

---

## **Cooperação Estruturante em Saúde e o potencial da cooperação Sul-Sul: os casos do ‘Mais Médicos para o Brasil’ e da ‘Sociedade Moçambicana de Medicamentos’**

### **Structural Cooperation in Health and the potential of South-South Cooperation: the cases of ‘More Doctors for Brazil’ and the Mozambican Society of Medicines**

Daniela Prandi

Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais - Universidade Federal da Paraíba – UFPB

E-mail: [prandidaniela@yahoo.com.br](mailto:prandidaniela@yahoo.com.br)

Henrique Zeferino de Menezes

Professor do Departamento de Relações Internacionais da Universidade Federal da Paraíba – UFPB

E-mail: [hzmenezes@ccsa.ufpb.br](mailto:hzmenezes@ccsa.ufpb.br)

**Resumo:** O artigo analisa dois casos específicos de cooperação sul-sul em saúde – o Programa *Mais Médicos para o Brasil* e o processo de construção da *Sociedade Moçambicana de Medicamentos*. A análise desses casos joga luz a uma questão importante nas discussões contemporâneas em Saúde Global e nos estudos sobre cooperação internacional em saúde. Basicamente, busca-se demonstrar como arranjos de cooperação entre países que enfrentam limitações materiais significativas – mas que possuem *expertise* e relativa capacidade material – permitem a criação de dinâmicas colaborativas com resultados satisfatórios. Assim, dialogando criticamente com o conceito de cooperação estruturante em saúde, esse trabalho propõe uma leitura particular sobre as potencialidades da cooperação em saúde entre países do Sul Global e mostra como iniciativas particulares podem ter potencial transformador nos sistemas de saúde dos países receptores.

**Palavras-Chave:** Cooperação Sul-Sul, Cooperação Estruturante em Saúde, Saúde Global.

**Abstract:** The article analyzes two cases of South-South cooperation in health - the 'More Doctors for Brazil' Program and the process of construction of the Mozambican Society of

Medicines. The analysis of these cases highlights an important issue in contemporary discussions on global health and in studies on international cooperation in health. Basically, it seeks to demonstrate how cooperation arrangements between countries that face significant material limitations - but that have some expertise and relative material capacity - allows the creation of collaborative dynamics with satisfactory results. Thus, in a critical dialogue with the concept of structuring cooperation in health, this work proposes a particular reading about the potentialities of health cooperation between countries of the Global South and shows how particular initiatives can have transformative potential in recipient countries health systems.

**Keywords:** South-South Cooperation, Structural Cooperation in Health, Global Health.

## **1. Introdução**

Esse artigo analisa dois casos específicos de cooperação técnica em saúde entre países do Sul Global, com o objetivo de apresentar uma leitura específica sobre o potencial desse tipo de arranjo cooperativo que se estabelece entre países que sofrem de importantes limitações materiais, mas possuem capacidade técnica em áreas específicas. O primeiro caso analisado é o arranjo de cooperação entre Brasil, OPSA e Cuba em atenção básica em saúde (AB), por meio do *Programa Mais Médicos para o Brasil* (PMMB). O segundo caso seria a colaboração Brasil-Moçambique no combate ao HIV/AIDS, que se insere em um marco mais amplo de cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs), que resultou na construção da *Sociedade Moçambicana de Medicamentos* (SMM).

Os dois casos analisados ilustram o potencial de Cooperação Sul-Sul (CSS) em saúde, que privilegia as capacidades e *expertises* dos países doadores como resposta a demandas específicas dos receptores. Ainda, buscamos estabelecer um diálogo com a interpretação e o conceito de **cooperação estruturante em saúde** apresentado pela literatura brasileira que se dedicou à questão, propondo, dessa maneira, uma leitura particular sobre o significado de cooperação estruturante e sobre as potencialidades da cooperação em saúde entre países do Sul Global.

O trabalho se estrutura em três sessões específicas, além dessa introdução e das considerações finais: em um primeiro momento, é traçada uma discussão a respeito da interconexão entre saúde pública e política internacional, que vem a configurar o que se

convencionou nomear como Saúde Global. Encarado como um aprimoramento do obsoleto conceito de Saúde Internacional, a Saúde Global seria uma nova forma de observar e analisar questões de saúde em um cenário globalizado, que agrega aos novos desafios em saúde uma maior diversidade de atores envolvidos nos processos que incidem sobre os resultados globais em saúde. Cabe destaque aos países do Sul Global e às propostas contidas nos arranjos de CSS para dar respostas alternativas e estruturantes em seus programas e estratégias.

A segunda sessão analisa as potencialidades de Cuba no provimento de cooperação técnica em saúde especificamente voltada à atenção básica em saúde, enfocando a construção dessas capacidades nacionais e sua manifestação no arranjo de cooperação triangular Cuba/OPAS/Brasil. Esse acordo tem como objetivo justamente o aperfeiçoamento das políticas brasileiras de atenção básica em saúde no âmbito do SUS, notadamente, um dos principais desafios brasileiros em saúde pública. Em consonância, a terceira sessão apresenta outro arranjo de cooperação técnica em saúde envolvendo o Brasil, mas dessa vez como doador. Especificamente, analisa-se a implantação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos, enfatizando a capacidade técnica e produtiva brasileira na produção de genéricos e a integralidade de sua cooperação técnica para o combate do HIV/AIDS, que replica a política nacional de AIDS em sua totalidade, o que engloba os elementos da prevenção e do tratamento.

## **2. Saúde Global e Cooperação Internacional em Saúde**

Atualmente é possível afirmar que a saúde tem se apresentado como um tema de grande relevância no delineamento da política externa dos países e na construção de compromissos internacionais e agendas globais de desenvolvimento<sup>1</sup>. Uma explicação possível para uma maior aproximação entre questões de saúde pública e política internacional seria a globalização e o estreitamento das relações políticas, econômicas e sociais entre os povos. Em face de uma maior integração entre diferentes populações, os problemas em saúde tendem a avolumar, assim como as soluções demandam maior dinamismo e cooperação para a propositura de

---

<sup>1</sup> As duas agendas globais de desenvolvimento das Nações Unidas do século XXI, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são exemplos claros dessa maior importância da saúde na agenda internacional.

soluções. Como explicam alguns analistas, essa transformação se expressaria conceitualmente na substituição da noção de Saúde Internacional para a de Saúde Global (Fidler, 2005; Drager & Fidler, 2007; McInnes & Lee, 2012).

A gênese da interconexão entre saúde pública e política internacional está na prática do uso de quarentenas, em meados do século XIX, que estruturou uma narrativa específica sobre quais seriam as questões centrais em saúde internacionalmente. Esse arcabouço, ao longo da história, sustentou não apenas as percepções a respeito de quais são as problemáticas centrais oriundas da dinâmica Saúde Pública/Política Internacional, como também a estruturação de intervenções específicas nesse campo (Alleyne, 2007; McInnes & Lee, 2012). Nesse sentido, o conceito de Saúde Internacional deriva dessa forma específica de entendimento das interconexões entre saúde pública e política internacional, que substanciou ações conjuntas por parte de determinados Estados em momentos históricos específicos. Como já mencionado, o recurso das quarentenas em meados do século XIX enfocava repostas que pretendiam impedir que doenças típicas dos países do Sul, como a cólera, por exemplo, se espalhassem pela Europa a partir do contato entre comerciantes e viajantes europeus e os países vizinhos externos ao Velho Mundo (Alleyne, 2007).

Do mesmo modo, a relação entre segurança e saúde também estruturou, em grande medida, a elaboração de respostas aos riscos em saúde que ameaçavam a segurança nacional, como a possibilidade de surtos epidêmicos e geração de instabilidade política, bem como o temor em face ao uso de armas biológicas. O que esses exemplos expressam é uma preponderância de abordagens enfocadas em interesses estatais, não apenas tendo o Estado como ator responsável pela estruturação das respostas traduzidas em ação em face aos problemas em saúde, mas principalmente na identificação de quais são os problemas que deveriam ser alvos da comunidade internacional. Essa limitação interpretativa sobre o que seriam os problemas internacionais em saúde e a simplicidade das respostas deram sentido às narrativas e concepções sobre Saúde Internacional (Fidler, 2005; McInnes & Lee, 2012).

Assim, o que se convencionou conceituar como Saúde Internacional demonstrou uma clara limitação no escopo de análises e práticas em saúde pública, considerando a limitada

agenda de prioridades e as intervenções pontuais e verticalizadas que se desenharam para lidar com problemas de saúde específicos. Em grande medida, as narrativas em Saúde Internacional tomaram o curso de priorizar determinados problemas de saúde pública, observando em primeiro lugar os riscos para determinadas sociedades, subalternizando questões próprias de nações da periferia do Sistema Internacional. Essa construção narrativa privilegiou determinados entendimentos sobre quais os riscos em saúde para a comunidade internacional, bem como quais as estratégias a serem lançadas. Essas escolhas, portanto, não podem ser tomadas como uma leitura efetiva da realidade global acerca dos riscos internacionais em saúde, mas uma prática orientada por interesses específicos que determinavam o que era relevante no campo da Saúde Internacional (McInnes; Lee, 2012).

A superação dessa perspectiva reducionista, para uma visão integral de Saúde Global se explica, de um lado, por questões políticas concretas derivadas da globalização e do processo contemporâneo de reorganização das relações econômicas, políticas e sociais. Nesse sentido, os fatores determinantes dos resultados nacionais em saúde perdem suas raízes nacionais com o aumento do fluxo de pessoas, mudanças nos padrões de consumo e alimentação e mesmo com os efeitos globais da poluição. De outro lado, mudanças na própria concepção do que significa saúde e como alcançar sociedade e vidas mais saudáveis e níveis mais elevados de bem-estar, alteraram também as interpretações acerca desse fenômeno internacionalmente.

Ainda que seja um conceito de difícil delimitação, esse novo entendimento a respeito das sinergias entre os campos da saúde pública e da política internacional se baseia, grosso modo, na percepção de que uma nova arquitetura internacional se desenha, agregando mais e novas temáticas, ou problemáticas, além do aumento da participação de outros atores na conformação desse novo desenho de governança em saúde. Nesse cenário que os países do Sul Global ganham preponderância, voz e participação, além de organizações não-Estatais, ONGs e fundações filantrópicas (Kickbusch, 2004; Alleyne, 2008; Garrett, 2013).

Nesse sentido, McInnes e Lee (2012) propõe uma observação fundamental e pertinente: permeada de um componente político, a narrativa corrente da Saúde Global encontra-se sustentada em percepções particulares do mundo globalizado, que apesar de serem,

notadamente, mais amplas e dinâmicas em comparação com a percepção anterior de Saúde Internacional, não representa uma evolução natural no sentido estritamente biomédico, mas sim um reflexo da própria transformação na realidade política do Sistema Internacional. Em síntese, a globalização transforma a maneira como os problemas em saúde pública se desenrolam, mas a narrativa da Saúde Global é, antes de tudo, fundamentalmente política. A seleção de quais questões serão foco nos cálculos de política externa dos países e quais respostas serão dadas às mesmas ainda obedecem, em larga medida, a percepções e relações de poder e interesse e não a puros reflexos de mudança da realidade material.

A própria multiplicidade de atores na construção das narrativas da Saúde Global direciona a análise para outro fator. Os chamados países emergentes, ao fomentarem uma projeção internacional específica e atrelada às suas capacidades e limitações, erigiram suas próprias narrativas a respeito das questões-chave a serem objeto de intervenções públicas internacionalmente, que respondiam claramente às suas próprias demandas. A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), em particular a Cooperação Sul-Sul (CSS), permitiu que tais atores pudessem se engajar em projetos complementares, ou mesmo alternativos, às narrativas dominantes da CID que privilegiavam estratégias e características dos arranjos da Cooperação Norte-Sul. (Lopes, 2008, McInnes & Lee, 2012; Milani & Carvalho, 2013, Paulo, 2014).

A esse respeito, cabe destacar, a atuação dos países do Sul em arranjos de cooperação técnica em saúde também se justifica pelos próprios efeitos da negligência a problemas específicos do Sul nos arranjos tradicionais de cooperação. A manutenção de situações críticas nos níveis de saúde dessas populações atesta que, em sua grande maioria, as ações tomadas até então não levaram ao **empoderamento local** e ao conseqüente **aprimoramento estrutural** dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, ao contrário, negligenciaram a transversalidade dos determinantes da saúde pública, assim como a necessidade de combate à pobreza e as desigualdades sociais<sup>2</sup>. Considerando essas questões, parte significativa dos

---

<sup>2</sup> Por essas razões que algumas doenças específicas de países em desenvolvimento, em virtude de razões demográficas ou climáticas, que ficaram conhecidas como doenças tropicais, acabariam negligenciadas. Da mesma

autores considera que os arranjos de cooperação técnica em saúde entre países do Sul teriam um sentido normativo e prático específico, em razão do compartilhamento de problemas e de *expertise* em áreas específicas, o que permitiria a conformação de **modelos de cooperação estruturante** (Alleyne, 2007; Kickbusch & Ivanova, 2013).

O cerne desta perspectiva se sustenta na noção de que, apesar de possuírem problemas graves em saúde e limitações orçamentárias significativas, determinados países do Sul Global podem contribuir com a arregimentação de arranjos de cooperação técnica em saúde que se voltem à **transformação estrutural** ou **fortalecimento de estruturas mais robustas** em saúde nos países que os recebem. Grosso modo, isto faz referência à própria caracterização de CSS no sentido da potencialidade de países com realidades semelhantes estruturarem arranjos de cooperação técnica mais efetivos em virtude da similitude de seus desafios. Para ilustrar essa potencialidade dos arranjos de CSS em Saúde Global, nos apropriamos do conceito de Cooperação Estruturante em Saúde construído no âmbito da FIOCRUZ e propomos sua extrapolação, ilustrando-o, em sequência, na análise de dois casos específicos de CSS em Saúde (Buss & Ferreira, 2010).

### *2.1 Sobre o conceito de cooperação estruturante em saúde*

Para analisar o conceito de **cooperação estruturante** em termos mais claros e visíveis, é essencial observar a noção trazida por Buss e Ferreira (2010) ao apresentarem o caso da cooperação em saúde prestada pelo Brasil, mas que pode ser extrapolada para o conjunto da Cooperação Sul-Sul em saúde. Esse conceito sustenta a ideia de que os arranjos de cooperação em saúde devem prezar não apenas pela apropriação das tecnologias e conhecimentos disponibilizados pelos doadores, mas sim promover transformações de caráter estrutural nos sistemas de saúde dos países receptores, para responder de forma mais duradoura aos problemas para os quais foram delineados.

---

forma que enfermidades tipicamente relacionadas ao empobrecimento das sociedades se mantinham como problemas a serem superados, mesmo com a existência de respostas já historicamente conhecidas.

Silveira (2011) dialoga com essa percepção ao reforçar que uma cooperação em saúde de caráter estruturante deve congrega dois aspectos fundamentais: o aproveitamento das capacidades internas dos países receptores e o arcabouço de conhecimentos e práticas transmitidos pelos países doadores, de modo a incrementar e incentivar as potencialidades locais, vislumbrando transformações profundas que se afastem da simplicidade de ações paliativas.

A diferenciação feita por Buss e Ferreira (2010) entre ‘assistência técnica’ e ‘cooperação técnica’ ainda seria insuficiente para pensarmos o **elemento estrutural** da cooperação técnica para o desenvolvimento. Segundo os autores, a assistência técnica se basearia em iniciativas pré-definidas, desenvolvidas unilateralmente por doadores, com baixa ou nenhuma participação dos beneficiários. Já a cooperação técnica representaria um esforço conjunto de integrar doadores e beneficiários em uma parceria, na qual as experiências prévias e as orientações estratégicas seriam compartilhadas, visando o planejamento e a execução conjuntos para a sustentabilidade do processo como um todo (Buss & Ferreira, 2010, p 94). A questão essencial para pensarmos em uma idéia de cooperação estruturante estaria destacada de forma reduzida na formulação dos autores.

A sustentabilidade de um processo de desenvolvimento, mesmo pensado em torno de alguma área ou política pública específica, demandaria uma cooperação que abarcasse a amplitude e as diversas dimensões que envolvem uma política. Assim, a lógica da cooperação estruturante deve ter como noção fundamental a promoção da capacidade de um desenvolvimento autônomo e mais abrangente por parte do país receptor. A maior parte da cooperação brasileira é técnica, com o intuito de transferir conhecimento, tecnologias, práticas e tecnologias sociais para os países receptores, de modo a promover o desenvolvimento em determinadas áreas. Entretanto, a cooperação estruturante não pode se dar de forma fragmentada, mas voltada à tentativa de contribuir para a construção de uma política pública estruturada, envolvendo os elementos fundamentais de todo seu processo.

Assim, entendemos cooperação estruturante como uma forma de cooperação que leve à **integração** dos conhecimentos técnicos, recursos humanos, da capacitação institucional e

organizacional e capacidade material e produtiva, de doadores e receptores, necessários para **planejar, implementar ou aprimorar** uma área ou política pública, dando a ela capacidade de sustentação, sem, ainda, desconsiderar as especificidades e capacidades dos países receptores. Ou seja, trata-se de uma definição que extrapola os elementos gerais da Cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento (ou do discurso da cooperação) e mesmo a concepção de cooperação estruturante apresentada anteriormente.

Por meio da análise de duas iniciativas de cooperação, busca-se tratar da potencialidade da cooperação sul-sul em saúde tendo como referência essa noção específica de **cooperação estruturante**. Os casos dizem respeito a países com deficiências e carências técnicas, além de limitações materiais, mas que enfrentam problemas semelhantes, o que permite a difusão de experiências bem-sucedidas. Apesar das restrições enfrentadas, possuem *expertise* para lidar com seus problemas, além de trajetórias políticas construídas e testadas para a solução de determinados problemas que podem ser compartilhados. O histórico de cooperação em saúde prestada pelo governo cubano é certamente o mais importante marco nas experiências de cooperação na área, enquanto o Brasil tem um histórico de atuação internacional no combate ao HIV/AIDS considerável, que remonta a iniciativas junto à Organização Mundial da Saúde e outras organizações do sistema das Nações Unidas dedicadas à questão.

### **3. O Sistema Cubano de Atenção à Saúde e o Programa Mais Médicos para o Brasil**

A literatura que aborda as potencialidades da cooperação Sul-Sul foca especialmente na capacidade dos novos doadores de cooperação técnica, basicamente países emergentes, de projeção regional, e capacidade de assumir a liderança na promoção e aplicação de arranjos de cooperação técnica (Lopes, 2008; Leite, 2012). No campo específico da saúde, um dos mais importantes exemplos na prestação de cooperação técnica não é um Estado com essas características, mas sim uma pequena ilha que devido a um projeto interno de construção de capacidades em recursos humanos em saúde possui imenso potencial na prestação de cooperação técnica em saúde.

O uso da diplomacia em saúde por parte de Cuba tem sua fundação no próprio advento da Revolução Cubana (1952-1959) e nos reflexos da mesma para a estruturação interna da saúde pública na ilha. Com a fuga de cerca de 50% do contingente médico cubano após a revolução, os investimentos em saúde – em especial na formação médica e no escopo da atenção primária – eram essenciais para evitar não apenas uma profunda precarização dos índices de bem-estar nacionais, mas também para fomentar as virtudes do novo governo (Gorry, 2008). Ao contar com um contingente médico expressivo e com treinamento robusto na atenção primária, a capacidade institucional e material endógena cubana em saúde se reverteu na prática de cooperação internacional, que possuía, grosso modo, dois objetivos: difundir o sucesso do novo governo no tocante às políticas públicas essenciais, de modo a gerar capital simbólico para o país, bem como gerar receita através de programas de assistência em saúde que, comparativamente, custavam menos que serviços oferecidos por nações do Norte global (Feinsilver, 1993).

A reputação cubana se ampara na qualidade de seu serviço, o que se explica pela ênfase dada à **atenção primária**. Tal enfoque possui duas explicações fundamentais: a primeira delas seria a dimensão dos custos. Sistemas de saúde orientados para o fortalecimento da atenção básica tendem a ser mais econômicos, uma vez que a resolutividade da atenção básica (considerada a porta de entrada dos sistemas de saúde) diminuiria a pressão sobre serviços mais especializados e conseqüentemente mais caros. A segunda explicação seria justamente a percepção cubana sobre o caráter holístico da saúde e seu reflexo nos fundamentos funcionais da atenção básica. Orientado por uma percepção multidimensional dos elementos que influenciam os índices de saúde, o profissional cubano é treinado para compreender não apenas os sintomas clínicos dos agravos em saúde, mas também a se dedicar aos aspectos socioeconômicos, culturais e psicológicos da população assistida, compreendendo como o ambiente e o estilo de vida dos indivíduos dialogam com sua saúde física e mental. Esse olhar se reflete na noção de cuidado contínuo e integral (Feinsilver, 1993; Gorry, 2012).

Ao contrário de Cuba, o Brasil possui dois problemas fundamentais que incidem sobre seu sistema de saúde: um número insuficiente de médicos para abastecer as iniciativas de

atenção básica no âmbito do SUS, combinado com uma forte desigualdade na distribuição de médicos no território nacional, que privilegia os grandes centros urbanos em detrimento das localidades mais isoladas (especialmente nas regiões Norte e Nordeste). Essa má distribuição é multicausal, podendo ser explicada, por fatores socioeconômicos que afastam médicos de cidades menores ou extremamente isoladas, além da precariedade das unidades básicas de saúde, cujas deficiências estruturais dissuadem a aderência de profissionais médicos aos quadros locais (Campos & Malik, 2008; Campos, Machado & Girardi, 2009). O desabastecimento e desigualdade distributiva são elementos que geram pressões negativas no funcionamento do SUS, o que tornou urgente a formulação de políticas públicas voltadas a superar tais dificuldades no curto e no longo prazo. Dentro desse contexto que se deve analisar as ações cubanas e do governo brasileiro para fortalecimento da atenção básica junto ao Programa Mais Médicos (PMM).

O diferencial desse programa seria não apenas o **provimento emergencial de médicos** em regiões com carência profissional, mas a integração da oferta de mão-de-obra com a proposição de uma **mudança na formação médica brasileira**, orientada para o fortalecimento da atenção básica, bem como na garantia de investimentos na infraestrutura para ampliação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e revitalização das unidades já existentes. Ou seja, fortalecendo uma concepção integralizada dos desafios e estratégias a serem trabalhados pelo Governo Federal (Oliveira et al, 2015).

De tal forma, o PMM se estruturou em torno de três eixos fundamentais: investimento na infraestrutura da Rede de Serviços Básicos em Saúde; formação médica no Brasil; e o “Programa Mais Médicos para o Brasil”. Para fins de adequação à proposta do artigo, será analisado apenas o terceiro eixo do programa, voltado ao provimento de médicos em municípios e regiões com deficiências na oferta e distribuição de força médica. Esse pilar do programa representa um caso concreto de um país do Sul Global, provido de *expertise* na prestação de serviços em atenção básica, que atua no sentido de prover cooperação técnica a outro país do Sul, que, por sua vez, possui deficiências sensíveis na oferta e distribuição de

médicos atuantes em atenção básica e problemas na forma como aborda a concepção de atenção básica.

Acionados por meio de um arranjo triangular com a OPAS, a escolha dos profissionais cubanos responde a duas razões principais. A primeira seria a adesão brasileira a regulação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que proíbe a contratação em massa de médicos provenientes de países com menor presença relativa de médicos do que o recomendado pela própria organização. Com isso, Cuba seria o país mais apropriado para um acordo dessa magnitude (Oliveira et al, 2015). Essa primeira explicação pode servir ainda para amparar a segunda razão, que reside no histórico exitoso de Cuba em missões internacionais e políticas de cooperação, além de sua formação médica voltada para a atuação na atenção primária em saúde. A atuação cubana no PMMB, de tal forma, não seria apenas a prestação de serviço, mas também o compartilhamento de uma visão de atenção primária diferenciada a ser absorvida pelos médicos brasileiros, resultando em um fortalecimento da atenção básica no escopo do SUS (Ministério da Saúde, 2015). Como explica Feinsilver, os efeitos da atuação dos médicos cubanos são estruturais e não apenas emergenciais:

“Médicos cubanos servem aos pobres em áreas em que médicos locais jamais trabalhariam, fazem do atendimento domiciliar uma parte da rotina das suas práticas médicas, vivem nas redondezas e estão disponíveis 24 horas por dia sem cobranças. Isso muda a natureza da relação médico-paciente e as expectativas dos pacientes dos países que recebem [médicos cubanos]. Como resultado, a presença de médicos cubanos vem forçando um reexame dos valores sociais e, em alguns casos, a estrutura e o funcionamento dos sistemas de saúde e mesmo a profissão médica nos países para os quais ele são enviados e atuam” (Feinsilver, 2010, p. 12 – tradução livre).

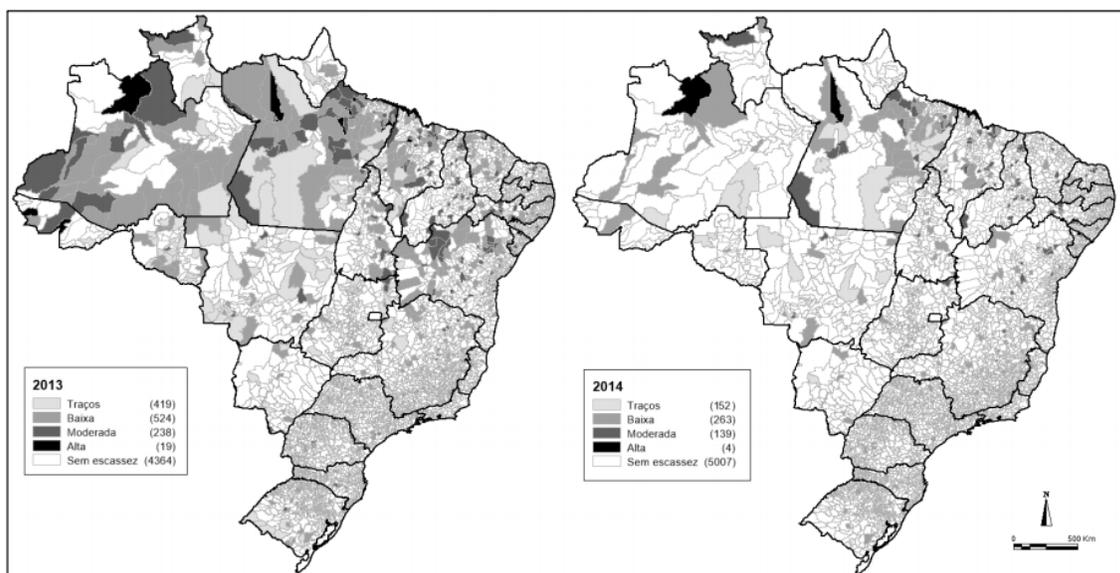
Assim, o desenho do terceiro eixo do programa permitiria ao Brasil responder de maneira rápida aos problemas emergenciais da falta crônica de médicos em determinadas regiões e atacar a disparidade na oferta e distribuição dos médicos no território nacional. Esses problemas impactam negativamente o acesso a cuidados primários por parte das populações mais pobres de localidades remotas. Por sua vez, a cooperação com Cuba permitiria resultados mais estruturantes, respondendo a problemas que afetam a própria estruturação do sistema

brasileiro de saúde pública. A despeito de possuir substrato constitucional, que ampara e prevê uma cobertura em saúde de caráter universalizante, as profundas assimetrias distributivas comprometem a cobertura universal em saúde que fundamenta a própria existência do SUS:

Muitas nações da América do Sul vivem a mesma situação de desigualdade e de impossibilidade do Estado de proporcionar atenção à saúde digna para populações de difícil acesso, **apesar de ter marcos legais sólidos e até disponibilidade de recursos financeiros**” (OPAS, 2015, p. 6, grifo nosso).

Nesse quesito, dentre seus resultados concretos no que concerne à disponibilidade e melhor distribuição do contingente médico, é perceptível que o PMM resultou em uma alocação mais igualitária da força médica ao longo do território nacional, especialmente nas regiões Norte e Nordeste que possuíam as mais deficitárias situações. O provimento emergencial do programa, inclusive, reverteu também tendências de crescimento negativo da disponibilidade de médicos em regiões críticas, permitindo que zonas remotas, como distritos indígenas, fossem então abastecidas por corpo médico suficiente.

Mapa 1 – Distribuição dos municípios segundo o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde – Brasil, 2013 e 2014.



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFMG.

O Brasil, apesar de responsável pelo provimento de cooperação técnica em saúde para diversos países e em diversas áreas, sofre de deficiências importantes em outros setores da atenção à saúde. Como enfatizado anteriormente, a cooperação com Cuba ilustra, dentro dos marcos da definição de cooperação estruturante, a potencialidade de aprimoramento do sistema integral de atenção à saúde do Brasil com o fortalecimento da atenção básica no âmbito do SUS. A contribuição cubana estabelecida no arranjo do PMMB não se resume a uma pura prestação de serviços médicos, mas sim no compartilhamento de *expertise* específica a respeito da prática e organização das abordagens enfocadas na atenção básica. Os médicos cubanos representam, para além de recursos humanos na prestação de um serviço específico, elemento de transmissão de conhecimento técnico e organizacional na estruturação das abordagens na atenção básica. Essa troca de conhecimento teórico e prático configura elemento crucial a ser absorvido no escopo do SUS, de modo a permitir o aprimoramento e consolidação de uma política fundamental para a sustentabilidade e viabilidade do sistema na sua dimensão de universalização e resolutividade dos cuidados primários em saúde.

Isto posto, a cooperação com Cuba ilustra a real possibilidade de países do Sul Global construir arranjos alternativos e positivos na cooperação técnica em saúde em virtude de suas potencialidades específicas concretas. A cooperação Brasil-Cuba incide sobre um dos elementos mais frágeis do sistema de saúde do país, permitindo o fortalecimento de uma estrutura de atenção à saúde extremamente ampla e complexa em um país marcado por importantes desigualdades sociais e regionais.

#### **4. Cooperação brasileira para o combate/prevenção da AIDS nos PALOPS: o caso da Sociedade Moçambicana de Medicamentos**

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu o direito à saúde como um direito social e criou o SUS, que prevê acesso universal, integral e igualitário à saúde. Junto a isso, o governo passou a ser responsável também pela provisão dos medicamentos necessários para a manutenção do sistema (Bercovici, 2013). Desde então, o processo de construção desse sistema

e as políticas de fornecimento de medicamentos enfrentam problemas e barreiras estruturais e passaram a exigir respostas públicas importantes.

Dois movimentos políticos, e a própria trajetória de desenvolvimento dos anos 1990, impactaram severamente as contas públicas do governo para a manutenção da política de saúde pública e acesso a medicamentos. Um deles foi a aprovação da chamada ‘Lei Sarney’ (Lei nº. 9313/1996), que estabeleceu a distribuição gratuita pelo SUS de medicamentos a todos os portadores de HIV/AIDS – não apenas dos antirretrovirais, mas também de medicamentos para ‘doenças oportunistas’. A ampliação e sucesso dessa política, com o aumento da sobrevivência dos pacientes, e entrada de medicamentos mais avançados no sistema geraram um aumento significativo dos gastos do governo. Outro movimento foi aprovação da nova Lei de Propriedade Industrial em 1996 (Lei 9.279), que estabeleceu o patenteamento de fármacos e entidades farmoquímicas até então não passíveis de proteção no Brasil. A entrada antecipada em vigor da legislação e seu caráter altamente privatizante elevaram os gastos com drogas patenteadas, contribuindo sensivelmente para o aumento dos gastos públicos.

Esses problemas específicos, aliados à inexistência de uma política de capacitação nacional da indústria brasileira, acabaram levando à necessidade de importantes reformas no sistema brasileiro de proteção à propriedade intelectual e na legislação sobre medicamentos genéricos. Além disso, o governo estabeleceu critérios mais claros para a utilização da licença compulsória e um programa de centralização das compras governamentais de fármacos. A aprovação da Lei 9.787 em 1999, que implementava o medicamento genérico no Brasil, foi uma importante decisão para melhorar o acesso a medicamentos no Brasil. Essa política, atrelada à capacidade de importação de insumos e medicamentos de países como China e Índia, amenizou os custos da política brasileira de acesso a medicamentos.

Essas medidas, apesar de importantes, não tinham capacidade de sustentação ao longo prazo. A lei de genéricos e as reformas no sistema de proteção à propriedade intelectual estavam desacompanhados de uma política industrial e de inovação tecnológica direcionada ao setor farmacêutico. A falta de capacitação técnica tornaria os esforços legais e políticos improdutivos (Caliari, Mazzoleni & Pova, 2013). A tentativa de articular a dimensão da

capacitação tecnológica com uma política de produção e acessos a medicamentos passava pela integração estratégica da **política de saúde** com a **política industrial e tecnológica**. Essa articulação só veio alguns anos mais tarde com uma maior atividade governamental para dar sustentação a uma política de capacitação das firmas locais e laboratórios públicos<sup>3</sup>.

Uma política industrial voltada ao setor da saúde tem como concepção geral a criação de condições para o desenvolvimento econômico e social de forma a conciliar inovação, crescimento e atendimento à saúde (Bercovivi, 2013). O que ficara estabelecido na estratégia do governo brasileiro como o estabelecimento do chamado complexo econômico-industrial da saúde<sup>4</sup>. Trata-se de um complexo ou um sistema que agrega indústrias altamente intensivas em tecnologia, com elevado potencial inovativo. Entretanto, trata-se também um sistema produtivo-tecnológico que se integra a um **sistema social** de garantia de serviços de saúde e fornecimento de medicamentos (Gadelha, 2012).

Efetivamente, espera-se com uma política industrial e tecnológica avançar sobre a fronteira da inovação e pensar novos produtos e serviços tecnológicos que respondam às demandas e problemas vivenciados em um país. Dentro desse marco, os genéricos desempenham um papel importante, mas com limitações intrínsecas. No que se refere à oferta de medicamentos, especialmente, espera-se de uma política de genéricos: a redução da concentração de mercado, com a redução do poder da marca; maior impacto sobre os preços dos medicamentos, uma vez que os preços menores dos produtos genéricos impactam o preço médio do mercado; aumento da quantidade vendida, aumentando o acesso a medicamentos.

Nesse sentido, uma política de genéricos tem impactos positivos também no próprio desenvolvimento da indústria nacional, criando um tecido produtivo dinâmico e capacitando as

---

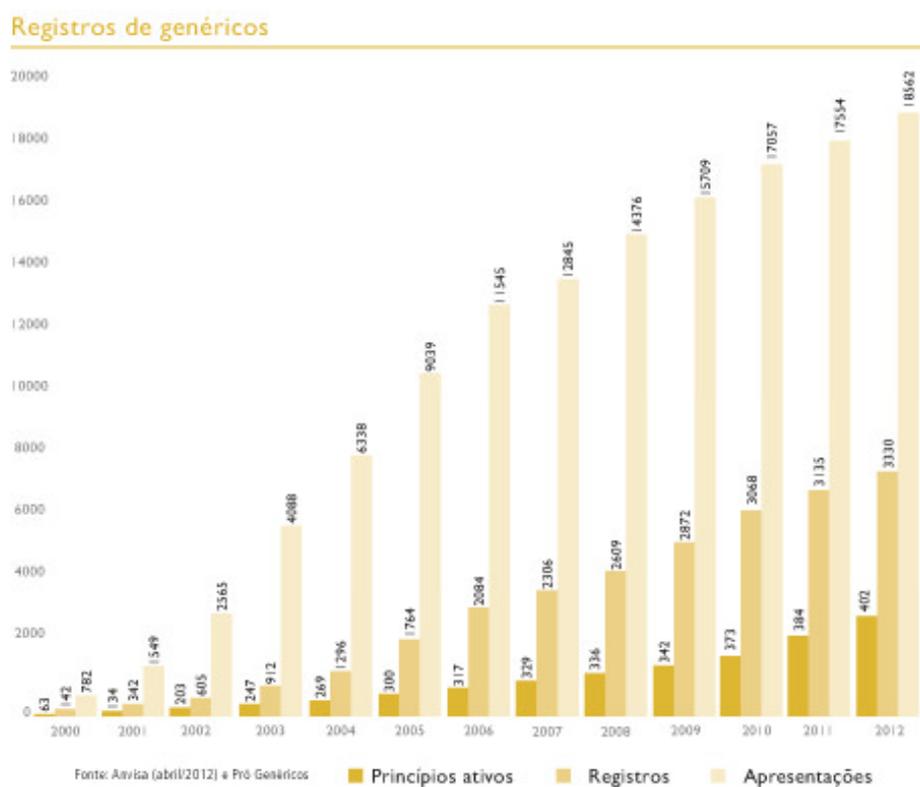
<sup>3</sup> O setor farmacêutico passa a ser considerado estratégico desde o lançamento da Política Industrial Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE) em 2004, que norteou o projeto de transformação produtiva brasileiro. Após a PITCE outros planos e projetos foram lançados junto de reformas institucionais para dar sustentação ao projeto de desenvolvimento produtivo sempre mantendo o setor farmacêutico como um dos eixos centrais. Iniciativas que incluem programas de financiamento e subvenção, a promulgação de Lei de Inovação etc.

<sup>4</sup> Entre 2008 e 2012 foram instituídos formalmente o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis) e o Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS) na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, além do Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde junto ao Plano Brasil Maior.

firmas locais para a produção de medicamentos mais avançados. Nesse sentido, incide decisivamente sobre a capacidade de fornecimento de medicamentos, ao gerar sustentabilidade na produção e oferta, além de garantir acesso a medicamentos mais baratos. Assim, uma política industrial para construção de capacidade produtiva endógena para a produção de genéricos é parte essencial de uma política nacional de saúde.

O gráfico abaixo mostra, em linhas gerais, os efeitos das políticas brasileiras voltadas ao fomento da produção de genéricos.

*Tabela 1 – Genéricos no Brasil (princípios ativos, registro e apresentações)<sup>5</sup>*



No caso específico do HIV/AIDS, o tratamento integral é fundamental, tendo em vista os efeitos multiplicadores da doença sobre aspectos mais gerais do desenvolvimento

<sup>5</sup> Retirado de publicação da organização Pró-genéricos

socioeconômico de um país, **o que demanda ações estruturantes, integradas, para lidar com o problema:** ou seja, de um lado, a prevenção e, de outro, fornecimento de tratamento medicamentoso. Assim, o enfoque em ações para o combate e tratamento da AIDS é reforçado por uma percepção do potencial crítico da ameaça dessa epidemia sobre indicadores de saúde a nível mundial. A incidência crescente da AIDS gera pressões críticas na sustentabilidade da atuação de sistemas de saúde nacionais, principalmente aqueles de países mais pobres. Tomando o HIV/AIDS como um agravo em saúde inter-relacionado com questões de insegurança e subdesenvolvimento, a epidemia reforça um cenário de precarização das condições de desenvolvimento socioeconômico das populações<sup>6</sup> (Diaz, 2013).

A cooperação técnica brasileira em saúde carrega uma noção multidimensional da saúde, percebendo-a como uma pré-condição para a promoção do desenvolvimento e empoderamento populacional. O caso do HIV/AIDS instrumentaliza essa percepção de multidimensionalidade, pois os reflexos da epidemia demandam o reconhecimento de uma inter-relação entre níveis satisfatórios em saúde e promoção do desenvolvimento socioeconômico (Diaz, 2013). A cooperação brasileira voltada ao combate da AIDS prestada aos países do continente africano reitera os compromissos multilaterais<sup>7</sup> de compartilhamento de *expertise* no combate e prevenção ao HIV/AIDS (oriundo do sucesso de políticas públicas nacionais).

Os programas de cooperação técnica em saúde desenvolvidos pelo Brasil junto aos PALOPs, no que tange o combate e prevenção ao HIV/AIDS são voltados para o **treinamento dos profissionais de saúde locais**, além do **fornecimento de medicamentos** para amparar as políticas de tratamento, e mesmo **transferência de tecnologia para o amparo da produção local**.

---

<sup>6</sup> As populações afetadas encontram dificuldades em exercer seu potencial produtivo, estão imersas em um ciclo de gastos crescentes em saúde, mas que não encontram substrato em suas situações econômicas, o que agrava ainda mais a qualidade de vida dos soropositivos, além de gerar fenômenos nefastos como a o crescimento no número de crianças portadoras da doença.

<sup>7</sup> Declaração de Compromissos da Luta contra o HIV/AIDS, lançado no âmbito da Assembléia Geral da ONU em 2001

Basicamente, todos os PALOPs recebem treinamento nos quadros de saúde para o combate a AIDS. Alguns casos mostram o empenho brasileiro nesse setor, como o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre Guiné Bissau e Brasil para implementação do Programa de Cooperação Internacional em HIV/AIDS II, criação do Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP) e no treinamento de seus quadros (Semedo, 2014). Por sua vez, o ‘Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatite’ do Ministério da Saúde, junto à FIOCRUZ, vem desenvolvendo uma série de ações de cooperação com vários países do continente africano e da América Latina.

A doação de medicamentos também é um componente das ações de fortalecimento dos sistemas nacionais desses países, na medida em que o **Brasil transmite sua política pública nacional de HIV/AIDS em sua integralidade**, ou seja, aliando a prevenção (o que é feito via capacitação profissional) e tratamento (por meio da distribuição de medicamentos). Como os países não possuem potencial produtivo, caberia ao Brasil assistir essa parte da política pública via o suprimento de medicamentos. Apesar da importância das políticas de doação de medicamentos e de construção de sistemas nacionais de atenção a saúde e prevenção ao HIV/AIDS, a construção da fábrica de medicamentos em Moçambique, a Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM), merece uma maior atenção.

Dados da ONUAIDS mostram que em 2013 cerca de 2,1 milhões de novos casos de AIDS foram identificados no mundo, dos quais 75% foram concentrados em apenas quinze países. Dentre esses 15 países Moçambique é único dos PALOP (Sequeira, 2015). Além de possuir uma grave epidemia interna, Moçambique ainda é extremamente dependente do provimento externo de medicamentos. De acordo com o Ministério da Saúde Moçambicano (MISAU), aproximadamente de 81% de todos os medicamentos utilizados no âmbito do sistema público de saúde do país provém de doadores externos (MISAU, 2012 apud Rodrigues, 2014).

Nesse quesito, Moçambique é um caso de destaque da cooperação técnica brasileira entre os PALOPs, com grande peso nesse processo as articulações entre Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Saúde e FIOCRUZ para a criação da fábrica de

antirretrovirais em Maputo. Essa iniciativa específica, desenhada no ano de 2003, conta com o protagonismo da FIOCRUZ na **transferência de tecnologia** durante todas as etapas da produção e **treinamento de profissionais** moçambicanos, além de prover **capacidade gerencial** para a administração da fábrica. Farmanguinhos, o braço produtivo da FIOCRUZ, é responsável pela produção de mais de 10 antirretrovirais que compõem o coquetel fornecido pelo Brasil. Assim, no longo prazo, pode-se esperar uma gestão sustentável por parte de Moçambique no sentido de ter capacidade interna profissional de conduzir a pesquisa e produção laboratorial (Diaz, 2013; Fernandes, 2013).

A proposta de criação da fábrica fundamentou-se na necessidade de reduzir a dependência moçambicana em relação ao provimento de medicamentos brasileiros, além de se constituir como pólo importante, em solo africano, de apoio ao tratamento antirretroviral dos outros PALOP e países vizinhos (Garcia & Svartman, 2014). Assim, uma das principais motivações para o projeto foi a urgência de políticas públicas e de cooperação internacional em resposta à epidemia crescente de HIV/AIDS em Moçambique (caso mais grave dentre os PALOPs) e nos demais países africanos. Entretanto, o ponto essencial diz respeito efetivamente o compartilhamento da *expertise* brasileira na produção de genéricos, com destaque para os medicamentos componentes do coquetel antirretroviral, para o estabelecimento de um sistema integrado de controle e tratamento do HIV/AIDS (Penna Filho, 2013, apud, Fernandes, 2013). Trata-se de um instrumento extremamente relevante no escopo da política de cooperação por ser uma ferramenta com potencial **multiplicador** de experiências bem sucedidas no âmbito da cooperação técnica em saúde (Rodrigues, 2014).

A ambição na proposta da SMM se coaduna, em grande medida, com uma posição brasileira que vem crescendo tanto no âmbito doméstico como no internacional, expressa na máxima de que existe um “direito de produção de medicamentos genéricos em contextos de epidemia” (Esteves, Gomes & Fonseca 2016). Essa articulação, direcionada ao fortalecimento da **autonomia produtiva** de medicamentos genéricos, proporciona o fortalecimento de uma posição importante em fóruns internacionais que salienta “a defesa do direito ao acesso a

medicamentos como bens públicos, destacando a necessidade de sobrepor os interesses sociais aos comerciais” (Garcia & Svartman, 2014, p. 21).

## **5. Considerações finais**

O delineamento da corrente arquitetura em Saúde Global abarca uma relação de sinergia importante entre dois campos aparentemente desconectados, quais sejam, a saúde pública e as relações internacionais. É posto que a superação das barreiras fronteiriças como resultado da globalização cria novas dinâmicas na saúde pública, o que combinado com a transformação da realidade política internacional fomenta espaço para participação de uma gama maior de atores, gerando novos entendimentos a respeito das interconexões entre saúde pública e política externa, transformando as narrativas dominantes, etc.

As bases interpretativas que sustentam o conceito de Saúde Global se diferenciam de abordagens reducionistas da Saúde Internacional por conterem uma maior amplitude de questões trabalhadas no âmbito da saúde pública, como também uma diversidade maior de atores e, em consequência, maior dinamismo nas interpretações, projetos e ações em matéria de cooperação internacional em saúde. A ascensão de novos atores estatais e a construção de uma narrativa específica das potencialidades da Cooperação Sul-Sul permitiu que determinantes específicos vinculados ao processo de promoção do desenvolvimento fossem trabalhados sob novas estratégias encabeçadas por atores do Sul Global.

Partindo do conceito de Cooperação Estruturante em Saúde elaborado no âmbito da FIOCRUZ, mas extrapolando-o para a construção de uma definição mais ambiciosa, buscou-se apresentar a potencialidade de tais iniciativas. Assim foi feita a análise de atividades e redes específicas de cooperação em saúde, que refletem efetivamente o sentido de cooperação estruturante. Os dois casos analisados mostram que a cooperação em saúde prestada por países que, mesmo tendo limitações importantes na construção de suas trajetórias de desenvolvimento econômico e social, podem estabelecer laços de cooperação técnica com efeitos concretos, devido à *expertise* acumulada para lidar com problemas particulares.

A cooperação prestada por Cuba ao governo brasileiro contribuiu significativamente para a estruturação de uma política de atenção básica à saúde, o que é fundamental para o pleno funcionamento do sistema de saúde do país. Nesse sentido, o Programa Mais Médicos para o Brasil pode ser lido como um tipo de cooperação estruturante em saúde que fortalece e aprimora as bases elementares da estrutura de saúde do Brasil. Por outro lado, a cooperação brasileira para estruturação de um sistema de produção de medicamentos em solo africano é elemento chave para uma política integral no combate ao HIV/AIDS. A construção da Sociedade Moçambicana de Medicamentos teria a finalidade de integrar definitivamente a dimensão da prevenção à AIDS com o tratamento da doença.

Assim, partindo de uma conceituação que extrapola a definição mais recorrente apresentada por Paulo Buss e José Ferreira (2010), entende-se que uma cooperação que se diz estruturante deve buscar a autonomia do país receptor, na constituição de uma forma de cooperação que leve à efetiva estruturação de uma política pública, considerando seus diversos níveis, e não apenas a oferta de conhecimento, capacidades ou recursos materiais fragmentados, mesmo que de interesse do país receptor. E os dois casos selecionados seriam exemplos concretos de iniciativas entre países do Sul com potencial transformador significativo. Ainda, seriam casos que exemplificariam como a cooperação técnica em saúde realizada por países do Sul pode se direcionar para suprir lacunas existentes em sistemas de saúde, como no caso da oferta de médicos e de conhecimentos sobre atenção básica à saúde, para suprir limitações do sistema de saúde do Brasil. Ou seja, incidir sobre elementos estruturais de uma prática ou política. Ou, ainda, tratar a cooperação de uma forma integrada, estrutural, com a transferência de uma cadeia integrada de elementos para o combate ao HIV/AIDS, passando da capacitação técnica para a prevenção ao adoecimento, até a transferência de recursos materiais para a produção de medicamentos para o tratamento da doença.

### **Referências Bibliográficas**

Alcázar, S. (2008) The Copernican Shift in Global Health. *Global Health Programme, Geneva*. Working Paper, n. 3, p.3-27.

**Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais, v.3, n.1, Junho/2018, pp. 75-99**

**PRANDI, Daniela; MENEZES, Henrique Zeferino de. *Cooperação Estruturante em Saúde e o potencial da cooperação Sul-Sul: os casos do 'Mais Médicos para o Brasil' e da 'Sociedade Moçambicana de Medicamentos'***

Alleyne, G. A. O. (2007) Internal and Global Public Health: Governance and Ethical Issues. *Ethos Gubernamental*, San Juan, n. 4, p.43-64.

Bercovici, Gilberto (2013). Complexo Industrial da Saúde, Desenvolvimento e Proteção Constitucional do Mercado Interno. *Revista de Direito Sanitário*, vol. 14, n. 02, p. 09-42.

Bronfman, M. & Polanco, J.D. (2013) La Cooperación Técnica Internacional y las políticas de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 227-241.

Buss, P.P. & Ferreira, J.B. (2010) Ensaio Crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 93-105.

Caliari, T., Mazzoleni, R. & Póvoa L.M.C. (2013) Innovation in the pharmaceutical industry in Brazil post-TRIPS. In. Mani, S. & Nelson, R.R. (Eds) *TRIPS Compliance, National Patent Regimes and Innovation: Evidence and Experience from Developing Countries*, Edward Elgar Pub, p. 16-56.

Campos, G.W.S. (2016) A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, pp. 2655-2663.

Conselho Federal de Medicina – CFM (2013). Demografia Médica do Brasil: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Federal de Medicina.

Dauvergne, P. & Farias, D.B.L. (2012) The rise of Brazil as a Global Development Power. *Third World Quarterly*, v. 33, n 5, p. 903-917.

Diaz, J.A.S.B. (2013) Brasil, de receptor a doador. O caso da cooperação e HIV AIDS do Brasil em Moçambique. 134 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) - Universidade de Brasília, Brasília.

Drager, N. & Fidler, D.P. (2007) Foreign Policy, Trade and Health: at the cutting edge of global health diplomacy. *Bulletin Of The World Health Organization*, Geneva, v. 85, n. 3, p.162.

Esteves, P., Gomes, G.Z. & Fonseca, J.M. (2016) A rede de políticas públicas de saúde pública e a cooperação sul-sul: os casos de Moçambique e Angola. *Lua Nova*, São Paulo, n. 98, pp. 199-230.

Feinsilver, J.M (1993). "Cuba on the World Stage: symbolic politics", "Cuban Medical Diplomacy" In. *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad*. University of California Press, Berkeley, pp. 9-25, 156-195.

**Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais, v.3, n.1, Junho/2018, pp. 75-99**

**PRANDI, Daniela; MENEZES, Henrique Zeferino de. *Cooperação Estruturante em Saúde e o potencial da cooperação Sul-Sul: os casos do ‘Mais Médicos para o Brasil’ e da ‘Sociedade Moçambicana de Medicamentos’***

Feinsilver, J.M. (2010) Fifty-years of Cuba's Medical Diplomacy: from idealism to pragmatism, *Cuban Studies*, [s. l.], v. 41, p. 85-104.

Fernandes, B.S.A. (2013) Os Projetos de Cooperação entre Brasil e África no combate à AIDS (2008-2012). *Conjuntura Global*, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 97-100.

Fidler, D. P. (2005) Health as a Foreign Policy Issue: between principle and power. *The Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, South Orange, v. 6, p. 179-194.

Fidler, D. P. (2011) Rise and Fall of Global Public Health as a Foreign Policy Issue. *Global Health Governance*, South Orange, v. 2, n. 4, p.1-12.

Gadelha, C. e.t. al (2012) A Dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012

Garcia, T.S. & Svartman, E.M. (2014) O Brasil e a construção da fábrica de medicamentos em Moçambique: estratégia de fortalecimento da Cooperação Sul-Sul? *Boletim Meridiano* 47, v. 15, n. 145, pp. 18-24.

Garrett, L. (2013) *Existential challenges to global health*. New York: Center Of International Cooperation, New York University, 37 p.

Girardi, S.N. (2016) et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, pp. 2675-2684.

Gorry, C. (2008) Cuban Health Cooperation Turns 45. *MEDICC Review* [online], v. 10, n. 3, p. 44-47.

Gorry, C. (2012) Cuba's Latin American Medical School: can socially-accountable medical education make a difference? *MEDICC Review* [online], v. 14, n. 3, p. 5-11.

Kickbusch, I.& Ivanova, M. (2013) The History and Evolution of Global Health Diplomacy. In: KICKBUSCH, I. et al. *Global Health Diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases*. New York: Springer, p. 11-26.

Leite, I.C. (2012) Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. Observador On-line, Observatório Político Sul-Americano, v. 7, n. 3.

Lopes, L.A.L. (2008) *A Cooperação Técnica ente Países em Desenvolvimento (CTPD) da Agência Brasileira de Cooperação (ABC-MRE): O Brasil como doador*. 233 f. Dissertação (Dissertação em Relações Internacionais). Programa San Tiago Dantas,(UNESP, UNICAMP e PUC-SP), São Paulo.

**PRANDI, Daniela; MENEZES, Henrique Zeferino de. *Cooperação Estruturante em Saúde e o potencial da cooperação Sul-Sul: os casos do ‘Mais Médicos para o Brasil’ e da ‘Sociedade Moçambicana de Medicamentos’***

McInnes, C & Lee, K. (2012) *Global Health & International Relations*. Cambridge: Polity Press.

Milhorange, C. (2013) A política de cooperação do Brasil com a África Subsaariana no setor rural: transferência e inovação na difusão de políticas públicas. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 56, n. 2, p. 05-22.

Ministério da Saúde (2015) *Programa Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 128p.

Oliveira, F.P. (2015) Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Comunicação, Saúde e Educação* [s.l.], v. 19, n. 54, p. 623-634.

Paulo, S. (2014) *International Cooperation and Development: a conceptual overview*. German Development Institute, Discussion Paper, [s. l.].

Rodrigues, R.D. (2014) *Cooperação Internacional da FIOCRUZ: o caso do Projeto de Instalação da Fábrica de Medicamentos em Moçambique*. 200 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

Sequeira, H.D. (2015) *As Políticas de saúde na prevenção e tratamento em pacientes HIV/AIDS e a cooperação do Brasil e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília.

Semedo, M.O.C.S. (2014), Revisitando a Cooperação Brasil/África face aos desafios dos novos tempos. *Estudos de Sociologia*, Rev. do Programa de Pós-Graduação em Sociologia d UFPE, v. 15, n. 2, pp. 107-120.