

Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde

Declaração de Direito Autoral

Direitos de autor: O autor retém, sem retrições dos direitos sobre sua obra.

Direitos de reutilização: A Reciiis adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC atribuição não comercial conforme a Política de Acesso Aberto ao conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciiis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Direitos de depósito dos autores/autoarquivamento: Os autores são estimulados a realizarem o depósito em repositórios institucionais da versão publicada com o link do seu artigo na Reciiis. Fonte:

<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/about/submissions#copyrightNotice>. Acesso em: 7 jul. 2016.

Artigo original

A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”*

DOI: 10.3395/reciis.v4i1.343pt

Célia Almeida

MD, MPH, PhD, Pesquisadora Titular e Professora da Escola Nacional de Saúde Pública ‘Sérgio Arouca’, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), RJ, Brasil; Diretora do Escritório Regional da Fiocruz para a África, Maputo, Moçambique. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).
calmeida@ensp.fiocruz.br

Rodrigo Pires de Campos

Graduado em Relações Internacionais, MA e PhD em Cooperação Internacional pela *Graduate School of International Development*, Universidade de Nagoya, Japão; bolsista da Fundação de Apoio à Pesquisa do DF-Brasília, trabalhando na Diretoria Regional da Fiocruz em Brasília.
rodrigocampos@fiocruz.br

Paulo Buss

MD, MPH, Professor da ENSP/Fiocruz, RJ, Brasil e Diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da Fiocruz. Ex-Presidente da Fiocruz. Membro da Academia Brasileira de Medicina.
buss@fiocruz.br

José Roberto Ferreira

MD, Doutor Honoris Causa da ENSP/Fiocruz e Chefe da Assessoria de Cooperação Internacional do CRIS/Fiocruz.
ferreirj@fiocruz.br

Luiz Eduardo Fonseca

MD, MPH, Assessor do CRIS/Fiocruz, estudante de doutorado em Saúde Pública, pesquisa na área de Saúde Global e Diplomacia da Saúde.

Resumo

No despontar do novo milênio, as necessidades em saúde dos países pobres além de não terem diminuído parecem ter piorado, devido a uma complexa interação entre vários fatores, que resulta em agudas iniquidades, num mesmo país e entre os países. Essa situação crítica questiona, mais uma vez, a cooperação internacional para o desenvolvimento e estimula a reflexão. Nesse processo, a cooperação Sul-Sul tem ganhado crescente importância. No início do século XXI, a cooperação internacional, principalmente no âmbito Sul-Sul, passou a ocupar um lugar estratégico na política externa brasileira e a saúde é considerada um tema prioritário nessa agenda. Este artigo discute a concepção brasileira de “cooperação estruturante em saúde” entre os países em desenvolvimento. Apresenta uma breve revisão histórica sobre a cooperação para o desenvolvimento e a cooperação em saúde; elabora o conceito de “cooperação estruturante em saúde”, discute a proposta brasileira formulada ao longo da última década e a sua implementação até o presente momento. A abordagem brasileira está centrada no conceito de “construção de capacidades para o desenvolvimento”, mas inova em dois aspectos: integra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional; e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias. É cedo para avaliar o seu impacto, mas essa cooperação vem sendo implementada com base em cinco aspectos estratégicos, políticos e técnicos interrelacionados: (a) priorização da cooperação horizontal; (b) foco no desenvolvimento de capacidades em saúde; (c) iniciativas coordenadas no contexto regional; (d) forte envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos; e (e) estímulo à parceria entre saúde e relações exteriores.

Palavras-chave

cooperação internacional para o desenvolvimento; cooperação Sul-Sul; cooperação estruturante em saúde; Brasil; comunidade de países de língua portuguesa; Unasul-Saúde

No despontar do novo milênio, as necessidades em saúde dos países pobres além de não terem diminuído parecem ter piorado. Esta impactante falta de progresso é devida a uma complexa combinação de vários fatores, internos e externos ao setor saúde, que resulta em enormes iniquidades dentro de um mesmo país e entre países. Esta situação é agravada num mundo crescentemente interdependente e desigual,

onde os efeitos da pobreza e da má saúde não estão confinados às fronteiras nacionais.

Essa conjuntura crítica colocou em questão, mais uma vez, a cooperação internacional para o desenvolvimento. Desde a sua institucionalização, na década de 1950, até os dias atuais, países industrializados tem buscado abordar e resolver questões globais de pobreza e exclusão social.

*Este artigo foi publicado originalmente na Revista *Global Forum Update on Research for Health – Innovating for the health of all*, 2009, Vol. 6: 100-107. ISBN 978-2-940401-24-6. Foi elaborado com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Bolsa de Produtividade em Pesquisa de Célia Almeida, e da Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio de Janeiro (FAPERJ, Grant para Pesquisa No. E-26/110/981/2008 – APQ 1).

Apesar de inúmeras agências e organizações internacionais, bilaterais, regionais e multilaterais dedicadas a essa causa, a realidade é que há poucos registros de iniciativas que tenham contribuído efetivamente para o alcance dessa meta.

Mais recentemente, a chamada cooperação Sul-Sul (ou cooperação técnica entre países em desenvolvimento), um instrumento de política externa e de promoção do desenvolvimento internacional dos “países não-alinhados”, criado ao final dos anos 1970, vem ganhando crescente importância. A conjuntura política e econômica dos anos de 1990, nos planos internacional e nacional, representa um importante ponto de inflexão para a cooperação Sul-Sul e mais particularmente para a política externa brasileira.

O Brasil tenta consolidar a sua reinserção no sistema internacional, buscando aproveitar tanto a geopolítica global pós-Guerra Fria, quanto o processo político e econômico nacional (estabilidade democrática e econômica, participação da sociedade civil e políticas sociais mais inclusivas).¹ A política externa dos governos Lula, desde 2003, tem se destacado das anteriores ao buscar, de forma mais decisiva, o que os autores denominam uma “autonomia diversificada” no sistema internacional (VIGEVANI & CEPALUNI, 2007).

No início do século XXI, a cooperação técnica entre países assume um caráter estratégico na política externa brasileira (ABC, 2006), ao mesmo tempo em que a saúde é reconhecida como tema predominante na agenda nacional de cooperação Sul-Sul, revelando uma aproximação sem precedentes entre os Ministério das Relações Exteriores e da Saúde (ABC, 2007).

Globalmente, o Brasil também está assumindo a liderança nos esforços de construir relações mais consistentes entre saúde e política externa. Em 2007, a iniciativa da Saúde Global e Política Externa, da qual o Brasil é signatário, enfatizou que *saúde é uma das mais importantes questões de longo prazo na política externa do nosso tempo*, e declarou a necessidade urgente de ampliar os horizontes da política externa e criar novos paradigmas de cooperação, destacando as conexões entre política externa e saúde (OSLO MINISTERIAL DECLARATION, 2007).

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)² foi então convocada a assumir o papel de ponto focal privilegiado nessa cooperação, confirmando seu histórico papel nacional e internacionalmente.

Um Escritório Regional de Representação da Fiocruz foi inaugurado na África em outubro de 2008, em Maputo, Moçambique, com a presença do Presidente Lula e dos

ministros da saúde de ambos os países, reiterando a missão internacional da instituição e o compromisso governamental.

Em estreita sintonia com a política externa brasileira, a Fiocruz vem reafirmando sua vocação internacional ao liderar iniciativas em cooperação Sul-Sul em saúde na América do Sul e na África. Outras iniciativas também merecem destaque: o estabelecimento de duas novas universidades federais e, em 2008, um novo instituto para o treinamento conjunto de estudantes brasileiros e estrangeiros³ e a criação de redes de pesquisa regionais.⁴

Este artigo discute a concepção brasileira de “cooperação estruturante em saúde”, no âmbito da cooperação Sul-Sul. A partir de uma breve revisão conceitual, apresenta a proposta brasileira formulada ao longo da última década e o seu desenvolvimento até os dias atuais.

Uma breve história da cooperação internacional para o desenvolvimento: mudanças de abordagem

A alocação bilateral ou multilateral de recursos de cooperação internacional para países e regiões em todo o mundo sempre ocorreu a partir de complexos processos políticos e econômicos, permeados por considerações estratégicas, de ordem nacional e internacional. E as condicionalidades e prioridades mudaram ao longo das décadas.

Nos anos de 1950 e 60, influenciada pelo paradigma da modernização (TODARO, 1997), a cooperação internacional foi considerada como uma forma de fornecer *inputs*, humanos e tecnológicos, com a finalidade de preencher lacunas de desenvolvimento (STOKKE, 1996). A partir de meados da década de 1960, os movimentos de descolonização, a teoria da dependência e o movimento dos “países não-alinhados do hemisfério Sul” articularam-se e produziram pesadas críticas contra o paradigma da modernização, o que estimulou ainda mais a reflexão sobre a cooperação internacional para o desenvolvimento em todo o mundo (JOLLY, 1989).

Os anos setenta testemunharam a primeira reorientação significativa da cooperação internacional, com a introdução da abordagem das Necessidades Humanas Básicas (NHB), que incorporava maiores preocupações com os aspectos humanos e sociais do desenvolvimento. Um conjunto de iniciativas pavimentou o caminho para novas oportunidades de construção de alianças entre os países do Sul.

A Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) – também chamada de “cooperação horizontal” – tornou-se um instrumento importante para a estratégia

de cooperação sul-sul e ganhou novos contornos políticos, econômicos e estratégicos. O princípio da “horizontalidade” representou uma alternativa à “verticalidade” – transferências unilaterais de “pacotes prontos” – então conhecida como ajuda internacional Norte-Sul.⁵

Na década de 1980, na esteira do segundo choque do petróleo (1979) e da crise econômica subsequente, os princípios neoliberais impostos pelas condicionalidades dos empréstimos vinculados aos Programas de Ajuste Estrutural (*Structural Adjustment Programs*–SAP) ocuparam o centro das formulações nas esferas econômica e política e também na cooperação internacional. Neste contexto, a CTPD sofreu retrocessos e as deficiências políticas e administrativas diagnosticadas nos países em desenvolvimento foram abordadas a partir de programas destinados a fortalecer as instituições governamentais (“desenvolvimento institucional”), com a formação de pessoal nacional para o desempenho de “funções essenciais”.

No início da década de 1990, o reconhecimento generalizado sobre o fracasso dos SAP levou à percepção de que era necessário um novo paradigma para a promoção do desenvolvimento. Durante essa década, uma série de conferências das Nações Unidas⁶ foram realizadas, enfatizando preocupações sociais, ambientais e sobre os direitos humanos, evidenciando a necessidade de rever a forma como projetos e atividades para a promoção do desenvolvimento vinham sendo implementados.

No final dessa mesma década, a própria CTPD também foi revista⁷ e a abordagem do “desenvolvimento de capacidades” redirecionou muitos desses esforços (UNDP, 1997). Essa reorientação trouxe mudanças significativas no papel dos agentes e consultores internacionais em todos os campos da cooperação internacional para o desenvolvimento (MORGAN, 1994).

No início dos anos 2000, avanços na reflexão das próprias nações em desenvolvimento, sobre a cooperação internacional, proporcionaram a inclusão desse princípio nas suas políticas exteriores e a CTPD assumiu o desafio de se constituir como meio alternativo para neutralizar, ou pelo menos minimizar, os resultados adversos dos processos de globalização econômica (AMADOR, 2001).

A primeira década do século XXI apresenta novos desafios. Por um lado, a comunidade internacional de doadores vem se articulando de forma mais intensa e ampliada para a efetividade da cooperação internacional (PARIS DECLARATION, 2005; ACCRA AGENDA FOR ACTION,

2009), e o desenvolvimento de capacidades continua a ser uma prioridade internacional. Por outro lado, os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001, nos Estados Unidos da América, trouxeram o conceito de “securitização” para a cooperação internacional, destacando o seu potencial papel na contenção das ameaças globais e na promoção da “segurança internacional”.⁸

Cooperação internacional em saúde

A cooperação internacional em saúde surgiu relativamente cedo, em grande medida como resultado dos avanços no conhecimento sobre as doenças infecciosas e as tecnologias de transporte do século XIX.⁹ De 1851 em diante foram realizadas conferências internacionais, tratados foram assinados e organizações internacionais foram criadas para ampliar e fortalecer a cooperação internacional em saúde. Este processo culminou num marco histórico: a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, juntamente com o Regulamento Sanitário Internacional, um conjunto extraordinário de regras para o controle de doenças infecciosas. Combinadas, essas iniciativas produziram os primeiros *processos, regras e instituições para a governança global em saúde* (FIDLER, 2001: 843).

Desde a década de 1950 os enfoques de cooperação internacional na área da saúde têm variado, acompanhando as tendências da reflexão sobre o desenvolvimento. Nas décadas de 1960 e 1970, influenciada pelos movimentos alternativos e dos países não-alinhados, a cooperação internacional em saúde estava focada na construção de sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde (APS).¹⁰

A partir de meados da década de 1970, a crise fiscal desviou as atenções para os elevados custos da assistência médica. Na década de 1980, a crise econômica, o reembolso das dívidas externas, a implementação dos SAP e outras mudanças políticas profundas¹¹ agravaram a pobreza e as desigualdades no Sul. A disseminação mundial da epidemia de HIV/aids, conjuntamente com outras doenças fatais, sobrecarregaram de forma desproporcional os sistemas de saúde nos países de renda média e baixa. Todos esses fatores, combinados com uma globalização econômica extremamente desigual, aumentou a emigração (especialmente para países do norte) de trabalhadores de saúde dos países (principalmente no Sul) que tinham investido na sua formação.

Não obstante, durante a década de 1980 as agendas

restritivas de reforma do setor saúde prosperaram e se disseminaram em todo o mundo, fomentadas pela ideologia neoliberal então hegemônica e pela crítica ao *Welfare State*. Os gastos em saúde foram submetidos às exigências dos ajustes macroeconômicos, incorporando os mesmos princípios neoliberais de “menos Estado”, privatização, flexibilidade e desregulamentação, desconsiderando-se os problemas sociais (ALMEIDA, 1995; 2002). O acesso aos serviços de saúde deixou de ser considerado um bem público e as privatizações pioraram a situação, com aumento do gasto privado, mesmo entre as populações mais carentes. Este processo foi acompanhado da negligência com as questões epidemiológicas e as atividades de saúde pública – prevenção e controle de endemias, doenças epidêmicas e transmissíveis (ALMEIDA, 2006).

Essas reformas dos sistemas de saúde não ajudaram a superar as desigualdades existentes, seja no Norte ou no Sul; mas prejudicaram ainda mais, sobretudo no Sul, a já precária capacidade de resolução de problemas dos sistemas de saúde, agravando as desigualdades. Enquanto isso, a cooperação internacional deslocou-se para intervenções tecnológicas e de produtos (novas drogas e vacinas, novos equipamentos), enquanto enfraquecia-se consideravelmente o apoio ao fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde. No final dos anos 1990 os resultados dessas décadas de sub-investimento eram evidentes.

Em 2000 o cenário era bem mais complexo e várias iniciativas internacionais começaram a sinalizar uma nova atitude global de luta contra o estado crítico da saúde das populações: os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM, 2000), com 3 dos 8 objetivos voltados para problemas de saúde (MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS REPORT, 2009); as Iniciativas Globais em Saúde (*Global Health Initiatives-GHIS*),¹² existente desde o início dos anos 2000; a Comissão de Macroeconomia e Saúde(2001);¹³ a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (2005-2008);¹⁴ a Declaração de Oslo (2007); e a celebração mundial, em 2008, dos 30 anos de realização da Conferência de Alma-Ata.

Infelizmente, a proliferação de atores, de recursos e de apoio político em prol da saúde global ainda não produziu mudanças visíveis em termos de melhores resultados para a saúde de todas as populações. Em muitas partes do mundo, mesmo em países com histórias reconhecidas de sucesso econômico, a saúde continua sendo um enorme desafio.

Essa constatação levou a um grande debate global sobre a efetividade das ajudas internacionais em saúde, sobretudo

as Norte-Sul, tradicionalmente estruturadas na forma de programas verticais, vinculados a doenças específicas e que, aparentemente, teriam pouco impacto nos sistemas de saúde e nos resultados para as populações. Ainda que existam evidências em contrário (WHO, 2009), a mudança crucial que resulta desse debate reside na idéia de priorização da “horizontalidade” da cooperação internacional em saúde, que interrelaciona cooperação Sul-Sul e construção de parcerias, na perspectiva de intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto e compartilhamento de resultados e responsabilidades.

A concepção de “cooperação estruturante em saúde”: a abordagem brasileira

A concepção de “cooperação estruturante em saúde” baseia-se fundamentalmente na abordagem da “construção de capacidades para o desenvolvimento”.¹⁵ 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.

O propósito é ir além das formas tradicionais de ajuda externa e redefinir a cooperação brasileira em saúde como “estruturante”, isto é, centrada no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde (Figura). Nesse contexto o papel do agente internacional muda substancialmente.

Os principais projetos de cooperação brasileira na África e América do Sul são, portanto, direcionados para o treinamento de recursos humanos e a construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e para o fortalecimento ou criação das “instituições estruturantes” do sistema de saúde, tais como ministérios da saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos técnicos (medicina, odontologia, enfermagem etc.), escolas politécnicas em saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos, incluindo fábricas de

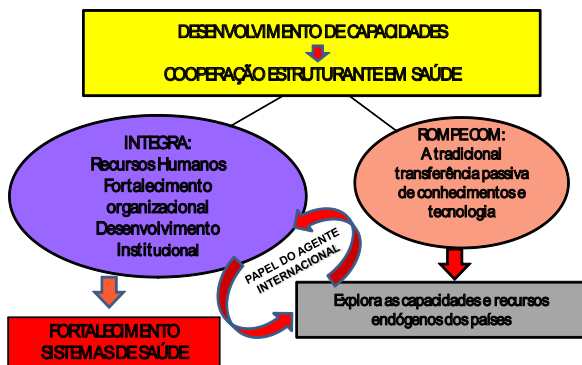


Figura – O conceito de “Cooperação Estruturante em Saúde”. Inovações conceituais e operacionais.

medicamentos. A proposta é que estas instituições atuem de forma conjunta em redes nacionais e regionais e apoiem os esforços de estruturação e fortalecimento dos sistemas de saúde de seus respectivos países.¹⁶

A cooperação brasileira em saúde com a África prioriza a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) (Quadro 1 e Tabela), embora existam projetos de cooperação e negociação em andamento com outros países africanos.

O modelo de cooperação em saúde adotado para os países da CPLP baseia-se num plano estratégico conjunto de cooperação em saúde (Plano Estratégico de Cooperação em Saúde-PECS), construído com a participação de autoridades dos ministérios da saúde dos oito países e apoiado por “pontos focais” locais, cuja tarefa é identificar interesses e necessidades a partir da mobilização de autoridades nacionais e outros atores. O financiamento vem dos próprios governos e outras fontes nacionais e internacionais.

A estrutura da CPLP para a cooperação em saúde consiste no Conselho de Ministros da Saúde, que decide sobre os “pontos focais” em cada país e é coordenado pela Secretaria Executiva da CPLP, com apoio técnico formal da Fiocruz (do Brasil) e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (de Portugal). Este modelo foi discutido e aprovado nas sucessivas reuniões dos ministros de saúde dos respectivos países.¹⁷

O PECS da CPLP tem a peculiaridade de levar em consideração as metas de avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em cada país, bem como os determinantes sociais da saúde (*MDG AFRICA STEERING COMMITTEE, 2008*); cobre sete áreas prioritárias e inclui algumas doenças específicas e áreas temáticas definidas conjuntamente, sendo que esse leque pode ser revisto periodicamente, de acordo com as necessidades de cada país.¹⁸

Quadro 1 – Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)

A comunidade de países que têm o português como língua oficial foi criada em 1996, em Lisboa, Portugal, pelos chefes de Estado de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Após sua independência, em 2002, o Timor Leste tornou-se o oitavo membro da comunidade. A base da comunidade começou a ser estabelecida no final da década de 1980, quando foram realizadas, no Brasil, as primeiras reuniões de chefes de Estado e governo dos países de língua portuguesa (1989 e 1994).

A CPLP foi criada a fim de consolidar as condições culturais que conferem aos países de língua portuguesa sua identidade particular, promover coordenação político-diplomática, e estimular a cooperação, de modo a fomentar iniciativas articuladas de promoção do desenvolvimento sócio-econômico dos povos da comunidade. As áreas prioritárias são a língua portuguesa, a educação e a saúde.

É composta pela Conferência dos Chefes de Estado e Governo, Conselho de Ministros, Comitê Diretor Permanente, Secretaria Executiva (em Lisboa), Reunião de Ministros Setoriais (ex.: Ministros da Saúde), Reunião de Pontos Focais de Cooperação e o Instituto de Língua Portuguesa. Em 2007 ocorreu a criação da Assembléia Parlamentar. A CPLP tem 44 observadores conselheiros, ou seja, instituições científicas, culturais e econômicas de países-membros, que contribuem para a realização dos objetivos da comunidade. A Guiné Equatorial, as Ilhas Maurício e o Senegal são, também, observadores.

No campo da saúde, a CPLP aprovou diversos acordos sobre HIV/aids, malária, uso de drogas ilícitas, vistos médicos temporários, e outros. O acordo mais recente estabeleceu o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde para 2009-2013. Na esfera internacional a CPLP assinou, também, acordos com várias unidades das Nações Unidas (como a Unids), e atualmente negocia acordos na área de saúde com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Um acordo específico a respeito de documentos relativos à área da saúde em Português, o e-Portuguese, foi realizado com a OMS, onde a plataforma está instalada.

Existem grandes diferenças entre os países da CPLP, não apenas em termos de população e renda, como também diferenças culturais e relacionadas aos indicadores e necessidades da saúde. As populações dos países variam de 189 milhões no Brasil até 155.000 nas ilhas de São Tomé e Príncipe e a renda per capita varia de US\$ 21.500 em Portugal até apenas US\$ 729 no Timor Leste, US\$ 830 em Guiné-Bissau e US\$ 1.200 em Moçambique. Há também grandes disparidades nos indicadores de saúde e na expectativa de vida. As taxas de mortalidade abaixo de cinco anos de idade variam de 5, em Portugal, a 260, em Angola, para cada mil indivíduos, e a expectativa de vida em anos varia de cerca de 70, em Portugal e no Brasil, até menos de 50 em Angola e Moçambique.

Essa forma de cooperação em saúde não exclui nenhum dos demais projetos bilaterais ou multilaterais em andamento em cada país, incluindo aqueles que envolvem países da CPLP. Entretanto, o modelo também busca a articulação

Quadro 2 – Projetos de saúde, em cooperação com a África, realizados pela Fiocruz, 2009.

PROJETOS DE COOPERAÇÃO			
PAÍSES	EM ANDAMENTO	EM NEGOCIAÇÃO	EM ESTÁGIO EXPLORATÓRIO
Moçambique (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implantação da companhia farmacêutica pública, em Moçambique, com a finalidade de produzir antirretrovirais e outros medicamentos. 2) Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde. 3) Programa de Mestrado em Ciências da Saúde. 4) Criação da Escola Politécnica de Saúde. 5) Capacitação técnica em manutenção de equipamentos. 5) Criação do Instituto Nacional para a Mulher e a Criança. 6) Capacitação em serviços em saúde maternal e infantil. 7) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 8) Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde (colaboração com IANPHI) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio à reestruturação da empresa FARMAC e introdução do programa "Farmácia Popular". 2) Apoio ao ensino à distância. 3) Capacitação em monitoramento e avaliação de programas e serviços (parte do acordo trilateral para combate à AIDS entre Brasil/EUA/Moçambique). 4) Capacitação em monitoramento e avaliação de serviços (parte do acordo trilateral para combate à AIDS entre Brasil/EUA/Moçambique). 	
Angola (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programa de Mestrado em Saúde Pública. 2) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio para a criação da Escola Nacional de Saúde Pública. 2) Apoio ao Programa de Gestão Hospitalar (colaboração com a JICA) 	
Cabo Verde (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Criação da Escola Técnica de Saúde. 2) Apoio ao fortalecimento da recém criada Universidade para formação de profissionais de saúde. 3) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 4) Apoio à participação na Rede de Escolas Técnicas em Saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio à criação do Instituto Nacional de Saúde (colaboração com IANPHI). 2) Criação do Programa de Doutorado em Saúde Pública. 	
Guiné Bissau (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Criação da Escola Técnica de Saúde. 2) Elaboração e Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio à criação do Instituto Nacional de Saúde (colaboração com IANPHI). 2) Apoio ao fortalecimento do sistema de saúde. 	
Timor Leste (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio à reestruturação e fortalecimento do sistema de saúde.
São Tomé e Príncipe (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Assessoria e apoio técnico ao desenvolvimento do sistema de saúde (serviços, organizações e programas de saúde)
Nigéria			<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio ao fortalecimento da produção de medicamentos essenciais.
Burkina Faso			<ol style="list-style-type: none"> 1) Assessoria e apoio técnico ao desenvolvimento do sistema de saúde (serviços, organizações e programas de saúde)
Mali			<ol style="list-style-type: none"> 1) Assessoria e apoio técnico ao desenvolvimento do sistema de saúde (serviços, organizações e programas de saúde)
Tanzânia			<ol style="list-style-type: none"> 1) Assessoria e apoio ao fortalecimento da produção de medicamentos essenciais.

Fonte: dados do Centro de Relações Internacionais da Fiocruz (CRIS/Fiocruz, dezembro 2009).

e coordenação entre eles, para reduzir a fragmentação e promover melhores resultados. Os países celebraram calorosamente o PECS, o que levou a CPLP a adotar um

modelo semelhante para outras áreas de cooperação social, tais como educação, meio-ambiente e outras.

A cooperação em saúde do Brasil com a América do Sul

Quadro 3 – União de Nações Sul-Americanas

A União de Nações Sul-Americanas (Unasul) é uma organização intergovernamental que integra duas uniões aduaneiras: o Mercosul e a Comunidade Andina. É parte de um contínuo processo de integração da América do Sul. Seu Tratado Constitutivo foi assinado em 23 de maio de 2008, em Brasília, Brasil, por doze chefes de Estado. É baseada na União Européia.

Nos termos do Tratado, a sede da União será em Quito, Equador. O Parlamento sul-americano ficará em Cochabamba, na Bolívia, e o Banco do Sul em Caracas, Venezuela.

A estrutura provisória do Unasul é a seguinte

1. Conselho de Chefes de Estado e Governo - principal ator político.
2. Conselho de Ministros de Relações Exteriores formula propostas concretas e toma decisões executivas.
3. Conselho de Delegados, composto por autoridades governamentais de alto nível, organiza o trabalho dos dois conselhos e implementa suas decisões;
4. Será eleito um Secretário-Geral para estabelecer um secretariado permanente em Quito, no Equador.

Os presidentes convocarão reuniões ministeriais setoriais, que seguirão os procedimentos do Mercosul e da Comunidade Andina. Os Estados membros se revezarão na Presidência Pro Tempore, que terá duração de um ano.

Os doze países sul-americanos compartilham milhares de milhas de fronteiras terrestres. Cobrindo 10,99 milhões de milhas quadradas de terra, são o lar de cerca de 385 milhões de pessoas (2008) e se estendem entre os oceanos Atlântico e Pacífico. Atravessam o continente sul-americano do Equador à Antártida e abrigam a floresta amazônica - a maior do planeta.

Em dezembro de 2008, os presidentes dos 12 países se reuniram na Bahia, Brasil, para estabelecer o Conselho Sul-Americano de Saúde, composto por 12 ministros da saúde.

Há grande heterogeneidade entre e dentro dos países sul-americanos. Populações variam de 189 milhões, no Brasil, e 40 milhões, na Argentina e Colômbia, a menos de um milhão no Suriname e Guiana. A faixa de renda per capita é de cerca de US\$ 15.000, na Argentina, até cerca de US\$3.000, na Bolívia. A taxa de mortalidade de crianças abaixo de cinco anos de idade varia de 9 a 60 para cada mil indivíduos, e a expectativa de vida é de cerca de 70 anos em todos os países. A Bolívia e a Guiana são os países mais pobres da região e têm as piores situações sociais incluindo a área da saúde.

Quadro 4 – Agenda Sul-Americana da Saúde

A Agenda Sul-Americana de Saúde inclui os seguintes temas:

- 1) O escudo epidemiológico sul-americano: coordenação entre as redes de vigilância e resposta dos Estados-Membros, de acordo com os regulamentos internacionais de saúde
 - Detecção e resposta precoces aos surtos
 - Erradicação de doenças transmissíveis
- 2) Sistemas universais de saúde: desenvolvimento de sistemas de saúde que assegurem o direito universal dos povos à saúde, e que se baseiem em uma abordagem abrangente da atenção primária à saúde
- 3) Acesso universal a medicamentos:
 - Política sul-americana de medicamentos
 - Complexo de produção da saúde
- 4) Promoção e determinantes sociais da saúde
 - Estabelecimento do Comitê Sul-Americano para os Determinantes da Saúde
 - Implementação de medidas intersetoriais para abordar os determinantes sociais da saúde
- 5) Gestão e desenvolvimento de recursos humanos
 - Avaliação dos progressos realizados por grupos sub-regionais na identificação de capacidades e conhecimentos necessários ao treinamento de recursos humanos
 - Programa de Bolsa de Estudos em Saúde Unasul
 - Estabelecimento do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, ISAGS, cuja missão é desenvolver inovações para o governo em saúde, e preparar pessoal de alto nível para liderar os sistemas de saúde da região.

tem sido orientada pela prioridade da política externa no trabalho conjunto com a recentemente estabelecida União de Nações Sul-Americanas (Unasul)¹⁹ (Quadro 2).

O Conselho Sul-Americano de Saúde (Unasul Saúde), estabelecido em dezembro de 2008 na Cúpula Presidencial da Unasul, é composto pelos ministros de saúde dos 12 países-membros e uma estrutura executiva.²⁰ 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.

O modelo de cooperação em saúde adotado pelo Unasul é muito semelhante ao modelo da CPLP e o Plano de Trabalho preliminar, também conhecido como a "Agenda de Saúde Sul-Americana", foi aprovado em abril de 2009²¹

(Quadro 3). Outro importante diferencial desse modelo envolve o engajamento nesse processo de discussão de políticos, figuras destacadas da saúde pública e da sociedade civil.

Os principais objetivos da cooperação em saúde na Unasul são fortalecer os sistemas e serviços de saúde e suas instituições estruturantes e ainda avançar no desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Entretanto, da CPLP, também incluem o estabelecimento de um "escudo epidemiológico sul-americano" e a negociação conjunta com companhias farmacêuticas para assegurar preços mais justos para medicamentos, kits de diagnóstico, vacinas e equipamentos médicos.

Reflexões sobre as lições aprendidas até o momento

Ainda é cedo para avaliar os impactos mas o Brasil está buscando aplicar a abordagem de cooperação estruturante na sua cooperação Sul-Sul em saúde, com base fundamentalmente em cinco aspectos estratégicos, políticos e técnicos interrelacionados: (a) priorização da cooperação horizontal; (b) foco sobre o desenvolvimento de capacidades em saúde; (c) iniciativas coordenadas no contexto regional; (d) forte envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos; e, nacionalmente, (e) estímulo à parceria nacional entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores.

A horizontalidade da cooperação Sul-Sul evidencia-se pela ênfase contínua no intercâmbio de experiências, aprendizagem conjunta, compartilhamento de resultados e responsabilidades com parceiros nacionais e internacionais. Esta é uma postura política e estratégica moldada pela recente experiência democrática no Brasil de movimentos de participação social ampla que articularam distintos grupos na construção da política social – particularmente a política nacional de saúde. Os projetos de cooperação envolvem uma grande gama de atores de ambos os lados e, conseqüentemente, as decisões são tomadas em vários níveis e diferentes espaços de poder, envolvendo culturas organizacionais e institucionais diferenciadas nos distintos países.

O foco sobre a construção de capacidades em saúde é um grande desafio. Apesar da importante mudança conceitual, pouco tem sido feito para explorar a melhor forma de implementá-la com a finalidade de fortalecer os sistemas de saúde. Além disso, o papel dos “agentes internacionais” torna-se menos claro e muito mais complexo, enquanto a parceria é crucial para a identificação das questões problemáticas e da sua solução. Ao mesmo tempo, altas expectativas por resultados efetivos convivem com mecanismos administrativos bastante limitados de ambos os lados. Torna-se necessário, assim, definir os arranjos institucionais mais apropriados para responder, de forma mais rápida, às decisões de política externa e evitar o risco de descrédito e de pulverização das responsabilidades (FRANÇA & SANCHEZ, 2009).

A mudança em direção à coordenação regional da cooperação do Brasil em saúde, tanto na África quanto na América do Sul, deriva do entendimento que para assegurar uma política externa de “autonomia diversificada”, e também maior efetividade na sua cooperação internacional, o Brasil deve encontrar o seu lugar nos arranjos regionais de tal forma que lhe permita construir força política e ganhar maior

margem de manobra estratégica do que aquela oriunda meramente das relações bilaterais.

O forte envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos tem sido assegurado por reuniões freqüentes entre os países, em locais variados e com diferentes níveis hierárquicos, em parceria com outras organizações internacionais e atores proeminentes comprometidos com a promoção da cooperação Sul-Sul em saúde. Essas reuniões têm possibilitado essa construção, permitindo o avanço paulatino das propostas de cooperação.

Finalmente, a estreita parceria entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores do Brasil – na linha da chamada “diplomacia da saúde”²² – sinaliza o esforço nacional para combinar *expertise* em saúde com o poder do setor de relações exteriores, especialmente no que se refere à cooperação Sul-Sul.

Para concluir

A fim de formular uma melhor noção de cooperação internacional em saúde nos países em desenvolvimento, as seguintes alternativas – que, de uma ou outra maneira, desafiam as práticas tradicionais – devem ser levadas em consideração:

- Apoiar o desenvolvimento integral dos sistemas de saúde, superando a fragmentação e a falta de coordenação.
- Enfatizar as necessidades de longo prazo, com o fortalecimento de instituições-chave para adquirir verdadeira liderança no setor, promover uma agenda orientada para o futuro e equilibrando as intervenções específicas com a geração de conhecimentos.
- Substituir os programas baseados em orientações globais únicas pela adoção do planejamento estratégico centrado na realidade concreta dos países “receptores”, incorporando, de forma ampla, os determinantes sociais da saúde.
- Priorizar programas baseados na população (orientados por suas necessidades da saúde) em detrimento de atividades voltadas unicamente para os cuidados médicos individuais.

No processo de construção de uma concepção de cooperação estruturante em saúde o Brasil vem aprendendo, continuamente, com os acertos e os erros. Há grandes desafios pela frente, mas as perspectivas de sucesso também são muito promissoras.

Notes

1. Embora se reconheça a existência de um equilíbrio tenso, no pensamento diplomático brasileiro, entre duas correntes teóricas – a liberal e a desenvolvimentista –, de cujo embate emergem as atuais prioridades e diretrizes da política externa, há consenso entre os autores sobre o lugar político-estratégico que o Brasil deve ocupar no cenário internacional (SARAIVA, 2007; ALMEIDA, 2004).
2. A Fundação Oswaldo Cruz é uma fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde, e braço direito do Sistema Único da Saúde (SUS). A Fiocruz tem uma missão diversificada – ensino, pesquisa, produção e desenvolvimento tecnológico – desempenhada por Unidades Técnico-Científicas, e também está engajada em intercâmbio com centros científicos e tecnológicos em vários países, desenvolvidos e em desenvolvimento. Seus dois campus principais, com 10 Unidades especializadas, estão no Rio de Janeiro – Mangueiras e Jacarepaguá –, mas a Fiocruz tem Unidades também em 7 diferentes estados, o que lhe confere abrangência nacional. O Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (CRIS/Fiocruz) foi criado em janeiro de 2009, no campus de Mangueiras, do Rio de Janeiro. O CRIS oferece assessoria à Presidência da Fiocruz e coordena o Grupo Técnico de Cooperação Internacional da Fiocruz, que é composto por representantes das 17 Unidades Técnico-Científicas da instituição.
3. A Universidade Internacional da Integração Luso-Afro-Brasileira (UNILAB), em Fortaleza, Ceará, Brasil; a Universidade Internacional da Integração Latino-americana (UNILA), em Foz do Iguaçu, Brasil, na tripla fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai; e o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, (ISAGS), no Rio de Janeiro, Brasil, estabelecido com o propósito de liderar uma rede de escolas de governo nos países da América do Sul. Todas essas iniciativas oferecerão diversos cursos, incluindo Saúde Pública, para estudantes brasileiros, de países de língua portuguesa e sul-americanos, respectivamente.
4. O Acordo da Região Amazônica sobre Pesquisa em Saúde, que deu origem à Rede Pan-Amazônica de Pesquisa em Saúde, é uma articulação entre instituições científicas dos países da Amazônia (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela) – a Fiocruz entre elas – e tem como objetivo realizar projetos relevantes para resolver problemas da situação específica e precária dessa região vital para o planeta. Atualmente, no setor saúde, há projetos de pesquisa sobre malária, febres hemorrágicas (incluindo a dengue) e sistemas de saúde.
5. O Plano de Ação de Buenos Aires (PABA) de 1978 foi um document seminal no estabelecimento e avanço da “horizontalidade” como um princípio fundamental da CTPD.
6. Para a lista completa e uma breve explicação sobre cada conferência realizada na década de 1990, visite o sítio eletrônico das Nações Unidas: <http://www.un.org/News/facts/confercs.htm> (Acesso em 30 de julho de 2009).
7. Como indicado na Resolução Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (1993) e na 10ª Sessão do Comitê de Alto Nível das Nações Unidas sobre a CTPD (1997).
8. Essa concepção é bastante clara num Relatório do Banco Mundial de 2003 (WORLD BANK, 2003).
9. A 1ª Conferência Sanitária Internacional, um marco histórico da cooperação internacional, ocorreu em Paris em 1851. À época, os estados europeus pela primeira vez discutiam iniciativas coordenadas de cooperação para o combate às ameaças da cólera, peste e febre amarela. O evento representou “uma transição radical na forma de conceituar e abordar a saúde internacionalmente” (FIDLER, 2004: 1).
10. Essa tendência foi reforçada no final da década de 1970 pelo programa de Atenção Primária em Saúde (APS) e pela estratégia da “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT 2000), proclamada na Declaração de Alma Ata (1978).
11. Distúrbios civis e políticos, a difusão da hegemonia neo-liberal, os processos de redemocratização política na América do Sul e a construção de novas nações emergentes da libertação colonial na África.
12. As Iniciativas Globais em Saúde (GHIS–Global Health Initiatives) incluem o reforço da participação do setor privado, entidades filantrópicas e da sociedade civil na área da saúde, como resultado da proliferação dessas iniciativas no início do século XXI (GRUPO COLABORATIVO DA OMS PARA MAXIMIZAR SINERGIAS COLABORATIVAS, 2009).
13. Tanto o Relatório Final da Comissão (Dezembro, 2001), quanto a Declaração da Segunda Consulta sobre Macroeconomia e Saúde (Genebra, Outubro de 2003), “Aumentar os Investimentos para os Resultados em saúde para os Pobres” (*Increasing Investments in Health Outcomes for the Poor*), estão disponíveis em: <http://www.who.int/macrohealth/en/> (Acesso em 03/08/2009).
14. O Relatório Final da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde – “Diminuindo as distâncias numa geração: equidade em saúde a partir da ação nos determinantes sociais da saúde” (*Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*), (Genebra, 2008), está disponível em: http://www.who.int/social_determinants/en/ (Acesso em 02/08/2009). O trabalho da Comissão focalizou em nove amplos temas que concentram os maiores determinantes sociais da saúde. Cada um deles foi trabalhado por uma “Rede de Conhecimento” (*Knowledge Network*– KN). Cada KN foi composta por especialistas no campo específico que coletivamente estudaram os determinantes sociais e as questões de equidade em saúde que lhe fossem pertinentes. Os relatórios Finais de cada KN, e outros documentos de apoio, assim como os links para as organizações que lideraram o trabalho da respectiva, KN está disponível em: http://www.who.int/social_determinants/themes/en/index.html (Acesso em 02/08/2009).
15. A “construção de capacidades para o desenvolvimento” é definida como “o processo pelo qual indivíduos, organizações, instituições e sociedades desenvolvem habilidades (individualmente ou coletivamente) para desempenhar funções, solucionar problemas, estabelecer e alcançar objetivos” (UNDP, 1997: 2).
16. Para maiores detalhes dessas cooperações ver os artigos de Buss & Ferreira, neste mesmo número da RECIIS.
17. As reuniões foram realizadas nas cidades de Praia, Cabo Verde, em abril de 2008, e no Rio de Janeiro, Brasil, em setembro de 2008. O PECS para os próximos quatro anos (2009-2013) foi aprovado em outra reunião em Lisboa, Portugal, em maio de 2009.

18. Inicialmente as áreas definidas foram: desenvolvimento da força de trabalho, vigilância epidemiológica, preparação para emergências e desastres, informação e comunicação, pesquisa e desenvolvimento para a saúde, desenvolvimento tecnológico e produção de medicamentos e vacinas, promoção e proteção da saúde, incluindo ações inter-setoriais (determinantes da saúde). As doenças são malária, tuberculose, HIV/AIDS, e as áreas temáticas são saúde e migração, e diplomacia da saúde.

19. O Mercosul e a Comunidade Andina (CAN) foram por muitos anos os dois blocos regionais dos países sul-americanos. A criação da União das Nações Sul-Americanas (Unasul) culmina um movimento para ampliar o processo e a abrangência da integração regional na América do Sul. Este movimento foi iniciado em 1994 quando Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai (os países-membros originais do Mercosul) propuseram o estabelecimento de uma Área de Livre Comércio Sul-Americana (ALCSA). Embora o movimento tenha sido proposto em meados dos anos 1990, foi apenas em 2004, dez anos depois, que ganhou nova força política. A Unasul foi oficialmente estabelecida em 23 de maio de 2008, em Brasília, capital do Brasil.

20. A estrutura do Conselho inclui um Comitê de Coordenação composto por representantes de cada ministério da saúde dos países membros; uma Secretaria Técnica sob a responsabilidade do país sede da Presidência *Pro Tempore* da Unasul, o último país que a assumiu, e o país que a assumirá a seguir; grupos de trabalho sobre temas específicos, e os pontos focais de saúde (Comitê Coordenador de Saúde da Unasul).

21. A "Agenda de Saúde Sul-Americana" foi desenvolvida por Grupos Técnicos sobre temas prioritários específicos, foi revista pelo Comitê Coordenador de Saúde da Unasul e aprovada, em abril de 2009, na reunião do Conselho em Santiago, no Chile.

22. 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 para sua resolução uma coordenação mais decisiva entre os setores governamentais de saúde e relações internacionais (KICKBUSCH et al., 2007: 230).

Referências bibliográficas

ACCRA AGENDA FOR ACTION, **3rd High Level Forum on Aid Effectiveness**. Accra, Ghana, September 2-4. Disponível em: <http://www.undp.org/mdtf/docs/Accra-Agenda-for-Action.pdf>. Acessado em: 3 ago., 2009.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO-ABC. **Cooperação bilateral com América Latina e Caribe. Via ABC** Boletim eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE), Junho, 2006. 16 p. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/documentos/via-junho.pdf>. Acessado em: 1 ago., 2009.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO-ABC. **Cooperação técnica brasileira em saúde. Via ABC** Boletim eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE), Março, 2007. 24 p. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/documentos/>

viaABC-baixa.pdf. Acessado em: 1 ago., 2009.

ALMEIDA, C. **As reformas de saúde nos anos 80: crise ou transição. Um estudo dos países centrais – EUA, Reino Unido, Alemanha, Suécia, Itália e Espanha**. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/Fiocruz, defendida em 5/7/1995.

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.4, p. 905-25, 2002.

ALMEIDA, P. R. Uma política externa engajada: a diplomacia do governo Lula. **Rev Bras Política Internacional**, v. 47, n.1, p.162-84, 2004.

ALMEIDA, C. Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean: the role of International organizations in formulating agendas and implementing policies. **Well-being and Social Policy**, v. 2, p. 123-60, 2006.

AMADOR, E. A. El nuevo rostro de la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y las nuevas tendencias internacionales. **Ciências Sociais**, v. 1, n. 94, p. 169-88, 2001.

FIDLER, D. P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bull WHO**, v. 79, n.9, p. 842-9, 2001.

FIDLER, D. P. Germs, Norms and Power: Global Health's Political Revolution, **Law, Social Justice & Global Development (LGD)** (An Electronic Journal). 2004, No. 1. Disponível em: <http://elj.warwick.ac.uk/global/issue/2004-1/fidler.html>. Acessado em: 3 may., 2010.

FRANÇA, C.; SANCHEZ, M. R. Política Externa – A horizontalização da política externa brasileira. **Portal Global 21**. 2009. Disponível em: <http://www.global21.com.br/materias/materia.asp?cod=24489&tipo=noticia>. Acessado em: 11 jul., 2009.

JOLLY, R. A Future for UN Aid and Technical Assistance? **Society for International Development**, n. 4, p. 21-6, 1989.

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, p.230-2, 2007.

MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS REPORT. 2009. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals>. Acessado em: 3 ago., 2010.

MDG Africa Steering Committee. **Achieving the Millennium Development Goals in Africa**. New York, 2008. 39 pp. Disponível em: <http://www.mdgafrica.org/pdf/MDG%20Africa%20Steering%20Group%20Recommendations%20-%20English%20-%20HighRes.pdf>. Acessado em: 8 jan., 2010.

MORGAN, P. Capacity development: an introduction. In: Morgan, P.; Carlan, V. (eds.), **Emerging Issues in Capacity Development: Proceedings of a Workshop**. Ottawa, Canada: Institute on Governance, 1994. p. 5-21.

OSLO MINISTERIAL DECLARATION. Global health: a pressing foreign policy issue of our time. **The Lancet**, Vol. 369, Issue 9570, April 2, 2007, p. 1373-8. Disponível em: <http://www.thelancet.com>. Acessado em: 5 ago., 2009.

PARIS DECLARATION. **Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonisation, Alignment, Results and Mutual Accountability**. High Level Forum on Joint Progress Toward Enhanced Aid Effectiveness: Harmonization, Alignment and Results. 2nd High level Forum on Aid Effectiveness. Paris, France, February 28-March 2, 2005. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>. Acessado em: 3 ago., 2009.

SARAIVA, M. G. As estratégias de cooperação Sul-Sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007. **Rev.**

Bras. Política Internacional, v. 50, n. 2, p.42-59, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v50n2/a04v50n2.pdf>. Acessado em: 27 jul., 2009.

STOKKE, O. **Foreign Aid Towards the Year 2000: Experiences and Challenges**. London: Frank Cass, 1996.

TODARO, M.P. **Economic Development**. 6th Ed.: Essex, England: Longman, 1997.

UNDP-UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Capacity Development: Technical Advisory Paper No. 2**. Management Development and Governance Division, Bureau for Policy Management, New York. 1997, 89 pp. Disponível em: <http://mirror.undp.org/magnet/Docs/cap/Capdeven.pdf>. Acessado em: 15 mar., 2009.

VIGEVAI, T.; CEPALUNI, G. A Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. **Rev. Contexto Internacional**, v.29, p. 273-335, 2007.

WORLD BANK. **Breaking the Conflict Trap: Civil War and Development Policy**. A World Bank Policy Research Report. 26121. The World Bank Group and Oxford University Press. May, 2003, 221 pp.

WHO - World Health Organisation Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009. An Assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. **The Lancet**, v. 373, n. 20, p. 2137-69, 2009.