantes-chave do CRIS. Após a intensificação dos contatos entre Fiocruz e ABC, propiciada pela alavancagem da cooperação técnica à condição de pauta especial da PEB, a cooperação estruturante em saúde, extremamente defendida e priorizada pela Fiocruz, gradativamente, passou a fazer parte também das preferências da ABC. O maior número de participantes também pode ocasionar paralisia decisória (situação relatada por um dos entrevistados da Fiocruz) tendo em vista que a possibilidade de haver excesso de informações disponíveis e incompatibilidade de interpretações.

A ausência de legislação para regulamentar a cooperação do Brasil é outro fator que impacta no processo decisório. A cooperação técnica envolve tantos regimentos administrativos quantos são os órgãos envolvidos na cooperação. Isso colabora para que os arranjos institucionais que acompanham a cooperação brasileira para o desenvolvimento tornem-se complexos e desarticulados em maior ou menor medida, dependendo de qual área da cooperação está em questão. Conforme mencionado no capítulo 4, a regulação poderia trazer uma maior padronização de procedimentos e, conseqüentemente, maior agilidade, além de oferecer segurança jurídica para a atuação dos funcionários de todos os setores envolvidos com a cooperação. Além disso, estimularia uma maior transparência para as atividades desenvolvidas pelo Brasil no exterior em matéria de cooperação técnica.

Uma maior especialização profissional na área, seja através da criação de uma carreira voltada à cooperação ou do desenvolvimento dos profissionais que já atuam em iniciativas de cooperação, também produziria um efeito positivo no processo decisório, que atualmente precisa lidar com problemas de alta rotatividade de cargos e de pessoal não especializado. Outra iniciativa, aparentemente mais simples, que agilizaria o processo decisório da cooperação seria a criação de um sistema informatizado que fosse aberto a todos os órgãos (ou, ao menos, a todos os ministérios) envolvidos com atividades de cooperação.

Respeitadas as especificidades de cada área de atuação da cooperação técnica sul-sul brasileira, é possível inferir que muitos pontos positivos e negativos do processo decisório dos projetos de cooperação técnica em saúde se repetem nas demais áreas, especialmente as possibilidades de aperfeiçoamento do processo. Dessa forma, ainda que este estudo tenha focado a área da saúde, pode-se dizer que ele revela aspectos que podem ser aplicados à análise da cooperação técnica sul-sul brasileira de maneira geral. Novos estudos sobre o processo decisório de outras áreas ou que incluam outros fatores presentes na área da saúde (como os atores não estatais) seriam de grande valia para confirmar ou rechaçar essa hipótese.

Ainda que a base conceitual deste trabalho tenha partido de fatores domésticos que determinam a construção de uma política externa, é importante ressaltar a ciência de que os aspectos internacionais também influenciam a política externa e são importantes para a análise do processo decisório. Nesse sentido, é interessante notar que, além do MRE, os demais atores domésticos envolvidos na CSSD em saúde também analisam o cenário internacional para embasar suas posições. O Ministério da Saúde, por exemplo, por meio de sua atuação no campo multilateral, pode observar quais são as maiores necessidades sanitárias dos países e procurar estimular a oferta de projetos brasileiros nessa determinada área. A Fiocruz, por sua vez, pode explorar sua representatividade e reconhecimento internacionais para estabelecer contatos e gerar demandas. Dito isso, estudos que abordem componentes internacionais do processo decisório podem colaborar significativamente para o desenvolvimento da análise de política externa aplicada ao caso da cooperação técnica.

O estudo do processo decisório em política externa e, especificamente em cooperação técnica na área da saúde, revela a dimensão doméstica da atuação internacional brasileira. Espera-se que esta dissertação tenha evidenciado a influência de outros ministérios (além do MRE) e departamentos na construção da política externa brasileira, o que exige uma coordenação por parte do Itamaraty. É incontestável, portanto, a conexão entre o nível doméstico e internacional, em outras palavras, o caráter interméstico da política externa ressaltado por Hill (2003a).

Além disso, este trabalho evidencia a importância da capacidade de coordenação e harmonização dos interesses internos, bem como a articulação dos atores para alcançar objetivos comuns. Isso é fundamental para se construir um discurso coeso e coerente que apoie a atuação brasileira no campo da saúde global e garanta sua consistência prática.

REFERÊNCIAS

ABC (Agência Brasileira de Cooperação). *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*. Brasília: Itamaraty, 2013.

_____. Webstite. 2016. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/SobreAbc/Introducao>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

_____. Evolução Financeira. 2017. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/Gestao/EvolucaoFinanceira>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

ABREU, F. J. M. A Evolução da Cooperação Técnica Internacional no Brasil. *Mural Internacional*, v.4, n.2, p. 3-14, jul-dez. 2013.

AID TRANSPARENCY INDEX. Report 2014. Disponível em: <http://ati.publishwhatyoufund.org/wp-content/uploads/2016/03/2014-ATI_Final-report.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

AISA (Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde). *Relatório de Gestão 2010*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2009_assessoria_assuntos.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2017.

_____. *Relatório de Gestão 2010*. Brasília, 2011.

ALCÁZAR, S. L. B. F. *A inserção da Saúde na Política Exterior Brasileira*. 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco. Ministério das Relações Exteriores. Brasília: Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre de Gusmão; Curso de Altos Estudos, 2005.

ALDEN, Chris e Amnon, Aran. *Foreign Policy Analysis – New Approaches*. London/New York, Routledge, 2012.

ALLISON, G.; ZELIKOW, P. *Essence of decision: Explaining the Cuban missile crisis* (2nd ed.). New York: Addison-Wesley. Barnett, M., 1999.

ALMEIDA, Celia et al. A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. *Reciis*, v.4, n.1, p.25-35. 2010.

_____. Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. pp. 233-327. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/895sg/08>>. Acesso em: 13 fev. 2016.

AMORIM NETO, Octavio. *De Dutra a Lula – A Condução e os Determinantes da Política Externa Brasileira*. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011 (cap. 1: Fatores Sistêmicos, Política Externa e Política Doméstica), pp. 15-43.

AYLLÓN, Bruno Pino. Evolução Histórica da Cooperação Sul-Sul (CSS). In: Mello e Souza, A (Org.). *Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento*. Brasília: IPEA. 2014.

BADIE, Bertrand. *O diplomata e o Intruso – A Entrada das Sociedades na Arena Internacional*. Salvador, EDUFBA, 2009, pp. 11-15 e 49-80.

BARBOSA, Rubens. Reforço para o 'soft power' brasileiro. *Estadão*, 27/08/2013. Disponível em: < <http://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,reforco-para-o-soft-power-brasileiro-imp-1068242>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

BARBOZA, Tayná Marques Torres. *A saúde na agenda da política externa brasileira nos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995 2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010)*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz.

BARROS, Alexandre de S. C. “A Formulação e a Implementação da Política Externa Brasileira: O Itamaraty e os Novos Atores”, in: H. Munoz; J. S. Tulchin (orgs.), *A América Latina e a Política Mundial: Uma Perspectiva Latino-americana*. São Paulo, Convívio, 1986, pp. 29-42.

BRANDÃO, Norma Cristina Cardoso. 2010. Análise de redes internas de cooperação internacional na FIOCRUZ como ferramenta de gestão do conhecimento: a cooperação da FIOCRUZ com a França e com a África (PALOP). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. 2010.

BRASIL. Decreto nº 28.799, de 27 de outubro de 1950. Cria, no Ministério das Relações Exteriores, a Comissão Nacional de Assistência Técnica. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D28799.htm>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. Decreto nº 55.041, de 19 de novembro de 1964. Institui, no Ministério da Saúde, a Comissão de Assuntos Internacionais. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-55041-19-novembro-1964-395355-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

_____. Decreto nº 81.141, de 30 de dezembro de 1977. Altera o Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976, e dá outras providências. Disponível em: < <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=195652&norma=209901>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Ministério das Relações Exteriores. *Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Extrato do 41º Termo de Cooperação e Assistência Técnica ao ajuste complementar. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Seção 3, 10 jan. 2006.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação Técnica. *Via ABC: Cooperação Técnica Brasileira em Saúde*. [Brasília], mar. 2007.

_____. 2010a. Decreto nº 7.304, de 22 de setembro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério das Relações Exteriores, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7304.htm. Acesso em: 13 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. *Relatório de Gestão 2009 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2009_assessoria_assuntos.pdf>. Acesso em: 06 abril 2017.

_____. 2010c. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.356 de 17 de Agosto de 2010*. Institui o Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde - GT-CIS no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2356_17_08_2010.html>. Acesso em: 07 abril 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011*. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf. Acesso em: 05 abril 2017.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. *Relatório de Gestão 2010 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1ª ed. 2011a. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/471403/RESPOSTA_RECORSO_1_RELATRIO%20GESTO%20AISA%202010.pdf>. Acesso em: 06 abril 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015*. Brasília: Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 06 abril 2017.

_____. Portal Brasil. 2014a. *Saúde terá orçamento de R\$ 106 bilhões em 2014*. 21/01/2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/saude-tera-orcamento-de-r-106-bilhoes-em-2014>. Acesso em 10 abril 2017.

_____. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação - 2014. Brasília, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde – PNS : 2016-2019*. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf>. Acesso em: 06 abril 2017.

_____. 2017. Programa Mais Médicos. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em: 15 maio 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Reciis*, v.4, n.1, p.93-105. 2010.

_____. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.2699-2711, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600009. Acesso em: 06 abril 2017.

CABRAL, Lúcia. Cooperação Brasil-África para o desenvolvimento: Caracterização, tendências e desafios. *Textos Cindes*, nº 26 (dez. 2011). Disponível em: <<http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2012/09904.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

CASON, Jeffrey; POWER, Timothy. “Presidentialization, Pluralization, and the Rollback of Itamaraty: Explaining Change in Brazilian Foreign Policy Making in the Cardoso-Lula Era”. *International Political Science Review*, vol. 30, no 2, 2009, pp. 117-140.

CEPIK, Marco; SOUSA, Romulo Paes. A política externa brasileira e a cooperação internacional em saúde no começo do governo Lula. *Século XXI*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 109-134, jan.-jul. 2011. Disponível em: <http://sumario.periodicos.espm.br/index.php/seculo21/article/viewFile/1779/90>. Acesso em: 10 fev. 2016.

CERVO, Amado Luiz. Socializando o desenvolvimento; uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. *Revista Brasileira de Política Internacional*, vol. 37, n. 1, 1994.

CLARKE, Michael. “Foreign Policy Analysis: A Theoretical Guide”, in: S. Stavridis e C. Hill (eds.), *Domestic Sources of Foreign Policy*. Oxford/Washington, Berg, 1996, pp. 19-35.

CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa). *Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP): 2009-2012*. 2009. Disponível em: >www.cplp.org/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2fFiler%2fcplp%2frede%2fsaude%2fIIReuniaoEstoril%2fDOC5_PECs2009-2012_15Maio.pdf>. Acesso em: 07 abril 2017.

CRIS (Centro de Relações Internacionais em Saúde). *Relatório de Atividades 2012*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Relatorio%20CRIS%202012%20b.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017

_____. *Relatório de Atividades 2013*. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorio_de_atividades_internacionais_2013_da_fiocruz.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2017

_____. *Relatório de Atividades Internacionais 2014-2015*. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/fiocruz_relatorio_de_atividades_internacionais_2014-2015_r.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2017.

CRIS INFORMA. *Informativo do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz*. Ministério da Saúde. Fiocruz. n°. 14, abril-maio 2014.

CUETO, Marcos (ed.) *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana Univ. Press, 1994.

DECLARAÇÃO DE OSLO. Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*, 2007 Disponível em: <http://www.who.int/trade/events/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf>. Acesso em: 10 abril 2017.

DEVIN, Guillaume. *Sociologia das Relações Internacionais*. Salvador, EDUFBA/EDUFAL, 2009, pp. 75-118.

EVANS, Peter, RUESCHEMEYER, D. e SKOCPOL, Theda. *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press. 1985

FAID, Miriam. The Relationship of Foreign Policy and (Global) Health in South-South Health Cooperation: An Exploratory Case Study of Brazil's Bilateral Technical Health Cooperation in Mozambique. *The Graduate Institute Geneva – Thesis submitted at the Graduate Institute in fulfilment of the requirements of the PhD degree in International Studies*. 2013. Disponível em: <<http://repository.graduateinstitute.ch/record/282377?ln=en>>. Acesso em 12 abril. 2016.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. “O Itamaraty e a Política Externa Brasileira: Do Insulamento à Busca de Coordenação dos Atores Governamentais e de Cooperação com os Agentes Societários. *Contexto Internacional*, vol. 34, 2012, pp. 311-355.

FARIAS, Rogério de Souza; RAMANZINI JUNIOR, Haroldo. Reviewing horizontalization: the challenge of analysis in Brazilian foreign policy. *Rev. bras. polít. int.*, Brasília, v. 58, n. 2, p. 5-22, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292015000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abril 2017.

FEDATTO, Maíra da Silva. A Fiocruz e a Cooperação para a África no Governo Lula. 2013. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília – UnB. 2013.

FELDBAUM, Harley; LEE, Kelley; MICHAUD, Joshua. Global Health and Foreign Policy. *Epidemiologic Reviews*, vol. 32, 2010. Disponível em: <<http://epirev.oxfordjournals.org/content/32/1/82.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

FIDLER, David P. Health as Foreign Policy: Between Principle and Power. *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*. 2005. Disponível em: <<http://www.repository.law.indiana.edu/facpub/525>>. Acesso em: 10 abril. 2016.

_____. Rise and Fall of Global Health as a Foreign Policy Issue. *Global Health Governance*, Volume IV, No. 2. 2011. Disponível em: <<http://www.ghgj.org/DavidFidler.pdf>>. Acesso em: 10 abril. 2016.

FIGUEIRA, Ariane. *Processo Decisório em Política Externa Brasileira*. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade de São Paulo, 2009.

_____. Rupturas e continuidades no padrão organizacional e decisório do Ministério das Relações Exteriores. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 53, n. 2, p. 5-22, jul.-dez. 2010.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz). Relatório Final do I Congresso Interno, 1988. I Congresso Interno – Ciência e Saúde: a Fiocruz do Futuro – Julho de 1988.

_____. Website. 2017. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br>>. Acesso em: 23 fev. 2017

FRANÇA, Cassio Luiz de; SANCHEZ BADIN, Michelle Ratton. A inserção internacional do poder executivo federal brasileiro. *Análises e Propostas*. Fundação Friedrich Ebert, n. 40, agosto de 2010.

GAUDÊNCIO, Sérgio Alexandre. *Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, Rio de Janeiro, 2014.

GHSI (Global Health Strategies Initiatives). *Shifting Paradigm: how the BRICS are reshaping global health and development*, 2012. Disponível em: http://ghsinitiatives.org/downloads/ghsi_brics_report.pdf. Acesso em: 10 mar. 2016.

HILL, Christopher J. *The Changing Politics of Foreign Policy*. New York, Palgrave Macmillan, 2003a, pp. 1-155, 219-282, 308-337 e 345-357.

_____. “What Is to Be Done? Foreign Policy as a Site for Political Action”. *International Affairs* (Royal Institute of International Affairs 1944-), vol. 79, no 2, 2003b, pp. 233-255.

HIRST, Mônica; LIMA, Maria Regina Soares de. “Contexto Internacional, Democracia e Política Externa”. *Política Externa*, vol. 11, no 2, 2002, pp. 78-90.

_____; PINHEIRO, Letícia. A Política Externa Brasileira em Tempos de Novos Horizontes e Desafios. *Nueva Sociedad Especial em Português*. 2010. Disponível em: <http://www.nuso.org/upload/articulos/p6-2_1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

HUDSON, Valerie. “Foreign Policy Analysis: Actor-Specific Theory and the Ground of International Relations”. *Foreign Policy Analysis*, vol. 1, no 1, 2005, pp. 1-30.

IGLESIAS PUENTE, Carlos Alfonso. *A Cooperação Técnica Horizontal Brasileira como instrumento da Política Externa: a Evolução da Cooperação Técnica com Países em Desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005*. Brasília: FUNAG, 2010. Disponível em: <http://funag.gov.br/loja/download/715-Cooperacao_Tecnica_Horizontal_Brasileira_como_Instrumento_da_Politica_Externa_A.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

INGRAM, H. M. e FIEDERLEIN, S. L. Traversing Boundaries: A Public Policy Approach to the Analysis of Foreign Policy. *The Western Political Quarterly*, New York, v. 41, n. 4, p. 725-745, Dec., 1988.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 2005-2009*. Brasília: IPEA/ABC, 2010.

_____. *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 2010*. Brasília: IPEA/ABC, 2013.

_____. *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 2010-2013*. Brasília: IPEA/ABC, 2016.

KEOHANE, Robert O. Lilliputian's Dilemmas: small states in International Politics, *International Organization*, vol. 23, no 2, spring, 1969, pp. 291-310. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2706027?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 15 fev. 2017.

KICKBUSCH, Ilona. Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. *BMJ Analysis*. 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154>>. Acesso em 09 abril. 2016.

_____; SILBERSCHMIDT, Gaudenz; BUSS, Paulo. 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.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-039222/en/>>. Acesso em: 11 abril. 2016.

LASWELL, H.D. Politics: *Who Gets What, When, How*. Cleveland, Meridian Books. 1936/1958.

LEITE, Iara Costa et al. Brazil's Engagement in International Development Cooperation: The State of the Debate. *Evidence Report*, nº 59, Institute of Development Studies, may 2014. Disponível em: <<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/3894/ER59%20Brazil's%20Engagement%20in%20International%20Development%20Cooperation%20The%20'State%20of%20the%20Debate'.pdf?sequence=4>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____; SUYAMA, Bianca; e WAISBICH, Laura T. Para além do tecnicismo: a Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional e caminhos para sua efetividade e democratização. *CEBRAP*, Policy Brief (julho de 2013). Disponível em: <http://www.cebrap.org.br/v2/files/upload/biblioteca_virtual/item_796/26_08_13_14Policy_Briefing_Para%20al%C3%A9m%20do%20tecnicismo.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.

_____.; POMEROY, Melissa e SUYAMA, Bianca. Brazilian South–South Development Cooperation: the Case of the Ministry of Social Development in Africa. *Journal of International Development*. 27, 2015, pp. 1446–1461. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jid.3191/epdf>>. Acesso em 20 jan.2016

LEITE, Patrícia Soares. O Brasil e a operação Sul-Sul em três momentos: os governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geisel e Luiz Inácio Lula da Silva. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. 228 p. Disponível em: <http://funag.gov.br/loja/download/842/Brasil_e_a_Cooperacao_Sul-Sul_em_tres_momentos_de_Politica_Externa_O.pdf>. Acesso em 17 fev. 2013.

LIMA, Maria Regina Soares de. Instituições Democráticas e Política Exterior. *Contexto Internacional*, vol. 22, no 2, 2000, pp. 265-303.

_____. Relações Internacionais e políticas públicas: a contribuição da análise de política externa, in: E. Marques e C. A. Pimenta de Faria (orgs.), *A Política Pública como Campo Multidisciplinar*. São Paulo, Editora Unesp; Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013, pp. 127-153.

LOWI, Theodor. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. *Public Administration Review*, 32: 298-310. 1972.

MAWDSLEY, Emma. “The changing geographies of foreign aid and development cooperation: contributions from gift theory”. *Transactions of the Institute of British Geographers*, vol. 37, no 2, pp. 256-272, 2012

MILANI, Carlos R. S. Aprendendo com a história: críticas à experiência da Cooperação Norte-Sul e atuais desafios à Cooperação Sul-Sul. Cad. CRH, Ago 2012, vol.25, no.65, p.211-231. ISSN 0103-4979, 2012.

_____. Brazil’s South–South Cooperation Strategies: From Foreign Policy to Public Policy. *South African Institute of International Affairs*. Occasional Paper nº 179, march 2014. Disponível em: https://carlosmilani.files.wordpress.com/2014/03/saia_sop_179_milani_20140311.pdf. Acesso em 15 dez. 2015.

_____.; LOPES, Roberta N. Cooperação Sul-Sul e Policy Transfer em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. *Carta Internacional (USP)*, v. 9, p. 59-78, 2014. Disponível em: <<http://cartainternacional.abri.org.br/index.php/Carta/article/view/121/78>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____.; PINHEIRO, Leticia. Política Externa Brasileira: Os Desafios de sua Caracterização como Política Pública. *Contexto Internacional*, vol. 35, no 1, 2013, pp. 11-41.

_____. The Politics of Brazilian Foreign Policy and Its Analytical Challenges. *Foreign Policy Analysis* (2016) 0, pp. 1–19. Disponível em:

<http://fpa.oxfordjournals.org/content/early/2016/04/14/fpa.orw027.full.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

_____.; SUYAMA, Bianca; LOPES, Luara. Políticas de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento no Norte e no Sul: que lições e desafios para o Brasil? *Friedrich Ebert Stiftung Brasil*. 2013, novembro. Disponível em: < <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/10532-20140207.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº. 3.965 de 15 de dezembro de 2010*.

_____. Portal da Saúde. Website. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/aisa>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

MRE (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES). *O Ministério*. 2017. Disponível em: < <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/o-ministerio>>. Acesso em: 22 maio 2017.

NYE, Joseph. Soft Power: The Means to Success in World Politics. *Foreign Affairs*, capsule review, May/June, 2004. Disponível em: < <https://www.foreignaffairs.com/reviews/capsule-review/2004-05-01/soft-power-means-success-world-politics>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

ONU (Organização das Nações Unidas). Plano de ação para promover e realizar a cooperação técnica entre os países em desenvolvimento (CTPD) ou Plano de Ação de Buenos Aires. Resolução no 22/134, de 19 de dezembro de 1978, da Assembleia Geral da ONU.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). 2015. *Avaliação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde: Intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições do campo da saúde. Relatório Técnico Final*. Disponível em: < http://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/avaliacao_tc41_final%20com%20agradecimento%20daiana.pdf?ua=1>. Acesso em: 29 jan. 2016.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando A. A reforma sanitária brasileira em perspectiva internacional: cooperação técnica e internacionalização do sistema de saúde brasileiro.. In: 3º ENCONTRO NACIONAL ABRI 2001, 3., 2011, São Paulo. *Proceedings online*. Associação Brasileira de Relações Internacionais Instituto de Relações Internacionais - USP, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000122011000100043&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 10 mar. 2017.

PARAGUASSU, Lisandra. Dilma quer agência de comércio para fortalecer balança. *Estadão*, 15/06/2013. Disponível em: < <http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,dilma-quer-agencia-de-comercio-para-fortalecer-balanca-imp-,1042690>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

PESSOA, Robertônio Santos. Constitucionalismo, Estado e Direitos Administrativo no Brasil. *Revista Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 77, jun 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7584>. Acesso em 25 fev. 2017.

PINHEIRO, Leticia. 2009. Autores y Actores de la Política Exterior Brasileña. *Foreign Affairs Latinoamérica*, vol. 9, no 2, 2009, pp. 14-24.

_____; MILANI, Carlos R. S. (Org.). *Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas*. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

_____; AVELHAN, Livia Liria. Saúde, Cooperação Horizontal e Política Externa Brasileira - Encontros e Desencontros (1978-2010), no prelo.

PIRES-ALVES Fernando A., PAIVA, Carlos Henrique Assunção, SANTANA José Paranaguá. Cooperação Internacional, Política Externa e Saúde: contribuição ao processo de avaliação do Termo de Cooperação Opas-Brasil nº 41 (TC 41). Documento de Trabalho. *Observatório História e Saúde - Rede ObservaRH*, 2010. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/CooperacaoInternacional_PoliticaExterna_e_Saude.pdf>. Acesso em 10 fev. 2016.

_____. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(6):444–50.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. Website. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

PUTNAM, Robert D. Diplomacy and Domestic Politics: The Logic of Two-Level Games. *International Organization*, Vol. 42, No. 3. (Summer, 1988), pp. 427-460. Disponível em: <<http://www.guillaumenicaise.com/wp-content/uploads/2013/10/Putnam-The-Logic-of-Two-Level-Games.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

RAMANZINI JÚNIOR, Haroldo.; FARIAS, Rogério de Souza. (2016), Participation and Influence: Democratization and the Shaping of a Public Policy in Brazil. *Latin American Policy*, v. 7, n. 1 pp 106–125; 2016.

RATTON SANCHEZ, Michelle et al . Política externa como política pública: uma análise pela regulamentação constitucional brasileira (1967-1988). *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba , n. 27, p. 125-143, Nov. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010444782006000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 ago. 2016.

ROA, Alejandra Carrillo; SANTANA, José Paranaguá de. Saúde e integração regional na América Latina.. In: 3º ENCONTRO NACIONAL ABRI 2011, 3., 2011, São Paulo. *Proceedings online*. Associação Brasileira de Relações Internacionais Instituto de Relações Internacionais - USP, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000122011000100002&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 22 set. 2015.

_____; SILVA, Felipe Ricardo Baptista e. A Fiocruz como ator da política externa brasileira no contexto da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: uma história revelada. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 153-169, Mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702015000100153&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2017.

ROSENAU, James N. *Domestic Sources of American Foreign Policy*. Free Press, 1967.

ROSSI, Amanda. Governo Dilma implementa 'agenda África' para ampliar relações. *Estadão*, 29/10/2013. Disponível em: < <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,governo-dilma-implementa-agenda-africa-para-ampliar-relacoes,1090701>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

ROUSSEFF, Dilma. Entrevista coletiva concedida à imprensa em Adis Abeba, Etiópia, em 25 de maio de 2013. Disponível em: < https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=d7tPg39k2XE>. Acesso em: 28 fev. 2017.

RUA, Maria das Graças, e ROMANINI, Roberta. *Para Aprender Políticas Públicas: Conceitos e Teorias*. Vol. 1. Instituto de Gestão Economia e Políticas Públicas. 2013. Disponível em: < http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

RUBARTH, E.O. *A diplomacia e as questões sociais: o caso da saúde*. Brasília. Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre de Gusmão; Centro de Estudos Estratégicos, 1999.

RUSSELL, Roberto. “Política Exterior y Toma de Decisiones en America Latina: Russel y otros. *Politica Exterior y Toma de Decisiones em America Latina*. Buenos Aires, Programa RIAL, 1990, pp. 255-274.

SALOMÓN, Mónica; PINHEIRO, Leticia. “Análise de Política Externa e Política Externa Brasileira: Trajetória, Desafios e Possibilidades de um Campo de Estudos”. *Revista Brasileira de Política Internacional*, vol. 56, no 1, 2013, pp. 40-59.

SANTANA, José Paranaguá de. Um olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2011, pp 2993-3002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/37.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

_____. *Cooperação Sul-Sul na área de saúde: dimensões bioéticas*. 2012. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

SANTOS, Roberta de Freitas; CERQUEIRA, Mateus Rodrigues. Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.23-47.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SPROUT, Margaret; SPROUT, Harold. *Man-Milieu Relationship Hypotheses in the Context of International Politics*. Princeton: Princeton University Press, 1956.

STUART, Douglas T. Foreign-Policy Decision-Making, in: C. Reus-Smit e D. Snidal (eds.), *The Oxford Handbook of International Relations*. Oxford/New York, Oxford University Press, 2008, pp. 576-593.

VAN KLAVEREN, Alberto. “Entendiendo las políticas exteriores latinoamericanas: modelo

para armar”. *Revista de Estudios Internacionales*, vol. 25, no 98, año XXV, 1992, pp. 169-216.

VENTURA, Deisy. Saúde pública e política externa brasileira. *Revista Sur*, v. 10, n.19. (2013), pp 98-117. Disponível em: <<http://www.conectas.org/pt/acoes/sur/edicao/19/1000466-saude-publica-e-politica-externa-brasileira>> julho 2014. Acesso em: 29 jan. 2015.

WALTZ, Kenneth. *Theory of International Politics*, New York: McGraw Hill, 1979.

ANEXO A – Lista de Entrevistados

| NOME | CARGO | INSTITUIÇÃO | DIA | LOCAL |
|----------------------------|--|--------------------|------------|-------------------|
| Luciano Queiroz | Consultor de Cooperação Sul-Sul | AISA/MS | 19/01/2017 | Brasília/DF |
| Marcos Targino | Analista de Cooperação Internacional | Fiocruz | 26/01/2017 | Rio de Janeiro/RJ |
| Paulo Buss | Coordenador do CRIS | Fiocruz/CRIS | 31/01/2017 | Rio de Janeiro/RJ |
| Paulo Roberto Barbosa Lima | Coordenador Geral de Cooperação Técnica - Palop e Timor-Leste | ABC/MRE | 20/01/2017 | Brasília/DF |
| Thaís Santos Lima | Coordenadora de Projetos da AISA (2013-2014) e Chefe da AISA (2015-2016) | AISA/MS | 23/01/2017 | Brasília/DF |
| Wolney Matos de Andrade | Gerente de Projetos da Coordenação-Geral de América do Sul, Central e Caribe | ABC/MRE | 20/01/2017 | Brasília/DF |

ANEXO B – Roteiro das Entrevistas

Para registro da pesquisadora

Nome: _____
 Cargo: _____
 Data: ____/____/_____
 Local: _____
 Horário de início: _____
 Fim da entrevista: _____
 Duração da entrevista: _____
 Gravação: () realizada () não realizada
 Identificação: () pode ser citada () não pode ser citada

Grupo 1: AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC)

Bloco 1: Negociação inicial: concepção/formulação do projeto

- 1) No campo da cooperação em saúde, quais agências do governo geralmente participam da negociação inicial junto ao país receptor?
- 2) No caso dos projetos “orientados por demanda”, os países receptores geralmente entram em contato, primeiramente, com o MRE/ABC ou é comum que demandem projetos diretamente ao Ministério da Saúde do Brasil ou à Fiocruz?
- 3) No momento de elaboração dos projetos, a ABC estabelece prioridades? De que tipo ou natureza?
- 4) Como surgiu a ideia/conceito/proposta de cooperação *estruturante* em saúde? Qual foi a colaboração da ABC para a construção desse conceito que é essencial para a ideia da singularidade da cooperação técnica executada pelo Brasil? Outras agências participaram da construção dessa proposta?
- 5) A ABC faz indicações sobre itens ou atividades que devem ou não devem estar presentes nos projetos estruturantes?

Bloco 2: Negociação entre os três atores brasileiros (ABC, MS e Fiocruz)

- 6) Você considera que houve aumento da interação entre ABC, MS e Fiocruz para a elaboração de projetos de cooperação técnica a partir do governo Lula?

- 7) Há algum fator que diferencie a relação da ABC com o Ministério da Saúde de sua relação com os demais ministérios?
- 8) Há algum fator que diferencie a relação da ABC com a Fiocruz de sua relação com outras organizações parceiras do Brasil em cooperação técnica (Embrapa, por exemplo)?
- 9) Entre a Fiocruz e o Ministério da Saúde, com qual desses dois órgãos a ABC tem maior facilidade/abertura para conversar?
- 10) A comunicação entre a ABC e o MS costuma fluir bem? É rápida? É muito burocrática? Quais são as maiores dificuldades de comunicação que ocorrem entre ABC e o MS?
- 11) As mudanças de chefia no MS afetam a relação da ABC com esse ministério?
- 12) A comunicação entre a ABC e a Fiocruz costuma fluir bem? É rápida? É muito burocrática? Quais são as maiores dificuldades de comunicação que ocorrem entre ABC e a Fiocruz?
- 13) As mudanças de chefia na Fiocruz afetam a relação da ABC com essa fundação?
- 14) A divisão de gastos varia de acordo com o tipo ou tamanho do projeto? A ABC geralmente financia quais tipos de gasto? A ABC destina recursos diretamente ao Ministério da Saúde ou à Fiocruz?
- 15) De maneira geral, você considera o processo decisório relacionado aos projetos de cooperação estruturante em saúde que envolvem ABC, MS e Fiocruz coeso ou fragmentado?
- 16) Se você precisasse definir em uma palavra a função de cada um dos atores no processo decisório dos projetos estruturantes em saúde, qual seria a palavra para:
 - a Agência Brasileira de Cooperação:
 - o Ministério da Saúde:
 - a Fiocruz:

Bloco 3: Implementação e avaliação dos projetos

- 17) De que maneira a ABC participa da fase de implementação dos projetos? Tem a função de supervisão ou também participa mais diretamente? A ABC faz acompanhamento *in loco*?
- 18) O MS e a Fiocruz enviam relatórios para a ABC sobre a implementação dos projetos estruturantes? Com que frequência?
- 19) A Fiocruz e o MS explicam previamente à ABC como será a implementação dos projetos estruturantes?
- 20) A avaliação dos projetos estruturantes em saúde é realizada pelos três atores (ABC, MS e Fiocruz) conjuntamente ou separadamente?

Bloco 4: Outras questões

- 21) Qual é a sua opinião sobre o nível de institucionalização da cooperação técnica brasileira? Ela é suficientemente institucionalizada ou deveria ser mais institucionalizada? Você tem alguma sugestão sobre quais mecanismos poderiam colaborar para uma maior institucionalização da cooperação técnica sul-sul?
- 22) Há alguma consideração adicional que você deseje fazer sobre o tema?

Grupo 2: ASSESSORIA DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS DE SAÚDE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE (AISA-MS)

Bloco 1: Negociação inicial: formulação dos projetos

- 1) A AISA geralmente participa da negociação inicial dos projetos junto ao país receptor? Se sim, o chamado parte de quem? Da ABC? A participação inicial é mais ativa ou tem teor mais consultivo?
- 2) A AISA costuma ser mais atuante na construção ou na implementação dos projetos? Ou participa igualmente dessas duas fases?
- 3) No caso dos projetos “orientados por demanda”, é comum que os países receptores demandem projetos diretamente ao Ministério da Saúde?
- 4) No momento de elaboração dos projetos, a AISA estabelece prioridades/? De que tipo ou natureza?
- 5) O MS participou da construção do conceito/proposta de cooperação *estruturante* em saúde? De que maneira? Outras agências participaram da construção dessa proposta?

Bloco 2: Negociação entre os três atores brasileiros (ABC, MS e Fiocruz)

- 6) Você considera que houve aumento da interação entre ABC, MS e Fiocruz para a elaboração de projetos de cooperação técnica a partir do governo Lula?
- 7) Entre a Fiocruz e a ABC, com qual desses dois órgãos a AISA tem maior facilidade/abertura para conversar?
- 8) A comunicação entre a AISA e a ABC costuma fluir bem? É rápida? É muito burocrática? Quais são as maiores dificuldades de comunicação que ocorrem entre a AISA e a ABC?
- 9) As mudanças de chefia na ABC afetam a relação da AISA com essa agência?

- 10) A comunicação entre a AISA e a Fiocruz costuma fluir bem? É rápida? É muito burocrática?
Quais são as maiores dificuldades de comunicação que ocorrem entre AISA e a Fiocruz?
- 11) As mudanças de chefia na Fiocruz afetam a relação da AISA com essa fundação?
- 12) Já aconteceu de algum procedimento ou projeto sugerido pela AISA ser rejeitado pela ABC?
- 13) A divisão de gastos varia de acordo com o tipo ou tamanho do projeto? A AISA/MS geralmente financia quais tipos de gasto?
- 14) De maneira geral, você considera o processo decisório relacionado aos projetos de cooperação estruturante em saúde que envolvem ABC, MS e Fiocruz coeso ou fragmentado?
- 15) Se você precisasse definir em uma palavra a função de cada um dos atores no processo decisório dos projetos estruturantes em saúde, qual seria a palavra para:
- a Agência Brasileira de Cooperação:
 - o Ministério da Saúde:
 - a Fiocruz:

Bloco 3: Organização burocrática interna dos atores

- 16) Nos últimos 13 anos, houve aumento expressivo no orçamento do MS *destinado especificamente* aos projetos de cooperação técnica?
- 17) Em geral, de que tipo e qual a origem dos recursos financeiros cobertos pelo MS? São do orçamento próprio do ministério ou repasses de órgãos do governo, como a ABC? O MS arca apenas com os custos de implementação (ex: horas técnicas cedidas) ou também cobre custos relacionados à elaboração dos projetos?
- 18) A AISA/Ministério da Saúde percebe uma maior ou menor abertura para sua participação em projetos de cooperação técnica internacional de acordo com a mudança de governo no país ou a sua participação nesse tipo de projeto pode ser considerada constante?

Bloco 4: Implementação e avaliação dos projetos

- 19) De que maneira a AISA participa da fase de implementação dos projetos?
- 20) A AISA explica previamente à ABC quais serão suas atividades no processo de implementação dos projetos estruturantes?
- 21) A AISA envia relatórios para a ABC sobre a implementação dos projetos estruturantes? Com que frequência?

- 22) A avaliação de resultados dos projetos estruturantes em saúde é realizada pelos três atores (ABC, MS e Fiocruz) conjuntamente ou separadamente?

Bloco 5: Outras questões

- 23) Qual é a sua opinião sobre o nível de institucionalização da cooperação técnica brasileira? Ela é suficientemente institucionalizada ou deveria ser mais institucionalizada? Você tem alguma sugestão sobre quais mecanismos poderiam colaborar para uma maior institucionalização da cooperação técnica sul-sul?
- 24) Há alguma consideração adicional que você deseje fazer sobre o tema?

Grupo 3: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Bloco 1: Negociação inicial: formulação dos projetos

- 1) A Fiocruz geralmente participa da negociação inicial dos projetos junto ao país receptor? Se sim, o chamado parte de quem? Da ABC? A participação inicial é mais ativa ou tem teor mais consultivo?
- 2) A Fiocruz costuma ser mais atuante na construção ou na implementação dos projetos? Ou participa igualmente dessas duas fases?
- 3) No caso dos projetos “orientados por demanda”, é comum que os países receptores demandem projetos diretamente à Fiocruz?
- 4) Tendo em vista a significativa visibilidade da atuação internacional da Fiocruz, acontece de os próprios países receptores demandarem a participação da Fiocruz nos projetos?
- 5) No momento de elaboração dos projetos, a Fiocruz estabelece prioridades? De que tipo ou natureza?
- 6) A Fiocruz participou da construção do conceito/proposta de cooperação *estruturante* em saúde? De que maneira? Outras agências participaram da construção dessa proposta?

Bloco 2: Negociação entre os três atores brasileiros (ABC, MS e Fiocruz)

- 7) Você considera que houve aumento da interação entre ABC, MS e Fiocruz para a elaboração de projetos de cooperação técnica a partir do governo Lula?

- 8) Entre a ABC e a AISA/MS, com qual desses dois órgãos a Fiocruz tem maior facilidade/abertura para conversar?
- 9) A comunicação entre a Fiocruz e a ABC costuma fluir bem? É rápida? É muito burocrática?
Quais são as maiores dificuldades de comunicação que ocorrem com a ABC?
- 10) As mudanças de chefia na ABC afetam a relação da Fiocruz com essa agência?
- 11) A comunicação entre Fiocruz e a AISA costuma fluir bem? É rápida? É muito burocrática?
Quais são as maiores dificuldades de comunicação que ocorrem com a AISA?
- 12) As mudanças de chefia na AISA/MS afetam a relação da Fiocruz com esse órgão?
- 13) Já aconteceu de algum procedimento ou projeto sugerido pela Fiocruz ser rejeitado pela ABC?
- 14) A divisão de gastos varia de acordo com o tipo ou tamanho do projeto? A Fiocruz geralmente financia quais tipos de gasto?
- 15) De maneira geral, você considera o processo decisório relacionado aos projetos de cooperação estruturante em saúde que envolvem ABC, MS e Fiocruz coeso ou fragmentado?
- 16) Se você pudesse definir em uma palavra a função de cada um dos atores no processo decisório dos projetos estruturantes em saúde, qual seria a palavra para:
 - a Agência Brasileira de Cooperação:
 - o Ministério da Saúde:
 - a Fiocruz:

Bloco 3: Organização burocrática interna dos atores

- 17) Nos últimos 13 anos, houve aumento expressivo no orçamento da Fiocruz *destinado especificamente* aos projetos de cooperação técnica estruturante?
- 18) Em geral, de que tipo e qual a origem dos recursos financeiros cobertos pela Fiocruz? São do orçamento próprio da instituição ou repasses de órgãos do governo, como a ABC e o MS? A Fiocruz arca apenas com os custos de implementação (ex: horas técnicas cedidas) ou também cobre custos relacionados à elaboração dos projetos?
- 19) A Fiocruz percebe uma maior ou menor abertura para sua participação em projetos de cooperação técnica internacional de acordo com a mudança de governo no país ou a sua participação nesse tipo de projeto pode ser considerada constante?

Bloco 4: Implementação e avaliação dos projetos

- 20) De que maneira a Fiocruz participa da fase de implementação dos projetos?

- 21) A Fiocruz explica previamente à ABC quais serão suas atividades no processo de implementação dos projetos estruturantes?
- 22) A Fiocruz envia relatórios para a ABC sobre a implementação dos projetos estruturantes? Com que frequência?
- 23) A avaliação dos projetos estruturantes em saúde é realizada pelos três atores (ABC, MS e Fiocruz) conjuntamente ou separadamente?

Bloco 5: Outras questões

- 24) Qual é a sua opinião sobre o nível de institucionalização da cooperação técnica brasileira? Ela é suficientemente institucionalizada ou deveria ser mais institucionalizada? Você tem alguma sugestão sobre quais mecanismos poderiam colaborar para uma maior institucionalização da cooperação técnica sul-sul?
- 25) Há alguma consideração adicional que você deseje fazer sobre o tema?

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, _____, concordo em participar, como voluntário (a), do estudo que tem como pesquisadora responsável a mestrandia Livia Liria Avelhan, do curso de Ciência Política do Instituto de Estudos Sociais e Político da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IESP-UERJ), que pode ser contatada pelo e-mail livia.liria@gmail.com e pelo telefone (21) 96759-4862.

Tenho ciência de que o estudo objetiva realizar entrevistas semiestruturadas com os principais atores envolvidos no processo decisório dos projetos de cooperação técnica sul-sul em saúde, a fim de subsidiar a elaboração da dissertação de mestrado intitulada “O Processo Decisório na Política Externa Brasileira de Cooperação Sul-Sul: a Participação dos Atores Domésticos na Elaboração de Projetos Estruturantes na área da Saúde”. A pesquisa tem como finalidade analisar qual é a função de cada um dos atores no processo decisório e de que maneira eles interagem para negociar a elaboração e implementação dos projetos.

Minha participação consistirá em conceder uma entrevista (presencial) que será gravada e transcrita. Entendo que as informações obtidas pela pesquisadora podem ser divulgadas apenas com finalidade acadêmica.

() Aceito que minha identidade seja citada na pesquisa em questão.

() Quero que minha identidade seja mantida em sigilo e que todas as informações que permitam a identificação sejam omitidas.

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Brasília/Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

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

PROTOCOLO DE INTENÇÕES ENTRE O MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES
EXTERIORES E O MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

e

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

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

Resolvem celebrar o presente Protocolo, com base no estipulado a seguir:

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

PRON: PRE-CHEFE DO GABINETE

FONE NO. : 0610236670

NOV 27 2006 12:08PM P2

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

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

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

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

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

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

Brasília, em 4 de julho de 2005.


CELSON AMORIM
Ministro de Estado das Relações
Exteriores


HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde