

O ESTADO DA COOPERAÇÃO EM SAÚDE: BRASIL, MERCOSUL E UNASUL

STATUS OF HEALTH COOPERATION IN BRAZIL, MERCOSUR AND UNASUR

TIAGO MOCELLIN PITTAS¹
Universidade Federal de Santa Catarina
E-mail: mocellin.tiago@gmail.com

Resumo: Quais são os contextos em que a cooperação sanitária é exercida no Mercosul e na Unasul e qual é seu estado atual? O presente artigo visa discutir essas questões. O objetivo é, assim, revelar as circunstâncias e procedimentos que caracterizam o intercâmbio em saúde na América do Sul, além de apresentar os conceitos pertinentes. O artigo está organizado em três seções. A primeira delas visa expor as questões pertinentes à saúde internacional, especialmente os primeiros passos em que se basearia o cenário sanitário dos dias atuais. A segunda seção faz alusão à política externa brasileira para a saúde, realizando a sua contextualização histórica e atual. A terceira e última parte, por fim, expõe os principais momentos do regionalismo latino-americano voltado às questões de saúde, em especial naquelas organizações em que o Brasil tem atuação mais destacada como membro: Mercosul e Unasul. A investigação apoia-se em análise dos atos normativos de ambos os blocos desde sua criação.

Palavras-chave: Cooperação em saúde; Brasil; Regionalismo; Mercosul; Unasul.

Abstract: *What are the contexts in which sanitary cooperation is exerted in Mercosur and Unasur and what is its current status? This article aims to discuss these issues. The goal is to reveal the circumstances and procedures that characterize the exchange of health in South America, in addition to presenting relevant concepts. The paper is organized in three sections. The first is to set out the issues related to international health, especially the first steps that would be based on the health scenario of today. The second section refers to the Brazilian foreign policy to health, making its historical and current context. The third and last part, finally presents the key moments of the Latin American regionalism back to health issues, especially those organizations that Brazil has more outstanding performance as a member: Mercosur and Unasur. The research is supported by analysis of the normative acts of both blocks since its inception.*

Keywords: *Cooperation in Health; Brazil; Regionalism; Mercosur; Unasur*

Introdução

Quais são os contextos em que a cooperação sanitária é exercida no Mercosul e na Unasul e qual é seu estado atual? O presente artigo visa discutir essas questões. O objetivo é, assim, revelar as circunstâncias e procedimentos que caracterizam o intercâmbio em saúde na América do Sul, além de apresentar os conceitos

¹ Graduado em Relações Internacionais e mestrando em Relações Internacionais pela Universidade Federal de Santa Catarina. Email: mocellin.tiago@gmail.com

pertinentes. Para que se realize um entendimento pleno do que constituem as agendas de cooperação em saúde no Mercosul e na Unasul, é necessário que se compreenda o contexto em que a área desenvolveu-se, desde as primeiras conferências sanitárias internacionais até o período atual.

O artigo está organizado em três seções. A primeira delas visa expor as questões pertinentes à saúde internacional, especialmente os primeiros passos em que se basearia o cenário sanitário dos dias atuais. A segunda seção faz alusão à política externa brasileira para a saúde, realizando a sua contextualização histórica e atual. A terceira e última parte, por fim, expõe os principais momentos do regionalismo latino-americano voltado às questões de saúde, em especial naquelas organizações em que o Brasil tem atuação mais destacada como membro: Mercosul e Unasul.

2. Da saúde internacional à saúde global

Os desafios à governança global criados pelo fenômeno da globalização não são novos. Como afirma Fidler (2001: 841, tradução nossa), “a globalização da saúde pública levou ao desenvolvimento da diplomacia internacional em saúde e a regimes internacionais para a saúde pública iniciando em meados do século XIX”². A cooperação internacional em saúde, desta forma, tem geralmente seu início considerado a partir do ano de 1851, quando foi realizada a primeira Conferência Sanitária Internacional. Essa conferência ocorreu principalmente em função dos perigos advindos de doenças infecciosas, em especial cólera, febre amarela e peste, além dos associados a narcóticos e álcool, segurança dos trabalhadores e poluição transfronteiriça (CLIFT, 2013: 14; FIDLER, 2001: 842). Ela foi, então, envolvida em uma esfera de interesses relacionados a assuntos de saúde pública e motivações comerciais. O resultado final foi de falha em um acordo que garantisse maiores regulações de quarentena contra a cólera – o que permaneceria como desfecho dos acordos pelas próximas décadas (HARVARD, [200?]), uma vez que “as nações marítimas, notadamente a Grã Bretanha, queriam minimizar quaisquer resoluções de saúde que pudessem interferir o livre fluxo das trocas comerciais”³, sendo que havia também a visão

² No original: “the globalization of public health led to the development of international health diplomacy and international regimes for the public health beginning in the mid-19th century” (Fidler, 2001: 841).

³ No original: “the maritime nations, notably Britain, wanted to minimize any health regulations that would interfere with the free flow of trade and commerce” (CLIFT, 2013: 14).

oposta que defendia a cólera como universalmente contagiosa (CLIFT, 2013: 14; HARVARD, [200?]).

Em relação às conferências futuras, vale ressaltar a quinta delas, de 1881, sediada em Washington, que teve a presença de sete delegações latino-americanas, entre elas a do governo brasileiro (INTERNATIONAL SANITARY CONFERENCE, 1881). Essa foi uma exceção ante as demais conferências, essencialmente europeias. Em consequência dessa iniciativa estadunidense, surgiu outra estimulada pela União Pan-Americana. Tal iniciativa acabou resultando na criação da posteriormente chamada Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS (CLIFT, 2013: 16). Além da OPAS, outras repartições sanitárias foram institucionalizadas mundo afora (VENTURA, 2013: 63). Desde então, expandiu-se esse processo envolvendo Estados, organizações internacionais e atores não-estatais, culminando na criação de diversos tratados e convenções internacionais, sendo o mais proeminente resultado a criação da Organização Mundial da Saúde em 1948. Esse período de 1851 até 1948 possui, portanto, algumas características, como:

a tendência de internacionalizar a saúde em função do comércio; a necessidade de cooperação que os riscos de contaminação impunham aos Estados; o envolvimento de corporações multinacionais e de atores não governamentais em numerosas iniciativas; e a grande diversidade entre os resultados dos diferentes regimes jurídicos adotados (VENTURA, 2013: 62-63).

Com a criação da OMS, um novo estágio é iniciado. Ao contrário das convenções sanitárias que possuíam escopo de ação muito limitado, a nova organização surgiu tendo propósitos mais amplos, com uma agenda que abrangia mais temas. No próprio preâmbulo da constituição da organização, foram reconhecidos princípios que dizem respeito aos direitos humanos, paz e segurança, formação de opinião pública e cooperação por parte da mesma, entre outros. Desse modo,

uma característica distintiva da constituição é o reconhecimento de que saúde é dependente não somente da provisão de serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados às doenças transmissíveis, mas também de ‘medidas sociais’⁴ (CLIFT, 2013: 18, tradução nossa).

⁴No original: “A distinguishing feature of the constitution is the recognition that health is dependent not just on the provision of health services, including those unrelated to communicable diseases, but also on ‘social measures’” (CLIFT, 2013: 18)

Quanto à evolução histórica da instituição ao longo do tempo, Clift (2013: 18-50) separa em quatro fases: os primeiros quarenta anos (1948-1988); a reforma da OMS (1989-1998); os anos Brundtland (1998-2003); e a reforma atual (2010 até o presente). Em relação à primeira fase, há uma separação em momentos distintos: nas primeiras duas décadas, a organização teria primado pelo aspecto técnico e pelo conhecimento médico; a partir dos anos 1970, refletindo mudanças econômicas e políticas no ambiente internacional, a OMS criaria uma nova orientação (Saúde para Todos), distinguindo-se pela promoção da atenção primária em saúde; já a partir da década de 1980, houve confronto de ideias neoliberais de cortes de gastos públicos, defendidas a partir da inclusão do Banco Mundial na formulação de uma agenda relacionada à saúde, com as demandas dos profissionais da OMS (CLIFT, 2013: 18-50).

A segunda fase, de reforma da organização, esteve enquadrada dentro do contexto de debates gerais relacionados à Organização das Nações Unidas, ONU. como um todo. O resultado foi que os programas financiados por contribuições voluntárias tornaram-se mais importantes e ocorreu também uma série de outras mudanças institucionais. A fase dos anos Burdntland corresponde ao período em que a líder política norueguesa Gro Harlem Burdntland apresenta dois grandes objetivos para a OMS: trabalhar mais em campo e trazer a saúde para a agenda do desenvolvimento. Por fim, a reforma atual se dá através de propostas em três áreas principais, sendo elas programas e definição de prioridades, governança e gestão (CLIFT, 2013: 18-50; VENTURA, 2013: 109-123).

Em meio à emergência do contexto do cenário internacional vigente a partir da década de 1990, a organização propõe um novo conceito. No lugar do termo “saúde internacional”, que se refere ao “estudo dos processos e das relações que envolvem o poder mundial, afetando os perfis epidemiológicos e a organização dos sistemas de saúde em cada uma das nações” (FORTES et al, 2011), é inserido “saúde global”, que remete “àquelas questões de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas” (KICKBUSCH et al, 2006: 7 *apud* KICKBUSCH & BERGER, 2010: 19). Assim, essa nova perspectiva busca novas formas de governança articulando os níveis nacional e internacional, ao mesmo tempo em que busca congrega múltiplos atores.

A partir dessa nova perspectiva, o padrão de condução da diplomacia da saúde sofre uma alteração. Do padrão tradicional, bilateral, ocorrem mudanças em direção a políticas multilaterais, englobando também atores não-estatais, novas funções e valores. Uma dessas alterações é a fusão com novos temas e o ganho de importância na agenda internacional. A saúde global passa a ser vista não mais como um tema inserido dentro de agendas específicas referentes a cada país, como comércio ou segurança; agora há uma tendência à ascensão da saúde como direito humano por si, uma visão de desenvolvimento humano a partir dela, que assume papel de grande importância e se relaciona com diversos outros temas, sendo vista “com mais frequência e intensidade em todas as funções da política externa” (KICKBUSCH & BERGER, 2010: 20-22). Tal fato é perceptível especialmente nos países em desenvolvimento (ALCAZAR, 2008 *apud* KICKBUSCH & BERGER, 2010: 21). As políticas sanitárias devem ser, portanto, abordadas de maneira global e não meramente através de políticas nacionais. A interseção com a política externa é capaz de prover isso com maior eficácia. Assim se realiza a diplomacia de saúde global.

Nesse sentido, é possível avaliar historicamente os modelos de cooperação para o desenvolvimento, especialmente na relação saúde e desenvolvimento, que vão ao encontro do conceito de diplomacia da saúde global acima exposto, sobretudo a partir do período pós-Segunda Guerra Mundial e de criação do sistema da Organização das Nações Unidas. Se até a década de 1970 imperava uma visão simples de transferência de capital e de técnicas para fomentar o desenvolvimento, a partir desse momento houve uma virada, em um contexto mundial de crises. Há aqui, em suma, uma transição de um modelo de assistência técnica para um de cooperação técnica.

Enquanto o primeiro modelo é de caráter assistencialista e normalmente faz com que os países doadores imponham sua visão de mundo e métodos de trabalho, em muitas oportunidades tornando-se díspares em relação às necessidades do país receptor, o segundo tem um caráter mais cooperativo, de intercâmbio. Isso teve reflexo no terreno das práticas de cooperação em saúde, as quais passaram a formular diretrizes indicando práticas como, por exemplo, adoção de modos de operação mais flexíveis. O final dos anos 1970 e os anos 1980, contudo, prejudicaram esse modelo, graças às recorrentes crises (ALVES et al, 2010: 9-10; BUSS & FERREIRA, 2011: 243-245). O reflexo disso na OMS pode ser visto dentro do primeiro momento da evolução histórica proposta por Clift (2013). Na etapa em que predominava o modelo de desenvolvimento baseado na transferência de renda, a

preocupação da organização em saúde era prioritariamente técnica; após, quando da criação do programa Saúde Para Todos, é reproduzida a nova visão de desenvolvimento que busca maior intercâmbio e horizontalidade; por fim, as crises do final dos anos 1970 e dos anos 1980 dão margem para emergência do Banco Mundial e de ideais neoliberais que fazem frente às práticas e valores da instituição no período anterior.

No início da década de 1990, porém, as práticas de cooperação foram redefinidas, sob a égide da hegemonia dos Estados Unidos (EUA), tendo como características: diminuição do papel do Estado, influência crescente de atores não-estatais e perda de relevância de algumas organizações internacionais multilaterais, como a OMS, para outras, como o Banco Mundial. Entretanto, a Agenda para a Paz das Nações Unidas, de 1992, e sua culminância na Declaração do Milênio, de 2000, introduzem o conceito de desenvolvimento humano. Dessa forma, houve expansão do que antes – nos anos 1970- era visto como cooperação e novas formas de se estabelecê-la foram implementadas. Os recursos também cresceram. Algumas das preocupações da década de 1970 foram resgatadas, especialmente no tocante à preocupação com a disparidade das relações Norte-Sul (ALVES et al, 2010: 9-10).

Nesse contexto, acontece a cooperação Sul-Sul, que se encaixa na perspectiva de cooperação que permite maior intercâmbio de técnicas e mais horizontalidade entre os participantes do que na transferência de recursos. Dessa maneira, adequa-se melhor do que a abordagem de transferência de capital e técnicas no que se espera da nova diplomacia da saúde global, à medida que é mais horizontal e ultrapassa as fronteiras nacionais, tendo seu caráter extra-setorial em diálogo com a política externa. Aos países, é incentivado o intercâmbio de experiências, bem como a adequação das técnicas às suas próprias características internas.

O que se observa, portanto, é que as primeiras conferências originárias da diplomacia da saúde criaram alicerces que perduram até os dias atuais. A partir deles, instituições, regras e normas de procedimento puderam ser criadas. Essas, por sua vez, evoluíram e culminaram no que hoje entende-se como diplomacia da saúde global e que traz como características fundamentais o seu aspecto extra-setorial e o diálogo com outras áreas, como a política externa. O Brasil adaptou-se a essa nova tendência, como expõe a seção seguinte.

3. O Brasil como novo ator internacional em saúde

As ações organizadas de saúde pública, no Brasil, iniciaram-se no final do século XIX e início do XX como reação às epidemias recorrentes, principalmente no Rio de Janeiro. Como exemplo de tais ações cabe mencionar, por exemplo, a criação, em 1902, da Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz⁵ (BUSS et al, 2011: 214). O envolvimento brasileiro em saúde na área da política externa é, portanto, recente, iniciando-se nesse período e destacando-se pela participação tanto de diplomatas quanto de instituições internas sanitárias, embora em diferentes momentos.

Uma das primeiras iniciativas de relevância que se costuma citar como exemplo da atuação da diplomacia brasileira na saúde, mesmo que levada a cabo por um sanitarista (Geraldo de Paula Souza), é a da participação na Conferência de São Francisco, em 1945, no pós-Segunda Guerra Mundial. Nessa conferência, em conjunto com a China, o Brasil apresentou a proposta de uma Conferência Internacional de Saúde que teria como consequência futura a criação da OMS (SANTANA, 2012: 88; BUSS et al, 2011: 215). Além disso, há um histórico de cooperação com organizações como a OPAS desde a sua criação, inclusive por atores como a Fiocruz e outras instituições. Embora essa seja “uma história de cem anos com nítidas descontinuidades” (LIMA, 2002: 26), houve intercâmbio entre especialistas e gestores da saúde, além da importância da organização regional na construção de uma agenda comum. Dessa maneira, Buss et al (2011: 215) reforçam que as etapas do envolvimento brasileiro na esfera internacional teriam sido:

num primeiro momento a adoção de modelos organizacionais do exterior, seguida da captação de ajuda internacional (...), ampliando-se posteriormente com o crescimento do número de convênios com instituições de outros países e através de intercâmbio com grandes centros de desenvolvimento de saúde (...); e, a partir da década passada, com a Fiocruz passando a integrar a Rede Mundial de Institutos Pasteur, como um dos 32 Centros que a integram em todo o mundo (BUSS et al, 2011: 215).

Apesar desse envolvimento, o tema sanitário era relegado a uma segunda categoria e só mais à frente viria ganhar destaque entre os temas mais relevantes da política externa. Uma apreciação histórica sobre o porquê de a saúde permanecer tanto tempo sem essa importância na agenda da política externa brasileira é dada por Alcázar (2005 *apud*

⁵A Fundação Oswaldo Cruz é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde e notabiliza-se por ser a instituição de ciência e tecnologia em saúde que mais se destaca na América Latina, de acordo com seu site oficial: <http://portal.fiocruz.br/>.

SANTANA, 2012). Três fatores seriam os relevantes: predominância da área tratada por especialistas, inacessível à diplomacia; subordinação aos temas econômicos; e fragilidade institucional da saúde no âmbito estatal (ALCÁZAR, 2005 *apud* SANTANA, 2012: 89). O mesmo autor destaca o que viriam a ser as circunstâncias fundamentais na aproximação entre política externa e saúde, sendo três delas internas e uma externa. As internas seriam: o novo discurso do Estado, de saúde de natureza aberta, independente, universal e integral, sob a égide de uma instituição importante politicamente; maior papel do Ministério da Saúde (MS); e condições orçamentárias favoráveis à execução desse novo papel. A circunstância externa seria a relevância adquirida pelos temas sociais, como o sanitário, em esfera internacional (ALCÁZAR, 2005 *apud* SANTANA, 2012: 89).

Em 1988, com a nova Constituição Federal, há a criação do Sistema Único de Saúde, SUS. Esse sistema, de cunho descentralizador, visa garantir o acesso integral, universal e igualitário à saúde pelos cidadãos brasileiros. A partir dele, o Brasil tornou-se o país no mundo de maior atendimento gratuito de saúde (BRASIL, 2006). Utilizando-se dessas credenciais, o país pode, então, assumir nova postura em âmbito internacional, conforme observou Alcázar (2012) em sua análise acima. Esse modelo de cooperação está intimamente ligado também a um modelo de desenvolvimento e ao cenário internacional como um todo. Como descrito na seção anterior, houve sistemática recuperação de valores que predominavam nos anos 1970 e que viriam a desencadear preocupações tocantes à disparidade entre países do Norte e do Sul, resultando em iniciativas globais, inclusive relacionadas à saúde. Já na década de 1990 e, principalmente a partir dos anos 2000, cresce a importância no que remete à cooperação Sul-Sul.

O contexto vigente do meio para o final da década de 1990 e início dos anos 2000 era marcado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o qual retomaria e aprofundaria as adequações na política externa iniciadas no período Collor de Mello. Buscou-se alterar a existente agenda reativa na política externa, até então caracterizada pela “autonomia pela distância” - predominante nos anos de Guerra Fria-, por uma nova lógica, de “autonomia pela integração”, em que predominava uma agenda internacional pró-ativa, moldada com base nas novas tendências mundiais e cujo objetivo seria expandir o poder de controle sobre seu futuro, conforme salientam Vigevani e Oliveira (2003). A autonomia pela integração permitiria ao Brasil articular-se com o meio internacional sem submeter-se; continuar sua postura amigável frente aos países do Norte, porém atendendo

às necessidades e especificidades do país; e influenciar na agenda internacional com perspectivas próprias. Entendia-se que os interesses brasileiros estavam atrelados aos internacionais – dessa forma, atuar internacionalmente seria uma forma de legitimação e concretização dos interesses específicos nacionais (VIGEVANI & OLIVEIRA, 2003).

Já da eleição de Lula em diante, em 2002, tem início um processo de alteração de ênfase em certos temas da política externa brasileira, com a realização de mudanças e ajustes em relação ao período anterior, mesmo que não tenha ocorrido nenhuma grande ruptura com os paradigmas históricos predecessores. Os governos Lula e FHC, embora tenham em sua base diferentes tradições da política externa brasileira, apresentam um grande ponto em comum: desenvolver economicamente o país sem submeter sua autonomia. Assim, a partir desse novo momento, o Brasil passaria a atuar através da lógica da “autonomia pela diversificação”, que diz respeito a parcerias com países do Sul – inclusive na adesão aos princípios e normas internacionais – e acordos com parceiros não tradicionais, com o intuito de reduzir as assimetrias frente aos países desenvolvidos e, então, aumentar a capacidade de negociação do país, atuando em forma de bloco junto a semelhantes, numa posição mais horizontal com seus parceiros (VIGEVANI & CEPALUNI, 2007).

Foi, portanto, nesse ambiente propiciado pelo cenário externo, juntamente com as formas as quais o Brasil montava suas políticas frente ao mundo, que se desenvolve um novo modo de fazer a cooperação internacional em saúde: a cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. Além de propor que se explorem as capacidades e recursos de cada país, esse novo modelo traz duas inovações: “íntegra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional; e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias” (ALMEIDA et al, 2010: 28), concentrando, dessa forma, as características da cooperação Sul-Sul. Nesse modelo, reúnem-se atenções para melhora institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, através de ações conjuntas que utilizam de construção de capacidades locais e geração de conhecimento. Em outras palavras, o objetivo é que se construam instituições estruturantes de saúde local. Os agentes internacionais, por conseguinte, são variados e adquirem um novo papel de atuação, cuja meta é que eles atuem conjuntamente de forma descentralizada e que se dediquem aos esforços de estruturação dos sistemas de saúde (ALMEIDA et al, 2010).

Assim, Almeida et al (2010) resumem as características principais do que forma a cooperação estruturante em saúde em cinco aspectos estratégicos, políticos e técnicos interrelacionados. Em primeiro lugar, vem a ênfase na cooperação horizontal; em segundo, o foco no desenvolvimento de capacidades em saúde; em terceiro, iniciativas coordenadas em âmbito regional; em quarto, o envolvimento de ministros da saúde na busca de construção de consensos; em quinto, o estímulo à parceria entre os Ministérios da Saúde e os de Relações Exteriores. Esse último aspecto relaciona-se com o conceito de diplomacia da saúde global de Kickbusch e Berger (2010) exposto na seção prévia. No caso da política externa brasileira para a saúde, esses princípios são, de fato, válidos, comprovando, pois, o padrão estruturante aplicado, especialmente a partir do governo Lula, contexto em que se insere de maneira mais expressiva a cooperação Sul-Sul.

O tema da saúde, entretanto, só seria reconhecido como tema predominante na agenda brasileira em 2007 pela Agência Brasileira de Cooperação, ABC, que ainda salienta que o Brasil é um dos países que mais difunde a cooperação técnica sanitária no mundo. Uma característica forte da postura brasileira, especialmente na diplomacia da saúde, é a participação de diversos órgãos governamentais cooperando com o Itamaraty, reforçando o caráter de horizontalização da política externa (PINHEIRO, 2009). Isso é reforçado em julho de 2005, quando há assinatura entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde de um Protocolo de Intenções que tem como fim aperfeiçoar a coordenação de ambos na cooperação técnica em saúde a países em desenvolvimento. Outro exemplo de importância é, além desse, a assinatura pelo Brasil da Declaração de Oslo⁶ em março de 2007. Dessa maneira, o Brasil demonstra convergência à tendência mundial de aproximação das duas pastas (ZARPELON, 2013; ALVES et al, 2010: 23-29; SANTANA, 2012: 87-95). O Ministério da Saúde, porém, já havia criado previamente, em 1998, um órgão especializado em assuntos internacionais, a Assessoria de Assuntos Internacionais, AISA⁷, mostrando atenção, ainda que inicial, aos assuntos globais.

⁶ A Declaração de Oslo de 2007 foi uma iniciativa dos ministros de relações exteriores de Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia. Nela os ministros demonstram sua preocupação em mostrar explicitamente que a saúde era tema de política externa e investimentos na área são fundamentais para o desenvolvimento e o crescimento econômico, concordando que problemas sanitários podem levar a perigos na estabilidade e na segurança dos países. Nesse documento, os ministros acordam em dar mais atenção à saúde através de uma série de iniciativas (AMORIM *et al*, 2011).

⁷ A AISA “constitui órgão de atuação do Gabinete do Ministro de Estado e responde pela elaboração das diretrizes, coordenação e implementação da política internacional do Ministério da Saúde, assim como pela posição brasileira sobre temas de saúde em âmbito internacional, de acordo com as diretrizes da Política

Já em 2006, o governo brasileiro, por meio do MS e da Fiocruz, assinou com a Organização Pan-Americana de Saúde o Termo de Cooperação nº41 (TC 41), formalizando o Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores (MRE) e o MS. O TC 41 ocorreu em função da intensificação das iniciativas de cooperação realizadas pelo Brasil, acompanhadas pelo escritório da OPAS no país que, em conjunção com a Oficina de Washington, buscava realizar um programa de ação com base nas necessidades demonstradas pelos países. O que acontece a partir do TC 41 é a facilitação da realização de processos de cooperação triangular⁸ entre o governo brasileiro, através do MS e suas agências, em destaque SGTES⁹ e Fiocruz, a OPAS e os países receptores e suas instituições (ALVES *et al*, 2010). Conforme SANTANA (2012: 92), o TC 41 potencializa os projetos existentes, ao objetivar “intensificar o intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições de saúde brasileiras e dos países integrantes da OPAS/OMS, com prioridade para a África lusófona e a América Latina”, ao mesmo tempo em que permite a atuação internacional de diversas instituições brasileiras e está fundamentado em alinhamento, horizontalidade e autonomia.

As ações de política externa para a saúde, no Brasil, são, portanto, recentes. Mesmo que o seu início tenha sido em meados do século XIX, a saúde era ainda vista de uma forma secundária, inclusive no momento em que o Brasil era protagonista na criação da OMS. Isso permaneceria durante as primeiras fases da instituição, momento em que ela era especialmente voltada a assuntos técnicos. A partir da redemocratização brasileira e das políticas públicas sanitárias descentralizadoras é que o país engaja-se com maior vigor no tema da saúde internacionalmente. Esse período coincide com um momento de maior abertura da OMS, que alarga sua agenda e vê a saúde sob o ponto de vista do desenvolvimento humano. As ações em saúde iniciaram a partir de problemas internos do país e logo se expandiram. Promovidas em um momento em que a saúde era vista mais em função de uma perspectiva economicista, a área cresce em importância com o passar do tempo. Nos últimos anos ressurgem uma visão da política externa, como um todo, que

Externa do Brasil, e em permanente articulação com as áreas técnicas das Secretarias e das Unidades Vinculadas do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2013).

⁸ A cooperação triangular é uma forma complementar à cooperação bilateral. Pode envolver dois Estados e uma organização internacional ou também três Estados, por exemplo. Pode haver auxílio no financiamento, no aprendizado de novas práticas de cooperação, entre outros.

⁹ A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) marca a valorização na área de recursos humanos na saúde, formulando políticas orientadoras de gestão, formação e qualificação na área. Ver mais em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes>

favorece a cooperação Sul-Sul; a ela, o setor sanitário se alinha, emergindo o conceito de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. Isso deu-se sob os pressupostos da diplomacia em saúde, através da aproximação entre o MRE e o MS. Essas tendências nacionais estão atreladas a contextos mais amplos e que também influenciam, como o regional, a ser analisado na sequência.

4. Acordos regionais em saúde

A forma a qual o tema da saúde insere-se na agenda do regionalismo nas Américas também é de importante destaque. Para os fins do presente trabalho, tornam-se importantes especialmente os casos em que o Brasil está envolvido, dado que a influência das organizações pode ser importante para explicar as políticas nacionais.

Como já dito anteriormente, a primeira Conferência Sanitária Internacional sediada no continente foi em 1881, em Washington. Mais à frente, em 1902, viria a ser criada a Oficina Sanitária Internacional, transformada em 1923 na Oficina Sanitária Pan-Americana, a qual viria a se tornar a Organização Pan-Americana de Saúde em 1943. A OPAS possui autonomia em matéria de saúde frente à OEA e, com a criação da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde, tal organização passou também a fazer parte do sistema ONU, vinculando-se à OMS e constituindo o escritório regional para as Américas. Sua fonte de financiamento foi sempre limitada, contudo cresceu ao longo do tempo, e suas principais provisões de recursos foram de países-membro, de fundações, como a Fundação Rockefeller ou a Fundação Kellogg, e de instituições vinculadas à ONU. A OPAS, desde sua criação, busca criar um ambiente regional de cooperação, em que se elaborem ações e políticas que melhorem o estado da saúde pública nos países da região a partir de uma agenda comum (NUNES, 2007; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002). Conforme a organização, ela busca a horizontalidade, uma vez que seus trabalhos são de “cooperação técnica entre países, orientada ao fortalecimento de capacidade própria para sua autosuficiência e desenvolvimento em matéria de saúde, superando as concepções Norte-Sul” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1998: 10).

Os temas abordados nas primeiras décadas eram semelhantes ao restante do mundo. As doenças infecciosas constituíam a base da agenda, sendo a febre amarela um dos maiores

temores da época. A preocupação era principalmente em relação às consequências que isso traria às questões comerciais e havia temor quanto aos portos marítimos. Os dois elementos mais relevantes na relação entre a instituição e os países que dela faziam parte, até 1947, seriam a difusão de ideias científicas relacionadas à saúde, essencialmente através das Conferências sanitárias Pan-Americanas e do Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana, e relacionadas à notificação e às formas de combate às doenças transmissíveis – mediante a aprovação do Código Sanitário Pan-Americano de 1924-. Outros temas foram discutidos, como reforma da saúde pública, saúde materno-infantil, câncer e problemas de nutrição. Ao final desse período, o Brasil ganhava cada vez mais importância em termos de participação e as ações de cooperação começavam a ser mais impactantes (LIMA, 2002: 47-63; NARRO, 2012).

Desse período até meados da década de 1960, houve a criação da OMS e a execução de uma nova política dos Estados Unidos de manter relações bilaterais com os governos latino-americanos. Estes dois fatos viriam a impactar a Organização Pan-Americana da Saúde no novo contexto da Guerra Fria. A partir daí, por exemplo, os EUA tenderiam a suspender alguns recursos e programas relacionados à OPAS. A cooperação entre países e com a organização, entretanto, foi facilitada pela criação de novos centros numa divisão por zonas, de forma descentralizada, um deles no Rio de Janeiro. De toda forma, entre os temas preponderantes do período houve alterações: saúde dos trabalhadores, migrações, saúde mental, organizações de serviços nacionais de saúde, zoonoses, alimentos, fármacos, relações entre saúde pública e seguros sociais e questões de engenharia sanitária entrariam na pauta, enquanto a saúde materno-infantil ganharia mais peso com trabalho conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Ainda que a agenda tenha sido ampliada, assuntos anteriores, especialmente os relacionados a doenças transmissíveis, continuaram importantes, tal qual é o caso da febre amarela, a qual continuou como matéria prioritária para o Brasil durante algum tempo (LIMA, 2002: 73; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002: 34).

Nos anos seguintes, especialmente no Brasil, esteve em curso um período de urbanização. Esse momento suscitava desafios comuns aos países da América Latina, que dizem respeito a como se desenvolver e, ao mesmo tempo, garantir a suas populações acesso aos bens e serviços básicos. Muitos países também passaram por regimes ditatoriais, altamente centralizadores, e por planos de desenvolvimento que afetariam suas infraestruturas. Até o

começo da década de 1970 houve, de modo geral, crescimento econômico, inclusive com o Brasil passando pelo período do “milagre”. Em relação às realizações da organização nesse período e seus temas centrais, vale destacar, além da contínua preocupação com doenças infecciosas, a varíola, como destaque, fora erradicada no ano de 1973, incursões no campo dos recursos humanos, com a criação de novos cursos, por exemplo, melhoria no serviço de acesso à informação, preocupações com a mortalidade infantil, entre outras. Áreas como a do saneamento e do ambiente ganhariam peso significativo, com o desenvolvimento da engenharia sanitária. Além disso, houve reconhecimento da saúde como direito fundamental do indivíduo e que o dever do Estado era assegurá-lo (LIMA, 2002: 79; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002: 37-41).

A partir da década de 1980, a instituição prossegue sua evolução rumo ao alargamento da agenda, visando cada vez mais definir a saúde como direito humano, não mais como um recurso para estimular ou não obstaculizar o comércio, como motivado em seu início. A partir disso, também, a saúde foi definida em uma perspectiva de defesa da paz- vale a lembrança de que ocorreram guerras civis na América Central-. A OPAS defendeu ideais inclusive dissonantes ao contexto regional da época, de crise econômica, de políticas liberalizantes e de cortes em gastos públicos, como viria a ser o Consenso de Washington. Além disso, novas ameaças surgiram, especialmente no campo das doenças infecciosas, com a AIDS. Também foi defendida a abordagem interdisciplinar da saúde, com fomento a conhecimentos inclusive nas ciências sociais. A engenharia sanitária continuou a ser desenvolvida, assim como o desenvolvimento de recursos humanos aprofundou-se, especialmente a partir de 1985, com a criação de novos programas de treinamento. A organização intercedeu também pelos princípios do programa Saúde para Todos, defendendo a descentralização de serviços de prestação primária de saúde¹⁰. Transformar os sistemas de saúde dos países era visto como uma necessidade, por meio do aprimoramento da infraestrutura, fomento à atenção primária de saúde e atenção a grupos vulneráveis. A agenda foi ainda mais além dos temas tradicionais, abarcando novos assuntos, como a violência, e novas abordagens para questões já antigas foram adotadas (LIMA, 2002: 94-105; AUER & ESPINEL, 2011: 123; PRATA, 2007: 94; PIRES-ALVES *et al*, 2012: 446).

¹⁰ No caso brasileiro, isso foi reforçado pelo período democratizante e pela oposição à alta centralização do governo autoritário, além de sua fraca prestação de serviços públicos; assim, foi criado o SUS.

A OPAS, no entanto, não é a única organização regional a tratar de saúde na América Latina. Embora historicamente tenha havido outras que trataram do tema, para entender o que se passa hoje na região, é mais válido analisar as instituições atuais, especialmente aquelas as quais o Brasil faz parte, quais sejam: o Mercado Comum do Sul e a União de Nações Sul-Americanas, já que ambos tratam de saúde, mesmo que não seja exclusivamente ou o propósito único dessas organizações.

O Mercosul foi criado em março de 1991 com a assinatura do Tratado de Assunção por Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. Além desses citados, também faz parte como país membro a Venezuela, que entrou no bloco em 2012. São países associados Bolívia (Estado membro em processo de adesão), Chile, Peru, Colômbia, Equador, Suriname e Guiana – ou seja, todos os países sul-americanos fazem parte, como membros ou associados. Como seu próprio nome indica, a intenção era criar um mercado comum na região, através da integração política, econômica e social.

O viés do Mercosul, em sua primeira fase, era prioritariamente econômico. Dessa forma, as questões de saúde, principalmente aquelas que datam de período mais próximo da assinatura do Tratado de Assunção, são majoritariamente referentes a questões produtivas e ligadas ao comércio, que possam atuar como um facilitador deste. Assim, uma análise da agenda do Mercosul sugere que temas como adoção de medidas sanitárias da Organização Mundial do Comércio, medidas para livrar a região de doenças transmissíveis e riscos como a febre aftosa e a influenza aviária, relação com produtos médicos e indústria farmacêutica, medidas de controle fitossanitário, harmonização de padrões sanitários e de profissões de saúde, foram os que mais tiveram resoluções, entre outros que apareceram menos, embora também estivessem na pauta, como saneamento, por exemplo (OIRÃ, 2015). Houve, dessa maneira, “harmonização das legislações nacionais referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, como também os protocolos de vigilância epidemiológica e o controle sanitário” (ALVES *et al*, 2010: 25). Um balanço inicial dos temas debatidos em três órgãos do Mercosul (CMC, CCM e GMC) sugere que, em relação aos documentos que possuem foco principalmente apontado para a preocupação com o tema da saúde pública, sem considerar aqueles essencialmente ligados a padrões de comércio, o número é de aproximadamente 80 até 2013.

Vale salientar também a criação da Reunião de Ministros de Saúde em 1995, responsável pela proposição de medidas de saúde para o bloco e a criação do Subgrupo de Trabalho 11 Saúde (SGT 11). O primeiro traz à tona temas que busquem o conhecimento regional, economia conjunta, ações de capacitação, fortaleçam estratégias, articulem ações entre organizações não-governamentais (ONGs) e instituições internacionais, além de prevenção de doenças, como HIV e dengue, política de medicamentos, doação e transplante, controle de riscos e outros (QUEIROZ & GIOVANELLA, 2011; UNASUL, 2010: 4). Já o segundo é responsável pelo marco regulatório e é integrado por dirigentes, especialistas e técnicos com o objetivo de harmonizar legislações e regulamentações, eliminando obstáculos ao comércio regional e objetivando a promoção da saúde. Antes da criação do SGT 11, as matérias de saúde eram elaboradas pelo Subgrupo de Trabalho 3, que tinha como objetivo fornecer padrões e eliminar obstáculos técnicos à livre circulação de produtos alimentícios e sanitários (QUEIROZ & GIOVANELLA, 2011).

Relacionado ao bloco, há ainda a questão das recentes negociações conjuntas dos países do Mercosul sobre compra de medicamentos de alto custo. A inédita negociação entre os países e as farmacêuticas foi iniciada em acordo de julho de 2015, no âmbito da Reunião de Ministros de Saúde. Foi criado, então, um comitê *ad hoc* para tratar do tema. Em 13 de novembro do mesmo ano a transação foi concluída. A iniciativa resultou em descontos de até 83% em medicamentos da AIDS, além de possibilitar a oportunidade de compra de remédios de maior eficácia para hepatite c (BRASIL, 2015). Dessa forma, além de fortalecer o relacionamento entre os países, também garante melhores condições a todos. Países pequenos, que antes compravam em baixa escala e, assim, alcançavam poucos benefícios em relação àqueles que realizavam compras grandes, agora se veem com vantagens também. Outra rodada de compras está prevista para 2016, desta vez focada em medicamentos para AIDS e câncer (BRASIL, 2015).

A partir do início dos anos 2000, porém, começam debates regionais para a formação de uma nova organização. Sua culminância seria a criação, em maio de 2008, da Unasul, através da aprovação de seu Tratado Constitutivo. Seus ideais são multissetoriais e congregam o Mercosul e a Comunidade Andina de Nações (CAN). Seus países membros são os doze Estados independentes da América do Sul. A partir da sua criação, um dos órgãos que se destaca é o Conselho Sul-Americano de Saúde. Embora haja sobreposição de temas com outras instituições existentes, como o Mercosul, percebe-se que os assuntos

prioritários ou que se referem aos interesses dos Estados da região em geral são levados ao órgão de saúde da Unasul. Caso não seja aprovado, ou então seja relativo a interesses específicos a um grupo de países pertencentes a outra organização, o assunto é levado a esta outra instituição; no caso do Brasil, ao Mercosul. Isso ocorre de modo que, desde a sua criação, a Unasul atua como um polo bastante marcante em assuntos de saúde, ao mesmo tempo em que não exclui completamente o funcionamento de outras instituições, que permanecem tendo na prática a possibilidade de criar marcos regulatórios na área.

Uma análise documental de resoluções e normas da organização sugere alguns assuntos discutidos. Os planos de ação 2010-2015 do Conselho Sul-Americano de Saúde afirma que as áreas de trabalho são: Rede Sul-Americana de Vigilância e Resposta em Saúde; Desenvolvimento de Sistema de Saúde Universais; Acesso Universal a Medicamentos; Promoção da Saúde e ação sobre os determinantes da Saúde; Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde. Outros temas ainda são citados como passíveis de discussão pelos ministros e de incorporação na pauta, como soberania alimentar; fome, alimentação e nutrição; saúde ambiental; saúde nas fronteiras; saúde de imigrantes; emergências e desastres; gênero; saúde mental; interculturalidade; carreira sanitária (do profissional em saúde); e violência. Ainda podem ser citados como temas os quais existem resoluções ou normas: controle de doenças, como influenza H1N1, dengue, chagas, câncer, e saúde pública, propriedade intelectual e inovação, entre outros. Percebe-se, portanto, que a agenda é bastante ampla e envolve temas mais sociais do que os do Mercosul (UNASUL, 2010). Um diagnóstico inicial de documentos gerais, declarações, acordos, comunicados e protocolos realizados no âmbito da Unasul envolvendo a temática da saúde, até o ano de 2013, aponta para cerca de 92 documentos elaborados (OIRÃ, 2015).

Os temas preponderantes de atuação das três organizações, nos diferentes momentos de cada uma, estão definidos na Tabela 1 abaixo. Fica evidente que mesmo organizações que surgem com propósitos mais comerciais e preocupações economicistas da saúde, acabam evoluindo para um enfoque mais social e expandindo sua agenda, mesmo que em níveis distintos, casos da OPAS e do Mercosul. No caso da Unasul, sua relação com a saúde é desde o início política e social, como a organização se propõe.

Tabela 1 – Principais Temas Regionais em Saúde

Organização (Período)	Alguns temas principais
OPAS (1902 – 1947)	Doenças infecciosas (principalmente febre amarela); difusão de ideias científicas e de formas de combate a doenças; reforma da saúde pública; saúde materno-infantil; câncer; nutrição.
OPAS (1947 – 1960)	Saúde dos trabalhadores; migrações; saúde mental; organizações de serviços nacionais de saúde; zoonoses; alimentos; fármacos; saúde pública e seguros sociais; engenharia sanitária; saúde materno-infantil; doenças transmissíveis.
OPAS (1960 - 1982)	Doenças infecciosas; recursos humanos; acesso à informação; saúde infantil; engenharia sanitária; reconhecimento da saúde como direito fundamental.
OPAS (1982 até o presente)	Saúde como direito humano; defesa da saúde em prol da paz; doenças infecciosas (surgimento da AIDS); abordagem interdisciplinar (ciências sociais); engenharia sanitária; recursos humanos; reforma dos sistemas de saúde; novos temas (violência, por exemplo).
Mercosul como um todo (1991 até o presente)	Harmonização das legislações nacionais referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde: controle fitossanitário, doenças infecciosas, indústria farmacêutica, adoção de medidas sanitárias.

Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul (1995 até o presente)	Doenças; política de medicamentos; doação e transplante; controle de riscos; capacitação; estratégias conjuntas.
SGT 11 – Mercosul (1996 até o presente)	Elimininar obstáculos ao comércio regional e objetivar a promoção da saúde.
Unasul Saúde (2008 até o presente)	Vigilância e resposta; desenvolvimento de sistemas de saúde universais; acesso universal a medicamentos; promoção da saúde e ação sobre seus determinantes; recursos humanos; soberania alimentar; fome, alimentação e nutrição; saúde ambiental; saúde nas fronteiras; saúde de imigrantes; emergências e desastres; gênero; saúde mental; interculturalidade; carreira sanitária (do profissional em saúde); violência; controle de doenças; saúde pública, propriedade intelectual e inovação.

Fonte: Base de dados do Oirã – Grupo de Pesquisa e Extensão em Cooperação Regional (2015) e elaboração própria do autor.

Há que ser salientado que existem outras organizações na América Latina que tratam de assuntos sanitários. São elas a Comunidade Andina de Nações, a Comunidade do Caribe (CARICOM), o Sistema da Integração Centro-Americana (SICA), a Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América (ALBA), o Projeto Integração e Desenvolvimento Mesoamérica (Projeto Mesoamérica) e a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA). Entre essas, o Brasil só faz parte da OTCA.

Isto posto, o que se vê é que desde o início da cooperação em saúde na América Latina, em 1902 com a criação da Oficina Sanitária Internacional, os valores de colaboração internacional estão colocados. As três organizações mais importantes no que remete ao Brasil são referência no assunto e possuem papel na discussão de políticas sanitárias. A vinculação delas com a política externa brasileira, especialmente no período dos governos

FHC e Lula, ocorre em um contexto em que a saúde passa a ser debatida como possível meio de obtenção de *soft power*, o que pode ser objeto de estudos posteriores.

Conclusão

O tema sanitário na agenda do regionalismo nas Américas teve seu início com a primeira conferência sanitária internacional no continente, em 1881. A partir disso, iniciativas foram realizadas, como são o caso da OPAS, Mercosul e Unasul. Em relação ao Brasil, evidencia-se seu papel desde os primeiros movimentos em saúde no continente, visto que esteve presente nos primeiros passos das iniciativas regionais. Apesar disso, observa-se que o destaque dado à saúde dentro da política externa era apenas secundário, obtendo força especialmente após a redemocratização. Isso foi potencializado a partir das perspectivas da autonomia pela integração e autonomia pela diversificação, respectivamente, que impuseram novas abordagens na política externa. Uma delas é a cooperação Sul-Sul estruturante em saúde, que remete ao modelo de cooperação sanitária exercida.

Dessa forma, vale ressaltar a importância especial de três organizações as quais o Brasil possui importante relacionamento: OPAS, Mercosul e Unasul. Em relação à primeira, a ligação vem desde o início do século passado e se estende por todo ele. No caso do Mercosul, inicia a partir do início da década de 1990 e, com a Unasul, 2008; está em todas as três, pois, desde a criação. Por se tratarem de instituições diferentes, no entanto, que abarcam períodos históricos e focos divergentes, o tema da saúde não é necessariamente abordado da mesma maneira. Em relação à OPAS, mais antiga, percebe-se que a agenda evolui de aspectos mais informativos e restritos a iniciativas mais amplas, representando, assim, um alargamento. Sobre o Mercosul ocorre caminho semelhante: desta vez, contudo, a instituição inicia com uma ênfase estritamente comercial, mesmo nos assuntos sanitários, o que muda com o passar dos anos. Com a Unasul, por sua vez, há uma diferença, haja vista que a organização já é criada a partir de aspectos sociais e políticos, refletindo, dessa maneira, uma agenda mais aberta que as iniciais das outras citadas.

Observa-se, em suma, que o estado atual do regionalismo em saúde na região, a partir das principais instituições as quais o Brasil faz parte, aponta para um alargamento da agenda a

temas de diversas áreas. Assim, mesmo instituições que surgem puramente comerciais, como o Mercosul, expandiram sua agenda.

A preocupação com a temática da saúde cresceu no Mercosul, perdendo seu caráter exclusivamente comercial: exemplos são a criação do SGT 11 e da Reunião de Ministros de Saúde. Esses mecanismos, contudo, ainda podem ser mais utilizados e permanece um predomínio dos temas ligados ao comércio. O acordo de compra conjunta de medicamentos de alto custo representa já um avanço nesse sentido, visto que possibilita maior cooperação e integração entre os países, ao mesmo tempo em que beneficia a todos. No entanto, ao mesmo tempo em que é um passo à frente, esse mesmo caso demonstra a dificuldade de se desligar do aspecto econômico, já que o projeto foi elaborado tendo em vista a diminuição de gastos com esses medicamentos.

Já na Unasul, o que se percebe é que há mais discussão e vontade política. Isso ocorre em maior dimensão do que no Mercosul, a despeito da criação recente da instituição. O que parece faltar aqui, entretanto, é sair do plano das ideias e entrar mais na prática. Nota-se que há uma dificuldade em transformar o que é debatido em ação e benefício na prática. Se o discurso já demonstra algo importante, por evidenciar a vontade política, a prática é necessária para que se transforme em realidade concreta para proveito dos povos dos países em questão.

No caso brasileiro, os benefícios poderiam ser aproveitados de diversas formas. Projetos em conjunto podem favorecer desde o controle de problemas transnacionais até a melhora nas condições de barganha na compra de medicamentos, como já visto. Além disso, o país pode se colocar como um líder regional, como demonstra querer em sua política externa. Nesse caso, a área sanitária tem muito a oferecer e o país parece ter condições para alcançar tal *status* de modo mais relevante. Demais benefícios ainda dizem respeito ao aprendizado com técnicas de outros países que se traduzam em melhoria nas práticas de saúde nacionais.

Ainda há, portanto, modos de aproveitar melhor a cooperação em saúde na região, com benefícios para os países que fazem parte do Mercosul e da Unasul. Nesse grupo, o Brasil aparece como ator importante e que pode ser beneficiado ao se engajar em projetos.

Bibliografia

ALMEIDA, Ceila. *et al.* (2010), “A concepção brasileira de ‘cooperação Sul-Sul estruturante em saúde’”. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, Rio de Janeiro, vol. 4, No. 1, pp. 25-35, <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/352554>.

ALVES, Fernando. A. P.; PAIVA, Carlos. H. A.; SANTANA, José. P. (2010), “Cooperação Internacional, Política Externa e Saúde: contribuição ao processo de avaliação do Termo de Cooperação Opas-Brasil nº41 (TC 41)”. Observatório História e Saúde, http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/CooperacaoInternacional_PoliticaExterna_e_Saude.pdf.

AMORIM, Celso. *et al.* (2011), “Oslo Ministerial Declaration - Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time”. The Lancet, Oslo, vol. 369, No 9570, pp. 1373–78, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2807%2960498-X/abstract>.

AUER, Annella e ESPINEL, Juan E. G. (2011), “The Pan American Health Organization and international health: a history of training, conceptualization, and collective development”. Rev Panam Salud Publica, vol. 30, No 2, pp. 122-132, http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000800003&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

BUSS, Paulo M. e FERREIRA, José R. (2011), “Brasil e saúde global”. In: Política Externa Brasileira: a política das boas práticas e as práticas da política, organizado por MILANI, Carlos. R. S.; PINHEIRO, Letícia. Rio de Janeiro, Editora FGV, pp. 241-265.

BUSS, Paulo M.; FERREIRA, José. R.; HOIRISCH, Cláudia. (2011), “A Saúde Pública no Brasil e a Cooperação Internacional”. Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade, vol.2, No 2, pp. 213-229.

CLIFT, Charles. (2013), *The Role of the World Health Organization in the International System*. Chatham House, Londres.

FIDLER, D. P. (2001), “The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy”. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, No 9, pp. 842-849, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11584732>.

FORTES, Paulo; RIBEIRO, Helena; SACARDO, Daniela. (2011), “Saúde Global versus Saúde Internacional”. *Saúde no Mundo*, vol. 55, <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=538>.

KICKBUSCH, Ilona.; BERGER, Chantal. (2010), “Diplomacia da Saúde Global”. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, vol. 4, No 1, pp. 19-24.

LIMA, Nísia T. (2002), “O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões”. In: *Caminhos da Saúde no Brasil*, organizado por FINKELMAN, J. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 24-116, <http://books.scielo.org/id/sd/03>.

NARRO, Mabel V. (2012), “Organización Panamericana de la Salud: 110 años promoviendo la salud”. *RPP Notícias*, Lima, http://www.rpp.com.pe/2012-12-03-organizacion-panamericana-de-la-salud-110-anos-promoviendo-la-salud-noticia_546041.html.

NUNES, Eduardo S. N. (2008), “O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde”. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, vol. 28, No 56, pp. 597-601, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-01882008000200020&script=sci_arttext.

PINHEIRO, Letícia. “Autores y actores de la política exterior brasileña”. *Foreign Affairs Latinoamérica*, vol. 9, No 2.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos H.A.; SANTANA, José P. (2012) “A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira”. *Rev Panam Salud Publica*, vol. 32, No 6, pp. 444-450, <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n6/a08v32n6>.

PRATA, Aluizio. (2007), “Vigilância em saúde e controle de doenças na Organização Pan-americana de saúde e globalização”. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, vol. 40, No 1, pp. 94-95, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822007000100022&script=sci_arttext.

QUEIROZ, Luisa. G.; GIOVANELLA, Ligia. (2011), “Agenda Regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas”. Rev Panam Salud Publica, vol. 30, No 2, pp. 182-188, http://www.paho.org/journal/index.php?gid=295&option=com_docman&task=doc_download.

SANTANA, José F. N. P. (2012), *Cooperação Sul-Sul na Área da Saúde: Dimensões Bioéticas*. Brasília, UNB, <http://repo.bioeticaediplomacia.icict.fiocruz.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/161/TESE%20Paranagua.pdf>.

VENTURA, Deisy. (2013), *Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A (H1N1)*. São Paulo, Outras Expressões, 2013.

VIGEVANI, Tullo.; CEPALUNI, Gabriel. (2007), A “Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação”. Contexto Internacional, Rio de Janeiro, vol. 29, No 2, pp. 273-335.

VIGEVANI, Tullo; OLIVEIRA, Marcelo F. (2003), “A Política Externa Brasileira na era FHC: Um Exercício da Autonomia pela Integração”. Tempo Social, São Paulo, vol. 15, No 2, pp. 31-61.

ZARPELON, Janiffer T. G. (2013), “A diplomacia da Saúde Brasileira: Cooperação Sul-Sul no governo Lula (2003 – 2010)”. Mundorama, <http://mundorama.net/2013/07/19/a-diplomacia-da-saude-brasileira-cooperacao-sul-sul-no-governo-lula-2003-2010-por-janiffer-tammy-gusso-zarpelon/>.

Documentos

BRASIL. (2006), Ministério da Saúde. ‘Entendendo o SUS’, (Brasil: MS), <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>.

BRASIL. (2013), Ministério da Saúde. ‘Apresentação Aisa’, (Brasil: MS), <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/281-aisa/12-aisa/319-texto-apresentacao-aisa>.

BRASIL. (2015), Ministério da Saúde. ‘Países economizam até 83% em primeira compra conjunta de medicamentos’(Brasil: MS), <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20764-paises-economizam-ate-83-em-primeira-compra-conjunta-de-medicamentos>.

HARVARD. ([200?]), ‘Concepts of Contagion and Epidemics’(Cambridge: Harvard), <http://ocp.hul.harvard.edu/contagion/concepts.html>.

INTERNATIONAL SANITARY CONFERENCE. (1881), ‘Proceedings of the International Sanitary Conference, 1881’, <http://pds.lib.harvard.edu/pds/view/6342085>.

OIRÃ – GRUPO DE PESQUISA E EXTENSÃO EM COOPERAÇÃO REGIONAL. (2015), Oirã. ‘Base de dados Oirã’. UFSC, Florianópolis.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. (1998), ‘Cooperação Técnica entre países: Pan-Americanismo no Século XXI’. 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Washington D.C.: OPAS), http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1262&layout=blog&Itemid=1158&lang=es.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2002), ‘Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en República Dominicana: 1902 – 2002’. (República Dominicana: Organización Panamericana de la Salud), http://www1.paho.org/dor/images/stories/archivos/libro_100_anos_ops.pdf.

UNIÃO DE NAÇÕES SUL-AMERICANAS. (2010), ‘Conselho de Saúde Sul-Americano: Plano Quinquenal 2010 – 2015’. Unasul Saúde.