



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Rafaela Rodrigues Andrade

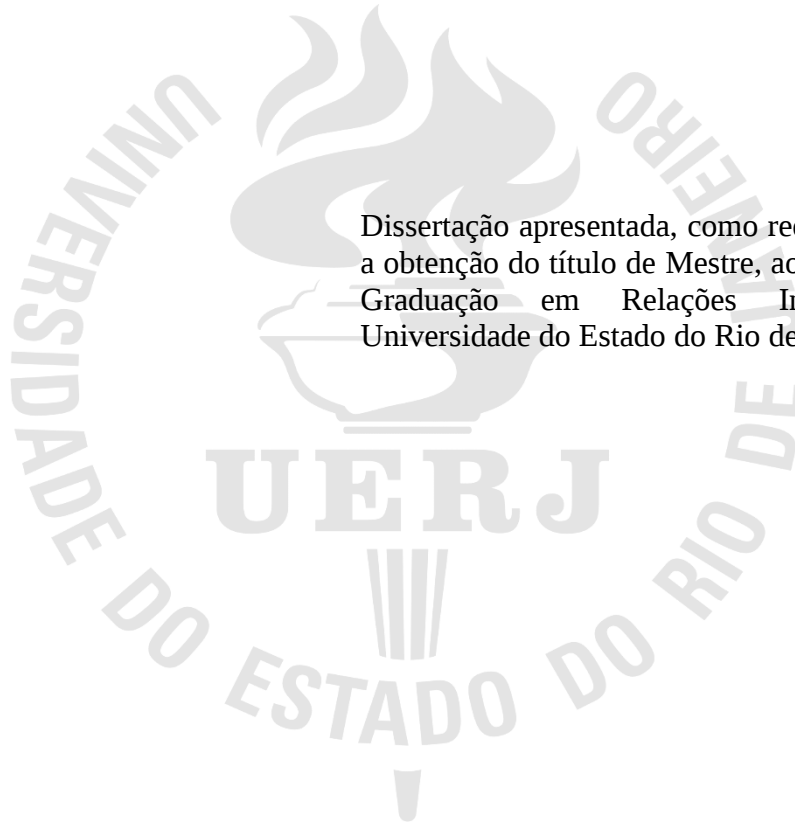
**A Política Externa Brasileira na Cooperação Sul-Sul em Saúde: a *Rationale*
da Descontinuidade entre 2003 e 2016**

Rio de Janeiro

2019

Rafaela Rodrigues Andrade

**A Política Externa Brasileira na Cooperação Sul-Sul em Saúde: a *Rationale* da
Descontinuidade entre 2003 e 2016.**



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

Orientador: Prof. Dr. Paulo Afonso Monteiro Velasco Júnior

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

R696 Rodrigues, Rafaela.
 A Política Externa Brasileira na Cooperação Sul-Sul em Saúde: a Rationale da Descontinuidade entre 2003 e 2016/ Rafaela Rodrigues. – 2019.
 104 f.

 Orientadora: Paulo Afonso Monteiro Velasco Júnior.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

 1. Relações internacionais – Teses. 2. Brasil – Relações exteriores – Teses. 3. Saúde pública – Cooperação internacional – Teses. I. Velasco Júnior, Paulo Afonso Monteiro. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

es CDU 327(81)

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

Assinatura

Data

Rafaela Rodrigues Andrade

**A Política Externa Brasileira na Cooperação Sul-Sul em Saúde: a *Rationale* da
Descontinuidade entre 2003 e 2016.**

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

Aprovada em 23 de outubro de 2019.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Paulo Afonso Monteiro Velasco Júnior (Orientador)
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - UERJ

Prof. Dr. Maurício Santoro Rocha
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - UERJ

Prof. Dr. André Luiz Coelho Farias de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

Aos professores que caminharam comigo: Maurício Santoro, pela presteza, pela amizade e pelos incentivos de mais de uma década. Paulo Velasco, orientador e amigo, por compartilhar essa jornada comigo, de forma muito dedicada, atenciosa e o mais leve possível.

A todos os colegas do PPGRI/UERJ, em especial, Roberta, Carla, Álvaro, Isabela e Augusto, que dividiram conquistas, incertezas e multiplicaram os sorrisos neste caminho.

Aos funcionários da UERJ, servidores, terceirizados e colaboradores. A todos que acreditam na importância e no espaço da universidade pública.

Ao Chanceler Celso Amorim, mentor e ícone profissional, por todo o aprendizado e oportunidades imensuráveis ao longo dos últimos anos.

Aos meus amigos, pelo afeto de sempre. Rafael, de todas as horas e para todas as horas. Sylvia, Camila, Arlanza, Roberta, Maria Amélia e Danielle, por estarem sempre próximas e pelas incansáveis palavras de carinho, admiração e incentivo. Marcelo, pela amizade incondicional e por compartilhar, de forma muito descontraída, as preocupações da vida adulta.

Ao meu tio Fernando, amigo, pai e maior conselheiro. Ao Leo e Diego, meus irmãos, sem os quais não imagino viver essa vida inteira que ainda temos pela frente. A todos os meus familiares que sempre me incentivaram e comemoraram comigo cada conquista na vida profissional e, agora, acadêmica.

Ao Rodrigo, por tanto, sem conseguir expressar nesse texto a gratidão apaixonada de tê-lo em minha vida. Agradeço pelos incontáveis momentos de amor, dedicação, torcida, conselhos e felicidade plena.

Aos meus pais, Armando (*in memoriam*) e Conceição, por terem me ensinado absolutamente todas as lições de amor e de disciplina, sem as quais eu jamais teria chegado até aqui.

Especialmente, de todo o coração, agradeço à minha avó e companheira de vida, Libania (*in memoriam*), que me deixou ao longo dessa jornada. Obrigada por tudo. “Tudo” é tanto, que nem caberia nesta página.

RESUMO

RODRIGUES, Rafaela. *A Política Externa Brasileira na Cooperação Sul-Sul em Saúde: a rationale da descontinuidade entre 2003 e 2016*. 2019. 104 f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Programa de Pós-graduação em Relações Internacionais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

A emergência de novos atores e agendas no cenário internacional do século XXI tem reforçado a importância dos estudos de cooperação Sul-Sul e Saúde Global nas pautas de segurança e do desenvolvimento, com seus respectivos desdobramentos na política externa de cada país. O presente estudo analisa a atuação brasileira na área entre os anos de 2003 e 2016, quando o Brasil empenhou esforços consideráveis no intercâmbio de experiências e resultados conjuntos com diversos países em desenvolvimento. A pesquisa revela dimensões importantes da política externa brasileira (PEB) de cooperação técnica Sul-Sul em saúde e de seu respectivo processo decisório, com a participação de atores domésticos nas etapas de formulação e implementação da PEB. Neste particular, 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 responsável por acompanhar as iniciativas de cooperação técnica é a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cuja divisão responsável pela gestão dos projetos de cooperação é o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS). Busca-se, dessa forma, compreender os fatores de mudança que evidenciaram oscilações no processo decisório e na execução da política externa brasileira, partindo de duas perspectivas principais de análise: a liderança dos chefes de Estado Lula da Silva e Dilma Rousseff e a interposição da burocracia institucional.

Palavras-chave: Política Externa Brasileira. Cooperação Sul-Sul. Diplomacia da Saúde Global.

ABSTRACT

RODRIGUES, Rafaela. *Brazilian Policy on South-South Cooperation in Health: the rationale for discontinuation between 2003 and 2016*. 2019. 104 f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Programa de Pós-graduação em Relações Internacionais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The rise of new actors and debates in the 21st century has strengthened the importance of South-South cooperation and Global Health studies on security and development agendas, with perceptible effects on foreign policy making. The current work aims to analyze the Brazilian performance on South-South technical cooperation in health between 2003 and 2016, when the country made considerable efforts towards establishing a mutual partnership with several developing countries. Indeed, Brazil's transition to democracy has gradually led to a set of foreign policy adjustments by the entry of domestic actors to fulfil its new agenda and competencies. Consensus building has thus become more complex. In this regard, the main internal institutions involved in health cooperation are the Brazilian Cooperation Agency (ABC), part of the Ministry of Foreign Relations (MRE); the Ministry of Health (MS), whose sector responsible for managing technical cooperation initiatives is the International Health Advisory (AISA) and the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), whose division accountable for international partnerships in technical cooperation is the Center for International Relations in Health (CRIS). More specifically, this research intends to analyze the changes of Brazil's foreign policy on South-South cooperation in health along Lula da Silva and Dilma Rousseff's governments. In this manner, it is sought to examine these degree of discontinuation with respect to two primary change agents: the main decisor (president) and the members of the domestic decisionmaking arena (bureaucracy).

Keywords: Brazilian Foreign Policy. South-South Cooperation. Global Health Diplomacy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Classificação da Cooperação Sul-Sul por Segmento	45
Gráfico 2 – Evolução da Execução Financeira dos Projetos da ABC	56
Gráfico 3 – Quantitativos de Projetos e Novas Atividades Isoladas de Cooperação por Ano	60
Gráfico 4 – Percentual do Mandato Viajando Ano a Ano.....	61
Gráfico 5 – Distribuição anual de projetos por área geográfica (1995-2005).....	72
Gráfico 6 – Gastos do governo federal com a cooperação brasileira (2005-2016)	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de gestão de iniciativas de Cooperação Técnica Sul-Sul.....	51
Figura 2 – Modelo de Análise de Política Externa de Charles Hermann.....	59
Figura 3 – Nuvem de Palavras Governos Lula da Silva (2003 – 2010).....	89
Figura 4 – Nuvem de Palavras Governos Dilma Rousseff (2011 – 2016).....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESA	Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
AHI	Ajuda Humanitária Internacional
AIEA	Agência Internacional de Energia Atômica
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
APE	Análise de Política Externa
APS	Atenção Primária à Saúde
ASEAN	Associação de Nações do Sudeste da Ásia
ASPA	Cúpula América do Sul – Países Árabes
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul
CAD/OCDE	Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento
CAESA	Comissão-Geral de Assuntos Especiais em Saúde
CAI	Comissão de Assuntos Internacionais
CELAC	Comunidade de Estados Latino-Americanos e Caribenhos
CGPC/DESID	Coordenação Geral de Programas e Projetos de Cooperação Técnica
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CNAT	Comissão Nacional de Assistência Técnica
COBRADI	Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional
CONTAP	Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CRIS	Centro de Relações Internacionais em Saúde
CSI	Comissão de Saúde Internacional
CSSD	Cooperação Sul-Sul Para o Desenvolvimento
CT&C	Cooperação Técnica em Ciência e Tecnologia
CTPD	Cooperação Técnica Entre Países em Desenvolvimento
DCT	Divisão de Cooperação Técnica
DSG	Diplomacia da Saúde Global
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FUNAG	Fundação Alexandre de Gusmão

IBAS	Índia, Brasil, África do Sul
IPEA	Instituto de Pesquisas Aplicadas
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento da África
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
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
PMM	Programa Mais Médicos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PT	Partido dos Trabalhadores
RBLH	Rede de Bancos de Leite Humano
SAIN/MF	Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério da Fazenda
SEAIN/MP	Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
SGEC	Subsecretaria Geral de Cooperação e Comunidades Brasileiras no Exterior
SUBIN	Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional
SUS	Sistema Único de Saúde
SU/SSC	Special Unit for South-South Cooperation
TC- 41	Termo de Cooperação 41
TC- 58	Termo de Cooperação 58
TCU	Tribunal de Contas da União
TPI	Tribunal Penal Internacional
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	11
1	A COOPERAÇÃO SUL-SUL BRASILEIRA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DA POLÍTICA EXTERNA.....	17
1.1	Contexto histórico.....	17
1.2	Saúde e Política Externa	26
1.3	O perfil dos principais atores domésticos.....	33
1.3.1	<u>A Agência Brasileira de Cooperação.....</u>	<u>33</u>
1.3.2	<u>A Assessoria de Assuntos Internacionais</u>	<u>36</u>
1.3.3	<u>A Fundação Oswaldo Cruz.....</u>	<u>38</u>
1.4	Considerações parciais	40
2	Os anos de 2003 a 2016: entre a projeção e o distanciamento.....	42
2.1	A cooperação internacional do Brasil.....	42
2.2	Processo decisório: a atuação dos atores domésticos na CTPD brasileira em saúde.....	49
2.3	Lula x Dilma: cenários de inflexão na troca de governo.....	53
2.4	Considerações parciais	64
3	COOPERAÇÃO SUL-SUL EM SAÚDE: RUPTURA E DIÁLOGOS DA IMPERMANÊNCIA BRASILEIRA.....	66
3.1	Atuação política: aspectos quantitativos na cooperação internacional brasileira.....	66
3.2	Série histórica de gastos: 2011 e a política da descontinuidade	72
3.3	O viés estratégico na articulação da liderança e da burocracia institucional ...	78
3.4	Considerações finais	90
	CONCLUSÃO.....	92
	REFERÊNCIAS.....	96
	ANEXO A – Lista de entrevistados	104

INTRODUÇÃO

No âmbito internacional, o termo cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) pode ser entendido como um campo permeado por assimetrias e jogos de poder nas relações entre os Estados nacionais e entre estes e um elenco de atores variados, que competem por legitimidade, reconhecimento e recursos materiais (MILANI, 2018). No geral, lê-se a dinâmica heterogênea das relações internacionais como um motor estratégico para os debates, atividades e paradigmas na área da cooperação, correlacionando normas, práticas e ideologias econômicas e sociopolíticas.

Neste particular, a cooperação ofertada pelo Brasil aos países em desenvolvimento, e recebida através de triangulação com organismos internacionais, foi um motor importante da política externa entre os anos de 2003 e 2016. Em linhas gerais, o governo Lula da Silva (2003-2010) posicionou o Brasil como um ator de alto nível no cenário internacional, com grande capacidade articulação e mobilização de novas agendas, especialmente em torno do eixo Sul-Sul. No nível do discurso, o governo Dilma Rousseff (2011-2016) buscou perpetuar traços de continuidade, no entanto, a política externa acabou sendo arrefecida pelo cenário doméstico de grave crise política e econômica. Além disso, a perda de ímpeto por parte do Poder Executivo e de seus Ministérios nas pautas de política externa brasileira (PEB) também contribuiu para essa dinâmica de retração.

Atualmente, assistimos com cautela às estratégias e práticas da cooperação internacional. Os paradigmas que pautaram a área na segunda metade do século XX e no início do século XXI não suplantaram problemas estruturais, como a fome, a pobreza e a desigualdade social. No campo da saúde, Dominique Kerouedan (2013) alerta para o risco de que *nossa cultura de saúde pública e de cooperação para o desenvolvimento seja confiscada pelo pensamento dominante da Global Health ou do Global South*, considerados pouco atentos aos verdadeiros desafios locais dos países mais pobres (VENTURA, 2013; KEROUEDAN, 2013a).

Apesar de mantida parte dos problemas estruturais de base, os avanços obtidos por muitos países em desenvolvimento nas duas primeiras décadas do século XXI reforçaram a necessidade de uma atuação cada vez mais assertiva nas diferentes vertentes de cooperação internacional, especialmente na Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD). Nesse âmbito, a política externa brasileira dimensionou a sua atenção para o compromisso com a promoção do desenvolvimento global, com ênfase na América Latina, África e Ásia. Em consonância com este discurso, um número cada vez maior de instituições nacionais, em suas diversas categorias, vem atuando no campo das relações exteriores e da

cooperação internacional. O potencial da capacidade técnica, tecnológica e material destas instituições e entidades brasileiras permite que as iniciativas de intercâmbio e cooperação se dividam em diferentes modalidades, com destaque para as cooperações científico-tecnológica, técnica, educacional, econômica e de assistência humanitária (IPEA, 2010).

No plano doméstico, as práticas de cooperação internacional foram uma vertente importante da PEB no início do século XXI. Ao buscar um papel de maior destaque no exterior, o Brasil investiu na mobilização de múltiplas agências do Estado com agendas externas próprias ou complementares às linhas de ação do Itamaraty (HIRST, LIMA & PINHEIRO, 2010). Na área da saúde, essa horizontalização do processo decisório em política exterior trouxe, entre outros desafios, a necessidade de conciliar os diversos interesses e práticas das burocracias institucionais. Uma vez que a saúde figura entre as três principais áreas de atuação do Brasil em projetos ofertados e recebidos em cooperação técnica Sul-Sul (IPEA, 2016), analisar a condução da política externa brasileira na área em momentos de grande efetividade, como os anos de 2003 a 2016, permite traçar cenários evolutivos significativos sobre a atuação do país, com possíveis desdobramentos futuros no campo da CTPD.

Neste sentido, é possível destacar algumas vertentes importantes da PEB em cooperação técnica Sul-Sul em saúde. Ao longo dos anos, comumente, ela tem sido cooperativa e determinada ao defender I) a sujeição do comércio internacional aos direitos humanos, em temas de propriedade intelectual; II) os determinantes sociais da saúde enquanto prioridade na agenda global; e III) uma reforma interna na OMS (Organização Mundial da Saúde), tornando-a mais forte e independente frente aos interesses dos grandes financiadores privados. Como princípios norteadores, destacam-se a não condicionalidade, a orientação por demanda do país parceiro, a participação de múltiplos atores no processo e a priorização de projetos estruturantes (ABC, 2013).

No que se refere à participação direta dos agentes domésticos, as principais instituições envolvidas nas fases do processo decisório de política externa brasileira em saúde são a Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE), a Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA/MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A ABC, inicialmente vinculada à Fundação Alexandre de Gusmão (Funag), do MRE, foi criada em 1987, com o objetivo de ser o órgão normatizador e responsável pela execução e coordenação da cooperação técnica internacional do governo brasileiro, além da elaboração dos instrumentos que regulamentam as relações do governo com outros países ou organizações internacionais na área. É também a instância de articulação e comunicação entre o governo e as embaixadas brasileiras no exterior, assim como embaixadas estrangeiras no país, para os assuntos de cooperação técnica internacional (ALMEIDA, 2013).

Apesar da ampla atuação do Ministério da Saúde, a AISA, criada em 1998, concentra a organização das atividades internacionais de cooperação técnica, sendo a principal interlocutora da ABC e da Fiocruz na área. 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 do Brasil sobre temas de saúde em âmbito internacional, de acordo com as bases da política externa brasileira e em permanente articulação com as outras áreas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Por sua vez, a Fiocruz, fundada em 1970 (apesar do início da sua história institucional remeter aos anos 1900, com a criação do Instituto Soroterápico Federal), é uma fundação pública ligada ao Ministério da Saúde, que tem como missão produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde), contribuindo 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, 2018). Em janeiro de 2009 foi criado o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), responsável pela coordenação e apoio às atividades internacionais da Fundação, amplamente capacitado para gerir a governança global em saúde nos mais diversos campos de ação da Fiocruz, dentro e fora do Brasil. Além disso, vários projetos de cooperação técnica internacional também são desenvolvidos por outras áreas dentro da própria instituição.

Juntos, os três atores concentram boa parte da política externa brasileira na área, atuando de forma determinante nas iniciativas de cooperação técnica Sul-Sul. Nesse contexto, a ação conjunta da ABC/MRE, da AISA/MS e da Fiocruz na CTPD brasileira reflete a abertura participativa na formulação e implementação da política externa, com impacto significativo em temas de grande mobilização social dentro e fora do país, como a saúde, por exemplo. Conceitualmente, este estudo considera como formulação

[...] a concepção de uma conduta que se expresse em atos ou palavras, com relação a um tema de natureza internacional, por iniciativa ou reação, por parte de atores privilegiados na arena decisória e que esta se traduza, em última análise, como a posição do governo em questão (PINHEIRO, 2000, p. 453)

; e como implementação a “[...] mera aplicação de uma decisão, desde que neste processo não se acrescente ou se altere substancialmente o conteúdo da mesma [...]” (PINHEIRO, 2000, p. 453).

Nesse âmbito, nota-se que as diretrizes da PEB, e suas eventuais oscilações, estão relacionadas não somente às decisões tomadas pelos chefes de Estado, mas também à

participação de atores institucionais sociais e econômicos domésticos (MILANI e PINHEIRO, 2013), evidenciando a importância da metodologia de análise de políticas públicas aplicada aos estudos de política externa. À exceção de algumas particularidades e diferenças (como a política externa não ser implementada prioritariamente no ambiente doméstico), a união de ambas permite mais assertividade e compreensão da política exterior e seus respectivos agentes e variáveis.

Dada a conjuntura, o conceito de Diplomacia da Saúde Global (DSG) emergiu justamente para descrever as práticas por meio das quais governos e agentes não estatais coordenam ações e esforços para melhorar as condições de saúde no mundo. A nível global de análise, a literatura evidencia a influência das organizações internacionais, ONGs e empresas multinacionais ao determinar agendas e influenciar o processo político dentro da governança global. A nível doméstico, há destaque para os grupos de interesse (especialmente do empresariado), órgãos do governo, além de uma série de agentes da sociedade civil, como associações profissionais, ONGs, *Think Tanks*, universidades e instituições de pesquisa. Inevitavelmente, a saúde tornou-se uma questão de política externa ao se vincular às agendas globais de segurança, economia e desenvolvimento social (KICKBUSCH, 2011). Ao invés de uma teoria única sobre a DSG que explique a totalidade das negociações em saúde global com o mesmo conjunto de fatores, seria mais útil determinar quais níveis de análise e quais fatores explicativos existentes em cada nível são os responsáveis por produzir resultados específicos na área (RUCKERT et al, 2016).

Neste sentido, o objetivo geral desta dissertação é analisar a influência dos chefes de Estado (Lula da Silva e Dilma Rousseff) e dos principais atores domésticos na formulação e implementação da política externa brasileira de cooperação técnica Sul-Sul em saúde entre anos de 2003 e 2016. Busca-se compreender os fatores de mudança que evidenciaram oscilações no processo decisório e na execução da PEB, especialmente após a troca de liderança em 2011. Os objetivos específicos compreendem: estudar as preferências e os interesses das instituições e dos dois líderes no âmbito da cooperação Sul-Sul no período; identificar eventuais pontos de convergência ou divergência nas relações inter e intraburocráticas dos três atores; e levantar e analisar dados sobre o histórico de projetos de cooperação na área durante o referido período.

O estudo trabalha com a hipótese de que houve mudança na formulação e implementação da PEB de cooperação técnica Sul-Sul em saúde ao longo dos governos Lula e Dilma em diferentes níveis. Não só pela conjuntura internacional e retração dos recursos, mas por dois fatores domésticos presentes no modelo de análise proposto por Charles Hermann (1990): 1) interferência do líder e 2) interferência da burocracia. No primeiro, o líder, conforme

visão e grau de influência pessoais, impõe a sua orientação frente à política externa. No segundo, o processo intra e interburocrático, juntamente com seus executores, influenciam a formulação e o resultado do processo decisório em política externa.

A relevância deste trabalho dialoga com o conceito de diplomacia da saúde¹ enquanto estratégia de *soft power*² brasileiro no início do século XXI, quando o país buscava um papel de destaque e liderança na ordem mundial emergente. O estudo será embasado por lentes teóricas em Análise de Política Externa (APE), como Charles Hermann e Margareth Hermann, além de referenciais importantes no estudo da política externa brasileira. Adicionalmente, será revisada a literatura de referência na área da saúde, que explora e desenvolve as conexões entre política externa e saúde global.

A coleta de dados e a metodologia procedimental conciliaram a pesquisa bibliográfica e documental com entrevistas semiestruturadas. A parte bibliográfica trará contribuições teóricas sobre Análise de Política Externa (APE), conexões entre saúde e política externa brasileira (PEB), além de estudos de cooperação técnica Sul-Sul do Brasil. Para o perfil institucional e o histórico de atuação dos atores domésticos, foram consultadas fontes primárias variadas, como manuais, protocolos, relatórios de atividades e documentos oficiais. Adicionalmente, entrevistas semiestruturadas foram realizadas com altos representantes das três instituições, em consonância com o grau de envolvimento e representatividade de cada um no processo decisório de CTPD.

A dissertação está dividida em três capítulos. No primeiro, com base no aporte teórico da literatura de referência, apresenta-se o contexto histórico da cooperação Sul-Sul e desenvolvem-se as conexões entre saúde global e política externa. Posteriormente, são apresentados os perfis de atuação dos três atores domésticos brasileiros na área. O segundo capítulo traz um panorama da cooperação internacional do Brasil e discorre sobre o processo decisório no qual os três atores principais estão inseridos. Complementarmente, é feita uma análise sobre ambos os governos, Lula da Silva e Dilma Rousseff, partindo de uma perspectiva política, econômica e de atuação na CTPD. O terceiro e último capítulo reúne e apresenta dados quantitativos da atuação política e geoestratégica³ do Brasil em cooperação Sul-Sul, além de articular os conceitos de liderança e burocracia institucional dentro do modelo de Análise de

¹ O conceito de diplomacia da saúde se refere aos problemas de saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõem os países a influências globais, necessitando uma coordenação mais decisiva entre os setores governamentais de saúde e relações internacionais para sua resolução (KICKBUSCH *et al.*, 2007)

² Termo criado por Joseph Nye nos anos 1980 para designar a forma como uma nação impõe sua influência no resto do mundo por meios distintos da coerção, do dinheiro e da supremacia militar – o chamado *hard power*.

³ Escolhas geográficas que refletiram o posicionamento e as prioridades da política externa brasileira.

Política Externa proposto por Charles Hermann (1990). A última seção, que traz as considerações finais, sistematiza os principais pontos abordados ao longo desta dissertação. Por último, o trabalho sugere novas questões visando estimular futuros debates e estudos que contribuam para o desenvolvimento da CTPD enquanto recurso estratégico da atuação brasileira no cenário internacional.

1 A COOPERAÇÃO SUL-SUL BRASILEIRA EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DA POLÍTICA EXTERNA

1.1 Contexto histórico

Apesar de alguns avanços econômicos e do progresso científico, o processo de globalização iniciado no século XX reforçou as disparidades entre os diversos atores internacionais, ampliando as desigualdades e agravando problemas sociais históricos como a miséria, a fome e as epidemias, especialmente nos países periféricos. No geral, o fim do século XX e a globalização aumentaram, em diferentes graus, o senso de vulnerabilidade das sociedades. Essa percepção difere dos países desenvolvidos para aqueles em desenvolvimento. Nos primeiros, há o medo e a insegurança provocados pelo aumento dos fluxos migratórios e pela iminência dos ataques terroristas, além de instabilidades econômicas; nos segundos, a sensação de vulnerabilidade é na estrutura, expressa pelas desigualdades, pobreza e miséria, além da violência social e da negligência política. Nos dois casos, há desafios para conciliar as políticas econômicas de desenvolvimento com a melhoria da qualidade de vida da população (ALMEIDA, 2013).

Na área da saúde, o início do século XXI trouxe complicações para uma grande parcela da população mundial, com o aumento de doenças, a insegurança alimentar e as mudanças climáticas. Ameaças epidêmicas graves como as de HIV/AIDS, malária e tuberculose, assim como o aumento de doenças mentais, cardiovasculares, diabetes, obesidade, subnutrição e câncer foram, de certa forma, negligenciados, com os sistemas de saúde pública de muitos países em declínio (BUSS E FERREIRA, 2017). Naturalmente, os países mais pobres têm mais dificuldade em responder às necessidades da sua população, alimentando um círculo vicioso de pobreza, violência e epidemias. As políticas públicas são mal formuladas e mal implementadas, com carência estrutural e tecnológica básica essencial. Além disso, o subfinanciamento dos recursos destinados a combater as doenças e os fatores de risco somam-se à escassez de profissionais, quase sempre mal remunerados e com baixa capacitação (WHO, 2006a). Sem oportunidades, as migrações e a fuga de cérebros dos agentes de saúde para o exterior são, com frequência, um dos grandes efeitos negativos do amparo e das campanhas de ajuda internacional.

Historicamente, a cooperação internacional em saúde é bastante antiga. Ainda no século XIX, os avanços nas pesquisas sobre doenças infecciosas (cólera, peste e febre amarela) trouxeram a oportunidade de se discutir saúde no âmbito internacional. Nas décadas seguintes,

conferências foram realizadas, tratados foram assinados e algumas organizações internacionais foram criadas para fortalecer a cooperação internacional (ALMEIDA, 2017). Apesar da institucionalização da área, as questões sanitárias continuaram incutindo riscos ao comércio internacional. Neste contexto, o campo da saúde internacional se amparou nos acordos bilaterais intergovernamentais assinados na segunda metade do séc. XIX e na ação das agências multilaterais da Europa na primeira metade do séc. XX.

Com a criação das Nações Unidas (ONU), dois representantes (Geraldo de Paula Souza, do Brasil, e Szeming Sze, da China) iniciaram as conversas sobre a necessidade da criação de uma agência mundial de saúde. Fundada em 1948 e sediada em Genebra, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi o órgão que exerceu a liderança global na área, sendo considerada como o ator principal durante alguns anos. Ainda em 1950, apesar de não ser exatamente supranacional e independente, a OMS atuou com autonomia e neutralidade, consolidando-se como uma organização global de saúde comprometida com as demandas e os problemas mundiais, e não com os interesses particulares dos seus países membros (CUETO, 2015). Os princípios da cooperação entre si e com os outros descritos em sua Constituição defendem que

a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. [...] A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. [...] O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum. (Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1946⁴)

Na sua origem, a OMS priorizou reformas sociais que pudessem melhorar as condições de vida da população, já que muitas doenças estão diretamente ligadas à pobreza crônica e aos problemas estruturais da sociedade. Esse papel importante de reconstrução dos sistemas de saúde e da criação de novas possibilidades de ação e cooperação mútua sofreu grande influência da medicina social na segunda metade do século XX. Na década de 1970, a crise fiscal e os choques do petróleo evidenciaram os altos custos dos sistemas de saúde. Nos anos 1980, a crise econômica, a propagação de ideologias neoliberais e alguns processos de redemocratização política na América do Sul e de descolonização na África agravaram a pobreza e as desigualdades em algumas regiões. A proliferação mundial da epidemia do HIV/Aids, juntamente com outras doenças, sobrecarregou o sistema de saúde dos países mais pobres. Não

⁴ Os estatutos da OMS foram aprovados em 22 de julho de 1946, durante Conferência Internacional da Saúde, convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) reunido em Nova York. No entanto, a Organização foi oficialmente fundada em 7 de abril de 1948, quando 26 membros das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos com o propósito primordial de garantir o nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos.

obstante, os gastos na área foram atrelados aos ajustes macroeconômicos da época, sob as bases do neoliberalismo: privatização, flexibilidade e desregulamentação, ofuscando problemas sociais (ALMEIDA, 2017).

Essas transformações dos sistemas de saúde nos anos 1980 e 1990 não só não suplantaram as desigualdades existentes como ajudaram a enfraquecer um modelo já precário. Em meados da década de 1990, os péssimos resultados desses anos de descaso e de políticas inadequadas eram notórios e incontestáveis. Paralelamente, a cooperação internacional se concentrou em inovação tecnológica e de produtos, como medicamentos, vacinas e máquinas, além do estímulo à criação de parcerias, organizações e fundos globais.

Nas décadas de 1980 e 1990, os estudos da história da saúde internacional foram ampliados com as novas abordagens da medicina social. Com o crescimento do comércio, o aumento das migrações e a exportação de matérias-primas, a saúde internacional passou a ser encarada como uma ferramenta importante para a garantia dos fluxos econômicos e do crescimento das cidades. Por efeito da crescente circulação de pessoas, ideias e investimentos em novas tecnologias na segunda metade do século XX, o foco institucional da área de saúde começou a perder relevância frente a outros tipos de análise, como as pesquisas comparativas entre as agências financiadoras de projetos e os receptores desses investimentos nas comunidades afetadas, geralmente em países emergentes. Essa discussão trouxe novas perspectivas para a pesquisa de cooperação na área, viabilizando uma análise mais vantajosa sobre a atuação dos Estados-membros e das agências internacionais financiadoras, além da relação entre doador e receptor e o impacto real desses investimentos nas comunidades afetadas e nos programas sanitários (CUETO, 2015).

Nesse ínterim de mudanças políticas e econômicas, o termo saúde global se configura como uma resposta a esses novos eventos e desafios trazidos pela globalização. Apesar do interesse por temas relacionados ao desenvolvimento e ao passado da saúde internacional terem surgido na década de 80 (CUETO, 2015), o cenário de cortes em saúde pública imposto pela nova ordem mundial neoliberal trouxe um conjunto de transformações e novos atores na área - como a Fundação Bill & Melinda Gates (um dos maiores financiadores da OMS), as parcerias público-privadas (PPPs) e instituições até então sem participação na saúde, como o Banco Mundial - rerepresentando discussões, propostas e conceitos. Em sua Constituição de 1946, a OMS afirma que saúde não é somente ausência de doença. Enquanto um direito humano fundamental, está ligada também ao bem-estar e ao bom desenvolvimento da vida humana. Com o passar dos anos, esse conceito ampliou o consenso de que sem saúde não há desenvolvimento. Os países de renda baixa e média, especialmente os mais pobres, têm mais

difículdade de governança, com limitações acentuadas na formulação e na implementação de práticas e políticas sociais que promovam com equidade o processo de desenvolvimento social e econômico de toda a população.

A união das diversas iniciativas por parte das Nações Unidas, das agências de cooperação dos países desenvolvidos e, evidentemente, da filantropia internacional tem colocado a saúde como prioridade nos eixos da agenda global de cooperação e dos programas de assistência para o desenvolvimento. Apesar do setor ser um foco importante no fomento de ajuda externa, as ações de cooperação são, em parte, executadas de acordo com interesses próprios e variados das agências multilaterais, dos países doadores (especialmente EUA, Canadá, União Europeia, países nórdicos e Japão), das instituições privadas e das organizações não governamentais (ONGs). Em outros termos, a agenda da saúde passou a ser instrumentalizada para fins geopolíticos (INGRAM, 2005).

Neste contexto, a cooperação internacional pode ser entendida como uma das estratégias dos Estados para consolidar ou rever a sua posição no cenário global, um campo permeado por assimetrias e jogos de poder nas relações entre os Estados nacionais ou entre estes e um elenco de atores variados. Parte-se da premissa de que a ajuda externa e a cooperação internacional para o desenvolvimento são historicamente marcadas pelas relações sociais, políticas e econômicas de cada sociedade particular e pela posição que essa sociedade ocupa no sistema internacional. Entretanto, os projetos político-ideológicos que orientam esta ajuda ou cooperação assumem sentidos particulares em conjunturas históricas específicas, permeados por tensões e disputas permanentes (ALMEIDA, 2013). Ao longo dos anos, o modelo dominante de cooperação Norte-Sul em saúde criou diversas restrições e dificuldades nos países beneficiários e nas comunidades afetadas, devido à falta de coordenação entre os ministérios (da Saúde e das Relações Exteriores) dos respectivos países e os parceiros públicos e privados envolvidos nos projetos. Por consequência, a escassez de recursos e a fragmentação nas etapas de implementação aumentaram os índices de baixa eficiência de muitas atividades.

Neste particular, é importante diferenciar os conceitos de assistência técnica internacional e cooperação técnica internacional. A primeira é definida como um conjunto de medidas de auxílio desenvolvidas e planejadas unilateralmente pelos doadores, sem a participação do beneficiário. Já a segunda representa um esforço mútuo entre doadores e receptores, com planejamento compartilhado e execução conjunta, visando a independência do país beneficiário e o êxito do projeto como um todo (BUSS E FERREIRA, 2017). Naturalmente, a disponibilidade e a gestão dos recursos técnicos para os projetos de cooperação nunca serão plenamente suficientes, considerando a carência estrutural dos países beneficiários.

Entretanto, é necessário discutir o financiamento da cooperação internacional como forma de entender a proporção entre estes e outros gastos, como o militar, por exemplo. Em setembro de 2000, os países mais desenvolvidos do mundo pactuaram-se a investir cerca de 0,7% do seu produto interno bruto (PIB) em ajuda externa contra a pobreza até 2015, considerando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Os estudos mostram que essa proporção caiu pela metade nos últimos quarenta anos: era de 0,48% entre 1960 e 1965, girando em torno de 0,24% nos anos mais recentes (OXFAM INTERNATIONAL, 2005).

Conforme relatório da ONG Economistas por la Paz y la Seguridad (2009), para se alcançar integralmente os ODMs, estimava-se que seriam necessários USD 760 bilhões nos dez anos seguintes, valor bastante inferior ao gasto militar global recente em apenas um ano. Para cada 25 dólares de gasto militar americano apenas 1 dólar é destinado a ajuda externa. Ainda assim, o valor da ajuda oficial para o desenvolvimento foi, em grande parte, para países estratégicos do ponto de vista militar da época (Afeganistão, Iraque, Israel e Paquistão). Na União Europeia, os gastos militares foram de USD 358 *per capita* para a defesa e USD 61 para a ajuda externa. Nas organizações internacionais, as Nações Unidas - e seu sistema de agências, como a OMS, por exemplo - mantêm a contribuição obrigatória de seus Estados-membro. No caso da OMS, cerca de 60% dos recursos são provenientes de contribuições voluntárias dos próprios países, entidades privadas e organizações filantrópicas. A natureza desses investimentos restringe a ação do Conselho Executivo da OMS, predominando a conciliação de interesses dos principais doadores em detrimento das contribuições obrigatórias e dos programas multilaterais de cooperação (BUSS E FERREIRA, 2017).

Com isso, observa-se que o modelo tradicional de cooperação internacional Norte-Sul reproduz, com frequência, as relações de poder dentro das próprias instituições internacionais criadas para fortalecer o multilateralismo e promover o desenvolvimento e a igualdade. Em função disso, os diversos atores envolvidos na saúde global passaram a buscar alternativas ou, no mínimo, propostas complementares ao modelo tradicional vigente, visando diminuir o poder político e a influência das grandes estruturas de poder no processo de cooperação internacional.

Tendo em vista esse esforço de revisão das estratégias de cooperação, foi realizado o Fórum de Alto Nível para a Efetividade da Ajuda (High-Level Forum on Aid Effectiveness) em 2005, em Paris, buscando reorientar esse modelo e ampliar a eficiência dos programas de cooperação. A Declaração de Paris, originária do evento e assinada por vários países e instituições globais, ratificou alguns princípios e orientações, entre as quais destacam-se: o reforço das estratégias nacionais de desenvolvimento dos países envolvidos nos programas e das capacidades de seus sistemas de saúde e procedimentos organizacionais; a reforma das

políticas dos doadores de acordo com a necessidade e prioridade dos beneficiários, com uma perspectiva mais horizontal e colaborativa; a otimização dos resultados e dos padrões de desempenho; e a cobrança de responsabilidade com os sistemas dos países parceiros.

Logo após, em 2007, a Parceria Internacional para a Saúde (International Health Partnership) foi outra iniciativa lançada com objetivo de alinhar os países doadores e outros parceiros internacionais em torno de estratégias nacionais de saúde e utilizando os princípios da Declaração de Paris e da Agenda de Acra. Essa iniciativa ainda está ativa em 15 países da África e dois da Ásia. O Fórum de Alto Nível de Acra sobre a Efetividade da Ajuda, realizado em setembro de 2008, gerou a Agenda para a Ação de Acra, ratificando a Declaração de Paris e buscando reduzir os custos altos com a fragmentação. Na sequência, em dezembro de 2008, em Doha, a Conferência sobre o Financiamento para o Desenvolvimento reiterou a disposição dos países desenvolvidos em comprometer 0,7% dos seus PIBs para a ajuda externa a países em desenvolvimento até 2015, através da Declaração de Doha sobre o Financiamento para o Desenvolvimento. Essas iniciativas acenam para a importância da cooperação com a África, região com os indicadores mais difíceis quanto à execução das metas dos ODMs (BUSS E FERREIRA, 2017).

No geral, os diversos movimentos no contexto das Nações Unidas, assim como nos governos, nas instituições privadas e na sociedade civil, colocaram as preocupações com a saúde global e suas alternativas de cooperação no centro das discussões internacionais da área. Nesse âmbito, uma das alternativas ampliadas ao longo dos anos foi a cooperação Sul-Sul, também conhecida como cooperação horizontal. A julgar pela configuração internacional da segunda metade do século XX, pode-se dizer que as práticas de cooperação Sul-Sul emergiram, fundamentalmente, no contexto político e econômico da Guerra Fria.

No início dos anos 1960, os países do chamado “Terceiro Mundo” iniciaram o Movimento dos Não Alinhados como forma de superar a bipolaridade e buscar uma ordem econômica mais justa e favorável. Os Estados independentes se multiplicavam na Ásia e na África, e a maior parte deles sofria de extrema pobreza, desorganização política, social e econômica, além de crises estruturais internas e conflitos étnicos localizados. A busca da cooperação entre os países do Sul foi uma solução conjunta para minimizar problemas similares. A iniciativa recebeu, juntamente, a adesão de algumas nações sul-americanas (BUSS E FERREIRA, 2017). Em 1964, ao fim da primeira sessão da Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento (UNCTAD), 77 países assinaram a declaração que criou o “Grupo dos 77”, potencializando acordos econômicos que muito contribuíram para a cooperação Sul-Sul.

Já nos anos 1970, a Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul (Special Unit for South-South Cooperation, SU/SSC) foi estabelecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas e alocada no PNUD/UNDP. Sua missão é de promover, coordenar e apoiar a cooperação Sul-Sul e triangular em bases globais e da própria ONU. Ainda na mesma década, dois novos acontecimentos marcaram a fundação da Cooperação Técnica Entre Países em Desenvolvimento (CTPD): em maio de 1974, o Brasil e vários países em desenvolvimento votaram a favor da resolução da Assembleia Geral da ONU em prol da Nova Ordem Econômica Internacional, cujo artigo 4 (alínea “s”) definia a CTPD como um dos instrumentos da cooperação entre os países em desenvolvimento. No mesmo ano, as Nações Unidas criaram a Unidade Especial de CTPD no âmbito do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), responsável por organizar a Conferência das Nações Unidas sobre CTPD, realizada em Buenos Aires em setembro de 1978. Esta conferência gerou o Plano de Ação de Buenos Aires (PABA), adotado por 138 países e que se constituiu em marco significativo para o diálogo entre países em desenvolvimento nesse campo.

Posteriormente, em 1987, cria-se a Comissão do Sul (The South Commission), formada por 28 líderes de países do Sul, entre eles os brasileiros dom Paulo Evaristo Arns e Celso Furtado, para expandir a cooperação Sul-Sul. Seu Informe (The South Commission, 1990) tornou-se uma referência mundial na área. Esforços posteriores ratificaram a importância e o papel fundamental da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento: em 1993, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas reforçou, em resolução assinada pela Assembleia Geral, a necessidade de dobrar os esforços para um uso mais amplo da CTPD. Quatro anos depois, em 1997, a 10a. Sessão do Comitê de Alto Nível das Nações Unidas sobre CTPD reforçou as recomendações para que o financiamento fosse substancialmente aumentado não só pelos próprios países em desenvolvimento, mas também pelos países doadores e pelas agências multilaterais (BUSS E FERREIRA, 2017).

No início do século XXI, em Monterrey, no México, a Conferência Internacional sobre Financiamento ao Desenvolvimento (2002), promovida pela ONU, aprovou o “Consenso de Monterrey”, uma iniciativa abrangente para combater a pobreza e que contou com a presença de diversos atores globais, reunindo chefes de estado, ministros de finanças, líderes empresariais, ativistas de organizações de ajuda e instituições de empréstimos internacionais. Por fim, no âmbito da cooperação horizontal, em dezembro de 2009, em Nairóbi, Quênia, a Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento representou um engajamento expressivo de vários países na cooperação horizontal como uma estratégia promissora e estruturante para o desenvolvimento. Essas

iniciativas em sequência reiteraram o compromisso da sociedade internacional com a saúde global e com as práticas de cooperação.

Em síntese, o esforço coordenado entre países em desenvolvimento ajuda a reduzir a vulnerabilidade econômica, financeira e social, fortalece o princípio da solidariedade, além de aumentar a capacidade de articulação e negociação em fóruns internacionais multilaterais, já que a cooperação técnica entre países em desenvolvimento possui um grande volume de resultados positivos no quadro geral dos fluxos de intercâmbio Sul-Sul. Em saúde, o objetivo da ação conjunta na cooperação é fortalecer os sistemas e os processos de saúde nos países parceiros, fomentando, em larga escala, a melhoria das capacidades locais e a troca de conhecimentos. Além disso, a cooperação busca promover o diálogo entre os vários atores domésticos e internacionais envolvidos na formulação das políticas de saúde, incentivando o protagonismo e promovendo uma agenda totalmente voltada para o desenvolvimento humano, social, científico e tecnológico na área (ALMEIDA et al, 2010).

Em relação à participação do Brasil como um ator relevante neste processo, a concepção de uma agenda de cooperação técnica Sul-Sul pelo governo brasileiro como um dos principais vetores de suas relações internacionais foi algo relativamente recente, do início do século XXI, mas extremamente importante (ALMINO, J. & MOREIRA LIMA, S., 2017). Outros arranjos regionais também dão destaque à ênfase contínua no intercâmbio de experiências, na aprendizagem conjunta e no compartilhamento de resultados e responsabilidades com parceiros nacionais e internacionais: a Associação de Nações do Sudeste da Ásia (Asean), a União Africana (www.au.int/), a Nova Parceria para o Desenvolvimento da África (Nepad), a União de Nações Sul-Americanas (Unasul), a Comunidades de Estados Latino-Americanos e Caribenhos (CELAC), além de soluções Sul-Sul entre países com afinidades culturais e linguísticas, como a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Todas essas iniciativas de cooperação Sul-Sul fomentam projetos no campo econômico e social, impulsionados pelo grande potencial que oferecem.

Neste cenário, os esforços coordenados ao longo dos anos vêm reforçando a importância da diplomacia da saúde no fortalecimento de ações conjuntas de vários atores em níveis global e doméstico, inclusive via cooperação internacional. Conceitualmente, o termo diplomacia da saúde⁵ (ou diplomacia da saúde global) se refere aos problemas de saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõem os países a vulnerabilidades globais, necessitando de uma

⁵ Na literatura anglo-saxônica, a expressão comumente usada é *Global Health Diplomacy*. No Brasil, usa-se Diplomacia da Saúde, Diplomacia em Saúde ou Diplomacia em Saúde Global.

coordenação ativa entre os setores governamentais de saúde e de relações exteriores para a sua resolução (KICKBUSCH et al., 2007).

Na literatura, o termo não deve ser confundido com cooperação internacional em saúde, que representa ações mais fragmentadas e verticais, como combater um surto de alguma doença, enviar pessoal especializado e medicamentos. Nesse contexto, a diplomacia da saúde se apresenta como uma política mais estruturada e orgânica, orientando, inclusive, as práticas de cooperação internacional para uma atuação mais abrangente. Em particular, a expressão dessa política de diplomacia da saúde se dá de maneira heterogênea em cada país. A atenção dos EUA, por exemplo, historicamente é mais direcionada para entidades do terceiro setor (ONGs), inclusive de grandes financiadores como a Fundação Bill & Melinda Gates, com uma visão mais limitada e basicamente relacionada à filantropia. Já outros países como Brasil, Cuba, e até alguns países nórdicos, seriam contrapontos no sentido de explorar alternativas que utilizem a capacidade técnica e política de uma nação para apoiar a estruturação de sistemas nacionais de saúde pública nos países mais pobres.

Um dos exemplos mais significativos desse cenário é a atuação de determinados países na cooperação internacional em saúde com a África. Os EUA, por exemplo, concentram-se no envio de doações e de ajuda assistencial, como dinheiro, remédio e equipamentos. Já o Brasil, liderado pela Fiocruz, estruturalmente trabalha com a formação médica de pessoal de alto nível, a criação de institutos nacionais, de laboratórios de saúde pública e de fábrica de medicamentos. Sobretudo, são visões distintas de saúde global, de diplomacia da saúde e da empregabilidade sociopolítica desses termos.

Apesar da crise de credibilidade da OMS, creditada à conciliação nem sempre isenta de interesses dos grandes financiadores com as reais necessidades no âmbito da saúde mundial, houve êxito em negociações internacionais importantes que envolvem temas sanitários notáveis, como a Convenção-Quadro para o controle do Tabaco (WHO FCTC, 2008) e o Regulamento Sanitário Internacional (WHO, 2005). Ainda que sob a ótica ameaçadora da influência da governança global, as parcerias mobilizam governos, instituições, fundações filantrópicas internacionais, além de outros atores, como a sociedade civil, promovendo programas e fomentando financiamentos que contribuem para o desenvolvimento e para a saúde global como um todo.

No caso do Brasil, conforme visto, o país desenvolve um modelo de cooperação participativo, democrático, inclusivo e amplo (BUSS E FERREIRA, 2017), levando em conta não só a saúde de forma técnica, mas também as dimensões políticas e sociais que a envolvem. A diminuição dos recursos e a retração dos estímulos na área ameaçam o bom desempenho do

país na implementação da cooperação estruturante⁶ em saúde, que, além de reconhecimento e credibilidade internacional, tem promovido a reflexão crítica sobre determinadas agendas e práticas de cooperação.

1.2 Saúde e Política Externa

Até o século XIX, as conexões entre saúde e política externa eram mais restritas às negociações comerciais e ao desenvolvimento econômico. A forma de ação dos países na área da saúde evidenciava preocupações constantes com a disputa de poder e a construção de hegemonia em determinadas regiões, como, por exemplo, o caso dos Estados Unidos na América Latina (CUETO, 2015). Em grande parte do século XX, a saúde ainda foi tratada como um assunto secundário nas pautas de política externa. Mas a ocorrência de uma série de eventos no período pós-Guerra Fria alterou a percepção dos Estados em relação aos problemas da saúde. Há muitas variáveis envolvidas nesta mudança, mas, especificamente,

a ameaça das epidemias e pandemias repercute em quatro dimensões centrais na política externa de qualquer país: a garantia da segurança nacional; a preservação e a expansão do poder econômico; o estímulo ao desenvolvimento em regiões e países estratégicos, do ponto de vista geopolítico; e o apoio à dignidade e aos direitos humanos (ALMEIDA, 2013, p. 235).

A fim de concretizar a expansão dos interesses e pretensões brasileiras no cenário internacional, e em paralelo à conjuntura global favorável e às ações de cooperação com outros países em desenvolvimento, a política externa brasileira do início do século XXI foi assumindo uma vertente mais assertiva. Ademais, ao expandir a agenda de temas e a participação de novos atores, a PEB passou a ter uma base social com a qual não contava anteriormente, ampliando, inclusive, o debate público sobre o tema (HIRST, LIMA & PINHEIRO, 2010), ainda que de forma limitada.

Até o final do século XX, as diretrizes da política externa brasileira se mantiveram alternadas, consoante com os interesses do período em questão: alinhamento histórico com os EUA e iniciativas de autonomia e diversificação. A diplomacia brasileira alternou momentos de aceitação da onda neoliberal, no governo Collor de Mello, e da revalorização dos projetos nacionais e do multilateralismo no governo Itamar Franco. Os governos Fernando Henrique

⁶ A concepção de “cooperação estruturante em saúde” baseia-se fundamentalmente na abordagem da “construção de capacidades para o desenvolvimento”. Este novo paradigma inova em dois aspectos em comparação a paradigmas anteriores: integra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional; e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias. A nova abordagem propõe explorar as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país. (ALMEIDA et al., 2010)

Cardoso retomaram a prioridade das relações com as grandes potências, buscando atitudes recíprocas de credibilidade no cenário internacional, como, por exemplo, a cooperação bilateral com os EUA e com países da Europa Ocidental (MILANI, 2011). No início do século XXI, os governos Lula empenharam o conceito da autonomia pela diversificação de parceiros que viabilizassem, conjuntamente e de forma eficiente, a atuação internacional de países emergentes e o intercâmbio de políticas sociais desenvolvimentistas (VIGEVANI e CEPALUNI, 2007).

Em consonância com as novas pretensões político-estratégicas no cenário internacional do início do novo milênio, o Brasil ampliou seus recursos de *soft power* de forma assertiva e contínua, baseado em conceitos de humanismo, cooperação e solidariedade. Do ponto de vista econômico, e de acordo com dados do Itamaraty, entre 1998 e 2008 a participação do Norte nas exportações brasileiras passou de 57,4% para 46,9%, enquanto a dos países emergentes (África, Ásia e América Latina) cresceu de 42,6% para 53,1% (MILANI, 2011). Com as sucessivas ações conjuntas com países emergentes, especialmente da América do Sul, África e Ásia, os projetos de cooperação internacional nos âmbitos Sul-Sul e triangular tornaram-se estratégicos, contando com a atuação de vários atores domésticos na elaboração e execução das estratégias de política externa.

No Brasil, a Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento (CSSD) foi ampliada de modo significativo nos governos Lula (2003-2010) e seguiu com continuidade, ainda que de forma decrescente, nos governos Dilma (2011-2016): o investimento aumentou de R\$ 385 milhões em 2005 para R\$ 1,6 bilhão em 2010 (IPEA 2010; 2013). As áreas incorporadas foram diversas (saúde, educação, energia, infraestrutura, agricultura, desenvolvimento social etc.), e a saúde é, com frequência, uma das três principais áreas de atuação do Brasil em Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento (IPEA 2016), constituindo-se como um motor relevante para a análise da política externa brasileira (PEB) nos últimos anos. Na definição do governo brasileiro,

a cooperação técnica internacional se propõe a desenvolver capacidades, de instituições e indivíduos, na perspectiva de promover mudanças, minimizar problemas e explorar possibilidades de desenvolvimento. É entendida como atividade temporária e de fornecimento de subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas do país receptor, mas não como substituta de ações precípuas desse Estado em seu território específico (MRE. ABC, Histórico Institucional. Acesso online).

Entre os anos 2003 e 2016, a América do Sul foi prioridade na PEB e o papel de mediador do Brasil nas crises políticas da região ganhou relevância, assim como a cooperação, as relações comerciais e os investimentos, envolvendo instituições estratégicas como o MERCOSUL e a UNASUL. O Conselho Sul-Americano de Saúde (UNASUL Saúde), criado em 2008, é composto pelos Ministros de Saúde dos 12 países-membros e por um Diretor Executivo. Os

objetivos do Conselho são consolidar a integração sul-americana em saúde por meio de políticas consensuais, atividades coordenadas e esforços de cooperação entre os países. Além disso, são desenvolvidas negociações conjuntas com companhias farmacêuticas para assegurar preços mais justos para medicamentos, kits de diagnóstico, vacinas e equipamentos médicos (ALMEIDA, 2013).

Complementarmente, a primeira década do novo século posicionou a África como um dos principais destinos da cooperação técnica internacional brasileira, representando um ícone da estratégia Sul-Sul, baseado no discurso da convergência identitária que envolve aspectos históricos, étnicos e socioculturais (HIRST, LIMA & PINHEIRO, 2010). A cooperação brasileira em saúde com a África prioriza a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), embora existam projetos de cooperação e negociações em andamento com outros países africanos. O modelo de cooperação em saúde adotado em 2009 para os países da CPLP evidencia um plano estratégico conjunto que tem como objetivo identificar interesses e necessidades a partir da mobilização nacional e de outros atores. Além da cooperação, do estreitamento político e da imagem solidária, as boas relações com a África abriram espaço para investimentos de empresas brasileiras no continente e para a expansão do comércio exterior. O mercado africano se revelou um destino promissor para o crescimento das exportações de manufaturados, além da parceira no fornecimento de combustíveis. Os BRICS, aliança entre Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, promoveram, em 2011, uma reunião de seus ministros da Saúde, na China, cujo objetivo foi promover o acesso universal a medicamentos. Na ocasião, foi aprovada a transferência de tecnologia entre os integrantes do BRICS, bem como entre outros países em desenvolvimento, para aumentar a capacidade de produção de medicamentos a preços acessíveis.

Ainda que os projetos de cooperação Sul-Sul sejam desenvolvidos há décadas pelo governo brasileiro, o início do século XXI posicionou a saúde de forma notável na agenda nacional de política externa, evidenciando uma profunda aproximação entre os Ministérios das Relações Exteriores e da Saúde. Por consequência, o aumento dos projetos de cooperação na área - especialmente os já citados, envolvendo África e América do Sul - revelaram esforços estratégicos na construção de relações consistentes entre saúde e política externa. Em 20 de março de 2007, na capital norueguesa, um termo de compromisso foi assinado por Brasil, França, Noruega, Indonésia, Senegal, África do Sul e Tailândia. O documento ficou conhecido como a Declaração de Oslo e tinha como objetivo posicionar a saúde como uma das questões mais importantes de longo prazo na política externa. Os ministérios das relações exteriores dos países signatários fomentaram a conscientização de embaixadores e diplomatas sobre o impacto

da saúde na economia, na capacidade institucional e nos Direitos Humanos, buscando desenvolver uma política de nível estatal. Apesar dos referidos esforços entre saúde e política externa terem se intensificado especialmente no início do século XXI, o conceito fundamental de Atenção Primária em Saúde (APS) foi definido pela Organização Mundial da Saúde em setembro de 1978, com a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em Saúde, organizada pela OMS e pelo UNICEF. A reunião foi em URSS e o documento oficial produzido, a Declaração de Alma-Ata, foi enviada aos Ministérios da Saúde do mundo inteiro e aprovado por unanimidade. A APS foi

o último momento naquele século em que o Estado foi defendido pela maioria das agências internacionais como o líder das políticas sanitárias e quando a principal agência multilateral teve uma liderança integral nas ações intersetoriais, na promoção da participação da sociedade civil e na coordenação de todos os programas de saúde (CUETO, 2015, p. 53).

Com o passar dos anos, a saúde passou a ser reconhecida como uma ferramenta de política doméstica e de política externa para o desenvolvimento e não simplesmente como um subproduto do progresso econômico (MAHLER, 1983). Neste contexto, os temas da saúde e do desenvolvimento estão historicamente interligados, sendo reconhecidos como política econômica e social dependentes do Estado e da sociedade (BUSS, 2017). Documentadamente, os diversos processos políticos e crises econômicas anteriormente citados e inerentes ao avanço do modelo capitalista nas últimas seis décadas levaram a grandes desastres sociais, com consequências graves para os sistemas de saúde das populações. Este fracasso uniu a comunidade internacional em torno de novas estratégias de ação ao longo dos anos, fundamentalmente implementadas pelas Nações Unidas.

Assim, a saúde ganhou espaço na agenda de numerosos foros, tais como o Conselho de Segurança da ONU, a Organização Mundial do Comércio (OMC) e as alianças entre países desenvolvidos, como o Grupo dos Oito – G8, ou entre países emergentes, como Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul – o BRICS (VENTURA, D.). A saúde e as iniciativas de cooperação internacional para o desenvolvimento deixaram o espaço *low politics*, fomentando conexões geopolíticas e sociais que já não mais permitiam que alguns temas ficassem restritos ao ambiente doméstico de cada país. O termo saúde foi, portanto, reapresentado e deu origem ao conceito de saúde global, incorporando-se, por fim, às principais agendas e fóruns mundiais de discussão (ALMEIDA, 2013).

Com a virada do século, no ano 2000, a Cúpula do Milênio resumiu os resultados de diversas conferências realizadas pela ONU e suas agências na década de 1990. O objetivo da cúpula era capacitar o mundo para a chegada do século XXI através de compromissos

assumidos por todos os Estados-membros das Nações Unidas. O documento oficial da cúpula trouxe um conjunto de oito objetivos (dentre os quais, três ligados à saúde), 21 metas e 60 indicadores a serem implementados nos próximos 15 anos a partir do ano 2000, segundo a Declaração Do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Ao fim de 2015, essa iniciativa deu lugar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Apesar de limitados e focados em questões específicas, o informe final da Consulta Global sobre Saúde ressalta que os ODMs levaram a saúde ao mais alto nível político global, mobilizaram a sociedade civil, ampliaram a ajuda para o desenvolvimento em saúde e contribuíram para melhorias consideráveis nos resultados de saúde em países de renda média a baixa (BUSS et al, 2017).

Paralelamente, no Documento da Rio+20⁷, os chefes de Estado convocaram os agentes principais da área da saúde para participarem de uma ação multissetorial, buscando atender às necessidades da população mundial. Como consequência do encontro, o Fórum Político de Alto Nível (High-Level Political Forum), composto pelos chefes de Estado de todos os países-membros, foi criado para orientar a política e fomentar a integração das dimensões econômica, social e ambiental do desenvolvimento sustentável. Outra iniciativa importante foi a criação do Comitê Intergovernamental de Especialistas sobre Financiamento do Desenvolvimento Sustentável, cujos membros foram nomeados pelos grupos regionais das Nações Unidas, e tem como função principal identificar e fomentar fontes estáveis de financiamento que contribuam com o desenvolvimento sustentável, especialmente nos países emergentes. O mesmo comitê organizou em julho de 2015, em Adis Abeba, Etiópia, a 3ª Conferência Internacional sobre Financiamento para o Desenvolvimento, propondo várias políticas de desenvolvimento sustentável em diversas áreas, incluindo a saúde. O documento originário da conferência, a Agenda de Ação de Adis Abeba (Addis Ababa Action Agenda) foi incorporado como parte da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Neste contexto, o processo político por trás da Resolução A/70/L1⁸ e da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável fortalece a conexão entre saúde e política externa ao influenciar governos nacionais, instituições privadas, organizações não-governamentais, além do mundo acadêmico e da sociedade civil. As declarações e os compromissos dos chefes de

⁷ A Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio+20, foi realizada de 13 a 22 de junho de 2012, na cidade do Rio de Janeiro. A Rio+20 foi assim conhecida porque marcou os vinte anos de realização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92) e contribuiu para definir a agenda do desenvolvimento sustentável para as próximas décadas.

⁸ A Resolução A/70/L1 é resultado das negociações intergovernamentais na Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, realizada em setembro de 2015, em Nova York e pactuada pelos chefes de Estado.

Estado, dos ministros das Relações Exteriores e de outros atores globais definem a importância da governança global em saúde nas políticas desenvolvimentistas e sociais. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) reforçam as metas de governança participativa, com instituições eficientes e responsáveis, que respeitem às leis e apoiem planos nacionais de desenvolvimento e capacitação, especialmente em países emergentes. Um bom exemplo disso é a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), com políticas e gestão do desenvolvimento sustentável no âmbito latino-americano e caribenho. De acordo com a CEPAL, uma transformação estrutural progressiva exige a implementação de políticas macroeconômicas orientadas para o desenvolvimento e de políticas sociais universais que envolvam saúde e educação. Esses desafios pressupõem a coordenação entre múltiplos atores e diversas esferas de ação, buscando desenvolver governanças nacionais e globais coerentes com os conceitos de equidade e inclusão social.

No caso do Brasil, seja nos eixos estratégicos ou nas agendas, a política externa brasileira passou por algumas transformações ao longo dos anos, envolvendo uma combinação entre conteúdos e dimensões institucionais do passado com articulações interburocráticas e políticas inovadoras (HIRST, LIMA & PINHEIRO, 2010). O fim da competição bipolar trouxe novos desafios às questões geopolíticas, econômicas e de segurança nacional. Paralelamente, os avanços da revolução tecnológica e a emergência de novos atores e agendas contribuíram para a revisão das concepções contemporâneas do papel do Estado e das práticas de política externa. As novas (e variadas) possibilidades de ação internacional trouxeram também novos constrangimentos: as relações internacionais recentes não só englobariam um leque mais amplo de questões (meio ambiente, direitos humanos, internacionalização da educação, da saúde e da cultura etc.) como demandariam, de forma cada vez mais complexa e institucionalizada, uma grande diversidade de atores envolvidos nos mais variados assuntos. A atenção aos componentes internos da política externa ganhou novo fôlego: empresas, movimentos sociais, órgãos públicos de várias esferas, organizações não governamentais e meios de comunicação passaram a atuar de forma mais articulada no cenário internacional, agindo com ou sem a participação do Estado, muitas vezes em nome de interesses privados ou ainda na defesa de causas políticas diversas (ALMEIDA, 2013).

Neste cenário de mudanças, as práticas de cooperação internacional foram uma vertente importante da política externa brasileira no período de 2003 a 2016. A diplomacia do governo Lula revelou um ativismo notável no trato das questões desenvolvimentistas, ao integrar o técnico ao sócio-político. Isso ficou evidenciado não apenas pelas inúmeras viagens do chefe de governo e seu chanceler, Celso Amorim, mas também pela intensa participação (executiva

e técnica) em vários fóruns relevantes no âmbito internacional. Ainda que algumas iniciativas guardem traços de continuidade em relação aos esforços da diplomacia dos governos Fernando Henrique Cardoso, houve, certamente, inovações conceituais e diferenças operacionais importantes (ALMEIDA, 2004; HIRST, LIMA & PINHEIRO, 2010). A diplomacia Lula foi mais ativa na forma e mais assertiva e enfática no conteúdo, defendendo explicitamente os interesses nacionais e a soberania, e buscando alianças privilegiadas no Sul. No plano político, o governo empenhou esforços para ampliar o poder de intervenção do Brasil no mundo. No econômico, buscou maior cooperação e integração entre países emergentes e vizinhos regionais. A participação ativa do Brasil na criação da Comunidade do Países de Língua Portuguesa (CPLP) foi um estímulo à estruturação de novas estratégias de cooperação internacional com estes países, incluindo a área de saúde. Por outro lado, ainda que a política externa brasileira tenha mantido suas bases e a mesma orientação política da administração anterior, pode-se dizer que os governos Dilma trouxeram uma atuação internacional mais comedida e menos propositiva. A restrição de recursos, aliada à eventual falta de liderança e iniciativa, provocaram uma retração na cooperação Sul-Sul. Estima-se que o orçamento dos programas de cooperação do governo brasileiro na África tenha caído mais de 25% desde 2012, tendo vários projetos atrasados ou parados. Ao longo do primeiro mandato, entre 2011 e 2014, a ABC renegociou com alguns países, buscando otimizar recursos e reduzir o custo médio dos projetos. (FOLHA DE SÃO PAULO, 2015)

Elaborar cenários ou prever tendências sobre a atuação estratégica do Brasil na cooperação internacional é uma tarefa árdua, seja pela complexidade do tema ou pelas variáveis conjunturais que interferem no processo como um todo. A cooperação Sul-Sul brasileira em saúde concilia o atendimento de demandas técnicas com a tendência multilateral da política externa, evitando reproduzir a lógica tradicional da cooperação Norte-Sul. Os riscos assumidos neste processo são substantivos: os projetos de cooperação envolvem múltiplos de atores e, conseqüentemente, o processo decisório permeia vários níveis e diferentes espaços de poder, incluindo culturas organizacionais e institucionais diferentes, dentro e fora do Brasil. O papel dos agentes domésticos e internacionais torna-se, portanto, menos claro e mais complexo na construção da parceria para a identificação das prioridades e soluções (ALMEIDA, 2013).

Essa internalização doméstica de iniciativas de política externa gera, ainda, outros novos desafios: a) necessidade de extrair e mobilizar recursos do Estado e da sociedade para realizar e intensificar a cooperação; b) exigência de maior coordenação inter e intrainstitucional, num único setor e entre setores distintos; c) necessidade de enfrentar a inerente politização da cooperação internacional, resultante da ampliação do componente doméstico na política

externa, e necessidade de evitar retrocessos ou estancamento devidos ao realinhamento político-partidário nas mudanças governamentais. (LIMA, 2010)

Neste contexto, ao buscar um papel de maior destaque no exterior ao longo do governo Lula, o Brasil investiu na mobilização de múltiplas agências do Estado com agendas externas próprias ou complementares às linhas de ação do Itamaraty (HIRST, LIMA & PINHEIRO, 2010). Ao longo deste período, a PEB, normalmente conduzida pelo Poder Executivo e pelo Ministério das Relações Exteriores (MRE), passou por um processo conhecido como horizontalização, caracterizando a descentralização desta condução restrita em favor de múltiplos atores que pudessem alicerçar as estratégias e implementar a política externa. Há debates na literatura sobre essa nova perspectiva da PEB, com espaços burocráticos de formulação e implementação mais acessíveis a outros atores. Apesar dos ganhos em transparência e em maior participação, essa nova dinâmica gerou grandes desafios na divisão de responsabilidades e na coordenação entre as partes envolvidas.

1.3 O perfil dos principais atores domésticos

No âmbito da Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento em saúde, as instituições centrais envolvidas nas principais fases do processo decisório em política externa brasileira são a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), órgão vinculado ao Ministério das Relações Exteriores (MRE), o Ministério da Saúde (MS), cujas iniciativas de cooperação técnica são assistidas pela Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cuja gestão dos projetos de cooperação é feita pelo Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) e também por outras unidades da instituição.

1.3.1 A Agência Brasileira de Cooperação

A Agência Brasileira de Cooperação (ABC), vinculada à Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG), do MRE, foi criada em 1987, através do Decreto no. 94.973. De acordo com o Regimento Interno do Ministério das Relações Exteriores (2012), o órgão é responsável por

planejar, coordenar, negociar, aprovar, executar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, programas, projetos e atividades de cooperação para o desenvolvimento em todas as áreas do conhecimento, recebida de outros países e organismos internacionais e aquela entre o Brasil e países em desenvolvimento, incluindo ações correlatas no

campo da capacitação para a gestão da cooperação técnica e disseminação de informações. (ABC, Histórico Institucional. Acesso online.)

Inicialmente, o papel do Brasil na cooperação técnica internacional era de receptor de assistência. Nos anos 1950, entretanto, foi criada a Comissão Nacional de Assistência Técnica (CNAT), pelo Decreto no. 28.799/50. Seria a primeira iniciativa brasileira no contexto sistemático da cooperação técnica internacional, onde a principal função do órgão era mapear as necessidades brasileiras e atuar ativamente na captação de auxílio e assistência técnica proveniente de países desenvolvidos e organizações internacionais onde o Brasil já tinha acordos de cooperação.

Após isso, outros dois órgãos foram criados visando a cooperação técnica com os Estados Unidos: o Escritório Técnico de Coordenação dos Projetos e Ajuste Administrativo do Ponto IV, em 1959, e o Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso (CONTAP), em 1965. Com a expansão das atividades, o CNAT, o CONTAP e o Escritório Técnico do Ponto IV foram extintos em 1969 e substituídos por dois novos órgãos: a Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (SUBIN), vinculada ao Ministério do Planejamento, e a Divisão de Cooperação Técnica (DCT), vinculada ao Ministério das Relações Exteriores. Nesse contexto, a DCT atuou diretamente na formulação da política externa brasileira de cooperação técnica e a SUBIN ficou responsável pela aprovação, prospecção, implementação e acompanhamento dos projetos (AVELHAN, 2017).

Nesta conjuntura, a cooperação técnica prosperava e era vista como uma fonte de desenvolvimento e estruturação das nossas capacidades internas. Muitas instituições brasileiras de grande referência atualmente foram apoiadas e cresceram com projetos de cooperação técnica, através da transferência de tecnologia, capacitação em recursos humanos e doação de equipamentos (ABREU, 2013). Na década de 1970, com o crescimento da relação entre os países do Sul, houve um estímulo à cooperação horizontal e o Brasil iniciou-se como doador de assistência técnica a países da América Latina e países africanos de língua portuguesa. Tais iniciativas abriram cada vez mais espaço para a cooperação ser empenhada como um instrumento de política externa. Posteriormente, os anos 1980 trouxeram, em definitivo, a necessidade de reestruturação do sistema brasileiro de cooperação técnica em prol do desenvolvimento nacional e do fomento de relações solidárias e positivas com os países vizinhos.

A Agência Brasileira de Cooperação foi criada num momento de mudanças significativas nos fluxos de cooperação internacional para o desenvolvimento. Com o início do multilateralismo brasileiro nas relações de cooperação técnica a partir de fins da década de 1980, instituiu-se um novo modelo de gestão da cooperação multilateral, que encorajava o

controle, por parte dos países em desenvolvimento, dos programas de cooperação técnica implementados pelos organismos internacionais. Em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou uma resolução que tinha como objetivo promover maior domínio (*ownership*) e responsabilidade (*accountability*) dos países em desenvolvimento sobre os programas de cooperação técnica implementados em parceria com órgãos da ONU. Até certa data, contrariamente, privilegiava-se a execução direta, onde os organismos cooperantes detinham a responsabilidade da gestão técnica, financeira e administrativa dos projetos nos países beneficiários. Em 1996, a ABC foi desassociada da FUNAG e incorporou-se à Secretaria Geral das Relações Exteriores (MRE), onde ficou até 2004, quando passou a fazer parte da Subsecretaria-Geral de Cooperação e Comunidades Brasileiras no Exterior (SGEC). Neste período, a ABC passou por reformulações internas importantes: em 2003, sua estrutura era dividida em cinco coordenações⁹. Logo após, em 2006, algumas divisões temáticas foram criadas, como a Cooperação em Saúde, Desenvolvimento Social, Educação e Formação Profissional. Anos mais tarde, em 2010, a divisão da Saúde e Desenvolvimento Social passaram a partilhar uma Coordenação-Geral, enquanto Educação e Formação Profissional foram movidas para outra coordenação. Posteriormente, com o avanço da cooperação triangular, foi criada, ainda, a Coordenação-Geral de Cooperação Triangular. Notadamente, as sucessivas alterações na estrutura burocrática interna da ABC refletiram o aumento da participação do Brasil na oferta de cooperação técnica internacional ao longo dos anos em áreas importantes como saúde, educação e agricultura. Por fim, em 2016, através do Decreto no. 8.817, a estrutura interna da ABC foi novamente reformulada e passou a contar com divisões geográficas¹⁰ (AVELHAN, 2017).

Concebida com base na visão do Brasil como um protagonista no cenário internacional, a ABC fomentou e desenvolveu uma outra vertente importante e estratégica de política externa: as ações de cooperação técnica Sul-Sul. Desde a sua criação, a agência foi sendo estruturada visando o êxito e crescimento dos programas de cooperação horizontal, seja por meio de ações e projetos bilaterais ou via parcerias triangulares com governos estrangeiros e organismos internacionais. Evidentemente, as estratégias de cooperação do Brasil com outros países pré-datam a ABC, mas entraram em expansão contínua com a adoção de novas práticas e o bom

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

¹⁰ 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.

posicionamento do país em termos de desenvolvimento econômico e social no exterior. Ao longo dos anos, a ABC contribuiu diretamente para a mudança do perfil brasileiro no cenário internacional de cooperação. Antes visto meramente como um receptor de projetos, o Brasil passou a liderar iniciativas de destaque em cooperação horizontal no eixo Sul-Sul, de caráter igualmente assertivo e solidário. Enquanto órgão normatizador e responsável pela execução e coordenação da cooperação técnica internacional do governo brasileiro, a ABC é também a instância de articulação e comunicação entre o governo e as embaixadas brasileiras no exterior, assim como embaixadas estrangeiras no país, para os assuntos de cooperação técnica internacional (ALMEIDA, 2013).

1.3.2 A Assessoria de Assuntos Internacionais

A atuação do Ministério da Saúde (MS) em consonância com a política externa brasileira data da Constituição de 1988 e da criação do SUS (Sistema Único de Saúde) (ALCÁZAR, 2005). Antes, a atuação do MS era mais restrita à condução de ações-resposta para o controle de doenças, epidemias e pandemias, ainda que com atuação também no âmbito internacional. Com a criação do SUS, o discurso da defesa da saúde pública enquanto um direito humano fundamental foi ampliado e, paralelamente, ajudou a fortalecer o papel do MS, aproximando-o com mais intensidade de outras áreas, como a política externa.

A partir da década de 1950, o Ministério da Educação e Saúde, através da Comissão de Saúde Internacional (CSI), tratava de temas sanitários e de saúde pública, articulando-se com vários atores externos, tais como países parceiros e grandes organizações internacionais da área, como a OMS e a OPAS. Em 1964, é criada a Comissão de Assuntos Internacionais (CAI), vinculada ao Gabinete do Ministro da Saúde e com a função de ser uma assessoria internacional especializada. Posteriormente, ao longo dos anos 1970, a CAIS passou por diversas reformulações burocráticas internas, alternando o status de órgão político, vinculado ao Gabinete do Ministro, e órgão administrativo, vinculado à Secretaria Geral e com funções mais restritas. Com o passar dos anos, a CAIS acompanhou o andamento da trajetória brasileira de cooperação técnica em saúde, primariamente como país receptor e posteriormente como país doador e formulador de políticas de assistência aos países mais pobres. Em 1990, uma reforma administrativa do Governo Collor extinguiu as áreas internacionais de todos os Ministérios. No ano seguinte, em 1991, como uma tentativa de resgate da coordenação dos projetos internacionais, criou-se a Coordenação-Geral de Assuntos Especiais em Saúde (CAESA),

vinculada ao Gabinete do Ministro da Saúde até 1993, quando passou a se chamar Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde (AESA) (AVELHAN, 2017).

Anos mais tarde, em 1998, extingue-se a AESA e é criada a Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA), concentrando a organização das atividades internacionais de cooperação técnica no Ministério, e sendo a principal interlocutora da ABC e de outros atores brasileiros de referência na área, como a Fiocruz, por exemplo. Objetivamente, a função principal da AISA é

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

Atualmente, compete ao órgão: 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 (PORTARIA nº 3.965, Ministério da Saúde, 2010).

No âmbito multilateral, a AISA coordena a participação do MS em mais de 30 organizações e instâncias internacionais. Neste contexto, monitora tratados e acordos multilaterais que versam sobre temas relevantes na área da saúde e política internacional. Em cooperação técnica, especificamente, a AISA é responsável pela interlocução em projetos desenvolvidos pelo MS, além de estar diretamente envolvida em ações de cooperação humanitária em locais com situações emergenciais e/ou carência de medicamentos, monitorando e avaliando ações estruturantes para os sistemas de saúde do Brasil e de outros países em desenvolvimento. Atualmente, alguns dos principais projetos em andamento envolvem a instituição de Redes de Banco de Leite, o combate à doença falciforme e a cooperação trilateral Brasil-Cuba-Haiti para a reconstrução do Haiti.

Enquanto órgão articulador e negociador das ações do MS em âmbito global, a AISA contribui diretamente para a promoção do Brasil na agenda internacional de saúde, fomentando diálogos mais equitativos e buscando uma atuação mais participativa dos países desenvolvidos.

Nesse sentido, é importante destacar a assinatura do Termo de Cooperação no. 41 (TC-41), em 2005, entre o MS (através da AISA e da Fiocruz) e a OPAS/OMS, como um sinal claro de uma atuação internacional brasileira mais propositiva em saúde, especialmente na captação de recursos e na viabilização financeira de projetos de cooperação técnica Sul-Sul. Vigente até 2015, o objetivo principal do TC-41 foi intensificar o intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre o Brasil e outros países em desenvolvimento, com base em ações bem-sucedidas. Os recursos provenientes do Termo foram essenciais para a atuação da AISA e da implementação de projetos estruturantes em saúde no âmbito da cooperação internacional. Em 2010, o Ministério da Saúde foi a terceira instituição que mais recebeu recursos do governo federal para a cooperação técnica: em primeiro, 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; AVELHAN 2017).

1.3.3 A Fundação Oswaldo Cruz

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi fundada em 1970, apesar do início da sua história institucional remeter ao ano 1900, com a criação do Instituto Soroterápico Federal. É uma fundação pública ligada ao Ministério da Saúde, que tem como missão produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do SUS. Neste enquadramento, a Fiocruz contribui diretamente 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.

Em janeiro de 2009, foi criado o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), responsável pela coordenação e apoio às atividades internacionais da Fundação, amplamente capacitado para participar da governança global em saúde nos mais diversos campos de ação dentro e fora do Brasil. Adicionalmente, vários projetos de cooperação técnica internacional também são desenvolvidos por outras unidades dentro da própria Fiocruz, como a Farmanguinhos e a ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública). Além das atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, é importante destacar que a instituição possui uma forte atuação social, com a luta constante pela ampliação de direitos na área da saúde e no setor sanitário, buscando promover a melhoria da qualidade de vida da população.

Tradicionalmente, a função diplomática é exercida pelo Ministério das Relações Exteriores. Mais recentemente, entretanto, tem sido cada vez mais comum as interfaces entre a política externa e outras áreas, como a saúde global (KICKBUSCH, 2013). A insatisfação com o modelo tradicional de cooperação Norte-Sul deu ênfase ao conceito de “cooperação estruturante” na Fiocruz, introduzido no CRIS em 2009 e um dos pilares da cooperação Sul-Sul brasileira. As práticas de trabalho realizadas previamente em países da América Latina e da CPLP (2006-2008) forneceram insumos para a crítica ao modelo tradicional de cooperação e reforçaram a necessidade da ampliação da cooperação técnica horizontal e estruturante como base da construção conjunta de capacidades para o desenvolvimento. Para o CRIS, a diplomacia da saúde precisa promover os valores nacionais, buscando atrair tecnologia de alto nível nas trocas Norte-Sul e, paralelamente, implementando agendas adequadas às necessidades locais nas relações Sul-Sul. Busca-se, assim, difundir o conceito e as práticas de equidade em saúde de forma ampla e contínua (BUSS E FERREIRA, 2017).

Apesar do estreito relacionamento com a ABC e a AISA, a Fiocruz também desenvolve relações diretas com instituições, organizações internacionais e agências de cooperação de outros países, considerando a sua enorme atuação científica e capacidade de mobilização interinstitucional. No âmbito dessas interfaces, o papel do CRIS tem sido o de reverter a dinâmica de projetos Norte-Sul, pautados em soluções predefinidas e que não levam em conta as necessidades reais da Fundação. Desde a sua criação, em 2009, o Centro faz uso do *soft power diplomático* (ALMEIDA, LIMA E MARCONDES, 2015) para fomentar negociações e projetos que considerem a capacidade institucional instalada, além de recursos humanos e materiais. Essa reorientação tem sido fundamental na busca por projetos de cooperação técnica onde o país doador (inclusive no eixo Norte-Sul) aproveita a capacidade local disponível para captar, desenvolver e compartilhar tecnologia e conhecimentos de fato adequados às necessidades locais.

Em síntese, a participação institucional do CRIS na política externa brasileira de cooperação para o desenvolvimento tem atuado para: 1) preparação de acordos e convênios; 2) negociação e acompanhamento de projetos; 3) articulação com outros centros da Fiocruz, considerados como colaboradores da Organização Mundial da Saúde (OMS); 4) intercâmbio com a ABC/MRE e a AISA/MS para coordenação e apoio da cooperação internacional; 5) ações junto às embaixadas dos países parceiros; 6) articulação com agências internacionais e organismos multilaterais; 7) promoção de estudos especiais sobre a atuação diplomática; 8) participação em grupos regionais e definição conjunta das prioridades de cooperação. (BUSS E FERREIRA, 2017)

Em conjunto, os atores descritos (ABC/MRE, AISA/MS e CRIS/Fiocruz) concentram boa parte da política externa brasileira na área, atuando de forma decisiva - e no âmbito desta pesquisa - em projetos de cooperação técnica brasileira Sul-Sul em saúde. Evidentemente, a implementação de toda essa agenda de cooperação depende da boa governança compartilhada entre as partes envolvidas no processo. A atuação do chefe de Estado e as ações conjuntas (intra e interburocráticas) dos atores devem evitar a fragmentação e orientar as práticas profissionais. Além disso, busca-se estimular os debates na área, provendo, especialmente, o intercâmbio acadêmico constante para a formação de pessoal altamente capacitado para a rotina de pesquisa e desenvolvimento da cooperação brasileira em saúde.

1.4 Considerações parciais

O primeiro capítulo desse estudo introduziu historicamente o conceito de saúde global e sua relação com as práticas de cooperação internacional, especialmente entre países em desenvolvimento. Além disso, a seção explorou as conexões entre saúde e política externa brasileira (PEB), uma vez que a crescente do tema nas agendas de política exterior provocou, entre o fim do século XX e a primeira década do século XXI, a adoção de mudanças no nível político-administrativo dos ministérios das Relações Exteriores e da Saúde, além de menções diretas ao tema nos discursos das autoridades brasileiras em fóruns internacionais (BARBOZA, PINHEIRO e PIRES-ALVES, 2017). Por último, o capítulo apresentou os três principais atores doméstico que atuam na área da saúde e de política externa no Brasil.

Em síntese, os acontecimentos das últimas décadas do século XX e do início do século XXI evidenciaram a importância do estudo sobre a pluralização de atores na política externa. No contexto brasileiro, especificamente, o fim da Guerra Fria, o crescimento da globalização, a abertura econômica do país e a redemocratização alteraram o cenário tradicional e trouxeram novos atores interessados em política externa e suas repercussões na esfera pública institucionalizada. Ademais, os desafios para conciliar as políticas econômicas de desenvolvimento com a melhoria da qualidade de vida da população aumentaram a participação da sociedade civil nos debates internacionais. “O componente distributivo da política externa se incorpora, portanto, à esfera doméstica por meio das instituições, dos mecanismos de representação e voto no espaço público” (LIMA, 2000).

No âmbito desta pesquisa, os interesses, as preferências e a interlocução dos atores domésticos que compõe a área servirão de base para analisar a atuação da ABC (Ministério das Relações Exteriores), da AISA (Ministério da Saúde) e da Fiocruz entre os anos de 2003 a 2016,

identificando continuidade e/ou mudança na formulação e execução de projetos na área de cooperação técnica Sul-Sul em saúde durante os governos Lula e Dilma. Neste particular, há implicações distributivas domésticas (LIMA, 2000): os resultados dos possíveis problemas gerados por líderes ou instituições democráticas que agem com foco no curto prazo e em benefícios particulares à custa do interesse coletivo nacional produz consequências na política externa e nas demais políticas públicas na área da saúde.

A busca do equilíbrio entre os recursos democráticos de autoridade e de representação, imprescindível para evitar a fragmentação de projetos e obter credibilidade junto à sociedade internacional, acena para a necessidade contínua de estudo dos vários atores que interagem no processo decisório da PEB. Este vínculo entre o doméstico e o exterior revela a natureza *sui generis* da política externa (MILANI, 2015). Enquanto uma política de Estado – preocupada com a soberania e com os interesses nacionais – e uma política pública – na interface com atores, agendas e propensões particulares internas – a política externa brasileira de cooperação técnica Sul-Sul em saúde reflete os jogos de poder entre os atores econômicos, políticos e sociais dentro e fora das fronteiras nacionais. Por fim, este estudo contribui para a análise de um período importante na história da política externa brasileira, além de expandir as bases para o crescimento da cooperação técnica Sul-Sul como uma ferramenta chave para o desenvolvimento e para a ampliação das capacidades de atuação do Brasil no âmbito internacional.

2 Os anos de 2003 a 2016: entre a projeção e o distanciamento

2.1 A cooperação internacional do Brasil

O presente capítulo apresenta conceitos importantes da área de cooperação internacional e sua conexão com saúde global e política externa, além dos meios de atuação da cooperação Sul-Sul brasileira enquanto prática que orienta a inserção internacional do Brasil nos governos Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016). Além disso, tem como objetivo principal compreender o processo decisório envolvendo os três atores domésticos (ABC/MRE, AISA/MS e Fiocruz) e apresentar elementos chave para a análise da atuação dos líderes e da respectiva burocracia institucional nos dois governos.

O capítulo está dividido em três partes principais, sendo a primeira referente ao tema de cooperação internacional, à atuação brasileira e suas características (princípios, particularidades e conexões). A segunda divisão do capítulo analisa o processo decisório e a participação dos três atores domésticos, aferindo os respectivos indicadores de grau de influência e interesses. Por fim, a última seção apresenta comparativos importantes dos governos Lula da Silva e Dilma Rousseff, além de introduzir o modelo teórico de Charles Hermann (1990), que lança luz sobre condicionantes de política externa a serem aplicadas em consonância com as linhas de atuação e personalidade dos dois chefes de Estado e das três instituições entre 2003 e 2016.

A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) representa um tema crescente na política internacional, refletindo os jogos de poder entre os múltiplos atores que atuam na área, sejam eles domésticos ou transnacionais. Atualmente, a movimentação financeira da CID se aproxima da marca de US\$ 150 bilhões/ano, se consideradas as várias modalidades (Triangular, Norte-Sul, Sul-Sul etc). O valor é pouco relevante frente aos gastos militares e ao comércio internacional de drogas ilícitas, por exemplo. Apesar disso, analisar a cooperação internacional enquanto prática institucional e política dos Estados abre espaço para a compreensão das dimensões materiais (econômica e tecnológica) e imateriais (simbólica e normativa) das relações internacionais (MILANI, 2018).

A cooperação é, portanto, um campo de ação política e social permeado por relações de poder entre os diversos atores que se apresentam e interagem nesse espaço através de seus

interesses, preferências, práticas e discursos. Na área da Saúde Global, segundo Anne-Emanuelle Birn¹¹,

[...] as agendas de política externa de muitas potências dominantes descaradamente enquadram a saúde em suas pautas de segurança nacional e preocupações econômicas, empregando uma lógica dupla para justificar seus assentos nos Conselhos Executivos de várias organizações multilaterais e o uso de tais atividades e negociações em torno da saúde global como uma ferramenta diplomática. (BIRN et al., 2017, p. 606, tradução nossa)

Esse arranjo de forças e correlações provoca impacto no campo intelectual das Relações Internacionais e da PEB, especialmente se relacionada ao conceito de política externa enquanto política pública (MILANI, 2015).

No âmbito interno, cada vez mais as instituições e a sociedade civil têm atuado em diversas frentes nas pautas de cooperação internacional. Em grande medida, há o entendimento de que “a política externa é uma política pública como as demais, logo, está sujeita à expressão das urnas e da opinião pública” (AMORIM, 2010). Assim sendo, as implicações político-econômicas, sociais, culturais e ambientais são resultado direto e/ou indireto das ações de cooperação internacional, tanto no nível micro dos agentes (doadores e beneficiários), quanto no plano estrutural e sistêmico das relações internacionais (MILANI, 2018).

Naturalmente, os países emergentes buscam promover um modelo de desenvolvimento que reduza progressivamente as relações contraditórias de hierarquia, assimetria e dependência. Além disso, fomentam padrões de atuação que fortalecem as instituições e a sociedade através de práticas menos assistencialistas e mais desenvolvimentistas, a exemplo do já mencionado conceito de cooperação estruturante, um dos pilares da cooperação Sul-Sul brasileira. Um dos maiores exemplos da natureza *sui generis*¹² da política externa (MILANI, 2015) enquanto política pública de interface com atores, agendas e propensões particulares internas é o Programa Mais Médicos (PMM).

Enquanto uma política de Estado – preocupada com a soberania e com os interesses nacionais – e uma política pública – na interface com atores, agendas e propensões particulares internas – a política externa brasileira de cooperação técnica Sul-Sul em saúde reflete os jogos de poder entre os atores econômicos, políticos e sociais dentro e fora das fronteiras nacionais.

¹¹ “Indeed, the foreign policy agendas of many leading powers unabashedly frame health as vital national security and economic concerns, employing this dual rationale to justify involvement in health-related multilateral decisionmaking bodies and the use of activities and negotiation around health as a diplomatic tool.” (BIRN et al., 2017, p. 606)

¹² Para o conceito de *sui generis* (MILANI, 2015), ver capítulo 1, p. 27.

Neste seguimento, o arranjo de cooperação triangular envolvendo Cuba, OPAS e Brasil permitiu o aperfeiçoamento de políticas brasileiras de Atenção Primária à Saúde, um dos maiores desafios históricos do país. Conhecidamente, e ao contrário da ilha, o Brasil sempre possuiu um número insuficiente de médicos para suprir as necessidades no âmbito do SUS, além da má distribuição desse contingente no território nacional, privilegiando os grandes centros urbanos. Além do provimento de força médica em regiões com baixa oferta e capacidade de distribuição, o PMM contou com propostas de mudança na formação médica brasileira, potencializando a reconstrução de um sistema de saúde pública fragilizado por políticas econômicas e sociais de baixa efetividade.

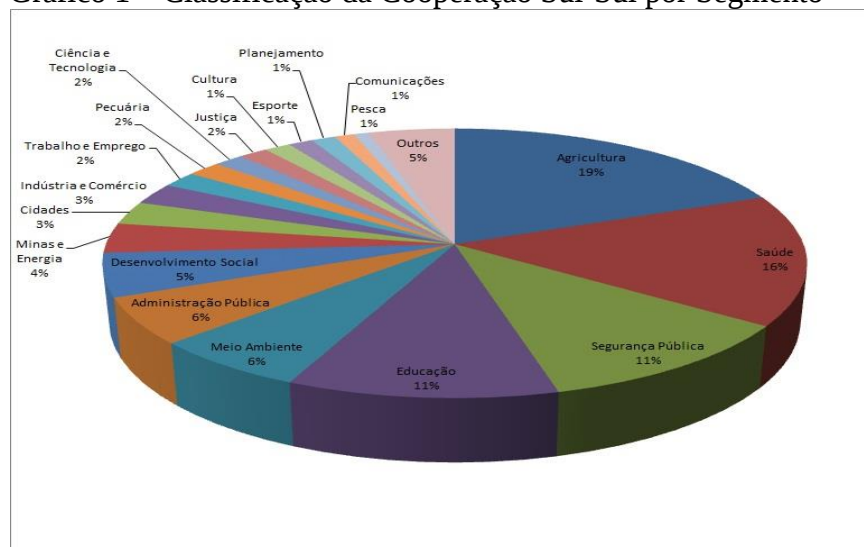
A prática da diplomacia da saúde em Cuba tem origem na própria Revolução Cubana de 1950. Com o agravamento da crise e a fuga de mais da metade dos médicos do país, o investimento na formação de novo corpo técnico e no desenvolvimento do sistema de Atenção Primária à Saúde foi a solução encontrada para combater a precarização dos indicadores de bem-estar nacional como um todo. A qualidade e a capacidade institucional desenvolvidas por Cuba viraram um grande ativo de cooperação internacional, difundindo políticas públicas e gerando receita para o país.

Nesse contexto, o Brasil tem desenvolvido estratégias para problemas socio sanitários comuns em países em desenvolvimento. Algumas das principais iniciativas de cooperação internacional envolveram os Programas de Saúde da Família, de Imunizações e de HIV/AIDS, a Rede de Bancos de Leite Humano e as Redes de Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas e Institutos Nacionais de Saúde. Além disso, a doação de alguns insumos como soros, vacinas, medicamentos e recursos para diagnóstico também ocorrem não só em situações de calamidades e emergências, mas principalmente em programas regulares de cooperação (BUSS e FERREIRA, 2011).

Conforme apresentado, o conceito de diplomacia da saúde (KICKBUSCH et al., 2007) surge para tratar dessas questões que transcendem as fronteiras nacionais, conduzindo, entre outras práticas, a cooperação internacional em saúde. Essas ações coordenadas fortalecem os setores de saúde e de relações exteriores, identificando prioridades, fomentando novas iniciativas e revisitando conceitos. Nos últimos anos, instituições domésticas de grande protagonismo, como a Fiocruz, atuaram junto a vários agentes do sistema de saúde e órgãos do Poder Executivo visando a troca do enfoque vertical (atuação pontual em crises e doenças) para a intervenção horizontal, que busca o desenvolvimento integral dos sistemas de saúde pública em benefício da sociedade.

No âmbito internacional, se analisarmos os registros do governo brasileiro sobre a atuação em cooperação Sul-Sul, constata-se que a saúde ocupa o segundo lugar em importância por segmento na performance do Brasil na área.

Gráfico 1 – Classificação da Cooperação Sul-Sul por Segmento



Fonte: ABC (2000-2014). Gestão. Acesso online.

Independentemente da esfera de atuação, a cooperação técnica exemplifica, de forma bastante clara e relevante, o processo considerável de internacionalização de políticas públicas no Brasil. Conforme Pinheiro e Milani (2013),

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. (PINHEIRO E MILANI, 2013, p. 25-26)

Apesar dos avanços e dos instrumentos que evidenciam a aproximação entre os atores da saúde e a área de política exterior nos últimos anos, os dilemas da cooperação internacional seguem presentes: eficácia, credibilidade, institucionalização e interface dos vários agentes (VENTURA, 2013). A arena multilateral da saúde global representa, em larga escala, uma ameaça às práticas da boa governança, sendo um instrumento vigoroso de críticas por parte dos países em desenvolvimento, ONGs, movimentos sociais etc. Para fins dessa pesquisa, no entanto, serão considerados e analisados somente os atores domésticos envolvidos na CTPD brasileira e a atuação dos respectivos chefes de Estado brasileiros entre os anos de 2003 e 2016.

Ao contrário da cooperação Norte-Sul, regida pelo Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD/OCDE), a cooperação Sul-Sul não é institucionalizada. Na ausência de norma/regulação específica, a cooperação técnica brasileira é guiada por documentos internacionais, como o Plano de Ação de Buenos Aires (PABA¹³) e o Manual de Execução Nacional de Projetos do PNUD - Brasil (2006), além de documentos nacionais, como 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 nº 555 do MRE (2008) (LEITE et al., 2014; IGLESIAS PUENTE, 2010; AVELHAN, 2017).

De acordo com todos os entrevistados, e considerando o Manual de Cooperação Sul-Sul, a CTPD brasileira é orientada por características e princípios específicos, tais como orientação por demanda, não condicionalidade, priorização de projetos estruturantes e presença de vários atores no processo. Em alguns casos, no entanto, pode ocorrer algum desvio, levando em conta negociações particulares e interesses políticos. Sobre a primeira característica, observa-se que o Brasil recebe a demanda por parte dos países receptores via embaixadas, organismos internacionais, delegações, missões especiais ou após a presença do chefe de Estado em determinadas reuniões presidenciais, conforme foram as demandas diretas frequentes decorrentes das viagens do presidente Lula e seu chanceler da época, Celso Amorim. Este processo difere da cooperação tradicional presente no eixo Norte-Sul, onde frequentemente o país doador impõe projetos e parcerias aos países beneficiários sem que estes tenham sido efetivamente consultados ou tenham participado da formulação da proposta. Vale ressaltar que a internalização de políticas públicas não é, portanto, a imposição de certas práticas de política pública em determinados contextos (MILANI, 2014).

No caso do Brasil, em ambos os governos Lula da Silva e Dilma Rousseff, observou-se que o Poder Executivo assumiu a necessidade de legitimar o processo da CTPD conforme a necessidade real dos parceiros, além de afinidades históricas e culturais e, por fim, atrelado às práticas de desenvolvimento compartilhado. Além disso, a diplomacia da época advogou pelo conceito da não indiferença (SEITENFUS, ZANELA e MARQUES, 2007), cunhado e defendido pessoalmente pelo ministro Celso Amorim em diversas ocasiões públicas, como o seu discurso oficial de posse como Ministro das Relações Exteriores, em 2003, e posteriormente durante a 35ª Assembleia Geral da OEA, em 2005.

¹³ Em 1978, foi realizada em Buenos Aires a Conferência das Nações Unidas para a Cooperação Técnica Entre Países em Desenvolvimento (CTPD). O Plano de Ação de Buenos Aires (PABA), documento originário da Conferência, foi ratificado por 138 países e se tornou um marco histórico na área. Em março de 2019, uma nova Conferência de alto nível sobre Cooperação Sul-Sul e Triangular foi organizada pela ONU em Buenos Aires, o PABA+40, reunindo todos os países membros há exatos 40 anos após o marco inicial em 1978.

Retomando o princípio da orientação por demanda, é necessário destacar, entretanto, que a exposição de algumas iniciativas brasileiras de sucesso em fóruns multilaterais (ou bilaterais) – como foi o caso do programa Fome Zero e do tratamento dispensado ao HIV/AIDS – contribuiu, evidentemente, para potencializar e induzir demandas por parte de países parceiros.

Um outro princípio importante adotado pelo governo brasileiro na gestão dos dois chefes de Estado foi a não condicionalidade para a formulação e execução de determinados projetos. Esse discurso, bastante alinhado aos princípios da política externa de não intervenção e de respeito à soberania de outros países, consiste em não impor condicionantes a essas parcerias, sejam de natureza econômica e comercial (acordos bilaterais ou multilaterais, políticas de austeridade etc.) ou ideológica e política (alinhamento em fóruns internacionais, reforma política, revisão dos processos de governança pública etc). Possivelmente, esse aspecto é um dos mais relevantes na diferenciação da cooperação Sul-Sul para a praticada no eixo Norte-Sul, onde os consensos que permeiam essas práticas são muito criticados por serem frequentemente atrelados à lógica da democracia liberal, à internacionalização dos mercados e às reformas internas visando boas práticas de governança global (MILANI; SUYAMA; LOPES, 2013).

Ainda que não haja um condicionante direto, a CTPD frequentemente colabora no processo de aumento das parcerias comerciais e das atividades financeiras entre os dois países, já que naturalmente abre espaço para um fluxo maior de investimento e empresas privadas no país beneficiário. Não há problema em conformizar essas dimensões, uma vez que a prerrogativa de ganhos econômicos e/ou políticos está presente em quase toda, se não toda, negociação internacional. No caso da CSSD, observou-se que não necessariamente a causalidade está presente, mas há essa pretensão como possível consequência de médio ou longo prazo.

Este fato é bastante considerável na análise do perfil dos dois líderes dos governos Lula e Dilma. Apesar de não renunciar ao princípio da não condicionalidade, o governo Dilma tinha ressalvas quanto aos ganhos de médio e longo prazo, optando por uma política externa mais imediatista. Esta postura foi empenhada pessoalmente pela líder e também por alguns chanceleres de seu governo, a exemplo do ministro Mauro Vieira, afirmando que “cifras e números respaldam uma diplomacia de resultados”. Por outro lado, Celso Amorim demonstrou, na teoria e na prática, ter uma visão mais abrangente e de longo alcance durante os mandatos dos governos Lula.

A terceira característica citada refere-se ao caráter estruturante dos projetos implementados, onde a cooperação técnica é consequência do esforço mútuo entre doador e beneficiário através de um processo onde a experiência, o conhecimento e a tecnologia são compartilhados. Esse conceito é amplamente implementado pela Fiocruz e o objetivo é o aproveitamento das capacidades locais, a autonomia integral do parceiro e a sustentabilidade do processo (BUSS; FERREIRA, 2010a). Estas atividades são caracterizadas como de longa duração e tendo grande impacto social nas comunidades afetadas e receptoras.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, através da Assessoria Internacional de Assuntos em Saúde (AISA) e da Coordenação Geral de Programas e Projetos de Cooperação Técnica (CGPC/DESID), atua diretamente na área. A AISA negocia estratégias, monitora e avalia projetos estruturantes para os sistemas de saúde do Brasil e de outros países em desenvolvimento. As propostas e agendas externas para a saúde são elaboradas e implementadas mediante ações sanitárias, priorizando blocos econômicos, geográficos e culturais. Projetos como o combate à doença falciforme e a cooperação trilateral Brasil-Cuba-Haiti para reconstrução do Haiti foram alguns dos destaques. (Ministério da Saúde, 2019)

A ABC explicita que os projetos estruturantes foram implementados 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). Entre as atividades, a agência destaca a instalação de unidades demonstrativas de cultivo de algodão no Mali (o chamado "Cotton-4", que abrange também o 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 e o Programa trilateral Pró-Savana em Moçambique (ABC, 2019).

Além das três características de destaque previamente mencionadas, a CTPD brasileira é marcada pela multiplicidade de atores envolvidos no processo de cooperação, sejam eles de natureza pública ou privada, e de diversas esferas. Conforme analisado, ainda que a ABC concentre o papel de liderança na área, diversas instituições nacionais têm se mostrado vitais em todas as fases do processo de cooperação técnica, como Ministérios, fundações, universidades, empresas privadas, associações, ONGs, hospitais, centros de operação em saúde etc. Dentre as principais, ressalta-se a Fiocruz, a Embrapa, o SENAI e o Ministério do Desenvolvimento e Combate à fome como grandes protagonistas na CTPD brasileira. Nesse particular, vale destacar que muitas dessas instituições, hoje fornecedoras, já estiveram no papel de receptoras de cooperação internacional no início de suas atividades, como é o caso da Fiocruz e da Embrapa. Esses casos evidenciam a importância da cooperação técnica onde a

internalização de conhecimento externo foi a base para um desenvolvimento tecnológico estruturante, bem-sucedido e consolidado no Brasil ao longo dos anos (AVELHAN 2017).

Naturalmente, toda essa interface contribuiu para o fenômeno da pluralização de atores na arena decisória da PEB (PINHEIRO, 2009). Apesar dos ganhos, como a possibilidade de uma política externa mais democrática e menos insulada, as instituições domésticas e os processos intra e interburocráticos envolvidos na cooperação técnica brasileira apresentaram dificuldades de articulação. Na prática, a participação crescente do Brasil na área da cooperação técnica não foi acompanhada por reformas institucionais, incluindo a elaboração de um marco regulatório que estabeleça prioridades, objetivos e garanta fluxos necessários (humanos e financeiros) para um envolvimento eficiente e contínuo de todas as instituições domésticas (LEITE et al., 2014).

Além disso, naturalmente, a pesquisa junto aos entrevistados das três instituições ratificou a necessidade fundamental de compreender as preferências e práticas dos agentes envolvidos. No âmbito da política externa e das agendas da CID, analisar a relação entre o meio percebido pelos tomadores de decisão (e ao qual eles reagem) e o meio operacional onde essas decisões são de fato executadas (HERMANN, 1990), aumenta a chance de melhoria na qualidade da atuação do Brasil no cenário internacional de cooperação, seja ele Norte-Sul, Sul-Sul ou Triangular.

2.2 Processo decisório: a atuação dos atores domésticos na CTPD brasileira em saúde

O estudo do processo decisório envolvendo os atores domésticos protagonistas da cooperação técnica brasileira na área da saúde considera o aumento do investimento na área, a progressão quantitativa dos projetos ao longo do período analisado nesta pesquisa (2003-2016) e a interlocução entre os atores. A natureza das relações intra e interburocráticas desses agentes lança luz às decisões de política externa que envolvem seus respectivos líderes e suas diferentes percepções e objetivos. No caso da cooperação internacional, é uma ferramenta eficaz na análise de internacionalização de políticas públicas e da influência do cenário doméstico como fator indispensável de interferência na política externa brasileira.

Apesar da relação entre os três atores ter se iniciado antes do período de análise aqui considerado, foi a partir de 2003 que as agendas de cooperação internacional para o desenvolvimento ganharam novas dimensões. O Brasil já atuava há bastante tempo em pautas importantes de saúde global, a exemplo das políticas de combate ao HIV/Aids e de controle do tabagismo. Mas, de fato, foi no início do século XXI que a atuação brasileira se expandiu nos

fóruns multilaterais e frente às organizações internacionais. Os instrumentos de aproximação entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Relações Exteriores evidenciaram esse novo recorte e fundamentaram as ações do Brasil na diplomacia da saúde e na CTPD.

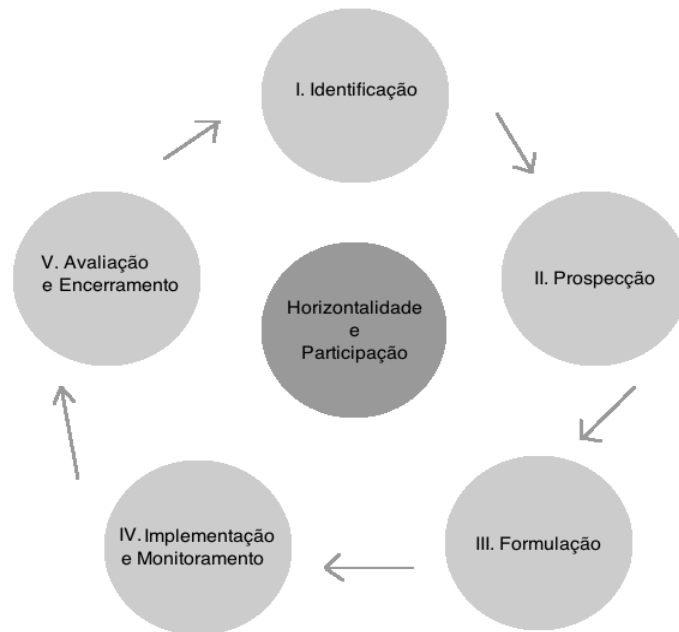
Nesse ínterim, em julho de 2005, o Protocolo de Intenções assinado pelo MS e pelo MRE estreitou de forma inédita os laços entre os dois ministérios e materializou a intenção da política externa brasileira de aperfeiçoar as relações e a coordenação da cooperação técnica prestada a países emergentes na área da saúde. Até então, não havia referência na literatura ou nos documentos oficiais da atuação do Itamaraty com tanto protagonismo no âmbito da CSSD brasileira, exceto na representação diplomática em si. Através do documento, uma comissão com funcionários de ambos os ministérios foi criada para estudar as ações de cooperação e propor novas iniciativas, diretrizes e ajustes no processo (Comissão de Coordenação MRE/MS). Vale destacar que não houve continuidade no trabalho dessa Comissão, o que não descarta a importância do Protocolo enquanto um documento chave na articulação dos dois setores e na aproximação da ABC com a AISA.

Complementarmente, outros instrumentos realçaram a interlocução propositiva entre os atores domésticos e as agendas de política externa e saúde. Conforme apresentado em detalhes no capítulo um, destaca-se também a assinatura do Termo de Cooperação no. 41 (TC-41), em 2005, entre o MS (através da AISA e da Fiocruz) e a OPAS/OMS, com um papel fundamental na implementação de projetos estruturantes em saúde no âmbito da cooperação internacional; e a Declaração de Oslo, de 2007, um termo de compromisso assinado pelos Ministros da Saúde de vários países, incluindo o Brasil, cujo objetivo era posicionar a saúde como uma das questões mais importantes de longo prazo na política externa. A Fiocruz, por sua vez, dado o seu papel histórico nacional e internacional, assumiu uma posição de destaque nessa nova agenda compartilhada e buscou construir relações mais consistentes e mais coordenadas na área.

Sobre o fluxo cíclico seguido pela a cooperação técnica em saúde no Brasil, o Manual de Cooperação Sul-Sul destaca cinco fases principais: I) Identificação, onde as características principais do projeto e sua viabilidade (proponente, tema, escopo, recursos etc.) são analisadas pelos atores envolvidos; II) Prospeção, cujo objetivo é especificar detalhes da iniciativa, fomentar a interação entre os profissionais brasileiros e os do país proponente, produzindo subsídios para a tomada de decisão; III) Formulação e Enquadramento, quando elabora-se o dossiê prévio e, se aceito pelas partes, é firmado o Documento de Projeto ou de Ação Preparatória; IV) Implementação e Monitoramento, que cuida da implementação técnica e execução administrativo-financeira das atividades acordadas no documento e, posteriormente, do processo de monitoramento dos objetivos e resultados almejados; e, por fim, V) Avaliação

e Encerramento, onde as partes procedem à avaliação interna da iniciativa, sob todos os aspectos previamente mencionados e segundo os critérios de base que determinam a eficiência e a sustentabilidade de um projeto de cooperação (ABC, 2013).

Figura 1 - Ciclo de gestão de iniciativas de Cooperação Técnica Sul-Sul



Elaboração própria. Fonte: Manual de Cooperação Sul-Sul (ABC, 2013)

Segundo os entrevistados e de acordo com o princípio da orientação por demanda da CTPD brasileira, no geral, nota-se que a solicitação inicial chegava primeiro na ABC (via embaixadas, viagens presidenciais e reuniões de ministros), era encaminhada logo após para a AISA, e, na sequência, para a área técnica mais capacitada para atendê-la (com frequência, a Fiocruz).

No fluxo padrão, a fase inicial de negociação e elaboração do projeto evidencia o protagonismo da ABC, especialmente por ser o órgão normatizador e responsável pela execução e coordenação da cooperação técnica internacional do governo brasileiro. Já no estágio de planejamento e preparação final do documento, verifica-se um protagonismo maior da AISA e da Fiocruz, dado o alto grau de conteúdo técnico exigido nessa fase. Posteriormente, na implementação do projeto, a Fiocruz frequentemente detém o protagonismo, dada a qualificação do corpo de funcionários para atuar em questões socio sanitárias.

Por outro lado, a totalidade das entrevistas confirmou que nem sempre o fluxo padrão de recepção ou implementação conforme acima é obedecido na CTPD. Este fato é bastante

significativo, pois uma vez que não há legislação jurídica, diretrizes específicas ou normas para a atuação das instituições na área, o grau de influência política de cada uma varia conforme o fluxo vigente e o tema tratado. Desconsiderando a prerrogativa do recebimento padrão, há muitos registros onde as demandas chegavam de forma invertida ou, segundo um entrevistado da ABC, “descoordenadamente”. É o caso, por exemplo, de países ou organizações internacionais que procuram diretamente a Fiocruz para iniciar um projeto na área e a ABC participa de forma discreta (ou sequer participa).

Entre 2003 e 2016, há muitos casos onde a demanda partiu de esferas multilaterais, como a CPLP, a Unasul e projetos tripartite negociados diretamente com a Fiocruz, indicando uma influência política maior dessa instituição e da AISA e menor da ABC. Em alguns projetos de interesse do Poder Executivo, um dos entrevistados afirmou, inclusive, que já houve bastante ruído no processo decisório entre os três atores envolvendo iniciativas de interesse da ABC e da AISA, mas não da Fiocruz, uma vez que não estavam de acordo, por exemplo, com o conceito difundido de cooperação estruturante.

É notório, portanto, que o nível de influência política e técnica dos atores domésticos varia conforme os temas e estágios que compõem a cooperação técnica brasileira em saúde. Todos entrevistados afirmam de forma explícita que sofrem um impacto direto alto na troca dos chefes de Estado e dos líderes dos ministérios e das instituições principais. A participação e a influência política ou técnica de um ou outro ator se altera, então, de forma significativa de acordo com as chefias e o objeto de cooperação que está sendo tratado.

Na área de ciência e tecnologia em saúde, a exemplo da fábrica de antirretrovirais em Moçambique, a Fiocruz tem um protagonismo mais técnico e político que o MS. O objeto da cooperação era desenvolvimento de medicamentos. Já no tema de políticas de acesso e combate ao HIV/AIDS, o protagonismo do MS é maior. A influência política e técnica varia entre o MS e a Fiocruz. Já o trabalho da ABC, a meu ver, varia pouco, é sempre o mesmo. É de coordenação. (Entrevistado da AISA)

Não existe no mundo uma instituição como a Fiocruz. Quando você observa o Evandro Chagas no Pará, você percebe que ele tem um alcance macrorregional com países fronteiriços importantes naquela região. Ela [Fiocruz] e o Inca tiveram um grande protagonismo grande na expressão das políticas e nos espaços de negociação, como na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco [CQCT]. O senador Suplicy teve também um destaque pessoal nisso. Hoje o Inca não tem mais um papel fundamental, mas naquela época do CQCT teve. (José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil)

Essa sua análise de conjuntura me interessa muito. Fui presidente da Fiocruz desde 2001, no governo Fernando Henrique Cardoso e com José Serra ministro, e fiquei até 2009, após oito anos de governo Lula. E então fundamos o CRIS [Centro de Relações Internacionais em Saúde]. Minha visão foi privilegiada e consigo enxergar bem as transformações da política externa brasileira e a interferência direta dos atores. (Paulo Buss, ex-Presidente da Fiocruz e Diretor do CRIS/Fiocruz desde 2009)

Um dos arranjos teóricos do campo de Análise de Política Externa (APE)¹⁴, o estudo *Changing course: when governments choose to redirect foreign policy* (HERMANN, 1990), aponta a burocracia como um dos fatores significativos de mudança em política exterior. Nesse âmbito, grupos de patente média e alta com acesso aos *decision makers* influenciam o resultado do processo decisório em política externa. No geral, a burocracia tende a ser um movimento contrário às mudanças, mas é possível que um indivíduo ou grupo se organize para mobilizar os demais rumo à novas linhas de ação (HERMANN, 1990). Os casos da Fiocruz mencionados acima são bastante relevantes se considerarmos esse fator do modelo de Hermann, uma vez que sinalizam um alto grau de influência da burocracia, não só na execução técnica das ações de política externa brasileira em saúde, mas também em certos estágios de formulação.

Em síntese, compreende-se do grau de influência dos três atores nas fases dos projetos de cooperação técnica em saúde que há sempre o componente político de cada instituição influenciando nos diferentes temas e estágios da cooperação (considerando o fluxo de recebimento padrão de demandas e o fluxo interpolado). Nesse particular, a ABC tende a priorizar atividades e parceiros importantes para o governo brasileiro e para as práticas de atuação política e estratégica do Itamaraty. O MS, associadamente, possui preferências e interesses intrínsecos a sua atuação doméstica e internacional sanitária, de acordo com os temas-chave de cada época, como o combate ao HIV/AIDS, as pesquisas sobre o Zika Vírus e a implementação emergencial do Programa Mais Médicos. A Fiocruz, por sua vez, prioriza projetos de cooperação estruturante que fomentem mais desenvolvimento horizontal e menos intervenção vertical direta.

2.3 Lula x Dilma: cenários de inflexão na troca de governo

Considerando o cenário internacional do início do século XXI e as mudanças políticas no plano doméstico brasileiro, a dimensão da importância e do espaço da cooperação Sul-Sul na agenda de política externa se alterou significativamente. Pode-se dizer que o governo Lula redefiniu algumas bases de atuação política do Brasil no plano interno e exterior através de novas concepções e práticas, a exemplo do combate efetivo às desigualdades sociais, do comportamento proativo na OMC, da prioridade na candidatura do Brasil a membro permanente do Conselho de Segurança das Nações Unidas e, naturalmente, da relação com outros parceiros (SARAIVA, 2007).

¹⁴ APE é uma subárea das Relações Internacionais que considera a influência de fatores internos na ação diplomática, sendo a política externa, portanto, um produto de interação em vários níveis.

A diversificação de parceiros comerciais, a aproximação com países emergentes em fóruns multilaterais e a implementação de políticas sociais desenvolvimentistas de grande alcance no plano nacional e internacional foram alguns dos elementos mais marcantes dos governos Lula. A concepção da autonomia pela diversificação (VIGEVANI e CEPALUNI, 2007) retratou de forma clara as bases de atuação da nova PEB. Além disso, o governo empenhou os conceitos da não indiferença e da não intervenção, diferenciando ambos ao propor novos desafios ou ao assumir responsabilidades (LESSA, 2010).

Conforme alguns trechos de seu discurso de posse, Lula sinalizou rapidamente o que se esperar do posicionamento do Brasil no mundo:

“[...] A grande prioridade da política externa durante meu governo será a construção de uma América do Sul politicamente estável, próspera, unida com base em ideais democráticos e da justiça social. [...] “Aprofundaremos as relações com grandes nações em desenvolvimento, a China, a Índia, a Rússia, a África do Sul [...] Reafirmamos os laços profundos que nos unem a todo o continente africano [...] A democratização das relações internacionais sem hegemonias de qualquer espécie é tão importante para o futuro da humanidade quanto a consolidação e o desenvolvimento da democracia no interior de cada Estado [...]” (Discurso de posse do Presidente Lula em 1º de janeiro de 2003)

No âmbito da relação entre países em desenvolvimento, o tema da cooperação Sul-Sul é antigo na política externa brasileira. Remete ao fim dos anos 1980, com a criação da ABC, no Ministério das Relações Exteriores, com o objetivo de coordenar, negociar e acompanhar a cooperação internacional para o desenvolvimento. Ao longo dos anos, o trabalho da ABC avançou, tendo como base algumas prevalências: a) compromissos assumidos em viagens do chefe de Estado e do chanceler; b) relações com países da América do Sul; c) intercâmbio com países da África, em especial os PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa) e Timor-Leste; d) contato com os demais países da América Latina e do Caribe; e) apoio integral à CPLP; e f) incremento das iniciativas de cooperação triangular com países desenvolvidos através de agências, fóruns e organizações internacionais (BUSS e FERREIRA, 2011).

Ainda que não faça parte do recorte temporal deste estudo, é necessário abrir um parêntese importante sobre a atuação do Brasil na área da saúde no final do século XX e no início do século XXI. Na busca pela credibilidade nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC), o país ampliou as parcerias internacionais e a participação em diversos fóruns globais. Nesse âmbito, a saúde ganhou força na agenda da política externa brasileira, tendo em vista o consenso do plano internacional que ressaltava enfaticamente o espaço do tema na condução das relações internacionais (BARBOZA, PINHEIRO e PIRES-ALVES, 2017). Com isso, formou-se a percepção de que atuar com visibilidade na área ajudaria o país a se apresentar

como um ator relevante nas agendas de política internacional.

Nesse ínterim, as iniciativas dos governos FHC, muitas lideradas pelo então Ministro da Saúde José Serra, fortaleceram uma política inovadora de acesso a medicamentos para o HIV/AIDS, influenciando a atuação de diversos países no âmbito internacional, especialmente ao associar a discussão sobre o tema saúde ao conceito de direito humano fundamental. Em 2001, a Comissão de Direitos Humanos da ONU aprovou a resolução “Acesso a Medicamentos no Contexto de Pandemias como HIV/Aids”, proposta pela delegação brasileira e aprovada por 52 países. Em maio do mesmo ano, já no âmbito da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e após ser acusado pelos Estados Unidos de violar¹⁵ o Acordo TRIPS, o Brasil reafirmou a premência da redução dos custos dos medicamentos antirretrovirais, a produção de genéricos em países pobres e a criação de um fundo internacional para financiar projetos de combate ao HIV/AIDS nesses países.

A “Resposta Global ao HIV/Aids” e a “Estratégia de Medicamentos da OMS” foram mais duas resoluções aprovadas através de iniciativas brasileiras. Na sequência, em novembro de 2001, na IV Conferência Ministerial da OMC, em Doha, o Brasil liderou as discussões sobre o Acordo TRIPS, defendendo a flexibilização de alguns de seus termos e a proteção da saúde pública frente aos interesses comerciais das grandes corporações farmacêuticas. Por fim, a Conferência produziu a “Declaração sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública”, que normatizou a busca por mecanismos de proteção a saúde pública e a difusão do acesso a medicamentos, reduzindo os efeitos negativos primários do Acordo TRIPS (SOUZA, 2011).

Respeitando as diferenças nos esforços diplomáticos e nas estratégias de atuação dos dois chefes de Estado, ainda assim pode-se dizer que

o tema da saúde, em específico, não só estava presente na agenda da política externa brasileira em ambos os governos FHC e Lula da Silva, como também essa presença se desenvolveu em um processo crescente de institucionalização, tanto em termos político-administrativos, quanto no nível do discurso, o que oferece uma dimensão de continuidade entre eles. (BARBOZA, PINHEIRO e PIRES-ALVES, 2017, p. 188)

Nesse contexto, o cenário internacional multilateral do pós-Guerra Fria impulsionou amplamente essas agendas sob diversos aspectos. Em 2008, segundo mandato do Governo Lula, a Assembleia Geral das Nações Unidas, por ocasião de sua 63ª Sessão, adotou a Resolução No. 63 sobre Saúde Global e Política Externa, cujo item de número dois apresentado a todos os países membros era “*Urges Member States to consider health issues in the formulation of foreign policy*” (ONU, 2008. A/RES/63/33). Nos dois governos, Lula seguiu com a agenda de

¹⁵ O episódio, conhecido como “contencioso das patentes farmacêuticas”, reafirmou a influência do Brasil no debate internacional em saúde, mobilizando atores e estruturas de governança internacionais importantes (CEPALUNI, 2005).

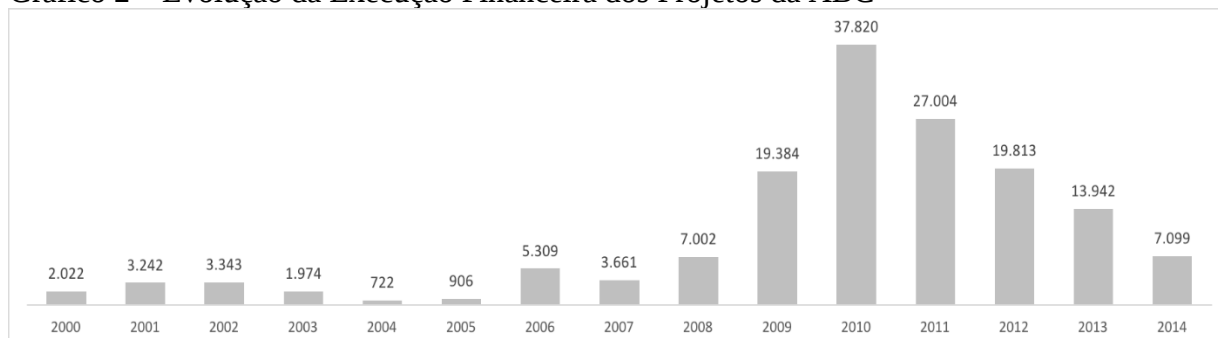
cooperação Sul-Sul em saúde e ampliou as bases de atuação internacional. O início do primeiro mandato, a princípio, enfrentou dilemas sociais antigos, como a pobreza e a fome.

Na sequência, os anos trouxeram avanços econômicos importantes, liderados pelo *boom das commodities* na exportação brasileira e pelo alto consumo interno. Os governos Lula se concentraram em combater a pobreza, promover a integração regional de forma continental (não só considerando aspectos comerciais e financeiros, mas também identitários), demandar reformas na ordem global em benefício dos países emergentes, e, sem dúvida, fortalecer as relações Sul-Sul, ampliando as bases da cooperação para o desenvolvimento em novas coalizões internacionais.

Além de (co)liderar a criação do G-20 comercial, o Brasil manteve-se alinhado a outros blocos políticos, como o Mercosul, desde 1991; o IBAS, que surgiu como um novo bloco estratégico; a UNASUL, composta por 12 países da América do Sul e a CPLP, renovando os laços históricos com os países africanos. Somam-se a esses arranjos as diversas viagens presidenciais ao Oriente Médio e à Ásia (que resultaram em acordos bilaterais de cooperação em diversas áreas) e a participação em organizações multilaterais de grande alcance como a ONU e, no âmbito da Saúde Global, a OMS. Nessa última, inclusive, o Brasil ocupou uma das 34 cadeiras do Conselho Executivo entre 2004 e 2007, tendo sido reeleito para mais três anos, entre 2008 e 2011 (BUSS e FERREIRA, 2011).

Os quantitativos orçamentários do período, divulgados pelo governo federal através da Agência Brasileira de Cooperação, ilustram a atuação do Brasil na área de forma crescente, atingindo seu ápice em 2010, último ano de mandato do governo Lula. O gráfico abaixo apresenta a evolução da execução financeira da ABC. Os valores anuais são os somatórios financeiros da execução do orçamento da ABC, das transferências para Organismos Internacionais e dos repasses de recursos de órgão e instituições governamentais brasileiras para serem executados em ações de cooperação técnica pela ABC.

Gráfico 2 – Evolução da Execução Financeira dos Projetos da ABC



Elaboração própria. Fonte: ABC, 2019. Gestão. Acesso online.

Ainda na área de saúde global e política externa, outros eventos importantes marcaram

os governos Lula e a atuação do chefe de Estado e seu chanceler, Celso Amorim, enquanto líderes atuantes na diplomacia da saúde: a elaboração da Convenção para o Controle do Tabaco, a Declaração de Doha e o Acordo Trips e Saúde Pública, e a constituição do Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual no âmbito da OMS são alguns exemplos importantes.

Pode-se dizer que uma das principais diferenças do governo Lula para os anos anteriores em cooperação Sul-Sul foi o quanto esta prática guiou a atuação do Brasil também em outros espaços internacionais de poder, como os grandes fóruns internacionais e as negociações bilaterais com os Estados Unidos, por exemplo. Esta última, sem enfrentamentos, porém sem nenhum alinhamento ou atuação articulada (SARAIVA, 2007). Ainda que consideradas as facilidades advindas da conjuntura econômica e política favoráveis, a atuação brasileira na área da CSSD entre 2003 e 2010 revela mais do que o aumento quantitativo dos projetos e orçamentos, mas, em especial, a interferência direta dos decisores¹⁶ – chefes de Estado ou altos representantes das instituições burocráticas - na política externa brasileira do período.

A vitória de Dilma Rousseff em 2010 trouxe, evidentemente, expectativas em relação a diversos aspectos da agenda de política externa brasileira, especialmente se considerarmos a década anterior, onde buscou-se ampliar a capacidade do Estado brasileiro de influenciar, guardadas as devidas proporções, a ordem do sistema internacional. Presumivelmente, Dilma representava a continuidade da agenda doméstica e exterior de atuação do Partido dos Trabalhadores (PT), onde a cooperação Sul-Sul sempre manteve um papel de destaque.

No geral, foram mantidas características importantes como o combate à desigualdade, à fome e à miséria; o apreço pelos fóruns multilaterais e pela América do Sul; o diálogo e as relações próximas com os países em desenvolvimento; e, em alguns casos, a crítica direta a comportamentos que violam a soberania nacional, a exemplo do cancelamento da viagem aos EUA após o episódio de espionagem que revelou grampos da Agência Nacional de Segurança americana em membros do governo brasileiro, em 2013.

Retomando o modelo teórico de Hermann (1990), é possível definir os tipos de mudança ocorridas na política externa ao longo de um determinado período ou governo(s), além das áreas e fatores substancialmente responsáveis por tais alterações. As mudanças se resumem, portanto, em quatro categorias: (1) pequenos ajustes, (2) alterações de programa, (3) redefinição de objetivos e/ou problemas e (4) reorientação internacional. A primeira acontece ao intensificar

¹⁶ Entende-se por decisores, a definição de Snyder et al.: “[...] exclusivamente, os chamados funcionários de governo. Neste sentido, exclui-se desta categoria o papel porventura desempenhado por partidos políticos, grupos de interesses e/ou quaisquer agências não governamentais.” (apud PINHEIRO, 2000: 453)

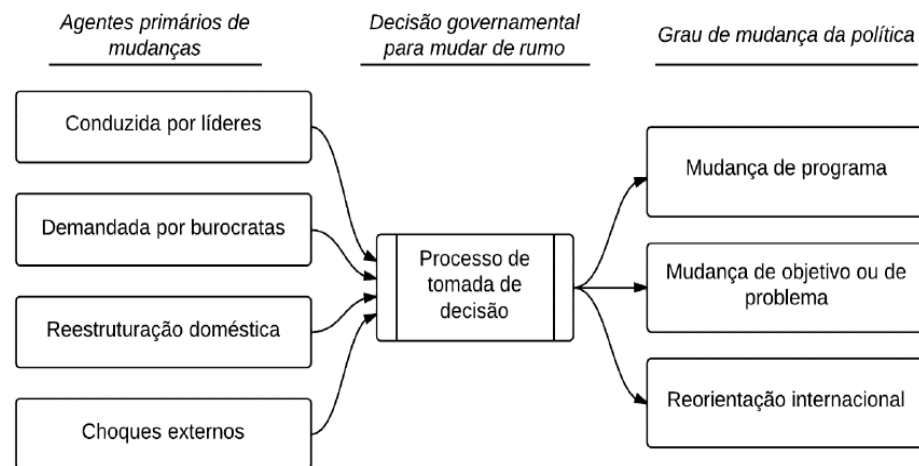
ou reduzir o esforço em busca de um objetivo previamente estabelecido. A segunda ocorre quando se alteram os meios ou métodos empenhados na tentativa de um objetivo ou na resposta de determinado problema. A terceira envolve a substituição ou o redirecionamento da execução de objetivos específicos ou de um problema a ser solucionado. Por fim, a quarta representa uma mudança mais profunda nos papéis e atividades internacionais dos atores envolvidos.

Ademais, quatro áreas se constituem como fontes propulsoras da mudança: a) sistemas políticos domésticos, onde o plano interno e seu *establishment* alteram o jogo de forças políticas; b) *decisionmaking* burocrático, quando pessoas em cargos-chave, ou que detenham a confiança do líder, influenciam as decisões; c) cibernética, onde um agente monitora informações a serem usadas posteriormente em algum fim específico e d) aprendizado, quando o tomador de decisão adquire conhecimento e experiência através do sistema internacional (HERMANN, 1990).

Por fim, Hermann aponta que as mudanças em política externa têm origem, precipuamente, em quatro fatores, classificados conforme seus respectivos agentes primários responsáveis: (1) líder, (2) burocracia, (3) reestruturação doméstica e (4) choques externos. No primeiro caso, o chefe de governo, a depender da sua visão e grau de influência, impõe a sua orientação frente à política externa. No segundo, burocratas com acesso aos altos dirigentes influenciam fortemente a formulação e, conseqüentemente, a execução da política externa. No terceiro caso, orientações ideológicas que suportam o governo no plano interno se alteram, forçando-o a rever a sua posição em relação a determinado tema da agenda internacional. No quarto e último caso, eventos expressivos do cenário internacional impactam em mudanças significativas na condução da política externa.

No âmbito desta pesquisa, os dois primeiros fatores fundamentam as análises principais dos perfis de liderança dos chefes de Estado nos governos Lula e Dilma e da influência das instituições domésticas, além de seus altos representantes, ao longo dos mandatos. Vale ressaltar, ainda, que todos os fatores acima mencionados podem acontecer separadamente ou em consonância uns com os outros, conforme o quadro a seguir:

Figura 2 – Modelo de Análise de Política Externa de Charles Hermann



Fonte: Elaboração do autor, HERMANN (1990, p. 13).

No que se refere à PEB, substancialmente, houve oscilações do governo Dilma em relação a seu antecessor. Entretanto, a literatura não aponta, especificamente, mudanças significativas de programa, redefinição de objetivos ou reorientação internacional. Há referências sobre um grau de ajuste na política externa, sem a alteração dos objetivos principais, mas com prerrogativas de contenção (CORNETET, 2014). Sobre a cooperação Sul-Sul em si, o tema não deixou de ser considerado como um eixo importante da atuação do Brasil no exterior. O estímulo à transparência dos recursos (materiais e humanos) na área ganharam projeção através dos relatórios da COBRADI (Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional), publicados pelo governo federal e elaborados em parceria com o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Tudo isso dava indícios de que a cooperação Sul-Sul era vista como uma política de Estado e seria, portanto, mantida e, porventura, ampliada.

No geral, o primeiro mandato do governo Dilma apresenta elementos de continuidade em relação à agenda internacional do governo Lula. A permanência do grupo conhecido como “autonomistas” no Itamaraty sinalizou, na época, a continuidade da importância do Sul Global e de políticas desenvolvimentistas (SARAIVA e VELASCO, 2016). Manteve-se a valia da autonomia brasileira no plano exterior, da precedência pelo multilateralismo e pelo avanço das negociações comerciais, guardada a não exclusão das relações bilaterais.

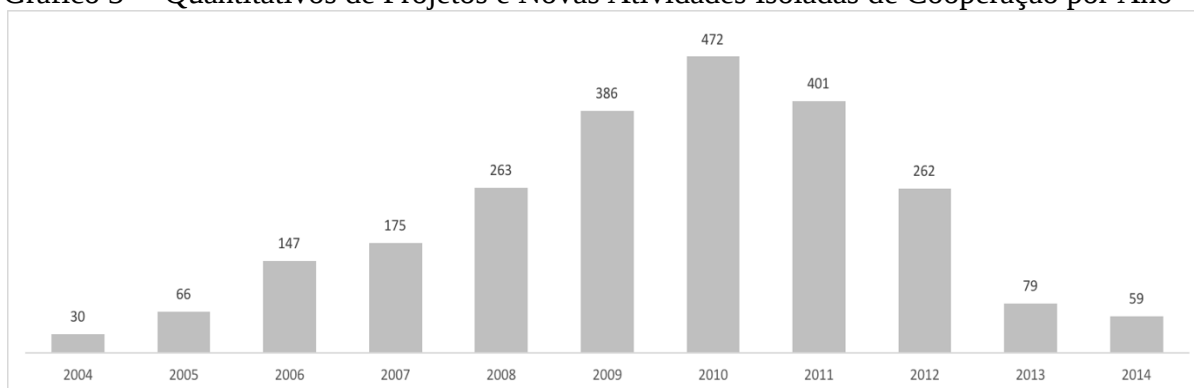
Pelas próprias palavras do Ministro de Relações Exteriores da época, Antonio Patriota:

[...] “Durante o governo Lula, a linha de atuação Sul-Sul ficou em evidência porque era o aspecto mais inovador da política externa. Mas já naquela época, como embaixador em Washington, eu defendia que isso não se dava em detrimento da atenção a parceiros tradicionais do mundo desenvolvido. Esse é o espírito com que nós continuaremos a trabalhar. Em primeiro lugar, atenção prioritária aos parceiros sul-americanos [...] Ao mesmo tempo, estive em Davos e irei a Washington para

acertar com a secretária de Estado, Hillary Clinton, a visita do presidente Barack Obama ao Brasil, em março. Uma coisa não exclui a outra” (PATRIOTA, 2011)

Entretanto, alguns arranjos sofreram alteração. O BRICS e a atuação no Brasil na OMC seguiram como instâncias importantes de ação no cenário internacional de forças, mas blocos como o IBAS e a ASPA (Cúpula América do Sul-Países Árabes) perderam espaço. Do ponto de vista qualitativo e quantitativo das iniciativas de cooperação, houve queda substancial na América do Sul e na África. O gráfico anterior de número 2 revela que a execução financeira de projetos do primeiro governo Dilma caiu mais de 80% em 2014, se comparado ao último ano do governo Lula, em 2010. O número impressiona não só em cifras. A quantidade de novas ações também diminuiu bruscamente, à despeito da fala de Antonio Patriota.

Gráfico 3 – Quantitativos de Projetos e Novas Atividades Isoladas de Cooperação por Ano



Elaboração própria. Fonte: ABC, 2019. Gestão. Acesso online.

Dado o quadro de retração, dois motores principais explicam a queda da atuação do Brasil no cenário exterior no âmbito dos governos Dilma: a mudança de perfil do líder e a crise econômica, com sensível piora das condições políticas no plano doméstico.

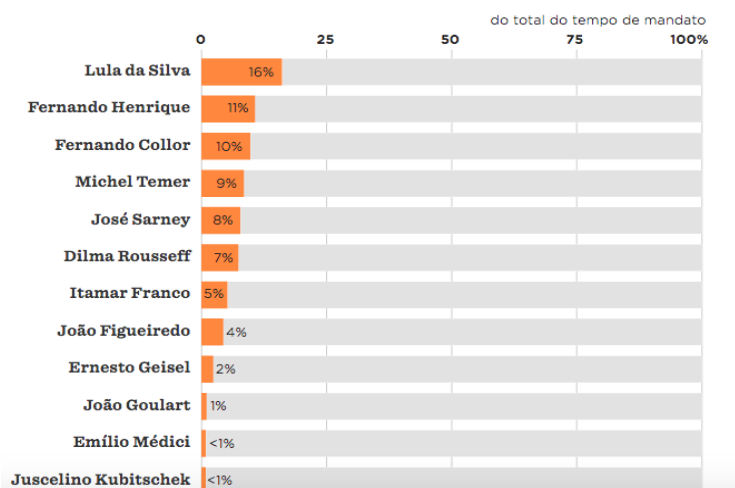
O primeiro remete a características pessoais da atuação da chefe de Estado, além de interesses e preferências. A figura presidencial pouco expressiva de Dilma representou uma mudança brusca em relação à figura ativa de Lula. Alguns autores apontaram a preferência da presidenta por temas da agenda doméstica e pouco interesse por assuntos externos, especialmente os que não abrangessem ganhos tangíveis no curto prazo (CASARÕES, 2013; SARAIVA e VELASCO, 2016; STUENKEL, 2014; VISENTINI, 2013). Guardados alguns momentos de altivez – a exemplo do episódio já citado com os EUA e fazendo um trocadilho com a política externa “Ativa e Altiva” de Celso Amorim – faltou liderança e iniciativa na troca de governo.

Considerando os aspectos visíveis, é comum as análises de política externa posicionarem as viagens presidenciais como um indicativo importante da natureza da

diplomacia presidencial. Há outros traços, evidentemente, relacionados ao processo decisório em si e à formulação de uma política externa própria. Nesse âmbito, os registros do Executivo apontam para um total de 82 viagens internacionais de Dilma entre 2011 e 2016, contra 205 viagens de Lula em seus dois mandatos (RIBAS e FARIA, 2011; CORNETET, 2014). Em consonância, a percepção da presidente sobre o papel do Ministério das Relações Exteriores também legitimou o quadro de afastamento, com a redução do orçamento, ao longo do primeiro mandato, e do quadro de vagas para o concurso público à carreira diplomática. Enquanto no primeiro e no segundo mandatos de Lula o Itamaraty ofertou 207 e 423 vagas, respectivamente, no primeiro mandato de Dilma, foram ofertadas 110 vagas. No segundo mandato, os dois concursos ofertaram 30 vagas cada, somando, portanto, um total de 170 novas vagas no Itamaraty ao longo dos governos Dilma contra 630 dos governos Lula.

Complementarmente, um estudo recente baseado em fontes oficiais do Planalto ilustra quanto tempo os presidentes brasileiros gastaram em viagem ao exterior entre os anos 1950 até 2017. Dilma Rousseff aparece atrás de Lula, Fernando Henrique Cardoso, Michel Temer e José Sarney, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 4 – Percentual do Mandato Viajando Ano a Ano



Fonte: Nexo Jornal, 2018.

Nenhum dos chanceleres do Governo Dilma pareceu ter conseguido reverter seu interesse para a política externa, a ser discutido a seguir. A Constituição Federal do Brasil de 1988 (Artigo 84, incisos VII e VIII) determina que “compete privativamente ao Presidente da República: manter relações com Estados estrangeiros e acreditar seus representantes diplomáticos; celebrar tratados, convenções e atos internacionais, sujeitos a referendo do Congresso Nacional”. Entretanto, se considerarmos a atuação dos chefes de Estado, pode-se inferir que em governos contemporâneos, onde a formulação política normalmente envolve

múltiplas organizações burocráticas, o processo decisório perpassa diferentes grupos de poder, ocupando espaços dentro de uma única instituição, entre instituições ou entre grupos interinstitucionais (HERMANN, M. e HERMANN, C., 1989¹⁷, p. 363, tradução nossa). De fato, não é possível afirmar que muitos presidentes brasileiros estiveram pessoalmente envolvidos no exercício da diplomacia presidencial e na condução direta da política externa na história do Brasil, algo frequentemente delegado ao Ministério de Relações Exteriores de cada época.

Se considerarmos a diplomacia presidencial como a condução pessoal de assuntos de política externa pelos chefes de Estado fora da rotina protocolar (DANESE, 1999), o governo Rousseff pode ser classificado como retraído, já que pouco excedeu a diplomacia tradicional¹⁸ no sentido de gerar grande pressão política através de sua autoridade e atuação internacional. Na totalidade, Dilma não assumiu pessoalmente “a execução de sua política externa através de uma diplomacia presidencial ativa” (LAMPREIA, 1996), divergindo de seu antecessor.

No âmbito da alta representação burocrática, a ausência de iniciativa de Rousseff para os assuntos de política exterior poderia ter deslocado, eventualmente, a unidade de decisão para o MRE, abrindo espaço para uma atuação mais propositiva dos ministros, o que nem sempre aconteceu. Porventura, “se o líder não tem a habilidade de posicionar rotineiramente o governo nos dilemas de política externa, ou se tal líder se abstém de exercer essa autoridade, uma outra unidade de decisão o fará”¹⁹ (HERMANN, M. e HERMANN, C., 1989, p. 366, tradução nossa). É possível ponderar que o perfil ideológico forte de Celso Amorim e sua atuação entusiasmada – por vezes, polêmica – tenha contrastado com a performance comedida de Antonio Patriota e Luiz Alberto Figueiredo. Conforme citado, ao longo dos mandatos de Dilma, a relação entre a presidenta e o Itamaraty foi se decompondo. Por fim, o esvaziamento do órgão, a descentralização entre as agências de decisão e a apatia presidencial deslocaram a agenda-setting do Itamaraty, sem que tampouco a mesma fosse assumida pela chefe de Estado pessoalmente (SARAIVA e VELASCO, 2016).

Em termos de estrutura, os governos Dilma passaram por instabilidades econômicas que não aconteceram nos mandatos de Lula, caracterizados pela queda no preço das *commodities*.

¹⁷ “In a number of contemporary governments, where policy normally involves multiple bureaucratic organizations, the problem may be passed among many different groups-within one agency, across agencies, or among interagency groups.” (HERMANN, M. e HERMANN, C. 1989, p. 363)

¹⁸ O autor classifica a diplomacia tradicional como a gestão discreta e reservada. (DANESE, 1999)

¹⁹ “When no one individual has the ability to routinely determine the position of the government on a class of foreign policy issues - or if such an individual declines to exercise that authority - then an alternative decision unit must operate.” (HERMANN, M. e HERMANN, C., 1989, p. 366).

A desaceleração do crescimento chinês provocou uma retração das exportações brasileiras, gerando uma situação de crise financeira e contraindo investimentos em programas sociais e de cooperação. A relação Brasil-China é concentrada no setor de matérias-primas e *commodities*, enquanto as exportações chinesas para o Brasil são de produtos de maior valor agregado. Essa relação aumenta a dependência brasileira em relação ao mercado chinês (SARAIVA, 2014), além de representar o que alguns especialistas chamam de primarização da pauta de exportações e desindustrialização do país.

Algumas outras circunstâncias externas foram sentidas na América do Sul, como as dificuldades enfrentadas por Argentina e Venezuela, a suspensão do Paraguai dos blocos regionais após a destituição de Fernando Lugo, em 2012, e o retorno de Tabaré Vasquez ao governo do Uruguai, em 2014. É importante destacar que a Argentina se manteve como o país mais visitado nos governos Dilma Rousseff, seguida por Venezuela e Paraguai, o que reforça a importância da continuidade dos arranjos regionais. Nos países árabes, é provável que a diminuição das visitas, além do perfil presidencial, tenha se dado por conta das instabilidades, crises e guerras civis na região a partir de 2011, como na Síria e na Líbia.

Ainda na conjuntura internacional, o apoio dos países africanos foi fundamental para a eleição de José Graziano, como Diretor Geral da FAO (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura), e de Roberto Azevedo, como Diretor Geral da OMC, ambos nomeados no governo Dilma. Embora a cooperação técnica com a África tenha caído significativamente a partir de 2011, tendo vários projetos atrasados ou parados, houve certa continuidade dos prós obtidos através da ênfase e da defesa do multilateralismo e das expressões de solidariedade identitária do Brasil ao longo dos governos anteriores do PT.

O segundo motor de retração analisado no governo Dilma é a piora das condições políticas e econômicas no plano doméstico, com impacto em várias esferas da atuação estatal, incluindo a cooperação Sul-Sul. O cenário de crise do governo Dilma era sistêmico. Além da dimensão econômica, fatores internos como o avanço da Operação Lava Jato e a falta de articulação política do governo junto às *constituences* provocou a fragmentação nas bases de apoio e o avanço da oposição. O *impeachment* da presidente foi protocolado em 2015, tendo avançado para a votação na Câmara em abril de 2016, e, em seguida, aprovado no Senado em 31 de agosto de 2016, com 61 votos a favor e apenas 20 contrários.

Na prática, a partir de 2011, a natureza política dos pronunciamentos, a participação pessoal nas negociações e as escolhas de alocação de orçamento não representaram a mesma posição do líder anterior. Estudos teóricos do campo de APE sobre as unidades de decisão e seu impacto em política exterior apontam que “se a orientação do líder se dá através de uma

visão forte de mundo e ele a usa como uma lente que capta e interpreta a informação recebida, esse líder supostamente só levará em conta os sinais que confirmam as suas próprias crenças no processo de *decisionmaking*”²⁰ (HERMANN, M. e HERMANN, C., 1989, p. 365, tradução nossa). Apesar de mantida a sigla e a base político-partidária, o perfil de Dilma, tido como centralizador, pouco aberto ao diálogo e apático em política externa, retraíram as agendas de cooperação Sul-Sul para além dos problemas estruturais vivenciados na época, como a crise econômica e as intercorrências internas. Setores como os de cooperação internacional, defesa externa, segurança interna e inteligências, nas suas diversas interfaces com a diplomacia, também foram relativamente negligenciados (VISENTINI, 2013). De acordo com Lessa e Cervo (2014), todo esse conjunto representou uma política de declínio da inserção internacional do Brasil.

2.4 Considerações parciais

O presente capítulo apresentou conceitos, princípios e dados importantes da área de cooperação internacional enquanto campo de análise permeado por relações de poder entre os diversos atores que interagem nesse espaço através das mais diversas práticas, preferências e interesses. Temas como política externa e política pública, o grau de normatividade da cooperação Sul-Sul e as principais vertentes e características da atuação brasileira na área foram discutidos.

Na sequência, foi feita uma análise do processo decisório envolvendo os atores domésticos protagonistas da CTPD no Brasil: a ABC/MRE, a AISA/MS e a Fiocruz. O objetivo principal foi apresentar o método de atuação conjunta, as preferências individuais, além de aferir o grau de influência de cada ator. Posteriormente, o capítulo seguiu para o estudo da cooperação técnica Sul-Sul brasileira entre os anos de 2003 a 2016, ao longo dos governos Lula e Dilma. Dados oficiais de gestão e execução financeira dos projetos foram analisados comparativamente nos dois governos, assim como a atuação do Brasil em interface com as áreas de saúde global e política externa. Em paralelo, o modelo teórico de Charles Hermann (1990) foi apresentado como ferramenta de análise do campo de APE para fundamentar a pesquisa, que parte de dois fatores substanciais de impacto e mudança na política externa brasileira de

²⁰ [...] If a leader's orientation suggests that he has a strongly held view of the world and uses his view as a lens through which to select and interpret incoming information, the leader is likely to be looking only for cues that confirm his beliefs when making foreign policy decisions. (HERMANN, M. e HERMANN, C. 1989, p. 365)

CSSD em saúde: 1) líder, 2) burocracia.

Evidentemente, o Itamaraty sempre cumpriu o papel de núcleo de essência da PEB. Entretanto, a horizontalização da execução da política externa com o envolvimento de outros ministérios e agências, principalmente na área da cooperação internacional, reformulou este arranjo. As entrevistas e as análises do capítulo apontam que as instituições, seus funcionários graduados e seus processos intra e interburocráticos também influenciaram as práticas de formulação das agendas na área da CTPD. Além da troca de liderança, a atuação da burocracia – seja via atores domésticos ou via atuação direta dos ministros das Relações Exteriores e da Saúde – interfere em maior ou menor grau de acordo com a capacidade dos representantes de alavancar suas práticas e visões. Uma vez que as escolhas de política exterior também são um produto do jogo estratégico entre atores domésticos, as consequências da política externa, conforme acima, são distributivas (LIMA, 2000) e a política doméstica passa a ter ingerência nesse processo decisório. Naturalmente, há uma causalidade: quanto maiores esses efeitos distributivos e a atuação de agentes diversos, mais difícil se torna o processo decisório em política externa.

3 COOPERAÇÃO SUL-SUL EM SAÚDE: RUPTURA E DIÁLOGOS DA IMPERMANÊNCIA BRASILEIRA

3.1 Atuação política: aspectos quantitativos na cooperação internacional brasileira

Esta última seção tem como objetivo principal a análise das mudanças ocorridas na troca entre os governos Lula da Silva e Dilma Rousseff, considerando a influência exercida pela figura central do líder e pelas instituições burocráticas e seus representantes na cooperação técnica Sul-Sul brasileira em saúde. Em ambas análises, será aplicado o modelo teórico de Charles Hermann (1990), previamente referido e detalhado no capítulo dois, em consonância com a pergunta e hipótese apresentadas na primeira parte deste trabalho.

O capítulo final apresenta elementos-chave para o estudo acima e está dividido em três partes, tendo como base metodológica principal a análise de documentos e fontes primárias que compuseram este estudo, especialmente as entrevistas semiestruturadas feitas com líderes das três instituições domésticas e ex-Ministros de Estado nas áreas de Relações Exteriores e Saúde. A primeira parte abordará aspectos da atuação política e geográfica do Brasil, além de consolidar dados quantitativos importantes na área de cooperação internacional. Posteriormente, o estudo traça um paralelo do início dos governos Dilma Rousseff em 2011 e a série histórica de gastos consolidada a partir de relatórios divulgados pelo governo federal. Através disso, projeta-se um paralelo sobre a atuação dos dois chefes de Estado e das principais instituições (ABC/MRE, AISA/MS e Fiocruz). Por último o capítulo retoma a discussão sobre a hipótese central e discorre sobre a influência da liderança e da burocracia organizacional como fatores primários de mudança em política externa. A título das entrevistas semiestruturadas, uma parte dos entrevistados não será citada nominalmente no texto. Além da preferência de alguns pela não identificação direta, a pesquisa explora, preferencialmente, o caráter da representação e atuação institucional.

Notadamente, o tema da cooperação Sul-Sul abre uma via de mão dupla que fomenta inúmeros debates. Por um lado, há o discurso da convergência regional e identitária, da construção conjunta da noção de desenvolvimento e, consequentemente, das perspectivas de alterações sistêmicas com futuros ganhos concretos a longo prazo. De outro, discute-se a percepção de uma visão de mundo fictícia, orientada por um discurso de solidariedade que não se converte em ganhos econômicos e comerciais tangíveis. Este debate reaviva a dicotomia entre pragmatismo e idealismo intrínsecos a história da política externa brasileira, suscitando novas discussões sobre a inserção internacional e a atuação do Brasil no cenário exterior.

Uma das importantes iniciativas brasileiras de transparência de dados em cooperação internacional é o relatório oficial da Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional²¹ (COBRADI), brevemente citado no capítulo anterior. A publicação consolida dados sobre ações de cooperação para o desenvolvimento internacional implementadas pelo governo federal e foi desenvolvida ao longo dos últimos anos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em parceria com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores (MRE).

A pesquisa da COBRADI foi elaborada com um método próprio de coleta, organização e registro dos gastos do governo brasileiro na área e de sistematização do repertório de conhecimentos técnicos e científicos veiculados pela ABC (IPEA, 2016). Ao todo, foram publicados quatro relatórios, subdivididos entre as modalidades de ajuda humanitária, bolsa de estudo para estrangeiro e cooperação técnica, científica e tecnológica e as contribuições para organizações internacionais: I) 2005-2009, II) 2010, III) 2011-2013 e IV) 2014-2016.

Apesar do caráter quantitativo do levantamento, os entrevistados relataram que a COBRADI suscitou conversas entre os representantes do governo federal brasileiro sobre uma futura análise qualitativa da atuação do Brasil na área. Foi enfatizada a necessidade de implantar avaliações que possibilitem a evolução da relação entre políticas públicas, política externa e cooperação internacional para o desenvolvimento (IPEA, 2016).

Na abertura do primeiro relatório, uma carta do presidente Lula reforça que a CID brasileira é um modelo em construção, que precisa caminhar na direção de “uma política de cooperação internacional para o desenvolvimento integrada aos objetivos da política externa brasileira, que não esteja sujeita às prioridades de cada governo, mas que possa contar com uma ampla base de apoio no Estado e na sociedade civil” (COBRADI, 2005-2009). Lula ressalta, ainda, que apesar de já revelar algumas de suas características principais, a área ainda carece de maior sistematização e debate, que possam conciliar crescimento econômico com inclusão social e prosperidade nacional com sustentabilidade e estabilidade global.

Uma análise detalhada do referido relatório no período entre 2005 e 2009, que já compreende uma boa parte dos dois mandatos presidenciais de Lula, evidencia que órgãos e entidades do governo federal empenharam parte dos seus recursos em projetos voltados para a

²¹ Chegou-se a seguinte definição comum que serviu de base para o levantamento de dados: a Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional 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 organizações internacionais e de grupos ou populações de outros países para a melhoria de suas condições socioeconômicas”. (COBRADI, 2005-2009)

promoção do desenvolvimento em diversas frentes e países. A CID brasileira medida no período alcançou a marca próxima de R\$ 2,9 bilhões em valores correntes, sendo mais de 76% desta quantia correspondente a contribuições para organizações internacionais e bancos regionais. As demais modalidades (assistência humanitária, bolsas de estudo e cooperação técnica) representaram 24% do total medido.

No mesmo período, dos valores referentes à linha de cooperação técnica científica e tecnológica (CTC&T) pela cooperação multilateral via intermédio de uma organização internacional, a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) recebeu mais de 20%, seguida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS), com 16%, e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (11%). Na área da cooperação internacional em saúde, o Brasil ganhou relevância mundial com o desenvolvimento e a implementação histórica de uma política de saúde pública gratuita e universal.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/88) promoveu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Além disso, a década de 1990 evidenciou a crescente participação da sociedade civil na luta contra o HIV/AIDS. O Brasil foi um dos protagonistas do debate internacional pela diminuição nos preços de medicamentos importados e pela produção nacional de medicamentos, medidas-chave para garantir a distribuição e combater a epidemia. Este movimento foi acompanhado de perto por diversos atores internacionais, como a OMS, a organização britânica Oxfam e a francesa Médicos Sem Fronteiras, que apoiavam a posição brasileira de viabilização do acesso aos medicamentos antirretrovirais.

Com o avanço dessas políticas de saúde pública gratuitas, a visibilidade brasileira nos fóruns internacionais avançou, assim como a demanda de outros países por projetos e programas de cooperação técnica na área da saúde. O volume de recursos federais investidos cresceu significativamente, partindo de um total anual de R\$ 2,78 milhões em 2005 para R\$ 13,8 milhões em 2009 (COBRADI, 2005-2009). Além de uma clara concepção universalista da política externa em geral, as posições assumidas na OMC deram legitimidade para o Brasil atuar na área da saúde de forma global, segundo o ex-Ministro das Relações Exteriores Celso Amorim.

Vale reforçar que apesar do destaque natural atribuído ao combate à epidemia de HIV/AIDS, a CTC&T do Brasil na área de saúde abrange diversos outros temas que também se constituem como grandes desafios nos países em desenvolvimento parceiros, como a prevenção e controle da malária; a atenção à saúde materno-infantil; a capacitação para a

produção de vacinas contra febre amarela; o diagnóstico e o tratamento da doença de Chagas e a instrumentalização na área de gestão de recursos humanos para hospitais e ambulatórios. Entre os atores domésticos participantes, o Ministério das Relações Exteriores concentra 49% dos recursos investidos em projetos de CTC&T na área de saúde, seguido pelo Ministério da Saúde (24%) e pela Fundação Oswaldo Cruz (20%), de acordo com o relatório.

No âmbito desta pesquisa, os números contabilizados pelo IPEA e aferidos nos relatórios da COBRADI possuem uma dimensão abrangente maior do que aqueles apresentados diretamente no site da Agência Brasileira de Cooperação. O capítulo anterior trouxe alguns dados quantitativos importantes da ABC sobre a cooperação sul-sul por segmento, a evolução da totalidade da execução financeira dos projetos e o quantitativo de projetos e novas atividades isoladas de cooperação internacional por ano. Em conversa com os entrevistados, no entanto, ficou claro que devido à falta de regulamentação na legislação brasileira, o fluxo de projetos, sua implementação e quantificação se dão de forma heterogênea, sendo a prática da cooperação internacional executada através de múltiplos atores de diferentes setores ou burocracias, com visões não necessariamente equiparadas sobre o que é cooperação, política exterior e desenvolvimento.

Nem sempre é possível afirmar, portanto, que um projeto de cooperação internacional segue habitualmente o fluxo descrito nos manuais ou que a maioria deles seja executada sempre via ABC:

O fluxo da cooperação varia muito de acordo com a área da saúde que está sendo tratada. Antes da ABC começar a atuar, o Brasil já fazia cooperação, como nos anos 80 por causa da epidemia de AIDS. Esse fluxo que o Brasil entende hoje como “padrão” e que está nos manuais de cooperação sul-sul é muito posterior a alguns temas onde o país já estava projetado. Além disso, é perigoso falar “saúde” de forma geral dentro dos dois governos. Depende sempre do tema e do programa. Os temas são distintos na cooperação, eles não têm o mesmo prestígio. (Entrevistado da AISA)

Os fluxos são dinâmicos, seja entre projetos ou entre os atores. Muitas demandas surgem de um caráter político, sem ser técnico. Pode ser uma conversa política, um encontro de ministros, uma reunião bilateral no âmbito da OMS [...] Alguns atores tem protagonismo em uns projetos, outros, não. (Entrevistado da ABC)

Não acho que tenha norma, depende de tudo e depende do projeto. Algumas demandas vêm direto, outras vêm via ministérios. Isso chega de diferentes formas e a operacionalização também depende da estrutura institucional. O [projeto] da transferência de tecnologia para a fábrica de retrovirais não foi uma oferta nossa, foi uma demanda de Moçambique. O Celso Amorim acatou e isso foi trabalhado diretamente pela Fiocruz. (Célia Almeida, pesquisadora e professora da ENSP/Fiocruz)

A Profa. Dra. Célia Almeida, professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP) desde 1978, relatou a importância da ABC no projeto de expansão

da Rede de Bancos de Leite humano (RBLH), especialmente por ser uma atividade que envolve múltiplos atores e necessita de um trabalho rígido de coordenação, quase sempre muito bem desempenhado pela ABC.

Atualmente, a RBLH é considerada a maior do mundo pela Organização Mundial da Saúde, por ser a ação que mais contribuiu para redução da mortalidade infantil na década de 1990. O reconhecimento deu origem ao compromisso natural de replicar o modelo em outros países, dando início às primeiras ações de combate à desnutrição e à mortalidade neonatal e infantil. A iniciativa brasileira se transformou em espelho para a cooperação internacional em mais de vinte países (Américas, Europa e África) através da parceria entre o MS, a Fiocruz e a ABC. Neste projeto, aproximadamente 150 mil litros de leite humano são coletados todos os anos, preparados e distribuídos no Brasil a recém-nascidos de baixo peso internados em unidades neonatais. Os bancos de leite humano já foram implementados em países como Moçambique, Cabo Verde, Paraguai, Peru, Argentina, República Dominicana, México, no Equador, Honduras, Nicarágua, Venezuela, Panamá, Cuba, El Salvador, Colômbia e Guatemala (FIOCRUZ, 2019).

Neste sentido, os relatórios da COBRADI representaram um esforço sistematizado no âmbito da administração pública federal para suplantar o caráter descentralizado das ações de cooperação internacional implementadas por diversas instituições, além da ABC. A tentativa de reunir e conjugar esses dados foi um fator-chave para o fortalecimento da parceria brasileira com diversos países, sobretudo os em desenvolvimento, e para pesquisas acadêmicas na área de política externa, políticas públicas e diplomacia da saúde.

Antes, no entanto, da análise específica dos dados do período compreendido nesta pesquisa, foi necessário consultar o histórico e documentos oficiais do MRE que possibilitaram a compreensão do estágio da cooperação brasileira um período antes do primeiro governo Lula. Através dos antigos Planos de Trabalho e Relatório de Atividades, foi possível analisar o posicionamento do Brasil na cooperação internacional entre o final do século XX e início do século XXI. Além disso, criou-se o entendimento sobre alguns dilemas técnicos e operacionais, como carência de pessoal especializado em determinados períodos, ausência de marco regulatório e fragmentação de projetos, grandes desafios da execução e gestão das atividades ao longo dos anos.

No final dos anos 1990, a ABC implementou algumas tentativas de reestruturação interna, visando melhorar o referencial para a formulação de novas ações de cooperação técnica para o desenvolvimento. A partir de 1998, a agência passou a receber novas fontes de recursos públicos, através do fundo de rendimentos do PNUD. Além disso, nota-se a entrada de um

montante para financiar atividades nos PALOP, no valor de US\$ 3,1 milhões, e a assinatura de uma emenda parlamentar para o custeio de ações de cooperação técnica em países da CPLP, no valor de R\$ 2,5 milhões (MRE, 1998).

Evidentemente, as novas ações e investimentos aumentaram o volume dos projetos de cooperação e criaram um cenário favorável para a expansão de novas ações via ABC, inclusive através da promoção da importância da cooperação horizontal em diversos fóruns multilaterais e bilaterais no período. Entre 1997 e 2001, as ações de CTPD se concentraram na América Central e Caribe (39%), seguidos da América do Sul (35%) e África (22%), com esta última assumindo cada vez uma nova posição no recebimento de recursos, visivelmente impulsionada pelo âmbito da CPLP (IGLESIAS PUENTE, 2010).

As perspectivas de crescimento da cooperação horizontal brasileira não se confirmaram tão rápido quanto as estimativas de alguns relatórios oficiais do Itamaraty²², em grande parte por problemas estruturais internos. A cooperação com a África aumentou de forma progressiva, mas a força de trabalho da ABC não dava conta de absorver e articular operacionalmente todas as demandas. No início dos anos 2000, os relatórios evidenciavam a dificuldade da agência em gerir os recursos humanos para o início de novos projetos. Houve uma redução do número de ações e os esforços passaram a se concentrar no atendimento de atividades pontuais e de rápida operacionalização.

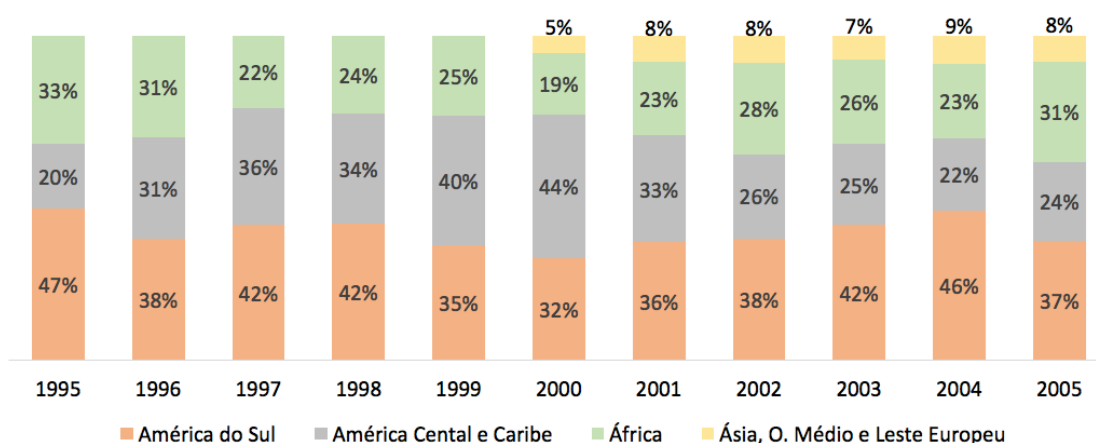
Já no primeiro mandato do governo Lula, até o final de 2004, mais de 70% dos recursos humanos contratados via PNUD já havia rescindido o contrato (IGLESIAS PUENTE, 2010), sem que novos concursos públicos fossem abertos para repor a força de trabalho. Além disso, a contratação de temporários alocados na área da CTPD não foi suficiente para suprir as demandas. Um segundo problema foi o dilema financeiro e a alocação interna de recursos assinados com o PNUD, cuja operacionalização recebeu questionamentos por parte do TCU (Tribunal de Contas da União) sobre o descumprimento da lei nacional de execução de recursos públicos transferidos a organismos internacionais.

O impasse levou quase um ano para ser resolvido e paralisou as ações da ABC, muito dependente destes recursos até então bloqueados por determinação do TCU. Finalmente, em 2005, com o fim do embaraço financeiro, o orçamento da ABC ganhou novo fôlego. Além disso, novos servidores foram contratados. A CTPD voltou a crescer, não só quantitativamente, mas em termos geográficos e por áreas temáticas.

Consolidado após o estudo de algumas publicações, o gráfico abaixo ilustra bem o histórico da atuação brasileira nos projetos de cooperação desde o segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso até os três anos do primeiro mandato do governo Lula.

²² Por exemplo, conforme o relatório MRE– ABC/CTPD – Relatório de Gestão de 2000, 2000b.

Gráfico 5 – Distribuição anual de projetos por área geográfica (1995-2005)



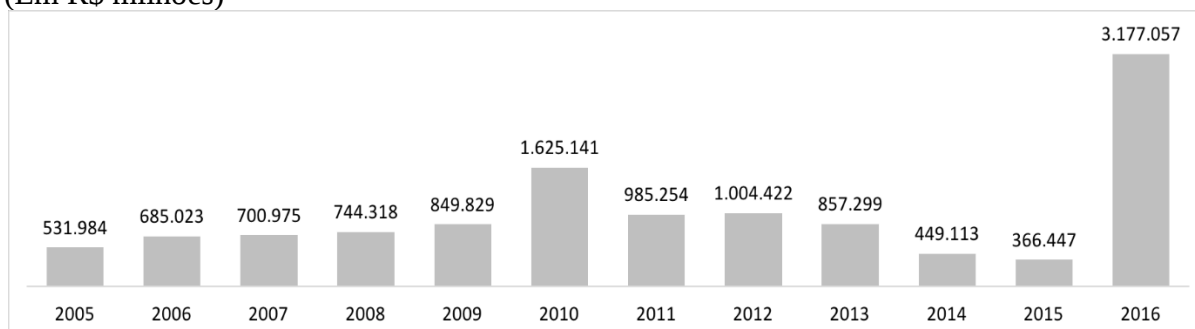
Elaboração própria. Fonte: Documentos oficiais MRE; Iglesias Puente 2010.

Entre os anos de 1995 e 2005, nota-se que a América do Sul liderou o maior número de projetos, exceto em 1999 e 2000, ficando em segundo lugar, atrás de América Central e Caribe. A África cresceu gradativamente e assumiu a segunda posição a partir de 2002. Por último, a Ásia, o Oriente Médio e o Leste Europeu tiveram um papel discreto no período, com ligeiro aumento após o início das atividades de cooperação com o Timor-Leste, nos anos 2000.

3.2 Série histórica de gastos: 2011 e a política da descontinuidade

Após o breve histórico anterior e a análise de todos os relatórios da COBRADI já publicados pelo governo federal, foi possível a elaboração do gráfico abaixo com a evolução brasileira nos gastos em cooperação internacional ao longo dos governos Lula e Dilma, evidenciando a atuação de ambos os chefes de Estado.

Gráfico 6 – Gastos do governo federal com a cooperação brasileira (2005-2016²³)
(Em R\$ milhões)



Elaboração própria. Fontes: IPEA 2018.

²³ O período originalmente pretendido pelo IPEA, de 2000 a 2009, revelou-se inviável dado o caráter pioneiro do levantamento e a escassez de registros desses recursos. (COBRADI, 2005-2009)

Conforme já visto no capítulo dois, o primeiro mandato de Lula não trouxe grandes mudanças nos pilares históricos da política externa brasileira. O país manteve a crença na solução pacífica de controvérsias, a autodeterminação, a não intervenção, o zelo pela estabilidade macroeconômica e a atuação pragmática pela defesa do interesse nacional. Por outro lado, a prevalência da busca pela credibilidade no governo Fernando Henrique Cardoso cedeu lugar à retomada dos valores de soberania nacional e de uma política externa menos guiada pelo *mainstream* internacional (IGLESIAS PUENTE, 2010).

No todo, os governos Lula conjugaram elementos como a perspectiva solidária na ação externa e a implementação de políticas sociais e de redução da desigualdade, sem deixar de lado a importância do mercado e da estabilidade econômica (LIMA, 2003, e CERVO, 2006). Além disso, ampliou os horizontes e fortaleceu as ações de cooperação para a construção de uma coalizão regional e identitária cada vez mais forte, materializada através do Mercosul e das relações com a África. Nas palavras do ex-chanceler Celso Amorim em entrevista para esta pesquisa, “a saúde entrou na diplomacia por vários lados, cada vez mais percebida como um tema global. Do ponto de vista da nossa política externa, sim, era um grande instrumento de aproximação com todos os países do mundo”. A vitória de Dilma Rousseff em 2010 trouxe, por sua vez, expectativas sobre a continuidade dos aspectos da agenda de política externa brasileira. Supostamente, Dilma daria sequência a agenda doméstica e exterior de seu antecessor, com a cooperação mantendo um papel de destaque.

Nesta seção, vale destacar duas observações importantes sobre o esforço desta pesquisa em uniformizar a análise dos dados quantitativos: 1) não há uma linha específica para o montante investido em saúde nos relatórios publicados, uma vez que essa área temática se incorpora de forma natural a outras modalidades, tais como Assistência Humanitária Internacional (AHI), Operações de Manutenção da Paz, Bolsas para Estrangeiros, Cooperação Técnica/Científica&Tecnológica (CTC&T) e Gastos com Organismos Internacionais; 2) é importante considerar a falta de homogeneidade dos relatórios do governo federal em relação à metodologia e apresentação dos dados ao longo das publicações. A exemplo, certas modalidades em determinados períodos foram mensuradas através de gastos em moeda corrente R\$ (2005-2013). Posteriormente, passaram a refletir basicamente a quantidade de projetos, instituições envolvidas, lateralidade e geografia, como no relatório de 2014-2016.

No geral, a dificuldade brasileira de medir e consolidar dados da cooperação internacional para o desenvolvimento foi sentida e citada por todos os entrevistados, além dos próprios relatórios:

O caráter descentralizado das ações executadas pelas instituições do governo federal, dos governos estaduais, de municípios e de organizações da sociedade dificultou os trabalhos de caracterização dos gastos, sistematização do repertório de conhecimentos técnicos e científicos; entretanto, não impossibilitou configurar-se a natureza da inserção do Brasil na agenda internacional da cooperação para o desenvolvimento. (COBRADI 2014-2016)

Apesar dos esforços do IPEA para medir cooperação, temos um outro problema que aumenta essa fragmentação, que é a autonomia dos demais níveis de contratarem ou estabelecerem convênios de cooperação independentes e que não são informados ao MRE ou à ABC. Há uma grande dificuldade em medir e criar uma política de cooperação nacional coesa em CID. Num país continental como o Brasil, se é que é possível, custaria uma fortuna. (Célia Almeida, pesquisadora e professora da ENSP/Fiocruz)

Essa falta de regulamentação te dá liberdade para costurar acordos e fazer triangulações em cooperação, como a relação que construímos com os países nórdicos e as relações entre o Brasil, um país desenvolvido e um país mais pobre. Por outro lado, você não tem um mapa de como caminhar e nem do que temos exatamente. (José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil)

As conclusões que seguem desde agora até o final do presente capítulo consideram a análise de vários documentos do MRE referidos na bibliografia e, principalmente, as entrevistas feitas com líderes das três instituições domésticas que atuam com protagonismo na cooperação Sul-Sul em saúde no Brasil (ABC/MRE, AISA/MS e Fiocruz). Os resultados apontam para mudanças e rupturas ocorridas na troca de governo por interposto de preferência e visão pessoal dos dois chefes de Estado e, mais além, da atuação direta de altos representantes e lideranças das burocracias institucionais.

Em termos de análise financeira da atuação brasileira em cooperação internacional, fica claro a curva crescente de investimentos e gastos na área nos dois mandatos do presidente Lula. A linha de AHI é uma das que mais se destacou na cooperação brasileira. O aumento dos gastos se acentuou em 2006 e 2007, mantendo-se estável no ano seguinte. Na sequência, em 2009, atinge um patamar significativo, alcançando um pico histórico em 2010, justificado pelo sério terremoto que atingiu o Haiti em 12 de janeiro daquele ano e pelo compromisso do Brasil com o esforço de reconstrução do país através das forças da Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (Minustah), entre outras iniciativas. Entre os países da América Latina e Caribe, Haiti, Paraguai, Peru, Bolívia, Cuba, Nicarágua, Jamaica e Honduras lideram o recebimento de recursos brasileiros de assistência humanitária. No âmbito da CPLP, Guiné Bissau recebeu um aporte maior do que outros países da comunidade (COBRADI, 2010).

Vale ressaltar que as particularidades territoriais, políticas e sociais de cada país são fatores-chave na participação em AHI, como os furacões na América Central e Caribe e a instabilidade política com existência de conflitos em Guiné Bissau. Quanto aos recursos desembolsados, destacam-se as doações de suprimentos, que se davam via embaixada brasileira com a compra local de alimentos e medicamentos, e os custos administrativos (logística, horas

técnicas de profissionais, manuseio de equipamentos, entre outros).

A concessão de bolsas para alunos estrangeiros que realizaram seus estudos no Brasil ou em parceria no exterior também foi uma das modalidades mais tradicionais da cooperação brasileira ao longo dos governos Lula, assim como as propostas de capacitação e treinamento, especialmente na área de saúde pública. Os entrevistados da Fiocruz e o médico sanitário e ex-Ministro da Saúde do governo Lula (2007-2010), José Gomes Temporão, destacaram as iniciativas dos projetos de mestrado profissional da Fiocruz em países lusófonos, como Moçambique e Angola, além da criação de um instituto em saúde pública também em Moçambique.

No primeiro caso, a Capes apoiou diretamente o Programa de Mestrado em Saúde Pública, que teve início em 2009. O curso foi oferecido pela Fiocruz por meio de seus vários programas. O objetivo foi estruturar a pesquisa clínica, epidemiológica e laboratorial, assim como o diagnóstico em saúde, nesses países (IPEA, 2013). Em 2008, um outro exemplo importante nesse âmbito foi a aprovação da construção da fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique, para o combate do HIV/AIDS, além da abertura de um Escritório de Representação no país, inaugurado em outubro do mesmo ano pelo então presidente Lula, pelo Ministro da Saúde da época, José Gomes Temporão e pelo presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Paulo Buss. Em entrevista, o ex-presidente da Fiocruz reforçou a amplitude das iniciativas:

Lula definiu que nós priorizaríamos América do Sul e a África de língua portuguesa. Isso foi profundamente importante porque Moçambique chegou a ter 18% da população com o vírus do HIV/AIDS. Isso mostra uma sociedade inteira que pode entrar em decomposição por uma doença. Então, criou-se o Conselho de Ministros da CPLP, também sob a inspiração da AISA, da ABC e da política externa desenhada por Celso Amorim. Isso significou que estávamos em quatro continentes: aqui [América do Sul], Europa [Portugal], África e extremo da Ásia, com o Timor Leste. Esse grupo fez um programa estratégico de cooperação em saúde como um todo. Uma coisa inspirava a outra. Não se constrói sistemas de saúde pública sustentáveis tecnicamente, politicamente e financeiramente agindo de forma vertical. (Paulo Buss, ex-Presidente da Fiocruz e Diretor do CRIS/Fiocruz desde 2009)

Vale mencionar que ao longo das conversas, naturalmente, os entrevistados destacaram outras iniciativas já mencionadas ao longo desta pesquisa, como a criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), da UNASUL, a criação da Rede de Bancos de Leite Humano pela Fiocruz, os programas de combate à fome e à desigualdade, a relevância da negociação dos genéricos e da quebra de patentes, entre outros. Ainda nesse âmbito, Paulo Buss reforçou a constituição das redes e institutos de cooperação estruturante em saúde em vários países da América do Sul como uma articulação importante dos dois governos Lula: “foram

ações muito relevantes na estrutura da rede de saúde pública como um todo, no Brasil e fora”. Através da interação com o Ministério da Saúde de cada país, essas escolas de governo em saúde e escolas técnicas conseguiram penetrar diretamente nos sistemas públicos de saúde, fomentando o ensino, a pesquisa, a produção de medicamentos e a tecnologia para a inovação de tratamentos e diagnóstico adequado.

Seguindo com a análise quantitativa do gráfico, 2011 é o ano do início da inflexão. A conjuntura política e econômica da segunda metade do primeiro mandato de Dilma Rousseff e o perfil da presidenta impactaram diretamente as relações e a atuação do Brasil na área de cooperação internacional. Sob aspectos organizacionais e financeiros, as mudanças de prioridade e interesse foram rapidamente sentidas na ABC. Segundo o ex-diretor da instituição, o embaixador Fernando Abreu (2012-2015), os presidentes anteriores (Cardoso e Lula) se envolveram pessoalmente na política externa, aumentando o prestígio e amplitude da atuação do Itamaraty, o que não aconteceu no governo Dilma. Abreu cita a “ausência de sensibilidade em alto nível para temas de política externa” e que “a principal mudança que houve foi uma reversão de expectativas entre os governos Lula e Dilma quanto à política externa e à agenda de cooperação” (MILANI, 2017). Já Amorim, define que “há uma questão de personalidade [na troca entre Lula e Dilma]. A atenção da Dilma era muito voltada para economia, sempre foi”.

Em outra esfera, a contenção dos recursos por conta da crise econômica levou as instituições a operarem de maneira nem sempre adequada. A Agência Brasileira de Cooperação passou por momentos turbulentos no primeiro governo Dilma, a exemplo da declaração da presidenta, em 2013, de que poderia criar uma nova agência de cooperação e comércio, sem a prévia discussão do tema com os executivos da ABC:

Nós temos uma agência que chama ABC. Mas essa agência ela é um departamento, na verdade, do Itamaraty. Todos os grandes países têm agências internacionais de comércio. Nós vamos criar uma agência internacional de comércio para a África e para a América Latina. É uma agência de cooperação, mas é uma agência comercial também. (Dilma Rousseff, 2013, durante visita presidencial a Adis Abeba).

Consequentemente, os anos de 2013 e 2014 trouxeram mais instabilidade, tendo sido cogitado, inclusive, a possibilidade da saída da agência do Ministério das Relações Exteriores. Ao redigir seu relatório final de gestão, o ex-diretor deixou claro o momento de turbulência:

A sustentação da ampliação da cooperação técnica Sul-Sul brasileira só será possível se a ABC contar com uma nova conjunção de fatores, desta vez envolvendo a aprovação pelo Congresso Nacional de uma legislação abrangente e moderna da Política de Cooperação Técnica Internacional Brasileira, bem como o redesenho institucional da Agência que lhe dê plena agilidade operacional, um orçamento com

crescimento anual positivo [...] e um quadro de pessoal estável e profissionalizado. (Relatório de Gestão, Embaixador Fernando Abreu, Agência Brasileira de Cooperação, p. 2).

Em agosto de 2015, assumiu o novo diretor executivo da ABC, o embaixador João Almino (2015-2018), com o desafio de projetar um novo futuro para a instituição e para a cooperação técnica internacional brasileira, considerada primordial para a política externa e para a projeção dos interesses nacionais. O último relatório da COBRADI, publicado em 2018, compreendeu a análise dos anos entre 2014 e 2016, e revelou a dimensão do impacto na área de CID com a troca de governo. Cerca de 80% dos gastos entre 2014 e 2016 foram executados pela Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (Seain/MP) e pela Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério da Fazenda (Sain/MF), totalizando a soma de R\$ 3,2 bilhões, sendo 91% desse valor apenas em 2016 (ver gráfico 6).

Vale ressaltar que as Secretarias são os órgãos responsáveis pela determinação dos pagamentos de auxílio obrigatório e voluntário às organizações internacionais cujos atos constitutivos foram internalizados no direito brasileiro e pelas contribuições para organismos internacionais sujeitos de direito internacional. Em 2016, o governo federal alcançou a marca de mais de R\$ 3,2 bilhões de dívidas com organismos internacionais, comprometendo a sua própria participação e poder de voto em cerca de 120 entidades ou iniciativas internacionais. No ano anterior, em janeiro de 2015, conforme amplamente noticiado pela imprensa, o Brasil perdeu o direito ao voto na Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), após o acúmulo de dívidas desde 2012 no valor de US\$ 35 milhões.

Essa suspensão provocou uma tensão na defesa de interesses nacionais do país. Uma vez construídos os submarinos nucleares brasileiros, o governo teria de submeter à AIEA uma proposta de salvaguardas para garantir a proteção dos segredos industriais. Porém, sem voto, não conseguiria atuar em uma resolução sobre o Brasil. Outro impacto sentido foi a possibilidade de ser excluído dos programas de cooperação da AIEA para desenvolver tecnologia nuclear nas áreas de saúde e agricultura. Para 2016 e 2017, a agência havia aprovado cinco programas de cooperação, mas a falta de pagamentos gerou conversas sobre a suspensão desses projetos (ESTADÃO, 2015).

Ainda em 2015, o Brasil também perdeu o direito ao voto na Assembleia das Partes do Tribunal Penal Internacional (TPI) após acumular quase US\$ 6 milhões em dívidas (ESTADÃO, 2015). No caso do TPI, vale ressaltar que o Brasil é um dos membros fundadores da entidade, que representou o maior avanço no direito internacional desde o fim da Guerra

Fria. Na área da saúde, em 2016, o Brasil somava o segundo maior passivo de um país com a ONU. Só na Organização Mundial da Saúde, especificamente, a dívida brasileira alcançou R\$ 50 milhões (EXAME, 2016), exatamente no momento mais importante de combate e estudos envolvendo o Zika Vírus.

Além do embaraço financeiro, o constrangimento político afetava o país em vários fóruns internacionais no âmbito das Nações Unidas. Em diversas ocasiões, o Brasil empenhou pessoalmente o discurso do multilateralismo com a defesa de que apenas dentro do quadro da lei, da ONU e dos principais fóruns internacionais é que as divergências poderiam ser superadas. Em 2007, a quebra da patente do Efavirenzi, do laboratório americano Merk, foi um marco na atuação do Brasil em política externa e saúde. Em entrevista, Amorim relembra que estava em Genebra na ocasião e que recebeu pessoalmente o pedido de Temporão para abrir o discurso na Assembleia Mundial da Saúde.

Foi a primeira vez na história do Brasil que um chanceler fez o discurso no lugar do ministro. Ele [Temporão] queria mostrar que aquilo não era uma política do Ministério da Saúde. Era uma política de Estado. Teria uma permanência maior. (Celso Amorim, ex-Ministro das Relações Exteriores e da Defesa)

Com a crise e as sanções iminentes, o Congresso chegou a aprovar em outubro de 2016, após o impeachment da presidente Dilma, uma medida a título de crédito extraordinário no valor de R\$ 3 bilhões para sanar as dívidas com as organizações internacionais (SENADO FEDERAL, 2016).

3.3 O viés estratégico na articulação da liderança e da burocracia institucional

Ao longo das entrevistas conduzidas direta e exclusivamente para esta pesquisa, o impacto da troca de liderança no Executivo foi reforçado por todos, tanto no caráter político quanto operacional, motivado pela troca de visão, preferências e interesses da nova chefe de Estado.

Eu não acho que houve contenção, a palavra certa é ruptura. Houve uma ruptura negativa na passagem de Lula para Dilma. O protagonismo da atuação do Brasil nas relações internacionais via Itamaraty e MS se perde totalmente com a entrada dela. Aquele trabalho estratégico, orgânico e articulado acaba. (José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil)

A entrada do Lula produz uma transformação na PEB e na saúde, com programas muito bem-sucedidos e de referência no mundo, como o combate ao HIV/AIDS e os programas de imunização e vacina. [...] Com a entrada da Dilma, a gente sente a mudança nas duas prioridades: América do Sul e CPLP. Houve um *low profile*, uma redução de visão e de ímpeto. (Paulo Buss, ex-Presidente da Fiocruz e Diretor do CRIS/Fiocruz desde 2009)

A decisão que mais impactou foi a de não atender novas demandas. Apesar das iniciativas em curso representarem um passivo financeiro, a elaboração de novas iniciativas demora um tempo de maturação para se tornarem novos projetos. Essa posição determinou uma redução da presença do Brasil no panorama global da cooperação sul-sul. (Entrevistado da ABC)

Houve uma mudança clara de um governo para o outro. Essa diferença é gritante entre os governos Lula e Dilma. A troca do presidente afeta toda a cadeia. Se o tema deixa de ser prioridade [cooperação], isso vem de cima e vai descendo. (Entrevistado da AISA)

Para além da crise econômica sentida pelo país, o recuo da diplomacia presidencial, muito marcada pela atuação do presidente Lula, cedeu lugar a um certo ostracismo. Ainda segundo Temporão, ex-Ministro da Saúde, “a crise existe, mas há, claro, uma decisão política de onde colocar os recursos”. Do ponto de vista político, ao fragilizar as prioridades do governo nos programas de cooperação em saúde (tanto como doador, quanto como receptor), o país permitiu que recursos importantes fossem alocados em outros espaços.

Isso tudo provocou a fragilização da presença brasileira na OMS e nos fóruns internacionais na área da saúde. A Dilma nunca disse que era contra, mas a cooperação na área foi definhando. Não é apenas não querer ou não poder abrir mais frentes, a coisa se perdeu como um todo. (José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil)

Com as entrevistas, ficou claro que a mudança de percepção e interesses de Dilma causou rupturas na atuação brasileira na área de cooperação Sul-Sul, com uma perda de qualidade grande na participação em fóruns internacionais de grande alcance e visibilidade, como os da Organização Mundial da Saúde. Naturalmente, essa queda representa uma inflexão para o país em diversas áreas, incluindo a saúde. Apesar de contribuir de forma muito consistente para desenvolvimento internacional enquanto “doador emergente”, é importante destacar que o Brasil também se revelou, ao longo dos anos, como um grande receptor de ajuda internacional, de acordo com os estudos e relatórios da COBRADI.

Após o arrefecimento, muitos projetos já estruturados seguiram caminhando, como a fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique, entre outros, porém, de forma mais fragmentada e descontínua. No âmbito do governo Dilma, representantes das três instituições principais, além de José Gomes Temporão, reforçaram a priorização do Programa Mais Médicos (PMM) como a principal mudança de orientação do Executivo na troca dos governos, a partir de 2011, no âmbito da cooperação técnica Sul-Sul em saúde:

A AISA entrou no Mais Médicos de forma integral, inclusive burocraticamente. A Dilma levou pessoalmente esse tema, era uma encomenda dela. Todos os técnicos se voltaram para isso. A cooperação sul-sul se retraiu, já que novos projetos não foram assinados e o ritmo da execução dos que estavam em andamento diminuiu. (Entrevistado da AISA)

Na Dilma muda a prioridade política. Era priorizou muito o Mais Médicos. Havia uma clara demonstração que ela iria trabalhar na cooperação em saúde no âmbito dos Mais Médicos [...] As relações começam a mudar. A AISA passa a atuar muito para esse programa. Acontece um imbróglio, muita coisa fica represada. Isso para o Itamaraty foi um grande problema. (Entrevistado 2 da AISA)

Os programas de cooperação sofreram um impacto negativo. A vida dos projetos é longa e a pauta não foi retroalimentada. Na área da saúde, houve cancelamento de algumas iniciativas e uma priorização da área internacional para o programa Mais Médicos. [...] O MRE e a ABC estavam desprestigiados perante à presidência. (Entrevistado da ABC)

Instituído inicialmente por meio de Medida Provisória em julho de 2013, surpreende que o PMM não tenha sido explicitamente citado no relatório da COBRADI de 2014-2016, publicado posteriormente pelo governo federal em 2018. Não há nenhuma referência direta, seja pelo nome, pela sigla ou através de menção dentro dos projetos de cooperação com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Conforme já mencionado no capítulo dois, o programa foi estruturado através de um convênio com o governo de Cuba e a OPAS, compreendendo três pilares básicos: o provimento emergencial de médicos, o aprimoramento da educação médica e a melhoria da infraestrutura no sistema de saúde pública no Brasil. Apesar da ação ter alcançado resultados importantes, como o atendimento em regiões carentes e de difícil acesso, a iniciativa do governo Dilma foi alvo de críticas severas da comunidade brasileira de saúde e de outros setores sociais.

Para muitos, o contexto do Programa Mais Médicos remete à crise de 2013, onde a presidenta falou pessoalmente aos brasileiros pela televisão sobre a implementação de cinco medidas urgentes: política de transporte, projetos no campo educacional, ajustes fiscais e tributários, reforma política e o PMM. Na visão do ex-Ministro da Saúde José Gomes Temporão, entre outros médicos sanitaristas, o convênio com a OPAS representa menos uma iniciativa de cooperação e mais uma intervenção política de caráter pragmático combinada entre os governos de Brasil e Cuba.

Eu não inseriria o Programa Mais Médicos dentro da cooperação em saúde global, pelo contrário. Foi uma iniciativa completamente política. Os resultados do ponto de vista sanitário foram até positivos, mas a engenharia do projeto, a participação da OPAS e a briga com as entidades médicas criou o que existe hoje: uma verdadeira ojeriza da comunidade brasileira de saúde ao governo Dilma. (José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil)

O Programa Mais Médicos colocou de lado a ABC, porque a opção foi trabalhar com a OPAS. Claro, a OPAS foi fundamental para agilizar a questão financeira, mas não se poderia ter alijado a ABC dessa forma. [...] Com o Temporão havia um diálogo permanente, foi uma época onde tudo foi produtivo. (Célia Almeida, pesquisadora e professora da ENSP/Fiocruz)

Na área da saúde, as mudanças foram significativas. No contexto da crise, houve um novo direcionamento para o foco rápido em reformas internas de saúde pública. A

política externa foi arrefecida por decisão política do governo Dilma. [...] Essa falta de visão e de concretizar as coisas prejudicou muito. (Paulo Buss, ex-Presidente da Fiocruz e Diretor do CRIS/Fiocruz desde 2009)

Considerando o exercício teórico de Margareth e Charles Hermann (1989) sobre as unidades de decisão no campo da Análise de Política Externa (APE), entende-se que se uma decisão existe, ela é tomada por um indivíduo, por um grupo de indivíduos ou por múltiplos atores. Em cada caso, todos com capacidade de A) comprometer ou reter os recursos do governo para a tomada de decisão em assuntos externos e B) dispor de poder ou autoridade suficiente para impedir que outras entidades do governo mudem a sua visão sem prejuízo significativo. Dado determinado assunto e temporalidade, a junção de ambas (A e B) é o que os autores chamam de “unidade de decisão final”, que pode variar de acordo com a natureza do tema em questão. Para assuntos de importância vital de um país, o alto escalão de autoridade política provavelmente concentrará a unidade de decisão final. Para questões de menor impacto, as decisões podem ser tomadas em níveis mais baixos dentro do governo (HERMANN, M. e HERMANN, C., 1989, p. 363, tradução nossa).

Nesse particular, o cenário iminente de grave crise política e econômica do governo Dilma Rousseff, aliado ao caráter extremamente centralizador da presidenta, adensaram no Executivo não só a pauta tradicional dos principais assuntos de Estado, como a política exterior, mas também outros temas da agenda doméstica, como as políticas públicas para a saúde, por exemplo. Entretanto, além da mudança de visão, interesses e preferências da chefe de Estado descritos ao longo deste estudo, verificou-se uma alta influência da burocracia institucional em mudanças significativas que percorreram a passagem dos governos Lula e Dilma. Neste quadro, Hermann (1990) introduz marcos conceituais teóricos importantes, como o processo decisório em política externa e os níveis de mudança. Cabe destacar aqui a importância dos agentes primários de mudança, representados pelo líder predominante, pela burocracia governamental, pela reestruturação doméstica e por choques externos. A interação entre esses diversos agentes com capacidade para impor e/ou influenciar o curso da política externa é o que Hermann traduz como processo de tomada de decisão. Os resultados desse encadeamento são, portanto, os níveis de mudança no conjunto da política externa. No caso da burocracia governamental, o autor a traduz como a segunda potencial fonte de mudança na política externa de um país. Considerando os dois primeiros agentes primários essenciais (líder e burocracia), Hermann aponta, ainda, que ambos estão com frequência interligados.

Naturalmente, com o passar dos anos, um número cada vez maior de instituições nacionais do setor público ou da sociedade civil organizada tem incorporado ações de política

exterior como parte habitual do dia a dia de trabalho. Na área da saúde, a amplitude da capacidade técnica, tecnológica e material de algumas instituições domésticas brasileiras favoreceu o avanço dessas iniciativas de CTPD em diferentes modalidades, com destaque para as cooperações científico-tecnológica, técnica, educacional, econômica e a assistência humanitária.

Houve, nesse particular, transformações que partiram das três instituições principais estudadas no âmbito desta pesquisa (ABC, AISA e Fiocruz), além de seus respectivos ministérios, com impacto direto na formulação e execução da política externa. O contexto da Declaração de Oslo é um bom exemplo de análise sobre a influência da burocracia na cooperação internacional brasileira, especialmente na área da saúde, que alcançou um protagonismo histórico no início dos anos 2000. Evidentemente, isso não aconteceu apenas por razões humanitárias, mas principalmente pela relevância econômica cada vez maior do setor. O aumento do comércio e a intensificação dos debates em *health security* favoreceram a projeção do tema de um campo mais setorial para grandes fóruns internacionais, como a Assembleia Geral da ONU (AGNU).

O atual diretor do CRIS/FIOCRUZ, Paulo Buss, descreveu pessoalmente o contexto da Declaração e a participação pessoal decisiva dos atores domésticos brasileiros na iniciativa, em 2007, durante o segundo governo Lula, especialmente a do ex-chanceler Celso Amorim e do então chefe da AISA/MS, Santiago Alcázar:

Estávamos em reunião e o Santiago Alcázar recebeu uma ligação do Embaixador Celso Amorim dizendo que, por iniciativa dele, um conjunto de países tinha decidido apresentar às Nações Unidas uma Resolução sobre saúde global e relações internacionais. Aquela construção é minha e do Santiago, queríamos algo que expressasse a experiência brasileira, mas também a da Noruega, a da Tailândia etc. (Paulo Buss, ex-Presidente da Fiocruz e Diretor do CRIS/Fiocruz desde 2009)

Paulo Buss destacou, ainda, que foi exatamente esta iniciativa brasileira que fez com que a Assembleia Geral da ONU passasse, então, a legislar em *Foreign Policy and Global Health*, dando sequência a mais seis resoluções no âmbito da AGNU, a última tendo sido publicada em dezembro de 2013. Logo após, painéis de alto nível também foram criados e deram segmento a debates importantes, como HIV/AIDS, Doenças Crônicas, Resistência Antimicrobiana e, por fim, em 2019, Abertura Universal à Saúde e Atenção Primária.

No que refere à figura do chanceler e à atuação da ABC/MRE, naturalmente, foi citada a importância da relação construída entre Celso Amorim e Lula. Além disso, foi constantemente destacado o desempenho do ex-Ministro da Saúde José Serra e do presidente Fernando Henrique Cardoso nos anos anteriores, reforçando ainda mais a importância da diplomacia

presidencial e o impacto da atuação pessoal propositiva do chanceler nas conexões entre saúde e política externa, algo que não foi reproduzido nos dois governos Dilma, apesar da qualidade dos embaixadores que ocuparam o cargo de Ministro das Relações Exteriores.

Foi no governo FHC que a política do combate ao HIV/AIDS começou a ser gerida. O governo Lula refina isso e projeta muito bem. O Celso Amorim estando em Genebra também estava, automaticamente, muito dentro da OMC... foi o embrião. Quando o chanceler põe na mesa o que quer projetar e o ministro da saúde também, essa combinação é perfeita. Foi o que aconteceu nos governos Lula. O Patriota já tinha outro perfil. (Entrevistado da AISA)

Essa relação presidente e chanceler importa. Isso muda muito no governo Dilma. O Serra também foi muito ativo na questão dos genéricos na política externa do governo FHC. Com a Dilma, há uma instabilidade muito grande no próprio Itamaraty, completamente diferente dos dois governos Lula. (Célia Almeida, pesquisadora e professora da ENSP/Fiocruz)

O casamento de Lula e Amorim foi perfeito. A Dilma não tinha apetite e os ministros tampouco. Todos foram embaixadores de primeira linha, mas não são grandes formuladores. Eu diria que o MRE e o MS foram empalidecidos. (Paulo Buss, ex-Presidente da Fiocruz e Diretor do CRIS/Fiocruz desde 2009)

O Celso [Amorim] participou diretamente do Tratado de Doha, o Serra foi importante na questão dos genéricos e da Convenção do Quadro do Tabaco. O protagonismo dos atores domésticos brasileiros nas relações internacionais se expressam nessas questões. (José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil)

Com Celso Amorim no MRE, a ABC protagonizou momentos de interação constante com a AISA, especialmente com José Gomes Temporão à frente da pasta como Ministro da Saúde, entre 2007 e 2011. Lembrando que um pouco antes, em 2005, já havia sido assinado o Protocolo de Intenções entre os dois ministérios, materializando a intenção da política externa brasileira de aperfeiçoar as relações e a coordenação da cooperação técnica prestada a países emergentes na área da saúde. Ainda nas palavras de Temporão, “as diferenças são grandes na troca [dos chanceleres dos governos Lula para Dilma]. Conheci pessoalmente o Mauro, tive uma excelente visão dele como diplomata. Mas para o Celso, a saúde tinha um espaço diferente.”

Os entrevistados também mencionaram o fator de influência de ter Marcos Farani como diretor geral da ABC (2008-2012) e irmão de Maria Nazareth Farani, na época, embaixadora do Brasil na ONU em Genebra, casada com o então embaixador do Brasil na OMC, Roberto Azevêdo. Em termos de perfil, Marcos Farani fez uma gestão bastante voltada para a expansão da política de cooperação Sul-Sul e da interação da ABC com outras instituições e países, acompanhando o ritmo de Lula e Celso Amorim nessa abertura de frentes. Já Fernando Abreu, diretor geral da ABC nos governos Dilma, se voltou mais para a reestruturação interna da agência.

A interação ostensiva entre Celso Amorim e José Gomes Temporão aproximou os dois ministérios (MRE e MS) de uma forma sem precedentes, independentemente da participação do Executivo. Isso foi sentido, inclusive, na configuração da chefia da AISA, liderada por Santiago Alcázar (2003-2007) e Eduardo Barbosa (2008-2011), ambos diplomatas, nos dois mandatos de Lula. O fato de serem pessoas indicadas pelo Itamaraty em cargos de alta representatividade dentro do Ministério da Saúde destacava a reciprocidade e a interação dinâmica dos dois ministérios, atenuando as diferenças burocráticas.

Na época do Temporão não só existia uma boa combinação do tema saúde com a política externa, mas também existia na AISA assessores que eram diplomatas e atuavam diretamente em conjunto com o MRE. A combinação era perfeita: havia o Amorim, muito entusiasta da cooperação Sul-Sul, o ministro Temporão muito bem posicionado com o que queria fazer, havia um assessor diplomata, e havia na ABC e em Genebra os dois irmãos Farani. (Entrevistado da AISA)

Evidentemente, o maior alinhamento entre as instituições acerca dos objetivos da cooperação em temas tão delicados como saúde é determinante para uma pauta de cooperação técnica efetiva diante das necessidades internas de países em desenvolvimento como o Brasil. Célia Almeida reforçou a importância da liderança e da influência da burocracia doméstica em episódios importantes na história do Brasil, como o projeto com o Banco Mundial, que possibilitou tanto a construção da resposta brasileira ao HIV/AIDS, assim como a cooperação Sul-Sul vinculada a esse programa.

A capacidade de negociação dos atores brasileiros foi fundamental. O que tem de mais importante nesse assunto é a especificidade, é como essa cooperação foi construída, ao ponto de que com o mesmo dinheiro e recurso você pode beneficiar o Brasil, na construção e implementação do programa no país, e também financiar a cooperação para fora. O projeto inicial do Banco Mundial não era esse. (Célia Almeida, pesquisadora e professora da ENSP/Fiocruz)

Após a análise dos dados históricos da cooperação e das entrevistas feitas com os atores-chave, nota-se que, no geral, a cooperação brasileira entre as décadas de 1950 e 1990 ainda era bastante fragmentada. Muito foi feito no campo de formação de pessoal estratégico (médicos e profissionais de saúde), de apoio e desenvolvimento de projetos para contenção de crises sanitárias, da experiência com o SUS e da excelência da capacidade técnica de instituições brasileiras, como a Fiocruz, UFRJ e USP. No entanto, as ações ocorreram de forma fragmentada ao longo dos anos. Segundo Temporão,

[...] Essas ações só vão tomar corpo como uma política unificada nos dois mandatos do Lula e pela postura do Celso Amorim. Isso se materializa muito forte, pela posição do Brasil no cenário internacional através dos fóruns internacionais e com a criação da UNASUL. Com a Dilma, tudo se perde. (José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil)

Ao longo de todo o segundo mandato do governo Lula, o plano de governo implementado no MS foi o “Mais Saúde”, com oito eixos estratégicos desenhados pelo ministério, sendo um deles a cooperação internacional. Isso representou uma mudança significativa, pois o campo deixou de ser apenas uma atividade e se materializou como área-chave de atuação no âmbito internacional, com programa, metas, objetivos e atividades. Nessa época, Celso Amorim e José G. Temporão afirmaram que despachavam regularmente, com agenda e pauta constantes.

Outras iniciativas importantes na interlocução entre as áreas denotam o protagonismo da atuação institucional de ambos os ministros, como as parcerias para o desenvolvimento produtivo, que se traduz em usar o poder de compra do Estado para internalizar tecnologia no Brasil, reduzindo progressivamente a dependência de medicamentos produzidos no exterior. Uma outra ação importante foi assinatura do Termo de Cooperação 58 (TC 58) entre a AISA e a OPAS, que passou a ser executado em 2008. Através dele, o Ministério da Saúde elaborou uma série de programas e políticas de cooperação. Conforme a transferência dos recursos para a OPAS, este organismo financiava as instituições nacionais envolvidas, como a Fiocruz, USP, UFRJ, entre outras. Essa descentralização dos recursos do Ministério da Saúde permitiu alocar fundos na ponta da cadeia internacional de cooperação, dando mais agilidade para que os programas fossem implementados no Brasil. Destaca-se, igualmente, o protagonismo direto de Eduardo Barbosa, o então chefe na AISA na assinatura do TC 58.

Essa ação do Temporão e do [Eduardo] Barbosa de possibilitar que o MS descentralizasse recursos para Termos de Cooperação abriu muitas frentes. A ABC se tornou “pequeninha” para o MS. O número de projetos e ações do MS aumentaram muito. (Entrevistado da AISA)

O Eduardo Barbosa criou o TC 58 para fortalecer as ações da AISA em cooperação Sul-Sul. Isso permitiu, por exemplo, esse engajamento da AISA com a CPLP e o Mercosul, além do financiamento de projetos e redes de saúde. O Eduardo tinha essa visão. Ele se envolveu muito, deu muita autonomia para a AISA, que antes operava só com o dinheiro do gabinete do ministro ou via ABC. (Entrevistado da ABC)

A passagem para o governo Dilma trouxe também uma inflexão na atuação do Ministério da Saúde e suas respectivas instituições. De início, a presidenta deixou claro a importância de fortalecer a América Latina e as ações de cooperação no âmbito regional. Em 2012, a convite do então Ministro da Saúde Alexandre Padilha (2011-2014), José Gomes Temporão começou a dirigir o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), da UNASUL, onde ficou por cinco anos. No entanto, a troca de ministros no MS e nas chefias da AISA foram sentidas negativamente pelos outros atores, tanto na operacionalização da burocracia institucional quando na performance política. A troca de Temporão por Alexandre Padilha e,

posteriormente, por Arthur Chioro e Marcelo Castro, representou o fim da coalizão de ministros que vinham “do coração do movimento sanitário e da saúde pública”, nas palavras de Paulo Buss.

A crise econômica do governo Dilma e a necessidade de implementar reformas internas imediatas harmonizou-se com pretensões políticas e cargos eleitorais, como a escolha de Marcelo Castro para a pasta. Segundo todos os entrevistados, muda substancialmente a postura dos atores envolvidos na cooperação técnica brasileira em saúde após a troca de governo, ainda que mantida a mesma base partidária.

A mudança nos escalões abaixo do governo no MRE e no MS, e suas respectivas instituições, impactaram muito. Todos os perfis mudaram no governo Dilma. (Paulo Buss, ex-Presidente da Fiocruz e Diretor do CRIS/Fiocruz desde 2009)

O Padilha, embora médico, vinha mais da área política. O Temporão vinha da área de saúde. (Celso Amorim, ex-Ministro das Relações Exteriores e da Defesa)

Nada é neutro. Não existe política que não tenha elementos estratégicos a nível técnico e não existe decisão técnica que não envolva questões e interesses políticos. Os ministros da Dilma tiveram uma postura diferente do Temporão. (Célia Almeida, pesquisadora e professora da ENSP/Fiocruz)

O Temporão já tinha uma experiência enorme na área de cooperação sul-sul. O ministro é fundamental para mobilizar recurso técnico, humano e financeiro. O Marcelo Castro era um político, um deputado. (Entrevistado da AISA)

Considerando a minha experiência de 15 anos na ABC, posso afirmar que sim, as alterações na estrutura de direção desses órgãos impactam no bom andamento dos projetos. No governo Dilma, as ações eram flagrantemente fragmentadas. (Entrevistado da ABC)

Nunca tive interesse ou vocação para cargo político. Meu plano de governo expressou algo diferente. Eu queria ser lembrado como o “ministro sem marca”. Não queria ser o ministro dos genéricos, nem o ministro da UPA. Eu queria ser lembrado como o ministro que tentou fortalecer o SUS enquanto projeto para a sociedade, com a criação de uma consciência em saúde. Se um ministro entra e quer fazer um bom governo para depois se eleger deputado federal, já existe um viés de focar em coisas emergenciais. Trouxe essa visão para o meu plano de governo. Os outros ministros se perderam nisso. (José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil)

No âmbito da política externa, os atores exercem influência e poder político dentro dos governos para assegurar as decisões tomadas e direcionar os recursos disponíveis. Com frequência, nota-se que as pressões internas e externas podem predispor um governo a agir de determinada maneira, subjugando o caráter dessas ações às respectivas unidades de decisão, seja ela representada pelo chefe de Estado ou por membros da burocracia organizacional (HERMANN, M. e HERMANN, C., 1989). Seguindo com a análise da atuação e influência dos atores institucionais, a troca nos cargos de alta chefia da AISA também representou uma grande inflexão na agenda da cooperação técnica brasileira em saúde, sob diversos aspectos.

O protagonismo dos ex-chefes da AISA, Santiago Alcázar e Eduardo Barbosa, foi repetidamente destacado por todos os atores envolvidos na área de cooperação internacional em saúde ao longo dos dois governos Lula, inclusive os ex-Ministros da Saúde e das Relações Exteriores. Mais do que experiência de atuação no âmbito Sul-Sul da cooperação internacional, os diplomatas associaram a articulação de todas as principais instituições domésticas no Brasil com iniciativas de grande prestígio e impacto, como a Declaração de Oslo e a assinatura dos Termos de Cooperação. Cronologicamente, Alcázar liderou a chefia da AISA por quatro anos, entre 2003 e 2007, quando, em seguida, assumiu Eduardo Barbosa, ficando até o início do governo Dilma, em 2011.

Após a entrada de Alexandre Padilha no Ministério da Saúde (2011) e da indicação de Alberto Kleiman como novo chefe da AISA (2012), nota-se uma fragmentação nas estratégias, na atuação e na interlocução institucional da cooperação técnica sul-sul brasileira em saúde. Além de não ser diplomata de carreira, Kleiman era, na época, uma liderança sem experiência prévia na área de cooperação internacional, tendo passado apenas por escritórios e consultorias de advocacia, além de prefeituras do estado de São Paulo em cargos administrativos. No âmbito interno, o novo assessor alterou parte da estrutura da AISA, encerrando quatro coordenações da assessoria e deslocando os técnicos da instituição para trabalharem em função da agenda própria do MS, muito voltada para a reestruturação interna e para a priorização política emergencial da agenda do Programa Mais Médicos.

De acordo com os entrevistados, a troca dos ministros e da chefia da AISA nos governos Dilma altera completamente três aspectos fundamentais: a agenda do Ministério da Saúde e a representação da Assessoria Internacional, a relação entre os principais atores domésticos e a atuação brasileira na área da cooperação técnica internacional em saúde.

Uma mudança que teve impacto: a entrada de Alberto Kleiman como assessor do ministro. É possível sentir o impacto dessas mudanças. O Alberto [Kleiman] não acompanhou o processo anterior e tinha uma postura reativa. Foi à Moçambique uma única vez numa reunião do projeto da fábrica, com anos e décadas de trabalho, e era algo difícil. [...] Acho que o trabalho interno da AISA ficou muito mais difícil. (Célia Almeida, pesquisadora e professora da ENSP/Fiocruz)

O Kleiman não tinha experiência em política internacional e tinha uma dificuldade grande de compartilhar, de se deixar penetrar e de penetrar nas instituições dos ministérios que eram executoras, por sua capacidade técnica, desses elementos de política exterior. Ele [Alberto Kleiman] tinha um caráter centralizador e de competição com a Fiocruz, inclusive. E começou a fazer contenções dentro dessa política exterior. (Paulo Buss, ex-Presidente da Fiocruz e Diretor do CRIS/Fiocruz desde 2009)

O Kleiman era uma pessoa totalmente estranha à área, sem nenhuma experiência exterior. Isso gerou uma perda da qualidade da presença brasileira em fóruns

internacionais. Foi incompreensível. (José Gomes Temporão, ex-Ministro da Saúde do Brasil)

Na troca eu acho que há uma ruptura. Não diria ruptura, mas uma inflexão da trajetória institucional e da burocracia institucional, porque a AISA entra numa fase de organização da assessoria. Quando o Padilha traz o Kleiman para trabalhar a política, muda a percepção. (Entrevistado da AISA)

Quando tem um diplomata na AISA a interlocução com a ABC é muito maior. Na época do Alberto [Kleiman] teve um afastamento. A ABC começou a procurar a área técnica através da Fiocruz, porque a AISA se voltou para os Mais Médicos. [...] A prioridade dele era outra. (Entrevistado da ABC)

No todo, a cooperação Sul-Sul, enquanto elemento protagonista da atuação internacional do Brasil nos governos Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011 – 2016), reforça princípios que dialogam entre o ideal pragmático desenvolvimentista e a solidariedade coletiva. Guardadas as devidas diferenças entre ambos os governos, buscou-se expandir os valores de justiça social, de melhoria da qualidade de vida de populações carentes e de uma ordem internacional mais equitativa e menos suscetível às pressões dos países do Norte sob os países do Sul. Esta concepção conjugaria, no curto prazo, o atendimento de interesses domésticos vitais e, no médio e longo prazo, o potencial determinante de atuação e mobilização do Estado brasileiro no cenário internacional.

Na prática, as percepções sobre a atuação dos dois governos divergem consideravelmente no campo da cooperação técnica Sul-Sul do Brasil em saúde. Além dos dados quantitativos analisados, as entrevistas feitas com os principais atores da burocracia organizacional para fins exclusivos desta pesquisa marcam a descontinuidade em várias frentes: muda substancialmente a percepção e os interesses dos dois chefes de Estado na área; muda o perfil e a atuação dos Ministros das Relações Exteriores e da Saúde; e, por fim, muda a atuação e a interlocução institucional entre os principais atores domésticos: ABC, AISA e Fiocruz.

Através de uma ferramenta de análise de dados por *word counts*, foi possível contabilizar as palavras-chave que mais se repetiram ao longo das entrevistas semiestruturadas, partindo da análise do discurso de todos entrevistados e sob a ótica do modelo teórico de Hermann (1990). A nuvem gerada através dessa análise resume a percepção final dos atores-chave sobre cada governo:

tomada de decisão de todos esses novos líderes em conjunto com as reestruturações de governo por eles percebidas como fundamentais (HERMANN, 1990) na cooperação técnica Sul-Sul brasileira em saúde.

Incontestadamente, a atuação e a interlocução dos atores institucionais envolvidos na área se alteraram de forma substancial na troca de governo, transcorrendo vários níveis. Vale ressaltar que as principais orientações, bem como a atuação e o aumento de projetos de cooperação técnica em saúde por parte dos três atores dependem, primariamente, das diretrizes de política externa determinadas pelo Poder Executivo. Com efeito, a crise econômica e política dos governos Dilma Rousseff foi mencionada ao longo deste trabalho como um fator importante, mas não peremptório. Além da atuação dos chefes de Estado, comprovou-se que a atuação da burocracia institucional também produziu impactos na cooperação internacional, nas políticas públicas no âmbito doméstico, e, por fim, na formulação e implementação da política exterior. Notoriamente, cada ator – presidente ou membro da burocracia organizacional – traz consigo uma forte carga política, teórica e operacional, que projeta determinados valores, percepções e interesses para vários setores e esferas de atuação, seja no âmbito doméstico ou exterior.

3.4 Considerações finais

O capítulo final deste estudo trouxe a síntese e a análise principal da coleta de dados junto aos relatórios e documentos oficiais do governo federal brasileiro na área de cooperação internacional. Além disso, revelou características importantes das relações intra e interburocráticas dos principais atores domésticos da cooperação Sul-Sul brasileira em saúde entre os anos de 2003 e 2016, em termos políticos, geoestratégicos e financeiros. Enfim, foi confirmada a hipótese apresentada no capítulo um deste trabalho em consonância com o modelo teórico de Charles Hermann (1990) de Análise de Política Externa (APE).

Notadamente, além da medição dos gastos do governo federal na área, ficou evidente a necessidade de análise de várias frentes que compuseram as atividades da cooperação técnica brasileira entre países em desenvolvimento, especialmente no que diz respeito aos determinantes internos da performance internacional do Brasil. As implicações distributivas da política externa (LIMA, 2000) se vinculam, portanto, à esfera doméstica, através da performance de líderes e instituições que atuam com influência e prestígio na construção de consensos e na tomada de decisão, tanto no âmbito interno quanto nos temas de política exterior.

Em síntese, este estudo contribui para a análise de um período importante na história da política externa brasileira, além de expandir as bases para o crescimento da cooperação Sul-Sul como uma ferramenta chave para o desenvolvimento e para a ampliação das capacidades de atuação do Brasil no âmbito exterior. O país carece de um plano estratégico para as áreas de cooperação técnica, seja como doador ou receptor de ajuda internacional. Na prática, o desenho mais próximo desse esboço não sobreviveu às trocas de chefes de governo e ministros. Sem uma orientação forte no Executivo, fragmenta-se o andamento das ações para o desenvolvimento socioeconômico e para a redução da dependência tecnológica, eixos tão fundamentais na composição das políticas públicas na área da saúde. Por fim, as estratégias e iniciativas de formulação perdem organicidade, havendo a má empregabilidade do instrumento da cooperação internacional para a implementação dos objetivos de política externa. Nesse âmbito, e dentro da lógica da CTPD, é evidente que a união dos países em desenvolvimento precisa “ter como solda não apenas princípios, mas interesses concretos” (LIMA, 2005, p.43).

CONCLUSÃO

Em resumo, muito se especula sobre a passagem do governo Lula da Silva, no fim de 2010, para o governo Dilma Rousseff, com início em 2011, especialmente por compartilharem a mesma matriz político-partidária. Conforme já visto, a literatura de referência em política externa brasileira não validou alterações significativas de programa, redefinição de objetivos ou reorientação internacional, já que manifestariam uma mudança mais profunda nos papéis e atividades dos atores envolvidos. Discute-se, no entanto, fatores notáveis de transição a nível interno, com implicações na política exterior.

Em caráter exploratório, este estudo analisou a circunstância das mudanças não terem sido exclusivamente conjunturais, no seio da crise econômica e política, mas também relacionadas a fatores domésticos que se materializaram na formulação e implementação da política externa brasileira de cooperação técnica Sul-Sul. Ainda que o âmbito internacional seja decisivo para a compreensão da PEB, muito do que acontece ao longo do processo decisório deriva, principalmente, de fontes domésticas (LIMA, 2000). Em linhas gerais, mais do que a análise da atuação política e institucional do Brasil nos projetos de CTPD em saúde entre 2003 e 2016, a dissertação explorou a performance brasileira na área como um produto derivado do perfil de liderança de ambos os chefes de Estado e, adicionalmente, da coordenação entre os vários atores domésticos envolvidos na execução da política externa brasileira.

Neste contexto, os três capítulos apresentados resgataram a questão central da análise de interesses, preferências e participação dos dois líderes de governo e dos agentes domésticos (ABC/MRE, AISA/MS e Fiocruz) que procederam com as iniciativas de cooperação. As seções discorreram acerca da pergunta principal, sobre como variou a atuação desses agentes e quais fatores contribuíram para orientar mudanças na condução e execução da política externa brasileira. Com base nisso, a metodologia explorou os principais fatores e níveis de transição ao longo dos governos de Lula da Silva e Dilma Rousseff a partir do modelo de análise de Charles Hemann (1990).

Em particular, é importante destacar que o aumento quantitativo e qualitativo dos projetos entre 2003 e 2016 aproximou a rotina burocrática dos três atores domésticos e aumentou significativamente a interação entre eles, potencializando diversos aspectos. Ainda que o estudo aponte para um alto grau de influência da burocracia no processo decisório de cooperação internacional técnica em saúde no Brasil, vale ressaltar que a relação entre os três atores ainda depende, primariamente, das preferências e interesses dos chefes de Estado e suas respectivas diretrizes empenhadas na política externa brasileira.

Nesse âmbito, as características do cenário político nacional também dificultaram, por exemplo, a atuação da AISA, tendo em vista as frequentes mudanças na condução do Ministério da Saúde. Nos últimos 30 anos, o Brasil teve 24 Ministros da Saúde, uma média de menos de um ano para cada ministro. A manutenção de estruturas especializadas e com profissionais técnicos capacitados na estrutura do Ministério da Saúde – que permitam a progressão do trabalho desenvolvido a despeito de eventuais mudanças políticas – é, evidentemente, fundamental para assegurar a continuidade das iniciativas brasileiras em curso, seja como país doador ou receptor de cooperação internacional.

No que se refere a hipótese inicialmente apresentada, a pesquisa ratificou a variação na formulação e implementação da PEB de cooperação técnica Sul-Sul em saúde ao longo dos governos Lula e Dilma partindo dos dois agentes domésticos primários de mudança, ambos presentes no modelo de análise proposto por Hermann (1990) e reiteradamente apresentados: 1) interferência do líder e 2) interferência da burocracia organizacional. Para este fim, o estudo explorou a análise dos referidos dados e documentos oficiais do governo, como os informes de gestão e de trabalho na área de cooperação internacional, os gráficos e quantificadores de evolução financeira e de atividades da ABC, os protocolos internos e as resoluções internacionais (como o Protocolo de Intenções entre MRE e MS, a Declaração de Oslo e as Resoluções das Nações Unidas em *Foreign Policy and Global Health*), além dos relatórios da COBRADI.

Em paralelo, as entrevistas semiestruturadas feitas com os preditos líderes das três instituições domésticas e ex-Ministros de Estado nas áreas de Relações Exteriores e da Saúde revelaram a existência de efeitos distributivos diretos (LIMA, 2000) na formulação e execução da PEB, conforme exposto no capítulo 3 deste estudo. Ainda que “pressões internas e externas possam predispor um governo a agir de determinada maneira, a natureza exata dessas ações será, em última instância, adaptada conforme as características da unidade de decisão final” (HERMANN, M. e HERMANN, C., 1989²⁴, p. 384, tradução nossa), seja ela composta pelo líder ou por representantes da burocracia institucional. Assim sendo, o perfil e a atuação dos funcionários de alta representatividade das três instituições domésticas envolvidas na cooperação Sul-Sul em saúde influenciaram diretamente a condução dos projetos e a natureza das ações entre 2003 e 2016. Concluiu-se, portanto, que a unidade de decisão pode afetar a

²⁴ “In effect, internal and external pressures may predispose a government to act in a particular manner, but the precise character of its actions will be modified by properties of the ultimate decision unit.” (HERMANN, M. e HERMANN, C. 1989, p. 384)

política externa da área através das preferências, crenças e conhecimentos pré-existentes dos atores que a integram (HERMANN, M. e HERMANN, C., 1989).

Apesar dos avanços ao longo dos anos, o baixo nível de institucionalização na cooperação técnica brasileira e a ausência de um marco legal persistem como fatores-chave para o progresso contínuo das iniciativas, nas quais os princípios de não-condicionalidade e de desenvolvimento compartilhado se constituíram como o estímulo principal para a mobilização de recursos físicos, humanos, técnicos e tecnológicos em escala global. Nessa linha, o aprimoramento das políticas públicas nacionais demanda a manutenção de um corpo técnico e de norma regulatória especializados que garantam ao Estado a competência necessária para a análise, o tratamento e o enfrentamento de questões imprescindíveis às necessidades do país, assim como um lugar de destaque em grandes fóruns globais, em especial a OMS, a ONU e a OMC.

Em síntese, a Diplomacia da Saúde Global (DGS) e a análise da política externa enquanto política pública se correlacionam enquanto eixos importantes das Relações Internacionais (RI), com uma ampla base teórica também em estudos da cooperação. Neste diálogo, entre 2003 e 2016, a política externa brasileira com foco na solidariedade Sul-Sul não fortaleceu, de forma contínua, algumas premissas fundamentais da área, que granjeariam o apoio de agentes domésticos importantes, incluindo a mídia e setores da sociedade civil. Além disso, faltou coesão entre as elites governamentais estratégicas e os setores institucionais (MILANI, 2017). Na transição entre Lula e Dilma, alguns representantes esperavam do governo ações de reestruturação profunda, como a modernização da ABC e a implementação de um marco regulatório.

Além disso, uma questão recorrente dos opositores da cooperação Sul-Sul (normalmente permeada pelo debate da polarização política entre centro-esquerda e centro-direita) versa sobre a generosidade externa como sendo, no mínimo, controversa. Independente do posicionamento partidário, e apesar dos avanços na área, a cooperação brasileira com países latino-americanos e africanos evidenciou limitações, como, por exemplo, não ter sido objeto de uma política profunda de socialização e coletivização junto a organizações da sociedade civil, acadêmicos, jornalistas etc. Naturalmente, o Estado brasileiro precisa enfrentar seus próprios desafios com a ausência de um quadro regulatório adequado, financiamento insatisfatório, baixas constantes de orçamento e um certo despreparo na avaliação final do resultado dessas iniciativas.

No todo, os países em desenvolvimento precisam retomar o elã de propor novos rumos para a cooperação internacional, ampliando as oportunidades e as capacidades materiais com a

revalorização das ideias de soberania e de apropriação efetiva das tecnologias ao longo de um processo de construção coletiva de conhecimento e de práticas inovadoras. De fato, a cooperação pode abrir portas para o comércio e para a internacionalização de empresas em mercados não tão habituais, fomentando a economia e o adensamento das relações internacionais brasileiras. Por fim, o tema revela a correlação entre os recursos materiais e imateriais (MILANI, 2017) de poder do Brasil e a influência direta da percepção dos tomadores de decisão dentro da arena política da cooperação Sul-Sul e da Saúde Global.

REFERÊNCIAS

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

ALCÁZAR, S. “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.

ALMEIDA, P.R. “Uma política externa engajada: a diplomacia do governo Lula.” Revista Brasileira de Política Internacional, Brasília, v. 47, n. 1, pp. 162-184, 2004.

ALMEIDA, C.M., CAMPOS, R.P, BUSS, P, FERREIRA, J.R, FONSECA, L.E. “A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde.” RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (Edição em português. Online), Rio de Janeiro, v.4, n. 1, 2010.

ALMEIDA, C. “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. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

ALMEIDA, C.; LIMA, T. S. & MARCONDES, W. “Saúde e Relações Internacionais: novo desafio teórico e metodológico da saúde coletiva.” In: BAPTISTA, T.; AZEVEDO, C. & MACHADO, C. (Orgs). Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

ALMEIDA, C. “Saúde, política externa e cooperação sul-sul.” In: Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

_____. “Política Externa e Cooperação Internacional no Brasil: eixos estratégicos e agendas.” In: Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ALMINO, J.; MOREIRA LIMA, S. (Org.) “30 anos da ABC: visões da cooperação técnica internacional brasileira”. Brasília: FUNAG, 2017.

ALTEMANI, H. & LESSA, A.C. (org.) – “Relações Internacionais do Brasil: temas e agendas”, vol. 1, São Paulo: Editora Saraiva, 2006.

AMORIM, C. Entrevista Celso Amorim por Douglas Portari e João Cláudio Garcia. IPEA, 2010. Acesso online em maio de 2019.
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6458

AVELHAN, L. “A cooperação técnica Sul-Sul brasileira em saúde: a participação dos atores domésticos.” Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos Sociais e Políticos. 2017.

BARBOZA, T.; PINHEIRO, L. e PIRES-ALVES, F. “O diálogo entre saúde e política externa brasileira nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010)”. Rev. Carta Inter., Belo Horizonte, v. 12, n. 3, 2017.

BIRN, A.; PILLAY, Y. & HOLTZ, T. H. “Textbook of global health.” Oxford: Oxford University Press, 2017.

BRASIL – MRE – ABC. “Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul”. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2013.

_____. MRE – ABC. Portaria no. 3.965, de 14 de dezembro de 2010. Disponível em:

< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3965_14_12_2010.html>

_____. MRE – ABC/CTPD – Programa de Trabalho para 1995, 1995.

_____. MRE – ABC/CTPD – Programa de Trabalho para 1996, 1996a.

_____. MRE – ABC/CTPD – Relatório de Atividades de 1996, 1996b.

_____. MRE – ABC/CTPD – Plano de Trabalho para 1998, 1998.

_____. MRE – ABC/CTPD – Plano de Trabalho para 1999, 1999.

_____. MRE – ABC/CTPD – Relatório de Gestão de 2000, 2000b.

_____. MRE – ABC – Diretrizes Gerais para o desenvolvimento da cooperação técnica internacional multilateral. Brasília, 2000a.

_____. MRE – ABC/CTPD – Plano de Trabalho para 2001, 2001a.

_____. MRE – ABC/CTPD – Relatório de Atividades de 2001, 2001b.

_____. MRE – ABC/CTPD – Plano de Trabalho para 2002, 2002a.

_____. MRE – ABC/CTPD – Relatório de Atividades de 2002, 2002b.

_____. MRE – ABC/CTPD – Relatório de Gestão de 2003, 2003a.

_____. MRE – ABC/CTPD – Plano de Trabalho para 2003, 2003b.

_____. MRE – ABC/CTPD – Relatório de Gestão de 2004, 2004b.

_____. MRE – ABC/CTPD – Relatório de Gestão de 2005, 2005b

_____. MRE – ABC/CGAP – Relatório de Gestão da CGAP (2003-2006), ABC/MRE, Brasília, 2006a.

_____. MRE – ABC. Histórico institucional. Disponível em:

<www.abc.gov.br/SobreABC/Historico>.

_____. MRE – ABC. “Cooperação bilateral com América Latina e Caribe.” Via ABC – Boletim Eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE) Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/documentos/via-junho.pdf>>.

_____. MRE – ABC. “Cooperação técnica brasileira em saúde.” Via ABC – Boletim Eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE). Disponível em: <http://www.abc.gov.br/documentos/viaABC-baixa.pdf>.

_____. MRE – ABC. Relatórios de Gestão 2000-2014. Classificação por segmento. Acesso online em março de 2019. <http://www.abc.gov.br/Gestao/ClassificacaoSegmento>.

_____. MRE – ABC. Relatórios de Gestão. Projetos Estruturantes, 2019. Acesso online em novembro de 2018. <http://www.abc.gov.br/Gestao/ProjetosEstruturantes>

_____. MRE – ABC. Relatórios de Gestão. Evolução Financeira, 2019. Acesso online em abril de 2019. <http://www.abc.gov.br/Gestao/EvolucaoFinanceira>

_____. MRE – ABC. Relatórios de Gestão. Quantitativos de Projetos, 2019. Acesso online em abril de 2019. <http://www.abc.gov.br/Gestao/QuantitativoProjetos>

_____. MRE – Resenha de Política Exterior do Brasil. Sessão de Posse do Presidente da República Lula da Silva. n. 92, Ano 30, 2003, p. 13-20. Acesso online em março de 2019. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_biblioteca/resenhas_peb/Resenha_N92_1Sem_2003.pdf

_____. MRE – Política Externa Brasileira vol. I – Discursos, artigos e entrevistas do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006), 2007a.

_____. MRE – Política Externa Brasileira vol. II – Discursos, artigos e entrevistas do Ministro Celso Amorim (2003-2006), 2007b.

_____. MRE – Cronologia da Política Externa do Governo Lula (2003-2006), 2007c.

_____. MRE – Biblioteca Presidência da República 2013 <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/entrevistas/entrevistas/entrevista-concedida-pela-presidenta-da-republica-dilma-rousseff-durante-visita-a-adis-adeba-para-o-cinquentenario-da-unidade-africana-oua-uniao-africana>

_____. MS – Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA). Histórico Institucional. Acesso online em agosto de 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/assessoria-internacional>.

_____. MS – Gestão SUS. Cooperação em Saúde. Acesso online em abril de 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/cooperacao-em-saude>

BUSS, P.; FERREIRA, J. R. “Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em Saúde”. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (Reciis), v. 4, n. 1, 2010a.

BUSS, P.; FERREIRA, J. R. “Brasil e Saúde Global” In: Política externa brasileira a política das práticas e as práticas da política. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

_____. “Cooperação estruturante em saúde: ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde e a cooperação sul-sul”. In Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

BUSS, P. (Org.) “Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas.” Organizado por Paulo Marchiori Buss e Sebastián Tobar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

CARTA CAPITAL. “A Política Sul-Sul é Prioridade”. Entrevista de Antonio Patriota reproduzida pelo Site do MRE em 2011. Acesso online em maio de 2019.
<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/discursos-artigos-e-entrevistas-categoria/8110-a-politica-sul-sul-e-prioridade-carta-capital-14-02-2011>

CASARÕES, G. “Uma política externa à altura do Brasil. O Estado, São Paulo, 9 set. 2013.

CEPALUNI, G. “Regimes internacionais e o contencioso das patentes para medicamentos: estratégias para países em desenvolvimento”. In: Contexto Internacional, v. 27, n. 1. Rio de Janeiro, 2005.

CERVO, A.L. – “A ação internacional do Brasil em um mundo em transformação: conceitos, objetivos e resultados (1990-2005)”. In: OLIVEIRA, H.; LESSA, A. (Org.). Relações internacionais do Brasil: temas e agendas (Vol. 1). São Paulo: Saraiva, 2006.

CERVO, A. L. & LESSA, A. C. “O declínio: inserção internacional do Brasil (2011-2014). Revista Brasileira de Política Internacional. Brasília, v. 57, n.2, Dez. 2014.

COBRADI. “Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2005-2009”. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. - Brasília: IPEA: ABC, 2010

_____. “Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2010”. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. – 2a ed. rev. – Brasília: IPEA: ABC, 2013.

_____. “Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2011-2013”. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Agência Brasileira de Cooperação. – Brasília: IPEA: ABC, 2016.

_____. “Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2014-2016.” Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Agência Brasileira de Cooperação. – Brasília: IPEA: ABC, 2018.

CORNETET, J. M. C. “A política externa de Dilma Rousseff: contenção na continuidade”. Conjuntura Austral. v. 5, n. 24, 2014, p. 111-150.

CUETO, M. “Saúde Global: uma breve história.” Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DANESE, S. “Diplomacia presidencial: história e crítica”. Rio de Janeiro: Top Books, 1999.

DECLARAÇÃO DE OSLO. “Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time”. The Lancet, 2007.

ESTADÃO, 2015. Acesso online em agosto de 2019.

<https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,divida-derruba-direito-de-voto-do-pais-na-onu,1625693>

ESTADÃO, 2015. Acesso online em agosto de 2019.

<https://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-perde-direito-de-votar-em-tribunal-da-onu-por-falta-de-pagamento,1623453>

EXAME, 2016. Acesso online em agosto de 2019.

<https://exame.abril.com.br/economia/brasil-deve-r-3-2-bilhoes-a-orgaos-como-onu-e-oms/>

FIOCRUZ. Relatório de atividades CRIS (Centro de Relações Internacionais em Saúde), 2012. Acesso online em março de 2019.

<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Relatorio%20CRIS%202012%20b.pdf>

_____. Relatório de atividades CRIS (Centro de Relações Internacionais em Saúde), 2013. Acesso online em março de 2019.

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatorio_de_atividades_internacionais_2013_da_fiocruz.pdf

_____. Relatório de atividades CRIS (Centro de Relações Internacionais em Saúde), 2014 e 2015. Acesso online em março de 2019.

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/fiocruz_relatorio_de_atividades_internacionais_2014-2015_r.pdf

_____. Relatório de países cooperantes. Acesso online em agosto de 2019

<https://rbhl.fiocruz.br/paises-cooperantes>

FOLHA DE SÃO PAULO. Acesso online em fevereiro de 2019. “Brasil recua e reduz projetos de cooperação e doações para a África.” Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2015/03/1606466-brasil-recua-e-reduz-projetos-de-cooperacao-e-doacoes-para-a-africa.shtml>. 2015.

HERMANN, C. F. “When governments choose to redirect foreign policy”. *International Studies Quarterly*, vol. 34, n. 1, 1990.

HERMANN, M. G.; HERMANN, C. F. “Who makes foreign policy decisions and how: an empirical inquiry. *International Studies Quarterly*”. vol. 33, n.4 , 1989, p. 361-387.

HILL, C. J. “The changing politics of foreign policy.” New York, Palgrave Macmillan, 2003.

HIRST, M; LIMA, M. R. S. & PINHEIRO, L. “A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios.” *Nueva Sociedad (Especial em Português)*, 2010. Disponível em: <[http:// library.fes.de/pdf-fi les/nuso/es_2010.pdf](http://library.fes.de/pdf-fi les/nuso/es_2010.pdf)>

IGLESIAS PUENTE, C. A. “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.

INGRAM, A. “The new geopolitics of diseases: between global health and global security.” *Geopolitics*. V.10, n. 3, 2005.

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.

_____. Ipea apresenta gastos do governo em cooperação internacional. Acesso online em agosto de 2019.
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29043

KICKBUSCH, I.; SILBERSCHMIDT, G.; BUSS, P. M. “Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health.” *Bull WHO*, v. 85, n. 3, 2007, p. 230-232.

KICKBUSCH, I. “Global Health Diplomacy: how foreign policy can influence health”. *British Medical Journal*, v. 342, 2011.

_____. “21st. Century health diplomacy: a new relationship between foreign policy and health.” In: NOVOTNY, T.; KICKBUSCH, I. & TOLD, M. (Eds). *Global health diplomacy*. v. 3. Switzerland: World Scientific, 2013.

LEITE, I. C. et al. “Brazil’s engagement in International Development Cooperation: the state of the debate.” *Evidence Report*, n. 59, Institute of Development Studies, 2014.

LESSA, A. C. “Parcerias estratégicas do Brasil: um balanço da era Lula (2003 - 2010)”, Brasília, v. 53, 2010, p. 115-131.

LIMA, M. R. S. “Instituições democráticas e política exterior”. In: *Contexto Internacional*. V.22, n.2, 2000.

_____. “Na Trilha de uma Política Externa Afirmativa”, in *Observatório da Cidadania*, 2003.

_____. “A Política Externa Brasileira e os Desafios da Cooperação Sul-Sul”, in *Revista Brasileira de Política Internacional*, vol. 48 (1), Brasília, 2005

_____. “Brasil e polos emergentes do poder mundial: Rússia, Índia, China e África do Sul.” In: Renato Bauman (Org.). *O Brasil e os demais BRICs — Comércio e Política*. Brasília: CEPAL– IPEA, 2010. Disponível em:
<http://eclac.org/publicaciones/xml/7/39967/O_Brasil_e_os_demais_BRICS.pdf>

MAHLER, H. "The Marathon for health for all." WHO Chronicle, 37(6), 1983.

MILANI, C.R.S; SUYAMA, B.; LOPES, L. "Políticas de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento no Norte e no Sul: que lições e desafios para o Brasil?". Friedrich Ebert Stiftung. Brasil, 2013.

MILANI, C.R.S. "A importância das relações Brasil-Estados Unidos na política externa." Boletim de Economia e Política Internacional, N.6, Brasília: IPEA, 2011.

_____. "Brazil's South-South Cooperation strategies: from foreign policy to public policy. South African Institute of International Affairs. Occasional Paper nº 179, 2014.

_____. "Política externa é política pública?" In: Insight Inteligência. N.69, 2015.

_____. "ABC 30 anos: história e desafios futuros". 1ª edição. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação. 2017.

_____. "Solidariedade e interesse: motivações e estratégias na cooperação internacional para o desenvolvimento". 1. Ed. Curitiba: Appris, 2018.

NEXO JORNAL. "Quanto tempo os presidentes passam viajando". 2018. Acesso online em maio de 2019. <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/01/31/Quanto-tempo-os-presidentes-do-Brasil-passaram-viajando>

NYE, J. "Soft power: the means to success in world politics." Foreign Affairs, capsule review, May/June, 2004.

PINHEIRO, L. "Unidades de decisão e processo de formulação de política externa durante o regime militar". In: Guilhon, Albuquerque, J. A. (Org.). Sessenta anos de política externa brasileira 1930 – 1990. São Paulo: Annablume/NUPRI/USP, 2000, p. 449-474.

_____. "Autores y actores de la política exterior brasileña." Foreign Affairs Latinoamérica, vol. 9, n. 2, 2009.

_____; MILANI, Carlos R. S. (Org.). "Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas." Rio de Janeiro: FGV, 2011.

PUTNAM, R. D. "Diplomacy and domestic politics: the logic of two-level games." International Organization, v. 42, n. 3., 1988.

RIBAS, L. D.; FARIA, C. A., 2011. "A política externa vista da janela do avião: diplomacia presidencial nos governos FHC e Lula." Anais do III Simpósio de Pós-graduação em Relações Internacionais do Programa "San Tiago Dantas" (UNESP, UNICAMP e PUC-SP). São Paulo: [s.n.], 2011.

SARAIVA, M. G. "O segundo mandato de Lula e a política externa: poucas novidades". Carta Internacional. 2007.

_____. "Balanço da política externa de Dilma Rousseff: perspectivas futuras?" Relações Internacionais. n. 44, p. 25-35, 2014.

SARAIVA, M. G.; VELASCO JÚNIOR, P. A. “A política externa brasileira e o “fim de ciclo” na América do Sul: Para onde vamos?” *Pensamiento Propio*. v. 21, p. 295-324, 2016.

SEITENFUS, R.; ZANELA, C. K. & MARQUES, P. M. “O direito internacional repensado em tempos de ausências e emergências: a busca de uma tradução para o princípio da não indiferença”. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 50, n. 2, 2007, p. 7-24.

SENADO FEDERAL, 2016. Acesso online em agosto de 2019.

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/09/13/cmo-aprova-r-3-bilhoes-para-repasses-do-brasil-a-organismos-internacionais-1>

SOUZA, A. “Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de AIDS”. In: Leticia Pinheiro e Carlos Milani (Org.), *Política Externa Brasileira: A política das práticas e as práticas da política*. Rio de Janeiro: FGV, 2011.

STUENKEL, O. “Brazilian foreign policy: Game over?” *Post Western World*, 2014.

_____. “Is Brazil abandoning its global ambitions?” *Post-Western World*, 2014.

VENTURA, D. “Saúde pública e política externa brasileira.” In: *SUR Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2013. Disponível em: <http://sur.conectas.org/saude-publica-e-politica-externa-brasileira/>.

VIGEVANI, T. & CEPALUNI, G. “A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação.” In: *Contexto Internacional*. V.29, n.2, 2007.

VISENTINI, P. “Itamaraty: crise na política externa ou disputa interna?” *Jornal da Universidade, Porto Alegre*, n. 165, 2013.

ONU (Organização das Nações Unidas). Resolução adotada pela Assembléia Geral de 19 de novembro de 1978: n. 22/134. Buenos Aires Plano of Action (BAPA).

_____. Resolução adotada pela Assembléia Geral de 26 de novembro de 2008: n. 63/33. “Global Health and Foreign Policy”. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Avaliação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde: Intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições do campo da saúde. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Governance and Constitution. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

_____. *International Health Regulations (2005)*. Disponível em: www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/.

_____. “The World Health Report 2006: working together for health.” Genève: WHO, 2006a. Disponível em: www.who.int/whr/2006/en.

_____. “The World Health Report 2008: primary health care, now more than ever.” Genève: WHO, 2008 a. Disponível em: www.who.int/whr/2008/en.

ANEXO A – Lista de entrevistados

Thaísa S. Lima: Ex-coordenadora de Projetos da AISA e atual Chefe da AISA – Entrevistada da AISA.

Luciano Queiroz: Ex-consultor de Cooperação Sul-Sul da AISA e atual Analista de Projetos da ABC – Entrevistado da AISA e Entrevistado da ABC.

Paulo Lima: Coordenador Geral de Cooperação Técnica - Palop e Timor-Leste –Entrevistado da ABC.

Célia Almeida: Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP) – Entrevistada da Fiocruz.

Paulo M. Buss, ex-Presidente da Fiocruz e Diretor do CRIS/Fiocruz desde 2009 – Entrevistado da Fiocruz.

Celso Amorim, Ex-Ministro de Estado das Relações Exteriores (2003-2011) e da Defesa (2011-2015) do Brasil – Entrevistado do Ministério das Relações Exteriores.

José G. Temporão, Ex-Ministro da Saúde do Brasil (2007-2010) – Entrevistado do Ministério da Saúde.