Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Panorama da cooperação internacional em saúde em
países da América do Sul

Fernanda Aguilar Perez

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho
Fortes

São Paulo

2012

Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul

Fernanda Aguilar Perez

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes

São Paulo

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

*A Edson e a Maria Amélia, meus melhores amigos,
meus maiores amores, pessoas mais importantes da
minha vida, e a quem tenho a honra, a felicidade e a
sorte de chamar de pai e de mãe.*

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes, pela orientação, pelas conversas que acabavam por se tornar aulas magistrais sobre diversos temas relevantes da saúde pública, pelo apoio, pelo incentivo e, principalmente, por me ajudar a perseguir meus sonhos e meus objetivos.

À Daniele Sacardo, pelo carinho, pela atenção, pelas conversas e dicas que sempre me ajudaram tanto e foram fundamentais para a construção desta dissertação.

Aos Professores que participaram desta jornada com suas aulas, conversas ou apoio: Dra. Helena Ribeiro, Dr. Oswaldo Y. Tanaka, Dr. Paulo Capel Narvai, Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno, Dra. Maria da Penha Costa Vasconcellos, Dra. Sueli Dallari e Dra. Dirce Maria T. Zanetta. Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Eliseu Alves Waldman, por sua dedicação ao ensino, pela confiança e pelo carinho.

Ao Professor Dr. João Paulo Cândia Veiga, pelos valorosos comentários na qualificação que muito me ajudaram no desenvolvimento da pesquisa. Somo ao Prof. João Paulo os Professores Dr. Reginaldo Mattar Nasser e Dra. Janina Onuki, pois graças à paciência, ao exemplo e à dedicação dos três na época da graduação em Relações Internacionais é que pude decidir que caminhos tomar na vida profissional.

À Ângela da Seção de Pós-Graduação, à Livia da Secretaria da Área de Concentração Serviços de Saúde Pública e ao Fernando do Departamento de Prática de Saúde Pública, pela gentileza, ajuda e atenção que sempre foi prestada.

Ao grupo da FSP – USP que se interessa por saúde global e que tanto me apoia: Regina Parizi, Daniele Sacardo, Gláucia Tittanegro e Livia Pedalini.

A pessoas queridas que conheci na FSP - USP e tive a felicidade de conviver durante todo o mestrado. Aos meus lindos amigos “modeleiros”, que moram no meu coração e sempre me ajudam a seguir em frente.

A minha querida amiga Valéria, *a.k.a* Val, por ser tão presente, seja ao vivo, por telefone ou por internet; seja morando perto ou morando longe, sempre me ajudando muito mais do que ela pode imaginar. Seu incondicional apoio e suas palavras de incentivo me animam desde os anos em que tomávamos milkshakes no meio da tarde.

Às energias do universo, que muitas vezes nos levam a caminhos nos quais não gostaríamos de andar, mas que no fim da trilha nos fazem entender o quão linda foi a caminhada.

Aos meus pais, cuja importância na minha vida sou incapaz de mensurar. Parece bastante clichê dizer o quanto os amo e o quanto o exemplo de pessoas que eles são me influencia, mas o clichê só perde em poesia, não em verdade. Ao meu pai, sempre cheio de amor e carinho, por suas longas conversas e companhia, que na maioria das vezes me inspiravam ao mesmo tempo em que respondiam minhas dúvidas. A minha mãe, exemplo de generosidade, afeto, sabedoria e liderança, que me ensinou a realizar as tarefas com amor e que o mais importante da vida é ser feliz. Obrigada a ambos por sempre na minha vida terem sido muito mais do que “somente” pais.

“Somos povos ainda na luta para nos fazermos a nós mesmos como um gênero humano novo que nunca existiu antes. Tarefa muito mais difícil e penosa, mas também muito mais bela e desafiante”.

Ribeiro D. O Povo Brasileiro. São Paulo: Companhia das Letras; 2006. p. 411.

*“América latina
Tiene que ir de la mano
Por un sendero distinto
Por un camino más claro
Sus hijos ya no podremos
Olvidar nuestro pasado
Tenemos muchas heridas
Los latinoamericanos.*

*Vivimos tantas pasiones
Con el correr de los años
Somos de sangre caliente
Y de sueños postergados
Yo quiero que estemos juntos
Porque debemos cuidarnos
Quien nos lastima no sabe
Que somos todos hermanos.*

(...)

*Nada nos regalaron
Hemos pagado muy caro
Quien se equivoca y no aprende
Vuelve a estar equivocado.
Tenemos venas abiertas
Corazones castigados
Somos fervientemente
Latinoamericanos.*

*Y cuando vengan los días
Que nosotros esperamos
Con todas las melodías
Haremos un solo canto.
El cielo será celeste
Los vientos habrán cambiado
Y nacerá un nuevo tiempo
Latinoamericano”.*

Venas Abiertas

Composição de Mario Schajris e Leo Sujatovich

Interpretação de Mercedes Sosa.

Perez FA. Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Introdução – O desenvolvimento das Relações Internacionais como disciplina a fez abarcar estudos de integração regional, cooperação internacional e, mais recentemente, saúde. O processo de globalização e uma maior interação entre os países culminaram na criação de blocos regionais de cooperação, sendo um exemplo expoente na América do Sul a União das Nações Sul-Americanas - UNASUL. Cooperação em saúde global por meio de convergência política dentro dos blocos é possível, e para isso é necessário o conhecimento dos sistemas de saúde de cada país. O Brasil, dentro da tradição de sua política externa e da defesa da Diplomacia da Saúde Global, busca cooperar com os países da UNASUL em questões de saúde. **Objetivos** - Descrever a ação de Organizações Internacionais e sua atuação em saúde; descrever ações de cooperação em saúde do Brasil; identificar aspectos contextuais dos sistemas de saúde e da cooperação internacional em saúde da Bolívia e da Venezuela. **Métodos** – O procedimento metodológico é qualitativo. Dentro dos métodos possíveis, utilizou-se o descritivo e a pesquisa histórica. A descrição foi utilizada nos dois países estudados para caracterizar seus sistemas de saúde, e a pesquisa histórica, para entender os processos de reforma desses sistemas. **Resultados** – Organizações Internacionais trabalham de diferentes formas a saúde, mas sempre a relacionando com o objetivo principal da instituição. OMS e Banco Mundial são as organizações que mais lidam com o tema. O Brasil, na década de 90, começou a debater sobre saúde em conferências internacionais, e desde os anos 2000 amplia sua cooperação em saúde com países africanos, asiáticos e latino-americanos. Também estimula o debate da saúde no MERCOSUL e na UNASUL. Os sistemas de saúde da Bolívia e da Venezuela, que foram reformados nos anos 80 e 90, têm atualmente como meta a universalidade; contudo seus sistemas continuam mistos, com presença de um subsetor público, privado e previdenciário. **Conclusões** - Há um esforço conjunto do Brasil, da Bolívia, da Venezuela e da UNASUL para que a saúde de suas populações melhore em qualidade. Estes quatro atores, igualmente, utilizam o tema saúde como uma questão para cooperação e um propósito para integração.

Palavras Chave – Saúde Global, UNASUL, Relações Internacionais, Sistemas de Saúde.

Perez FA. Panorama da cooperação internacional em saúde em países da América do Sul / A panorama of international cooperation in health in South American countries [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Introduction – The development of International Relations as a discipline embraces studies regarding regional integration, international cooperation, and more recently, health. The globalization process and a higher level of interaction amongst the countries culminated in the establishment of regional cooperation blocs. A representative example of this outcome in South America is the Union of South American Nations – UNASUR. Cooperation in health via policy convergence within the blocs is possible, and this requires the knowledge of each country's health system performance. Brazil, within its foreign policy tradition and its Global Health Diplomacy advocacy, seeks to cooperate with other UNASUR countries on health issues. **Objectives** – To describe the work of International Organizations as well as their performance on health issues; to describe Brazilian cooperation in health; to identify contextual features of the health systems and of the international cooperation in health of Bolivia and Venezuela. **Methods** – The methodological approach is qualitative, and both descriptive procedure and historical research were used. Description was used in the countries' health systems scrutiny; and historical research was used to understand these systems' reform process. **Results** – International Organizations address health issues with different approaches, but they always relate it to the institution's main objective. WHO and World Bank are the organizations that the most deal with the topic. Brazil, in the 90's, started debating health in international conferences, and since the 2000 decade expands the country's cooperation in health with African, Asian and Latin-American States. Moreover, Brazil encourages debates concerning health within MERCOSUR and UNASUR. The Bolivian and the Venezuelan health systems, which underwent a reform process during the 80's and the 90's decade, have currently as a goal universal access to health; however, their health systems are still of mixed types, with the presence of public, private and social security subsectors. **Conclusion** – There is a joint effort of Brazil, Bolivia, Venezuela and UNASUR to accomplish an improvement in their populations' health. These actors understand health both as a subject for cooperation and as a purpose for integration.

Key Words – Global Health, UNASUR, International Relations, Health Systems.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	17
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
3.1 TIPO DE ESTUDO	18
3.2 FONTE DE DADOS E TÉCNICA DE PESQUISA	20
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	20
4. REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1. O DEBATE TEÓRICO ENTRE SAÚDE INTERNACIONAL E SAÚDE GLOBAL	21
4.2. SAÚDE E AS RELAÇÕES INTERNACIONAIS	34
4.2.1. Teorias de Relações Internacionais	34
4.2.2. Regimes Internacionais	42
4.2.3. Governança Internacional em Saúde	46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1. ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS E SAÚDE GLOBAL	57
5.1. COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA	72
5.2. UNASUL E A SAÚDE	80
5.3. OS SISTEMAS DE SAÚDE E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE DA BOLÍVIA E DA VENEZUELA	90
5.3.1. Contexto dos Países	90
5.3.2. Estado Plurinacional da Bolívia	96
5.3.3. República Bolivariana da Venezuela	118
5.3.4. A Cooperação em Saúde na ALBA	136
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
7. REFERÊNCIAS	146
ANEXOS	
- Áreas de trabalho determinadas pelo Plano Quinquenal	
ANEXO 1	em Saúde do Conselho Sul-Americano de Saúde – UNASUL - SAÚDE
	166
CURRÍCULO LATTES	

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Características da Saúde Global, Internacional e Saúde Pública.	28
Tabela 02 -	Características demográficas da Bolívia, do Brasil e da Venezuela.	91
Tabela 03 -	Aspectos socioeconômicos da Bolívia, do Brasil e da Venezuela.	92
Tabela 04 -	Taxa de mortalidade infantil da Bolívia, do Brasil e da Venezuela (por 1000 nascidos vivos).	93
Tabela 05 -	Taxa de mortalidade materna da Bolívia, do Brasil e da Venezuela (por 100.000 nascidos vivos).	93
Tabela 06 -	Expectativa de vida ao nascer, em anos, na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.	93
Tabela 07 -	Incidência de malária (por 100.000 pessoas – casos notificados) no ano de 2008 na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.	94
Tabela 08 -	Prevalência de tuberculose por 100.000 pessoas na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.	94
Tabela 09 -	Prevalência de HIV/AIDS por 100.000 pessoas na Bolívia, no Brasil (população acima de 15 anos), e na Venezuela (população geral).	94
Tabela 10 -	Gasto total em saúde como % do PIB: Soma dos gastos público e privado na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.	95
Tabela 11 -	Gasto em saúde pública como % do gasto total em saúde: gastos do governo – central e local – e gastos com seguros sociais ou compulsórios na Bolívia, no Brasil e na	95

Venezuela.

Tabela 12 -	Gasto <i>per capita</i> em saúde (em US\$): soma dos gastos público e privado em razão à população total na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.	96
Tabela 13 -	Gastos diretos em saúde (como % do gasto privado): pagamentos diretos das famílias na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.	96
Tabela 14 -	Evolução do gasto em saúde por setor 1995-2002 (US\$ - %).	99
Tabela 15 -	Financiamento Fiscal (estatal) na Venezuela em 2001	127
Tabela 16 -	Evolução do Gasto Público e Privado na Venezuela 1995-2000 (%)	132
Quadro 01 -	Fluxograma da organização do sistema de saúde da Bolívia.	110
Quadro 02 -	Linha do tempo da Cooperação Bilateral em Saúde da Bolívia segundo o Centro de Documentação do Ministério da Saúde e Esportes boliviano e o Ministério das Relações Exteriores brasileiro.	116
Quadro 03 -	Fluxograma da organização do sistema de saúde da Venezuela.	128
Quadro 04 -	Linha do tempo da Cooperação Bilateral em Saúde da Venezuela segundo o Ministério do Poder Popular para Relações Exteriores venezuelano e o Ministério das Relações Exteriores brasileiro.	135
Quadro 05 -	Linha do tempo da Cooperação em Saúde no âmbito da ALBA - TCP.	138

SIGLAS UTILIZADAS

AECI	- Agência Espanhola de Cooperação Internacional
ACDI	- Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional
ALADI	- Associação Latino-Americana de Integração
ALALC	- Associação Latino-Americana de Livre Comércio
ALBA	- Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América
ALBA – TCP	- Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América – Tratado de Comércio dos Povos
ALCA	- Área de Livre Comércio das Américas
AMS	- Assembleia Mundial da Saúde
BID	- Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	- Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	- Banco Mundial
CAN	- Comunidade Andina de Nações
CARICOM	- Comunidade do Caribe
CASA	- Comunidade Sul-Americana de Nações
CDH	- Comissão de Direitos Humanos
CECLA	- Comissão Especial de Coordenação Latino-Americana
CEPAL	- Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CMS-OMS	- Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS
COPRE	- Comissão para a Reforma do Estado
CPE	- Constituição Política do Estado
CPLP	- Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CRBV	- Constituição da República Bolivariana da Venezuela
CSNU	- Conselho de Segurança das Nações Unidas
DH	- Direitos Humanos
DILOS	- Diretório Local de Saúde
DIS	- Dimensões Internacionais da Saúde
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECOSOC	- Conselho Econômico e Social da ONU
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FMI	- Fundo Monetário Internacional
GATT	- General Agreement on Tariffs and Trade
GAVI	- Aliança Global para Vacinas e Imunização
HIV/AIDS	- Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da imunodeficiência adquirida
IBAS	- Índia, Brasil e África do Sul
IIRSA	- Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana
IMPACT	- International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce
INASES	- Instituto Nacional de Seguros de Saúde
IPASME	- Instituto de Provisão e Assistência Social do Ministério da Educação
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPSFA	- Instituto de Provisão Social das Forças Armadas

IRD	-	Intitut de Recherche pour le Développement
ISAGS	-	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
IVSS	-	Instituto Venezuelano de Seguros Sociais
JICA	-	Japan International Cooperation Agency
MAS	-	Movimento ao Socialismo
MBA	-	Missão Bairro Adentro
MBAI	-	Missão Bairro Adentro I
MBAII	-	Missão Bairro Adentro II
MBAIII	-	Missão Bairro Adentro III
MBAIV	-	Missão Bairro Adentro IV
MERCOSUL	-	Mercado Comum do Sul
MPPRE	-	Ministério do Poder Popular para Relações Exteriores
MPPS	-	Ministério do Poder Popular para a Saúde
MRE	-	Ministério das Relações Exteriores
MSAS	-	Ministério de Sanidade e Assistência Social
MSD	-	Ministério da Saúde e do Esporte
MSDS	-	Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social
OCDE	-	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OEA	-	Organização dos Estados Americanos
OHCHR	-	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
OI	-	Organização Internacional
OMC	-	Organização Mundial do Comércio
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONG	-	Organização Não-Governamental.
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
OTCA	-	Organização do Tratado de Cooperação Amazônica
PAE	-	Programas de Ajuste Estrutural
PEB	-	Política Externa Brasileira
PIB	-	Produto Interno Bruto
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP	-	Parceria Público-Privada
REDE	-	Rede de Saúde Familiar Comunitária Intercultural
SAFCI		
RSI	-	Regulamento Sanitário Internacional
SAFCI	-	Saúde Familiar Comunitária Intercultural
SARS	-	Síndrome Respiratória Aguda Severa
SEDES	-	Serviço Departamental de Saúde
SPNS	-	Sistema Público Nacional de Saúde
SSPAM	-	Seguro de Saúde para o Adulto Idoso
SUMI	-	Seguro Universal Maternoinfantil.
SU-SALUD	-	Seguro Universal de Saúde
TRI	-	Teoria de Relações Internacionais
UNAIDS	-	Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS

UNASUL	- União das Nações Sul-Americanas
UNCTAD	- Conferência da ONU para Comércio e Desenvolvimento
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	- Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	- Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

1.INTRODUÇÃO

Após o fim da Primeira Guerra Mundial, a humanidade demandou mudanças na forma como problemas internacionais seriam resolvidos – em uma negativa à máxima clausewitziana de que guerra é a continuação da política por outros meios. Uma nova área de estudo ganhou espaço para tentar compreender mudanças econômicas, políticas e sociais que se intensificaram acentuadamente naquela época. Relações Internacionais (RI) como disciplina é fruto deste processo: criada em 1919, ela tentava explicar as razões da guerra (BARBÉ, 1995). Seu desenvolvimento a fez abarcar estudos sobre integração regional, cooperação internacional e globalização.

Com o término da Guerra Fria, adveio uma nova lógica de funcionamento do sistema internacional. Ao invés de trabalhar-se com ideias antagônicas e bipolaridade, há uma lógica de competição, que “alterna ações de cooperação e conflito. A comunidade internacional compartilha, ou pelo menos diz compartilhar, um conjunto de valores e ideias em comum, expressas no seu compromisso com a democracia, com as formas de economia de mercado, com os direitos humanos e o desenvolvimento sustentável. Em vez de um rígido sistema bipolar temos (...) um espaço complexo, de muitas polaridades” (AMARAL, 2004, p. 93).

É dentro dessa nova lógica que a saúde vira um objeto de estudo para as Relações Internacionais. Saúde entrou na agenda das RIs porque impacta temas que são caros a essa área de estudos, como formulação da política externa dos países e segurança. Segundo KICKBUSCH (2011), saúde se relaciona com três áreas globais:

- 1) Segurança – devido ao medo dos países de pandemias ou contágio intencional de doenças, assim como aumento dos conflitos humanitários;
- 2) Economia – pelo impacto das doenças no desenvolvimento econômico e também pelo mercado de bens e serviços de saúde;
- 3) Justiça Social – por saúde ser um direito humano considerado um valor social por muitas sociedades, assim como estar presente nos Objetivos do Milênio da ONU.

A análise de FIDLER (2009) converge com a da autora acima citada, posto que ele afirma que houve uma redefinição do sentido da saúde, deixando de ser uma preocupação técnica ou humanitária e passando a fazer parte dos interesses de segurança

e economia dos Estados. Ele igualmente ressalta que saúde entrou na agenda de pesquisa da academia, inclusive por parte de centros de estudos que antes não se preocupavam com a questão, como *think-tanks* de política externa.

Contudo, a temática da saúde nesse novo contexto mundial trouxe consigo um debate sobre qual conceito indicaria de forma mais apropriada as relações entre os atores que trabalham com a questão: saúde *internacional* ou saúde *global*. Ambos abarcam distintas perspectivas de mundo e diferentes relações entre os países, fato que consequentemente impacta tanto a busca por uma definição desses conceitos quanto as Relações Internacionais.

Atualmente, pondera-se que, com o uso do conceito saúde global, saúde deixou de ser um tema da *baixa política* – como são geralmente denominados tópicos sociais, por exemplo educação e ajuda humanitária - e entrou para o grupo da *alta política* – que inclui temas ligados a questões tradicionais da existência de um Estado, como poder, segurança e economia (FRENK *et al.*, 2007). Há três tendências que fazem com que saúde global ganhe destaque: seu papel crítico na agenda de desenvolvimento; a crescente transferência internacional de riscos; e o número elevado de atores que trabalham com o tema ultimamente.

No contexto doméstico, saúde tem ganhado cada vez mais importância na agenda interna dos países, pois tanto a Organização Mundial da Saúde quanto o Banco Mundial preconizam que saúde está diretamente ligada ao desenvolvimento econômico. No Brasil, um estudo realizado pelo IPEA (2011) constatou que cada R\$1,00 investido em saúde pública aumenta o PIB em R\$1,70, *coeteris paribus*. As pessoas também são diretamente afetadas, pois esse mesmo R\$ 1,00 investido pelo governo aumenta a renda das famílias em R\$1,44.

O autor RUBARTH (1999) pondera que uma crítica a essa ideia de saúde global é que saúde pode ser entendida como uma questão interna dos países. Ele afirma que “há um possível questionamento da legitimidade da comunidade internacional para adotar recomendações e propor aos países políticas e ações na área social, sob a alegação de que esta atividade supõe algum tipo de intervenção externa em uma esfera de competência que seria exclusiva dos Estados” (RUBARTH, 1999, p. 231). Contudo, o autor lembra que as decisões em temas sociais têm caráter não vinculante e são fruto de diálogo, fazendo assim com seja possível interpretar que saúde não é somente da

competência de um único país. Em 1996, o então presidente brasileiro Fernando Henrique Cardoso chegou a afirmar que “as soluções para os problemas sociais não podem mais ser exclusivamente nacionais” (*apud* RUBARTH, 1999, p. 232).

Por ser responsabilidade de diversos países, saúde pode ser objeto e ponto de partida para cooperação internacional. Segundo MILNER (1992), a literatura sobre o tema aceitou uma definição comum de cooperação. Ela é um ato feito segundo conformidades, e ocorre quando “atores ajustam seus comportamentos segundo a real ou esperada preferência de outros atores, perante um processo de coordenação política” (KEOHANE *apud* MILNER, 1992, p.467). Porém, as causas da cooperação continuam sendo debatidas, assim como o que os atores envolvidos esperam obter da mesma (ganhos relativos ou absolutos, por exemplo).

O Brasil, desde a redemocratização, busca ampliar seus espaços de cooperação internacional. O país quer ser reconhecido como um ator político global de primeira ordem, e decidiu reforçar a atenção dada às relações Sul-Sul e aos contatos com os países dessa parte do mundo – os resultados dessa ação são a formação dos fóruns IBAS (Índia, Brasil e África do Sul), e Brasil – Caricom (Comunidade do Caribe), entre outros. O Brasil também passou a considerar a “edificação de espaço político-estratégico e econômico-comercial de composição exclusiva sul-americana, a partir da expansão gradual do MERCOSUL” (RICUPERO, 2010, p. 29), dessa forma ampliando as iniciativas de integração regional. A União das Nações Sul-Americanas converge com esse projeto, e sua criação ganhou destaque concomitantemente ao processo de perda de força do MERCOSUL e da Comunidade Andina (SORJ *et al.*, 2010).

No que concerne a cooperação em saúde, a diplomacia brasileira considera ações nesse tema relevantes à política externa desde o primeiro governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (RUBARTH, 1999). Foram desenvolvidas ações bilaterais e multilaterais em saúde, sendo que essa última tem como exemplos a área de cooperação técnica do Fórum IBAS, a formulação de uma agenda regional em saúde no âmbito da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica, o MERCOSUL Saúde (cuja estrutura é formada por um subgrupo de trabalho e uma Reunião dos Ministros da Saúde) e a UNASUL Saúde (com um Conselho Sul-Americano de Saúde e um Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde) (BUSS *et al.*, 2011).

Essas variáveis nas quais os países estão inseridos - integração regional, cooperação internacional e globalização – afetam seus sistemas de saúde. Sobre os Estados passam a existir compromissos internacionais, como os feitos com o Banco Mundial, que aconselhou a América Latina com diretrizes para a reforma de seus sistemas de saúde mediante empréstimos e Programas de Ajuste Estrutural; e como os realizados com a UNASUL via Plano Quinquenal 2010 – 2015, com o qual os países assumem ter como meta comum o desenvolvimento de sistemas universais de saúde (NURUZZAMAN, 2007; SELA, 2010).

Assim sendo, o conhecimento dos sistemas de saúde dos países, suas características principais e sua lógica de operação devem ser objeto de estudo, para que o aprendizado resultante desta tarefa auxilie na melhora desses sistemas no futuro e em uma maior efetividade na cooperação internacional. Segundo BRUNDTLAND (*apud* MILLS *et al.*, 2005, p. 515) “há uma necessidade em desenvolver-se sistemas de saúde mais eficientes”, e nesse sentido há que entender seu funcionamento para que mudanças sejam tanto bem realizadas quanto benéficas para a população.

A presente dissertação se propõe a descrever: a ação de Organizações Internacionais e sua atuação em saúde; ações de cooperação em saúde do Brasil; e os sistemas de saúde de dois países da América do Sul: Bolívia e Venezuela. A meta é observar se há espaços para cooperação nestes sistemas, e se já existem ações neste sentido em saúde na UNASUL.

Os trabalhos foram divididos em duas partes. A primeira apresenta um referencial teórico para compreensão dos processos de transformação com os quais saúde foi ganhando importância nas RIs, e sua evolução no entendimento dos estudiosos do assunto. Igualmente, são descritas as Teorias de RI com conexões ao tema, seja porque aceitam temas que não somente econômico-militares à agenda externa dos países, seja porque lidam com cooperação internacional. Os regimes internacionais também estão no referencial teórico, assim como um debate sobre a questão da governança internacional em saúde. AMARAL (2004, p. 90) aponta que um dos efeitos da globalização foi um questionamento à governança internacional existente, porque as “modificações ocorridas na realidade não foram acompanhadas de uma adequada reformulação das instituições e de uma atualização das regras que governam o intercâmbio mundial”.

A segunda parte desta dissertação divide-se em quatro subcapítulos: o primeiro busca apresentar as ações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Banco Mundial (BM), do Conselho de Segurança da Organização das Nações Unidas (CSNU), da extinta Comissão de Direitos Humanos da mesma Organização, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em temas de saúde. Organizações intergovernamentais como um todo “facilitam a formação de redes transgovernamentais e transnacionais, compostas por atores subnacionais e não governamentais”, e geralmente estão na liderança em processos “de criação e de manutenção de regras e princípios internacionais” (MINGST, 1999, p. 241). Assim sendo, descrever seus trabalhos auxilia no entendimento da articulação internacional e nacional em atividades em saúde.

O segundo subcapítulo descreve como assuntos relacionados à saúde entraram na pauta de discussões da Política Externa Brasileira (PEB), apresentando um breve histórico da evolução de saúde como um tema social no Ministério das Relações Exteriores. Da mesma forma, demonstra-se como o Brasil foi voltando sua ação externa à América do Sul, ação essa que culminou nos projetos de integração regional.

Por sua vez, a terceira subparte demonstra as ações da UNASUL para que saúde seja trabalhada sob seu escopo, e visa apontar as principais características do seu plano para saúde, o Plano Quinquenal 2010 – 2015. Por fim, o último subcapítulo descreve os sistemas de saúde da Bolívia e da Venezuela, explicando brevemente os processos de reforma que foram realizados nas décadas de 80 e 90; suas respectivas estruturas e funcionamento; e cooperações internacionais realizadas entre esses sistemas e outros atores.

Faz-se necessário definir, para melhor entendimento dessa dissertação, o que se compreenderá aqui por *global* em saúde global. Para BOZORGMEHR (2010), essa distinção é importante porque o termo pode conotar: 1) global como mundial-universal, entendimento que pode trazer complicações porque algumas doenças com as quais saúde global lida (como malária e desnutrição) não atingem todas as regiões do planeta; 2) global como transcendendo fronteiras, definição que também pode causar problemas porque legitima qualquer questão que atinja mais de um país a ser denominada como global; 3) global como holístico, sentido que inclui qualquer fator que possa influenciar a qualidade da saúde em qualquer que seja seu nível de análise – individual, regional,

internacional etc. -; contudo, este significado é muito amplo e faz com que qualquer variável possa ser considerada um determinante em saúde, ampliando demasiadamente o escopo e dificultando estudos.

Para esse autor, o significado do termo mais apurado para saúde global é global como supraterritorial, sendo esta última entendida como conexões sociais que transcendem os territórios geográficos dos países. Dessa forma, “o objeto de ‘saúde global’, com global significando supraterritorial, é a análise dos novos espaços sociais criados pela globalização. Globalidade, no contexto da saúde, se refere então às ligações supraterritoriais entre os determinantes sociais em saúde localizados em pontos em qualquer lugar da terra” (p. 6). KICKBUSCH *et al.* (1999) traça um paralelo a este pensamento, afirmando que globalização é mais do que somente um aumento da interdependência, mas também implica uma nova esfera de ação independente do território. Portanto, os países tornam-se responsáveis pela saúde tanto dentro quanto fora de suas fronteiras.

Saúde global teria, assim, uma estreita relação com determinantes sociais da saúde, como se ambas fossem diferentes camadas que se tocassem horizontalmente em toda sua extensão, uma influenciando a outra por construções complexas. Devido às explicações de BOZORGMEHR (2010), global nessa dissertação será entendida como supraterritorial.

2.OBJETIVOS

- Descrever a ação de Organizações Internacionais e sua atuação em saúde.
- Descrever ações de cooperação em saúde do Brasil.
- Identificar aspectos contextuais dos sistemas de saúde e da cooperação internacional em saúde da Bolívia e da Venezuela.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

A abordagem metodológica utilizada neste estudo é qualitativa. Considerando os objetivos e propósitos desta dissertação, tal abordagem é a que permite um estudo mais profundo dos objetos, pois ela dá atenção particular a problemas de contexto, capturando significados e processos singulares. A abordagem qualitativa se alia a uma epistemologia interpretativa, que enfatiza a natureza dinâmica, evolutiva e construtiva da realidade social (DEVINE, 2002). Desse modo, a pesquisa qualitativa é um mecanismo importante para melhor compreensão dos contextos histórico-sociais nos quais a humanidade está inserida (MERRIAM *apud* LIAMPUTTONG, 2005).

A pesquisa qualitativa tende a apresentar uma profunda análise de material histórico. É filosoficamente discursiva¹ e se preocupa com um estudo amplo dos acontecimentos (KING *et al.*, 1994), tornando-a assim a abordagem que melhor responde aos objetivos propostos nesta dissertação.

Autores como BAUM (*apud* LIAMPUTTONG, 2005) afirmam que essa abordagem também é apropriada para temas de saúde pública, pois ela é adequada para o estudo de situações complexas. O mesmo autor afirma que os dados adquiridos com a pesquisa qualitativa podem “explicar fatores econômicos, políticos, sociais e culturais que influenciam a saúde e a doença; (...) e estudar interações entre os vários atores que são relevantes a qualquer assunto de saúde pública” (p. 5).

Dentro dos métodos possíveis no escopo qualitativo, são utilizadas a descrição e a pesquisa histórica. A descrição será importante para o conhecimento das características da UNASUL-Saúde, dos sistemas de saúde da Bolívia e da Venezuela e da cooperação internacional em saúde. A pesquisa histórica, por sua vez, enfoca a narração de eventos (MORSE *et al.*, 1995). Ela compreende que aspectos da sociedade e das instituições têm origem no passado, assim sendo entender essas origens e observar as mudanças no ambiente social auxiliam na percepção das funções desses aspectos na atualidade. Segundo LAKATOS *et al.* (1992, p. 82): “o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade de hoje” e, igualmente, afirmam que “[seu] estudo, para uma melhor compreensão do papel que atualmente desempenham na sociedade, deve

¹ Ou seja, é indutiva, busca as causas dos efeitos, busca etapas para formular conceitos.

remontar aos períodos de sua formação e suas modificações”. As autoras também discorrem que a pesquisa histórica auxilia a entender como os fenômenos relacionam-se entre si.

Enfatiza-se aqui que o critério de escolha da Bolívia e da Venezuela para análise não se deu somente pelo fato de serem do mesmo subcontinente ao qual o Brasil pertence, mas também pelo envolvimento que ambos os países têm com mecanismos de integração regional, como o MERCOSUL e a UNASUL², e a possibilidade de utilização deste último espaço institucional para o fomento da cooperação em saúde.

No que concerne o MERCOSUL, em 2006 foi aprovado o “Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao MERCOSUL”, documento com o qual se estabeleceram as condições e os prazos para a incorporação do país ao bloco. Argentina, Brasil, Uruguai e Venezuela já ratificaram o Protocolo em seus respectivos Congressos Nacionais, contudo, o documento está ainda sob análise do Congresso paraguaio (MERCOSUL, 2010).

A Bolívia, por sua vez, é um membro associado que faz parte do que se convencionou chamar de MERCOSUL Político. Realizou vários acordos com os países do bloco na busca de garantir paz e democracia na região, fomentando assim a estabilidade política na América do Sul. Juntamente com o Chile, a Bolívia faz parte da “Declaração Presidencial sobre o Compromisso Democrático no MERCOSUL” (1996), do “Protocolo de Ushuaia sobre o Compromisso Democrático” (1998), e da “Declaração Política do MERCOSUL, Bolívia e Chile como zona de Paz” (1998) (MERCOSUL, 2010).

No que concerne a UNASUL, esta instituição foi criada em 2008 com ampla pressão venezuelana, que havia saído da Comunidade Andina de Nações em 2006. A sede do futuro banco regional do bloco, o Banco do Sul, será em Caracas. A Bolívia também participou da constituição da União, e sediará, em Cochabamba, o Parlamento da América do Sul (SARAIVA, 2010; BUSS *et al.*, 2011).

² Ambos os países faziam parte de outro bloco, a Comunidade Andina de Nações, contudo a Venezuela deixou de ser Estado membro em 2006.

3.2. FONTE DE DADOS E TÉCNICA DE PESQUISA

As técnicas de investigação utilizadas para o estudo são a pesquisa documental e análise bibliográfica. Por ser de abordagem qualitativa e por enfatizar processos históricos e construções políticas, os dados utilizados nesta dissertação foram retirados de bibliografia sobre o tema e documentos oficiais.

Considerando os objetivos desta pesquisa, não são analisados os sistemas de proteção social dos países e a história por trás de sua constituição: a ênfase será somente nos sistemas de saúde *per se*. No caso da Venezuela e da Bolívia, realizou-se uma leitura das reformas neoliberais que ocorreram nesses dois países na década de 80, porém com ênfase na década seguinte, de 1990, posto que foi nesse período dos anos 90 que a literatura analisou as mudanças advindas das reformas.

Utilizou-se como marco para o estudo os anos nos quais as reformas neoliberais tiveram início: 1986 para a Bolívia, e 1987, para a Venezuela.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Conforme explicitado pelo tipo de estudo e fontes de dados supracitados, esta pesquisa não envolverá seres humanos, não sendo atinente às normas e diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional e Saúde e posteriores.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. O DEBATE TEÓRICO ENTRE SAÚDE INTERNACIONAL E SAÚDE GLOBAL

Questões sanitárias entendidas como temas das Relações Internacionais (RI) são resultado de um processo, e essa evolução teve, concomitantemente, um debate entre autores sobre com qual conceito, saúde internacional ou saúde global, essas questões deveriam ser tratadas. Discute-se sobre como esses conceitos abarcam distintas perspectivas de mundo e consequências, impactando as ações estatais e, consequentemente, as RI.

O escopo de análise das Relações Internacionais vem se expandindo nos últimos vinte anos. Com o fim da Guerra Fria, temas que antes eram vistos com menos entusiasmo, como direito ambiental e saúde, conseguiram ocupar espaço nos estudos desta disciplina (ALVES, 2001).

Contudo, não se pode concluir que saúde esteve ausente da esfera internacional antes de 1989. O enfoque que era diferente: os países se preocupavam com a contenção de epidemias nas fronteiras e aplicavam quarentenas. No século XIX, já existia a ideia de cordão sanitário, e em 1851 ocorreu em Paris a Primeira Conferência Sanitária Internacional, para discutir o papel da quarentena nas epidemias de cólera e peste bubônica que acometiam a Europa (MERSON *et al.*, 2005). Utilizava-se o termo saúde internacional, já no século XIX, para designar tal controle de epidemias nos limites territoriais (BROWN *et al.*, 2006).

Outras conferências ocorreram, sempre com uma visão sanitaria defensiva. Onze foram realizadas entre 1851 e 1902, em uma etapa que BIRN (2009) denominou como “reunião e saudação”. Para a autora, essa foi a primeira fase da saúde internacional, na qual apenas a disposição dos países em se encontrarem para discutir saúde já era um avanço. Enfatiza-se que os países presentes eram majoritariamente os líderes europeus (com um constante enfrentamento entre França e Reino Unido) e outros com importantes rotas comerciais que poderiam ser portas para doenças, como Rússia e o Império Otomano. Os EUA só se envolveram no tema a partir da conferência de 1881, na qual também estiveram presentes Brasil, México, Venezuela e Haiti

(CUETO, 2006). Houve em 1892 e 1893 conferências para o controle de cólera, e em 1897 para o controle da peste bubônica.

Em 1888, houve em Lima um Congresso Sanitário Americano, com a participação de alguns países andinos. Ela majoritariamente debateu sobre doenças infectocontagiosas, como era de praxe à época (CUETO, 2006).

Em 1901, houve na Cidade do México a Segunda Conferência Internacional dos Estados Americanos, na qual se discutiu uma possível institucionalização dos debates em saúde para fortalecer os mecanismos de proteção, como por exemplo as quarentenas, na forma de um escritório com sede permanente em Washington DC, nos Estados Unidos (CUETO, 2006).

Em 1902, foi estabelecida a Organização Sanitária Pan-Americana, inaugurando o que BIRN (2009) denomina como segunda fase da saúde internacional, a época de construção de instituições. No continente europeu, aparecia em 1907 o Escritório Internacional de Higiene Pública³ (SEITENFUS, 1997; e BERTOLOZZI *et al.*, 2008). Não surgiram apenas instituições públicas nessa época: em 1913, nos Estados Unidos, foi criada a Fundação Rockefeller. Essa organização privada ganhou muita importância por financiar escolas de saúde pública no mundo todo e dar apoio a pesquisas.

A Liga das Nações, entidade internacional constituída após a Primeira Guerra Mundial, em 1919, também enfatizou a importância da saúde no âmbito internacional. No artigo 23 da Carta que a instituiu, pede-se para que os Estados tomem medidas para prevenir e combater doenças (SEITENFUS, 1997). Em 1922, o Comitê de Saúde da Liga das Nações e a Seção de Saúde foram fundados e atuaram no mundo todo, controlando epidemias e surtos de cólera, tifo e varíola; e criando padrões para vacinas. Ainda que muito respeitado, o Comitê teve pouco apoio do governo americano e a maior parte de seus fundos provinha da Fundação Rockefeller (BIRN, 2009; ARQUIVOS DA OMS, 2011).

Avanços tecnológicos, descobertas científicas na área de microbiologia, a criação de disciplinas de Saúde Pública *per se*, o surgimento de múltiplos organismos internacionais no período pós Segunda Guerra Mundial (sendo os mais expoentes a Organização das Nações Unidas – ONU - e a própria Organização Mundial da Saúde –

³ O EIHP deveria coletar dados sobre doenças e estudar doenças consideradas epidêmicas; contudo, o Escritório não tinha autonomia de atuação.

OMS) e a construção do conceito de direitos humanos estabeleceram mudanças na visão do que era saúde pública para o âmbito internacional. Para BIRN (2009), a fundação da OMS inaugurou a terceira fase da saúde internacional, na qual houve uma maior profissionalização das pessoas que trabalham com o tema e uma institucionalização das ações. Um ponto positivo nesta época, já marcada pela Guerra Fria, foi a legitimação que esse organismo internacional obteve para lidar com saúde mesmo sendo um órgão intergovernamental permanente preocupado com cooperação técnica.

É importante ressaltar, antes de discutir os conceitos de saúde internacional e saúde global, que acontecimentos políticos e históricos tiveram profundo impacto nesta questão, assim como tiveram em outros temas, como segurança e direitos humanos.

A globalização teve papel significativo. Este fenômeno social complexo - que evoca um debate sobre o grau de soberania dos Estados - traz consequências aos territórios, às economias e às culturas dos países, além de aumentar a interdependência entre eles e impactar a saúde (GODUE, 1998). Como discorre MANRÍQUEZ (2006, p. 146 – ênfase no original):

(...) a globalização também traz consigo uma tendência para imitar, o que Johan Galtung batizou como ‘modo de vida químico-circense’. Este estilo de vida, originado nos países desenvolvidos, implica a adoção de padrões de risco na alimentação e no cuidado da saúde, e se sintetiza na frase ‘*eat, drink and be merry*’. Como consequência desta imitação extralógica, enfermidades como obesidade, diabetes, tabagismo e certos tipos de câncer experimentaram um veloz crescimento tanto no centro quanto na periferia⁴.

Outros acontecimentos influenciaram os debates na área da saúde: as consequências políticas da Guerra Fria e de seu fim em 1989; as novas abordagens sobre o desenvolvimento socioeconômico; a evolução e aprofundamento das relações comerciais; o processo de descolonização afro-asiático, que se fortaleceu nos anos 60/70; o aumento da participação dos países em desenvolvimento nos organismos internacionais e a atuação deles para que seus interesses fossem garantidos; assim como

⁴ A ideia de centro / periferia do excerto remete à teoria estruturalista das Relações Internacionais. Elaborada no âmbito da CEPAL (Comissão Econômica para América Latina e Caribe) e com conceitos de intelectuais como Raul Prebisch, esta teoria se baseia na concepção de que há uma estrutura, fundamentada no capitalismo, que leva a uma hierarquia no sistema internacional, consumada pela exploração de países da periferia (dependentes de *commodities* ou de produtos de baixo valor agregado), por parte de países do centro (industrializados).

suas crises econômicas aprofundadas no fim dos anos 80 – começo dos anos 90 e a forma como o mundo desenvolvido lidou com elas (BROWN *et al.*, 2006; BIRN, 2009).

Outra variável a ser considerada foi o avanço rápido do HIV/AIDS no mundo nas décadas de 1980 e 1990. Ele é considerado ponto de inflexão para o estudo da saúde nas Relações Internacionais. A preocupação com a doença fez com que saúde aparecesse constantemente na agenda internacional dos países tanto em desenvolvimento como desenvolvidos, e ganhasse espaço na formulação da política externa. Por criar problemas não somente na área da saúde, como também de ordem econômica e social, o HIV/AIDS ajudou na consolidação da cooperação internacional por motivos de saúde pública e no aumento dos recursos internacionais para objetivos sanitários. O HIV / AIDS abriu caminho para o incremento das doações em saúde e um maior debate sobre cooperação no assunto (GARRETT, 2007).

Devido à influência de todos os eventos históricos supracitados, intensificou-se a discussão sobre o sentido do termo saúde internacional. Havia já uma visão considerada histórica, na qual “saúde internacional representava os esforços de nações fortes e industrializadas em ajudar nações mais pobres” (MERSON *et al.*, 2005, p. xiii), característica da época de colonialismo e de menor força política dos países mais pobres. A definição considerada convencional se parece muito com a primeira, e afirma que o termo “inclui toda atividade de saúde realizada por profissionais ou instituições de países ricos em países menos desenvolvidos, ou aquela praticada por agências internacionais de saúde” (DANTE *apud* BERTOLOZZI *et al.*, 2008, p. 253). Ambas as definições apresentam um caráter de relação de dependência, sem ênfase na sustentabilidade a longo prazo das atividades nos países em desenvolvimento.

Com o passar dos anos, a deliberação sobre o conceito de saúde internacional para saúde global ganhou novas características. ROVERE (1992) e PANISSET (1992) afirmam que a expressão deveria perder seu caráter assistencialista e absorver um enfoque emancipador. Para o primeiro autor, saúde internacional é (*apud* PANISSET, 1992, p. 171) – a tradução é nossa:

Um recorte amplo do campo das relações internacionais que através do intercâmbio do conhecimento, informação, financiamento, insumos, tecnologia, físicas e de gestão e influencia política, tende a

melhorar as condições de saúde e de vida das populações dentro dos limites que os interesses dos países envolvidos impõe.

ROVERE (1992) explica que o conhecimento das Dimensões Internacionais da Saúde (DIS) é fundamental para compreender o que ocorre dentro das fronteiras dos países. Em outras palavras, entender a esfera internacional é importante para melhorar a esfera nacional. Ele evidencia também o impacto dos ajustes estruturais da década de 90 e da orientação neoliberal dos governos na saúde das populações latino-americanas, e elucida que a transnacionalização dos modelos de atenção à saúde e de gestão deixou pouco espaço para o desenvolvimento de um pensamento próprio na região.

Para PANISSET (1992), saúde internacional é multidisciplinar e compreende redes de sistemas de cuidado privados e estatais, organizações internacionais, a construção do processo de saúde e doença e por fim, questões de economia, mercado, produção, serviços e temas sociais. O autor denomina que todas essas variáveis acima fazem parte da reflexão de Saúde como Assunto Internacional. Relações de poder também interferem: saúde internacional pode ser utilizada como um elemento de dominação entre países. Contudo, ela pode também convir para o desenvolvimento regional da América Latina.

MERSON *et al.* (2005, p. xix) apresentam uma definição de saúde pública internacional, que seria a “aplicação dos princípios da saúde pública nos problemas e desafios de saúde que transcendam as fronteiras nacionais, e na complexa gama de forças globais e locais que as afetam”, como por exemplo urbanização, migração, tecnologia da informação e mercado global. Este conceito não incita relação de dependência.

KICKBUSCH *et al.* (1999) introduzem por sua vez outra concepção do que seria saúde pública global, entendida como “habilidade coletiva de conduzir políticas públicas de saúde no âmbito global mediante uma rede de instituições públicas, privadas, não-governamentais, nacionais, regionais e internacionais pela conformação de regimes” (p.287).

Essa transição de saúde internacional para saúde global, e qual o papel da saúde pública neste marco ganham ainda outras facetas quando analisados por outros autores. Para FRENK *et al.* (2007), quando o termo saúde internacional foi cunhado, era para ser entendido como controle de epidemias em fronteiras e de ameaças dos países pobres. Ações neste âmbito se baseavam na unilateralidade, com objetivo de,

concomitantemente, prestar assistência e defesa. Saúde internacional era assistência técnica dos países desenvolvidos para os em desenvolvimento. Segundo FRANCO-GIRALDO *et al.* (2009), o comércio e a maior integração econômica também faziam parte dos desafios a serem gerenciados pela saúde internacional.

FRENK *et al.* (2007) chamam a atenção para que saúde global não tenha o entendimento de que países mais pobres precisam de assistência e caridade, mas sim de que tenham seus sistemas de saúde fortalecidos. Igualmente, elucidam que se deve valorizar a cooperação internacional e compreender a complexidade das condições da saúde global, que envolve múltiplos atores. FELDBAUM *et al.* (2010, p. 84) complementam essa ideia, pois o “caráter e a quantidade de assistência ao desenvolvimento para a saúde têm implicações importantes para as populações dos países mais pobres, porque ajuda de doadores estrangeiros pode abranger uma larga porcentagem dos gastos em saúde [desse países mais pobres]”, o que afeta a constituição dos sistemas de saúde dos países e a análise de quais são seus maiores problemas sanitários.

Da mesma forma, FRENK *et al.* (2007) declaram que saúde global é um campo de conhecimento e de ação: o primeiro porque “supõe o estudo interdisciplinar do processo de saúde e doença em nível mundial e das respostas sociais que se geram para enfrentar dito processo” (p. 162), assim como compreende a “análise da arquitetura institucional para responder à crescente complexidade criada pela transferência internacional de riscos” (p. 163). Saúde global também seria um campo para ação porque “compreende o esforço sistemático para identificar as necessidades de saúde da comunidade global e a organização de respostas entre os membros dessa comunidade para enfrentar ditas necessidades, incluindo a formulação de políticas, a mobilização de recursos e a implementação de estratégias” (p. 163).

De forma direta, STEPHEN *et al.* (2010) atribuem a mudança dos conceitos à globalização. Para eles, saúde internacional seria apenas controle de epidemias entre fronteiras, e saúde global seria preocupação com a saúde da população mundial conforme as forças da globalização aumentam.

Autores também sugerem que houve uma mudança na cooperação global para saúde, “de *representação vertical para participação horizontal*. A representação vertical descreve o relacionamento entre estados e organismos que conformam a Organização das Nações Unidas (ONU)” (WALT *apud* MERSON *et al.*, 2005, p. 667; a

tradução é nossa, ênfase no original). A representação horizontal é menos formal e representa as parcerias feitas hoje com diferentes organizações, como ONGs e indústrias.

Para BIRN (2009, p. 58), esta fase de reconsiderações sobre a atuação dos países e das OIs seria a quarta fase da saúde internacional, a qual ela intitula de sucesso contestado, que iria de 1970 a 1985. A autora apresenta ainda uma quinta fase, cujo nome é evidência e avaliação, que iria de 1985 até hoje. Porém, é possível afirmar que ambas as fases podem ser uma só, se entendidas como um processo de avaliação e de evolução dos debates sobre saúde, sobre participação dos países em desenvolvimento e sobre cooperação *per se*.

A autora apresenta outras características dessas fases: os países que ficaram independentes não receberam ajuda como esperavam, tampouco os países em desenvolvimento. O papel da OMS foi rediscutido e várias contradições apareceram, como as já mencionadas estratégias verticais versus horizontais, técnicas versus sociais e etc. A multiplicidade de atores que surgiu nessa época, como agências bilaterais e ONGs, também suscitava dúvidas: os esforços de saúde global seriam para libertar os povos ou tinham caráter coercitivo?

Para FRANCO-GIRALDO *et al.* (2009), a resposta seria a primeira opção, pois para os autores a saúde global teria uma filosofia mais positiva porque estaria associada à melhoria da saúde de todos no mundo (p. 543). KOPLAN *et al.* (2009), por sua vez, criticam o termo saúde global exatamente pela falta de uma definição precisa e consensual, mas propõem um outro sentido ao termo. Para os autores, “saúde global é uma área de estudo, pesquisa e ação, que coloca como prioridade a melhoria da saúde e o alcance de equidade em saúde para todos os povos no mundo todo” (p. 1995).

Os autores sintetizam em uma tabela as principais características da saúde global, internacional e saúde pública, reproduzidas aqui na tabela 01.

Tabela 01 – Características da Saúde Global, Internacional e Saúde Pública.

	Saúde Global	Saúde Internacional	Saúde Pública
Alcance geográfico	Foco em assuntos que direta ou indiretamente afetam a saúde mas que podem transcender fronteiras.	Foco em assuntos de saúde de outros países, especialmente dos mais pobres ou dos com renda média.	Foco em assuntos que afetam a saúde de populações de uma comunidade particular ou de um país.
Nível de cooperação	Desenvolvimento e implementação de soluções frequentemente demandam cooperação global.	Desenvolvimento e implementação de soluções geralmente demandam cooperação bilateral.	Desenvolvimento e implementação de soluções frequentemente não demandam cooperação global.
Indivíduos ou populações	Compreende tanto prevenção para as populações quanto cuidado clínico de indivíduos.	Compreende tanto prevenção para as populações quanto cuidado clínico de indivíduos.	Concentrada principalmente em programas de prevenção para a população.
Acesso à saúde	Equidade no acesso à saúde entre todos os países e para todos os povos é seu maior objetivo.	Procura ajudar pessoas de outros países.	Equidade no acesso à saúde dentro de uma nação ou comunidade é um objetivo principal.
Variedade de disciplinas	Altamente interdisciplinar e multidisciplinar, dentro das ciências de saúde e além delas.	Abrange algumas disciplinas, mas não enfatiza multidisciplinaridade.	Encoraja abordagens multidisciplinares, particularmente dentro das ciências de saúde e com ciências sociais.

Extraído de: KOPLAN *et al.*, 2009.

Assim sendo, entende-se que é bastante desafiador ter uma definição precisa de saúde global que abarque toda a complexidade que o tema possui. A de ROWSON *et al.* (*apud* BOZORGMEHR, 2010) parece ser a que mais resume toda a discussão aqui desenhada (p.3):

Saúde global é um campo de prática, pesquisa e educação focado em saúde e nas forças sociais, econômicas, políticas e culturais que a moldam através do mundo. A disciplina tem uma associação histórica com as distintas necessidades dos países em desenvolvimento, mas também se preocupa com assuntos relacionados à saúde que transcendem fronteiras nacionais e com os diferentes impactos da globalização. É um campo multidisciplinar, misturando perspectivas das ciências naturais e sociais para entender as relações

sociais e os processos biológicos e tecnológicos que contribuem para a melhoria da saúde em todo o mundo.

Antes de discorrer sobre outros pontos que fazem parte da construção da saúde global, faz-se necessário introduzir que os estudiosos citados no presente capítulo ressaltam a ação para melhorar a saúde dos povos, constroem análises sobre o papel dos países em desenvolvimento, suas reivindicações políticas e os problemas das OIs, mas dedicam pequeno espaço à questão do fim da assistência internacional sem sustentabilidade⁵, em outras palavras, a como fazer com que os países que recebem auxílio internacional sejam capazes de dar continuidade a projetos sem ajuda externa. A pergunta que surge é como dar fim à relação de dependência assistencialista – e não à interdependência, pois ela é fundamental no mundo globalizado.

Uma resposta possível é encontrada nas disciplinas que tratam da reconstrução de países em situação de pós-conflito. Segundo JONES *et al.* (2006), reformas no setor de saúde devem encorajar sustentabilidade de longo prazo. Para isso, o objetivo majoritário seria alcançar o *tipping point*, um ponto de inflexão em que “o governo local começa a assumir responsabilidade substancial da gerência do setor de saúde” (p. xxv). Esse estágio demora a ser alcançado e será diferente em cada país, mas seu sucesso depende de características comuns a todos: força do Estado em implementar políticas e capacitação de recursos humanos em saúde no âmbito local. Estas seriam estratégias cabíveis também para o fim das relações de dependência em qualquer esfera.

Com a integração mundial mais profunda, abarcando mais países e maior volume de pessoas movimentando-se pelo globo, aumentou também a transferência internacional de riscos. Alguns governos preocupam-se com o bioterrorismo, mas não só ele é relevante: a alta velocidade de contaminação das doenças infectocontagiosas entre diferentes regiões do globo é novidade, e há males de estilo de vida que são comuns a muitos países, como tabaco e obesidade (FRENK *et al.*, 2007). Esses riscos podem impactar áreas prezadas pela segurança e tradicionalmente relacionadas a ela, como geopolítica, estabilidade regional, populações nacionais, poder econômico e

⁵ Sustentabilidade foi utilizada no sentido amplo do termo, como uma característica de projetos que são capazes de perdurar no tempo.

interesses comerciais, fazendo com que saúde ganhe destaque na matemática do poder (FELDBAUM *et al.*, 2010).

Igualmente, além de poder ser considerada *alta política*, saúde perdeu seu caráter meramente doméstico. KICKBUSCH (2000) afirma que o campo da saúde ilustra o fato de estarmos em uma nova era de políticas públicas, a qual é definida como “um aumento das sobreposições entre políticas doméstica e externa, estratégias multilaterais e bilaterais, e interesses nacionais e internacionais” (p. 979). Saúde deveria ser entendida como um bem público global, e o impacto da globalização faz com que uma política de saúde global seja necessária, fornecendo deste modo uma estrutura na qual “novas redes de contatos para governança em saúde sejam criadas e novas formas de *accountability* sejam desenvolvidas” (p. 980). Ainda, chama atenção para o fato de que os atores envolvidos em saúde global sejam *accountable*, ou seja, sejam responsáveis por suas ações e entendam que a maior parte da população do mundo não tem capacidade de defender seu direito humano à saúde.

Outros autores defendem a ideia de saúde como um bem público global. KAUL *et al.* (2001) se baseiam no conceito econômico de bem público (não rival e não excludente) para explicitar que saúde é um bem público global, porque melhorá-la em países mais pobres gera benefício para todo o sistema internacional e inclusive para gerações futuras.

Há três critérios que devem ser respeitados segundo KAUL *et al.* (*apud* BOIDIN, 2005, p. 31) para que se possa afirmar que o bem público é global:

- 1) Ele não interessa ou afeta só a um grupo de países, seu efeito excede seu âmbito territorial;
- 2) Seus efeitos abrangem não só muitos países, mas também grande parte da população mundial;
- 3) Seus efeitos afetam as gerações futuras.

Para KAUL *et al.* (2001), qualquer bem público global é garantido mediante cooperação entre os países. Também (p. 870-1, a ênfase é nossa):

Seria errado (...) considerar que melhorar a saúde em países mais pobres seria apenas um assunto de ajuda. Ao contrário, cooperação internacional deve ser entendida como uma parte integral das políticas de saúde *nacionais* em todos os países, ao invés de

esforços isolados e esporádicos. A porosidade das fronteiras globalizou nossas condições de saúde, e cooperação internacional em saúde se tornou um assunto de interesse próprio e preocupação mútua.

Os mesmos autores afirmam que parcerias público-privadas (PPPs) estão fazendo com que estadistas e políticos prestem mais atenção à saúde global. Inclusive, KICKBUSCH (2005) discorre que saúde global se difere de saúde internacional porque a primeira se define “por uma complexa ação recíproca entre atores estatais e não-estatais (...). O novo sistema de saúde global é claramente plural e *caracterizado por uma crescente privatização*” (p. 970, a ênfase é nossa). As PPPs seriam mais uma forma de conduzir políticas para a saúde. Contudo, o tema tem gerado críticas, como a própria autora enfatiza (p.970): “esse redirecionamento de funções e programas antes na arena pública/governamental/interestatal para organizações privadas tem consequências significantes em termos de definição de prioridades, propriedades, controle e *accountability*. Ele, claramente, reduziu a importância do sistema ONU”.

Para BOZORGMEHR (2010), o uso de PPPs faz parte de uma discrepância entre retórica e realidade em saúde global, assim como falta de responsabilização dos atores e desconexão entre o discurso ético/moral e a prática real de política externa. No problema da responsabilidade, ela é um reflexo da dificuldade de governança na saúde global devido à multiplicidade de temas e atores envolvidos.

BEIGBEDER (2010) ressalta que desde os anos 70 a OMS havia se comprometido a fazer PPPs. Na década de 90, elas foram realizadas para o combate à oncocercose, e mais recentemente para o combate à poliomielite e até mesmo para garantia de acesso a medicamentos, com a criação da Iniciativa para Acelerar o Acesso (criada em 2010 com o objetivo de facilitar acesso a medicamentos contra HIV/AIDS).

No que concerne o discurso ético/moral e à prática, há ainda uma discussão de como seria desenvolvido o papel da ética na saúde global, e quais valores seriam utilizados para guiar a evolução da disciplina. Segundo IJSSELMUIDEN *et al.* (2011) três valores deveriam ser considerados: 1) solidariedade global, que ajudaria a melhorar a cooperação entre países do Norte rico e Sul em desenvolvimento; 2) respeito pelas inovações que vêm do Sul, pois as pesquisas têm valor social também, e 3) comprometimento para ação, uma vez que o conhecimento já tenha sido obtido com pesquisas.

Por sua vez, RUGER (2006) analisa a questão da desigualdade de acesso na saúde global a partir da filosofia, afirmando que por um princípio cosmopolitista o princípio de justiça se aplica a todos os indivíduos do mundo. Logo, os esforços para ajudar deveriam ser baseados na moral, e cada ator tem sua responsabilidade na melhoria da equidade em saúde, seja governo, instituições públicas ou privadas ou OIs. Segundo o autor (2006, p.1002), “respostas nacionais e internacionais a disparidades em saúde devem ser arraigadas em um núcleo de valores éticos em saúde e sua distribuição, porque princípios éticos têm o poder de motivar e de fazer com que atores globais e nacionais se responsabilizem em atingir objetivos comuns”. Dever-se-ia, desta forma, aproximar a ética/moral da prática.

Para melhorar a prática da saúde global, FRENK *et al.*(2006) propõem uma estratégia, que eles denominam os três “Es” em saúde global:

- 1) Experiências trocadas para melhor enfrentar os desafios, especialmente os problemas dos sistemas de saúde;
- 2) Evidências para construir um conhecimento sólido sobre as alternativas para os desafios, e sobre como transferi-los para outros países;
- 3) Empatia para participar emocionalmente de uma realidade alheia.

Essa estratégia ajudaria quem trabalha com saúde global a ser mais efetivo em campo.

Em um artigo recente, BIRN (2011) resume o debate aqui apresentado sobre saúde internacional e saúde global, e indica que há uma tensão latente nas discussões, sendo que não se chegou a uma conceitualização definitiva. Em seu texto, ela discorre que, com a influência da globalização, se trocou o uso do conceito saúde internacional por saúde global, mas que esse fato misturou interesses contraditórios e buscas por distintas definições. Para a autora, uma das poucas afirmações que podem ser feitas nesse contexto é que na saúde global há uma “enorme oportunidade de investimento de capital privado” (BIRN, 2011, p. 101), o que se traduziu em inúmeras Parcerias Público-Privadas na área sanitária.

Ela também destaca que os conceitos de saúde global apresentados excluem análises de mercantilização da saúde, de lucros privados e das ações do mercado capitalista em saúde, porém esses conceitos fomentam que se deve ampliar a

cooperação Sul-Sul sem discutir-se como as desigualdades em termos de saúde foram criadas em primeiro lugar.

Nesse mesmo artigo BIRN (2011, p. 102) também desenha uma crítica à tabela 01 apresentada nesta dissertação, extraída de KOPLAN *et al.* (2009). Para ela, a tabela falha, primeiramente, por definir saúde global sem apresentar seu contexto político. Tampouco ela apresenta questões como liberalização comercial, desigualdades socioeconômicas e condicionalidades das instituições financeiras. A autora também destaca que as distinções entre saúde internacional, global e pública são falaciosas, porque elas devem ser entendidas como questões interligadas em uma linha contínua.

Por fim, a autora propõe que deve ser realizada uma análise na qual “se buscaria entender a saúde no contexto da ordem global do poder político e econômico, (...) explicando a razão pela qual a saúde global merece substituir a saúde internacional” (BIRN, 2011, p. 103), e apresenta que a OPAS continua utilizando o termo saúde internacional em exitosas ações na América Latina.

Por tudo acima discorrido, compreende-se que saúde global é uma construção história em andamento, e por ser um termo recente, há ainda áreas que demandam mais estudo e problemas a serem resolvidos. O debate tem bastantes motivações para continuar ocorrendo, contudo ele não está isento de conflitos porque lida com diferentes perspectivas sobre o que cada conceito agrega às discussões.

4.2. SAÚDE E AS RELAÇÕES INTERNACIONAIS

4.2.1. Teorias de Relações Internacionais

Saúde discutida como tema de Relações Internacionais é um evento recente. Como já mencionado, o escopo de análise dessa carreira foi, por anos, as relações de poder e suas conseqüências na guerra. Contudo, algumas TRIs auxiliam no entendimento do relacionamento e da cooperação entre países, e ajudam na análise da questão da saúde.

Desenvolvida nos anos 70 por Joseph NYE e Robert KEOHANE, a *interdependência complexa* entende que somente o poder militar não explica a política externa, e que relações entre indivíduos e grupos externos ao Estado (como empresas e ONGs) são possíveis. Igualmente, ela aceita a ideia de que “há muitas formas de conexões entre as sociedades além das relações políticas de governos” e que os Estados se preocupam “mais com a ‘política inferior’ de *bem estar* e menos com a ‘política superior’ da segurança nacional” (JACKSON *et al.*, 2007, p. 163; a ênfase é nossa). A interdependência é caracterizada por efeitos recíprocos entre países ou entre atores em diferentes países, e envolve custos e restrição de autonomia (NYE *et al.*, 1977).

Para os autores, interdependência assimétrica seria uma fonte de poder, pois o ator menos dependente da relação seria menos afetado por mudanças nas relações entre os países. Eles trabalham com duas dimensões que alteram o poder na interdependência: a sensibilidade e a vulnerabilidade. Sensibilidade é definida como o grau de resposta de cada ator dentro de um marco político – “quão rápido mudanças em um país causam mudanças custosas em outro” (NYE *et al.*, 1977, p. 12). Ela pode ser social, política e econômica, e os autores não descartam a fome em outros países como forma de criar sensibilidade.

Vulnerabilidade é a suscetibilidade de um ator em sofrer custos impostos por eventos externos mesmo após realizar ajustes e alterações políticas. Ela faz referência direta às alternativas que um ator pode ter após um momento de crise e à capacidade de poder escolher o que fazer sob um custo razoável. Vulnerabilidade também pode ser social, política e econômica, e novamente os autores citam a fome como uma possível

origem: “a vulnerabilidade de um governo americano a protestos domésticos sobre sua falta de uma política de ajuda alimentar dependeria de quão facilmente ele poderia ajustar sua política sem incorrer (...) [a] maiores custos políticos e econômicos” (NYE *et al.*, 1977, p. 15).

No que concerne a cooperação, a interdependência complexa gera um ambiente propício para que ela ocorra. Organizações Internacionais também são valorizadas, pois auxiliam a ação assertiva de estados mais fracos e ajudam na discussão da agenda internacional.

Sob a ótica de que somente o poder militar não explica as Relações Internacionais, NYE (2002) apresenta a ideia de que há dois tipos de poder: o poder duro (*hard power*), que geralmente se baseia em incentivos e ameaças e que é representado pelo poderio econômico e militar; e o poder brando (*soft power*), que seria uma forma indireta de exercer o poder, por meio da admiração que outros países tenham perante os valores de um terceiro país, e da capacidade que este terceiro tenha de “organizar a agenda política de forma que configure as preferências dos outros” (p. 30).

O poder brando escapa em parte do controle governamental, porque valores estão inseridos no âmbito da sociedade civil. Esse poder tem origem na cultura, nos valores políticos e na política externa de cada país – quando outros países a entendem como legítima e como detentora de autoridade moral – (NYE, 2011, p. 84). NYE (2011) ressalta que, para saber usar o poder, deve-se compreender que mais importante que poder *sobre* os outros é poder *com* os outros.

O autor introduz também a ideia de poder inteligente (*smart power*), definido como a integração e o entrelaçamento inteligentes de diplomacia, defesa, desenvolvimento e outros mecanismos de poder duro e brando, encontrando assim meios de combinar esses temas dentro de estratégias exitosas nesse novo contexto de difusão de poder entre os países de “*rise of the rest*” - ascensão do resto, termo que para o autor indica a necessidade de reconsideração da primazia norte-americana (NYE, 2011, p. 208). O autor ressalta que saber como utilizar o poder é crucial para lidar com problemas como pandemias e mudanças climáticas, dado que “esses temas demandam cooperação, instituições e a busca por bens públicos dos quais todos podem beneficiar-se e ninguém pode ser excluído” (NYE, 2011, p. 214).

Saúde global e diplomacia para a saúde entrariam no nicho de poder brando, contudo, tem-se que assumir que saúde é um valor para as sociedades, para que ela possa ser entendida nesta dissertação como poder brando. Seriam, respectivamente, tema e mecanismo de poder inteligente, dado que o primeiro demanda a cooperação possível com o segundo.

A queda do muro de Berlim afetou o debate das TRIs. Com o fim da Guerra Fria e, com ela, o fim da eminência de uma guerra nuclear e da bipolaridade, surgiram novas correntes de pensamento, que ficaram conhecidas como abordagens pós-positivistas, ainda muito debatidas por pesquisadores de RI.

O debate da relação de dependência que algumas definições de saúde acarretam vai de encontro à *Teoria Crítica* desenvolvida por COX *et al.* (1996). Essa teoria se apresenta não como uma proposição para solucionar problemas, mas sim como uma explicação da importância de se encontrar a origem do que causou conflitos. Considera, além dos Estados, sociedades e instituições como atores importantes na ordem mundial, e tem uma perspectiva marxista.

Os autores tiveram grande influência de Gramsci, e acreditam que o mundo é visto por uma lente de valores, e que em determinado tempo, há valores e pontos de vista que prevalecem. Os que são escolhidos geralmente são os mesmos do ator que detém o poder; assim, deve-se entender o processo histórico por detrás da cristalização desse poder. Para os autores, “teorias são sempre para alguém e para algum propósito. (...) Perspectivas provêm de uma posição no tempo e no espaço, especificamente tempos e espaços sociais e políticos. O mundo é visto de um ponto de vista definido em termos de nação ou classe social, domínio ou subordinação” (COX *et al.*, 1996, p. 87).

Desta forma, outros atores devem manter uma postura crítica, buscando assim a consciência e a ciência do interesse real que funda o conhecimento.

Os Estados, para a Teoria Crítica, são limitados por sua posição e poder relativos no sistema e na ordem mundial. Como Gramsci, COX *et al.* (1996) acreditam que o controle hegemônico nas sociedades capitalistas faz com que ideias dominantes acerca da ordem mundial mantenham “determinados padrões das relações entre forças materiais, ideias e instituições em âmbito global” (GRIFFITHS, 2004, p. 173).

Igualmente, considera-se que os Estados foram globalizados, e que eles trabalham a favor das instituições transnacionais e das redes de poder dominantes.

Para esta teoria, o poder é como um triângulo, configurado três forças que interagem entre si:

- a. Capacidades materiais;
- b. Ideias;
- c. Instituições.

Capacidades materiais são entendidas como potenciais produtivos e destrutivos. São tecnologia, indústrias e inclusive riqueza material. Ideias podem ser intersubjetivas – influenciam comportamentos das sociedades e dos países – ou “imagens coletivas de ordem social mantidas por diferentes grupos de pessoas (COX *et al.*, 1996, p. 99). Esse segundo tipo de ideia é importante porque influencia o entendimento da legitimidade de uma determinada relação de poder, assim como influencia o entendimento da justiça e dos bens públicos. O fato de considerar ideias diferencia a Teoria Crítica de TRIs mais antigas.

Ela interpreta instituições como entes que materializam as relações de poder e as relações sociais, criando um determinado marco para ação e perpetuando uma ordem específica. Em outros termos, as instituições não são entes neutros, mas sim frutos de uma relação de poder particular.

Outra TRI considerada pós-positivista é o *Construtivismo*, elaborada por Alexander WENDT (1992). Essa teoria também considera mais atores políticos que somente os Estados, e tem um caráter normativo (ou seja, mais baseado em valores comuns do que em relações econômicas e de dicotomia guerra e paz, como TRIs mais antigas). O problema destas considerações é que se deve, então, partir do pressuposto que saúde é um valor. O Construtivismo parte da hipótese de que idéias e valores também são importantes nas relações internacionais e que constroem a realidade e as relações humanas (*apud* JACKSON *et al.*, 2007).

O autor define Construtivismo como (*apud* GRIFFITHS, 2004, p. 292):

Uma teoria estrutural do sistema internacional que faz as seguintes reivindicações centrais: (1) os Estados são a unidade principal de análise para a teoria política internacional; (2) as estruturas chave no sistema de Estados são mais intersubjetivas do que materiais; e (3) os interesses e identidades dos Estados são

construídos, em grande parte, por essas estruturas sociais, em vez de ser fornecidos de modo exógeno ao sistema, pela natureza humana ou pela política doméstica.

WENDT (1992) entende que os Estados constroem suas relações, desta forma moldando a anarquia na qual estão inseridos. A intersubjetividade faz com que mudanças possam ocorrer, assim sendo, os Estados podem mudar até mesmo seus interesses.

O Construtivismo argumenta a favor desta realidade subjetiva, afirmando “que entre agentes humanos, inclusive entre os que atuam em nome dos Estados, é possível haver entendimento mútuo, ideias comuns, práticas conjuntas e regras comuns que adquirem uma posição social independentemente de qualquer destes agentes” (JACKSON *et al.*, 2007, p.347). A subjetividade também impacta o poder: “a distribuição de poder pode sempre afetar os cálculos dos Estados, mas como isso ocorre depende dos entendimentos subjetivos e expectativas, da distribuição do conhecimento que constitui a concepção de si e do outro” (WENDT, 1992, p. 397).

Igualmente, WENDT (1992) afirma que as “instituições são fundamentalmente entidades cognitivas que não existem separadamente das ideias dos atores de como o mundo funciona” (p. 399), e que “instituições internacionais podem transformar a identidade dos estados e seus interesses” (p. 394).

Outros autores procuram teorizar sobre cooperação internacional dentro dessas relações de poder. A cooperação entre países *per se* não é um tema novo nas Relações Internacionais: muitos teóricos como por exemplo MITRANY (1975), KRASNER (1983), AXELROD (1984), KEOHANE (1984), GRIECO (1990), Ernst HAAS (1990) e NYE *et al.* (1997) (*apud* MILNER, 1992; *apud* JACKSON *et al.*, 2007) delinearam já teorias e justificativas para tentar explicar porque países cooperaram. Contudo, o tema é debatido até os dias atuais entre as diferentes vertentes da teoria de Relações Internacionais, algumas enfocando o racionalismo e o dilema do prisioneiro (influência da teoria dos jogos nas análises de Relações Internacionais), outras, a confluência de expectativas e comportamentos resultante da convivência.

MILNER (1992) afirma que cooperação pode ser tácita – surge quando as expectativas dos atores convergem -; negociada – mais comum, quando há negociação

na coordenação política -; ou imposta – pode ocorrer se houver um Estado hegemônico no sistema.

O autor construtivista WENDT (1992, p. 417) também apresenta uma explicação sobre cooperação, na qual os Estados constroem novas identidades e comprometem-se com as normas vigentes. Para o autor:

Uma análise construtivista de cooperação (...) se concentraria em como as expectativas produzidas pelo comportamento [dos estados] afeta identidades e interesses. O processo de criação institucional é uma técnica de internalizar novos entendimentos de si e do outro, de aquisição de novas identidades, não apenas de criar restrições externas ao comportamento de atores exogenamente constituídos. Mesmo sem tal pretensão, em outras palavras, o processo pelo qual egoístas aprendem a cooperar é ao mesmo tempo um processo de reconstrução de seus interesses em termos de comprometer-se com normas sociais. Com o tempo, isso tende a transformar uma interdependência positiva de resultados em uma interdependência positiva de utilidades ou de interesse coletivo organizado ao redor das normas em questão. Essas normas resistirão às mudanças porque elas estão vinculadas aos comprometer-se dos atores com suas [próprias] identidades e interesses, não somente devido aos custos de transação. Uma análise construtivista do “problema da cooperação”, em outras palavras, é cognitiva e não comportamental, dado que ela trata do conhecimento intersubjetivo que define a estrutura de identidades e interesses, (...) como endógena e fundamentada pela própria interação.

Cooperação em saúde é importante não somente porque hoje vivemos em um mundo globalizado. Também o é porque abarca diversos subtemas de impacto na vida das populações: desnutrição e doenças infecciosas, saúde ambiental, emergências humanitárias e desastres, recursos humanos na saúde, assim como organização, financiamento e gestão de sistemas de saúde (MERSON *et al.*, 2005).

Para a análise da integração internacional, a teoria funcionalista de MITRANY (1966) e neofuncionalista de HAAS E (1976, 1990) (*apud* GRIFFITHS, 2004; *apud* JACKSON *et al.*, 2007) são competentes para explicar inclusive o papel potencial que saúde tem na integração na América do Sul. Essas teorias têm por foco respectivamente instituições supranacionais e atores políticos de diversos níveis.

Para MITRANY (1948), o funcionalismo enfatiza os sinais comuns de necessidade, e muitas dessas necessidades vão além das fronteiras nacionais, demandando ações conjuntas para elas. Para o autor, na questão da perda ou não de soberania dos Estados ao cooperar com outros Estados, “os governos não devem (...) proteger seu direito a voto idêntico, mas podem permitir uma posição especial aos países que possuem uma responsabilidade especial na tarefa em questão, enquanto o serviço for realizado pelo benefício de todos” (MITRANY, 1948, p. 358).

MITRANY (1966) acreditava que a cooperação entre países deveria ser levada a cabo por pessoal técnico, e não políticos. Para ele, o processo teria início quando os Estados reconhecessem que, sozinhos, não poderiam garantir o bem estar à população. Assim, temas específicos entrariam na pauta de discussão (como exemplo, GRIFFITHS, 2004, cita controle de doenças), e “a colaboração técnica e econômica aumentaria quando os participantes descobrissem os benefícios mútuos que poderiam ser então obtidos. Quando os cidadãos se dessem conta das melhorias do bem estar resultantes da colaboração eficiente nas organizações internacionais, transfeririam sua lealdade do Estado para estas organizações. Assim, a interdependência econômica levaria à integração política e à paz” (JACKSON *et al.*, 2007, p. 161).

Este autor tem uma visão utilitarista das RIs, para ele, estes arranjos técnicos funcionais podem expandir-se, conforme os atores percebam a melhoria de vida e a garantia da paz advindas da cooperação. O autor descreve que (MITRANY, 1971, p. 540): “[O funcionalismo] usaria, mediante uma seleção social natural, todas as perspectivas de unir a vida das pessoas em unidades servidoras particulares, removendo quantas partes fossem possíveis da vida internacional do âmbito da confrontação para o âmbito da coexistência”.

HAAS E (1961) aprofunda o trabalho de MITRANY (1948), e é mais específico em suas considerações sobre integração. Para ele, este termo significa “o processo pelo qual os atores políticos em diversos cenários nacionais distintos são persuadidos a trocar suas lealdades, expectativas e atividades políticas por um novo centro mais amplo, cujas instituições possuem ou demandam jurisdição sobre os Estados nacionais pré-existent” (HAAS E, 1961, p. 366). Ele diferencia-se do autor anterior por considerar que a questão técnica não se separaria das questões políticas, o que ocorreria seria uma cooperação entre as elites políticas egoístas dos países.

O que mais chama atenção nos estudos de HAAS E (1961) é o que foi denominado como efeito *spill over*, traduzido como “transbordamento” ou “respingo”: a integração entre alguns setores específicos criaria incentivos para a integração em outras áreas, espalhando, transbordando para outros setores os benefícios da cooperação. Isto funcionaria como um incentivo para a promoção da integração por parte das elites políticas (JACKSON *et al.*, 2007).

Para o próprio autor, “decisões prévias (...) respingam em novos contextos funcionalistas, envolvem mais e mais pessoas, clamam por mais e mais contato interadministrativo e consultas, criando assim [uma] nova lógica a favor de decisões posteriores, reunindo, em uma direção procomunitária, os novos problemas que surgem de cooperações anteriores” (HAAS E, 1961, p. 372).

Como é comum nas TRIs, a crítica a ambas as teorias é que elas não aceitam que os processos de integração possam retroceder, fato que não é verdadeiro no Cone Sul, por exemplo. No caso do MERCOSUL, sua criação dependeu da vontade presidencial e da convergência política entre Brasil e Argentina na década de 90 (GARDINI, 2007), e tanto Fernando Henrique Cardoso quanto Luís Inácio Lula da Silva tiveram em seus governos momentos de tentativa de relançamento do bloco (LIMA, 2005). A articulação da UNASUL é governamental também, contudo o projeto é ainda demasiadamente recente para afirmar-se se houve algum retrocesso até o momento.

HAAS P (1992), igualmente, relaciona questões técnicas e políticas em processos de cooperação. Ele desenvolve a ideia de Comunidades Epistêmicas, definidas como redes de profissionais que dividem os mesmos valores e visão de mundo, com expertise e competências reconhecidas em uma determinada área do conhecimento, de tal modo que possam produzir ciência e influenciar a política e os *policy makers* ao tratarem de tal campo do saber.

O raciocínio do autor é amplo: a incerteza das relações entre Estados faz com que eles busquem informações e análises de Comunidades Epistêmicas. Para HAAS P (1992), não somente as busca por riqueza e poder move os Estados, e tal abordagem identifica uma dinâmica para cooperação independente da distribuição de poder na esfera internacional.

Ele afirma que sua teoria se diferencia do funcionalismo de MITRANY (1966), pois “diferentemente dos funcionalistas, que deram atenção ao desenvolvimento de

atividades em comum e à transferência de lealdade tecnocrata para uma (...) autoridade, a preocupação [dos analistas de Comunidades Epistêmicas] (...) é com estilos de *policy making* e mudanças nos padrões de raciocínio dos *policy makers*. (...) o aumento das incertezas associadas a muitas responsabilidades modernas na governança internacional levaram os *policy makers* a novos e diferentes canais de aconselhamento, geralmente resultando em melhoria da coordenação política internacional” (HAAS P, 1992, p.12 – a ênfase é nossa).

De forma resumida, o autor afirma que o grande número de diferentes temas na esfera internacional, somados à complexidade do sistema político internacional, à expansão da economia global e à forma moderna de gerenciamento dos Estados (com Ministérios e divisões técnicas e políticas) traz incertezas aos responsáveis pela tomada de decisões, o que faz com que eles busquem especialistas para diminuí-las. Informação e conhecimento são palavras chave: com elas, podem-se analisar resultados possíveis e consequências de se tomar ou não alguma atitude política.

4.2.2. Regimes Internacionais

Após o enfoque destas teorias e a perspectiva da importância da saúde no campo das ideias e dos valores, assim como sua possibilidade de tema catalisador de convergência, convém salientar o que são regimes internacionais e seu papel.

Autor chave nos estudos de regimes internacionais, KRASNER (*apud* HAGGARD *et al.*, 1987, p. 493) dá ênfase à dimensão normativa da política internacional, e define regimes como “princípios, normas, regras e procedimentos de tomada de decisão implícitos e explícitos, com os quais as expectativas dos atores convergem, em uma determinada área das relações internacionais”.

Regimes consideram ação internacional sobre um determinado tema, e como afirma HERZ (1997):

Estas normas e instituições são marcadas pela ausência de uma ordem política hierárquica e mecanismos de implementação de sanções. Assim, há uma delimitação do comportamento legítimo ou admissível dos atores em um contexto específico. É importante notar

que a teoria de regimes se refere a padrões de cooperação vinculados a áreas temáticas. Trabalhos sobre regimes têm possibilitado a compreensão de formas de cooperação internacional e construção de instituições na ausência de governo.

Em vez de propor uma ordem internacional que emergja naturalmente como decorrência de propriedades estruturais do sistema (balanço de poder, "deterência bipolar" etc.), a teoria de regimes concentra-se em analisar a formação de normas e regras que garantam a governabilidade do sistema anárquico.

Regimes são exemplos de cooperação e a facilitam, pois aumentam a disponibilidade de informação sobre o comportamento de outros atores. Igualmente, regimes diminuem as incertezas dos Estados uns sobre os outros, diminuem os custos da cooperação e a probabilidade de um Estado agir de forma a malograr a cooperação. Regimes estabelecidos sobre um determinado tema podem ajudar os países a negociarem e a buscarem acordos (MILNER, 1992). Há cooperação sem regimes, contudo eles auxiliam na regulação de expectativas, o que pode por sua vez levar a uma maior institucionalização (HAGGARD *et al.*, 1987).

Há duas abordagens para o estudo teórico dos regimes: a) teorias que são centradas nos Estados e os presumem racionais, são elas a teoria estruturalista, a teoria dos jogos e a funcionalista; b) a teoria que foca nas estruturas de significado intersubjetivas que unem os atores e suas relações com restrições, escolhas e interesses: a teoria cognitiva.

A teoria estruturalista conecta a existência de um regime aos interesses de um poder hegemônico. A afirmação que mais chama atenção para o tema saúde nessa teoria é que para ela, como os países hegemônicos se beneficiam consideravelmente de um sistema bem ordenado, eles estão dispostos a providenciar bens públicos internacionais, como denominam HAGGARD *et al.* (1987), ainda que se beneficiem menos que outros países dessa provisão.

A teoria dos jogos enfoca o dilema do prisioneiro e as reais vantagens da cooperação, enquanto a teoria funcionalista se inspira na economia e analisa a força dos regimes e como há conformidade neles, ainda que ocorram mudanças. A teoria funcionalista de regimes não é o mesmo que a teoria funcionalista das relações internacionais, elas apenas são nomeadas pelo mesmo termo.

A teoria cognitiva é a indicada para a análise de saúde, posto que ela considera valores, e saúde pode ser considerada um valor. Segundo HAGGARD *et al.* (1987, p. 509): “a principal percepção cognitiva é que cooperação não pode ser totalmente explicada sem referência à ideologia, aos valores dos atores, às crenças que eles têm sobre temas de interdependência, e o conhecimento disponível para eles sobre como eles podem alcançar objetivos específicos. Cooperação é afetada por percepções boas e ruins”.

Essa teoria é mais dinâmica, pois aceita que os atores nos regimes podem aprender e, assim, alterar seus interesses e consequentemente seus comportamentos. Logo, além da ideologia, o conhecimento que leva ao aprendizado seria uma fonte de mudanças nos regimes. Em saúde, por exemplo, essa ideia foi utilizada por COOPER em 1985 (*apud* HAGGARD *et al.*, 1987, p.511) para descrever “como uma lenta e dolorosa evolução do consenso nas causas das transmissões de doenças foi crítica para a cooperação internacional em saúde pública no século XIX”.

Ainda que analisando segurança, NYE (1987) acredita que este aprendizado exista tanto de uma maneira simplificada, somente mudando os mecanismos para alcançar determinados objetivos; como de uma maneira mais complexa, redefinindo os interesses dos Estados.

Há alguns exemplos de aprendizagem em regimes: o que ocorreu com o comércio/economia internacional – fundação das instituições de Bretton Woods e UNCTAD -; e o que ocorreu com os direitos humanos – trauma pós-Segunda Guerra Mundial, evolução da Comissão para o Conselho de Direitos Humanos (os autores HAGGARD *et al.*, (1987) debatem esta questão do aprendizado).

Para KICKBUSCH *et al.* (1999), já há elementos que podem levar a um regime em saúde, como regulações internacionais e a Convenção Quadro para Controle do Tabaco. Ainda que elas chamem atenção para o papel central que os Estados têm nesta operacionalização, elas não negam a importância de outros atores na conformação de um regime em saúde global. No entendimento que as autoras apresentam de saúde global, já citado, elas afirmam que para alcançá-la é necessária uma “rede de instituições públicas, privadas, não-governamentais, nacionais, regionais e internacionais pela conformação de regimes” (p.287).

Essa ideia de redes complexas trabalhando para um fim vai de encontro ao que SIKKINK (*apud* VELASCO JR, 2004) denomina de “*principled issue networks*”, redes transnacionais nas quais há compartilhamento de valores e crenças normativas, afetando o debate sobre o limite da soberania. Ainda que a análise de VELASCO JR (2004) seja muito focada na atuação de ONGs na construção dos regimes de direitos humanos e do meio ambiente, é possível traçar um paralelo com saúde: o tema também tem múltiplas ONGs que são ao mesmo tempo instrumento de pressão de governos e ponte entre as sociedades civis e as OIs. Sua atuação foi fundamental no debate do HIV/AIDS, por exemplo.

É possível afirmar que há um regime em *saúde*? Aparentemente sim. Seu debate começou no século XIX, e foi se modificando conforme a interdependência entre os atores aumentava. Gerou formas de cooperação, convergiu expectativas e culminou na institucionalização desta cooperação, já em 1902 com a Organização Sanitária Pan-Americana e em 1922 com o Comitê de Saúde da Liga das Nações. Porém, aqui também caberia questionar se haveria a possibilidade de se afirmar que existe um regime em *saúde global*, um regime que considere os novos espaços sociais criados pela globalização, pelas conexões sociais que transcendem o perímetro dos territórios, com o entendimento de cooperação horizontal e de saúde como bem público global, e não de dependência à assistência internacional.

O debate está em aberto, posto que o próprio conceito *saúde global* não possui consenso em sua definição e ainda está em construção, sendo ainda muito utilizado o termo saúde internacional. Não há, ainda, uma crença e uma ideologia comum acerca do assunto, segundo uma análise cognitiva. Porém, dado que os países podem aprender e moldar seus interesses, alguns já estão construindo – ou querendo construir – um regime e convergindo expectativas, como o próprio Brasil, ao se preocupar com a implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco.

4.2.3. Governança Internacional em Saúde

Há um longo debate sobre governança e sobre a responsabilidade que envolve diversos atores que fazem parte da saúde. Para KICKBUSCH (*et al.*, 1999; e 2000) há uma lacuna na governança em saúde porque há inúmeros atores trabalhando o tema dentro dos países, o que igualmente afeta suas soberanias. Concomitantemente, a responsabilidade em saúde global também sofre um vazio: como conseguir que Estados, países doadores e outros atores que trabalhem a temática internacionalmente assumam responsabilidades por suas ações. Segundo FRANCO-GIRALDO *et al.*(2009) é necessário que haja instituições públicas globais que assumam essa liderança e sejam capazes de exercê-la com novos compromissos; porque a crise atual em saúde advém não por uma doença, mas por falta de governança, “originada pela fraqueza no exercício das políticas públicas e pelos mecanismos interestatais” (p. 545). Mas ainda é um desafio compreender como aumentar a governança sem centralizar o poder em alguma entidade (KICKBUSCH, 2005).

A discussão é complexa, a começar pela dificuldade em definir-se o que é governança. Não há um consenso nem mesmo entre as OIs. Para o BANCO MUNDIAL (1991, p. i) governança é “a maneira na qual o poder é exercido na administração da economia e dos recursos sociais para o desenvolvimento em um país”. O PNUD (1997, p. 2) afirma que “governança pode ser entendida como o exercício de autoridade econômica, política e administrativa para administrar seus assuntos em todos os níveis. Ela inclui os mecanismos, processos e instituições pelas quais os cidadãos e grupos articulam seus interesses, exercem seus direitos legais, cumprem suas obrigações e mediam suas diferenças”. Essa OI também afirma que governança, para ser considerada boa, necessita ser participativa, transparente e responsável.

O Alto Comissariado da ONU para DH (OHCHR) define boa governança de forma parecida ao PNUD: “exercício da autoridade mediante processos políticos e institucionais que são transparentes e responsáveis, e que encorajem a participação pública” (OHCHR, 2007, p. 2). Contudo, todas as definições acima citadas envolvem, de alguma forma, governos, pois são de entidades intergovernamentais (ONU, BM) para os países.

Saúde global, por sua ampla gama de atores, necessita uma denominação menos centrada somente na qualidade da administração doméstica dos Estados. Desta forma, a definição que melhor parece apropriar-se das questões de saúde é a de ROSENAU *et al.* (*apud* BARROS-PLATIAU *et al.*, 2004, p. 106), em que governança é “um sistema de ordenação que depende de sentidos intersubjetivos, mas também de constituições e estatutos formalmente instituídos”. Em outras palavras, governança instaura ordem, mas depende igualmente de ordem para existir. Essa definição aceita uma governança sem governo, acreditando assim que o mundo irá ser uma poliarquia⁶ precisando sempre lidar com a globalização.

Para o autor KEOHANE (*apud* BARROS-PLATIAU *et al.*, 2004, p. 114), a governança é um dilema, pois há a necessidade de ponderar-se “sobre como desenhar instituições para desempenhar funções desejadas e ao mesmo tempo respeitar os valores democráticos em um mundo parcialmente globalizado”.

Assim sendo, o debate sobre governança acaba levando a uma discussão sobre Organizações Internacionais e seu papel na ordenação de temas que afetam todo o mundo, porque elas são as instituições que reúnem os países e suas diferentes opiniões; e que devem trabalhar para se chegar a um objetivo esperado.

Há análises sobre como melhorar o desempenho das OIs e as relações delas com os Estados, conseqüentemente, melhorando a governança. Uma teoria que as Relações Internacionais emprestam de outras ciências sociais para explicar o tema e buscar soluções é a Teoria do Agente-Principal. Ela busca entender como e por que um ator delega funções a outro, e os problemas de autonomia e poder que tal ação causa. Segundo HAWKINS *et al.* (2008a), essa teoria é bastante útil para compreender a relação dos países com OIs, e o porquê delas não agirem algumas vezes como esperado pelos Estados. Igualmente, ela dispõe ao pesquisador um marco teórico no qual é possível observar a interação estratégica dessa relação e tentar, assim, concluir por que certos resultados ocorreram.

O que caracteriza um ator como principal é sua capacidade de tanto delegar quanto retirar autorização a outro de agir em seu nome. O agente é o que recebe essa autorização, e todas as relações entre ambos são administradas por um contrato.

⁶ Segundo DAHL (1997, p. 31), “poliarquias são regimes que foram substancialmente popularizados e liberalizados, isto é, fortemente inclusivos e amplamente abertos à contestação pública”.

Delegação é “uma concessão condicional da autoridade de um principal a um agente, que capacita o último a agir em nome do primeiro” (HAWKINS *et al.*, 2008a, p. 7).

Mas o fato de receber autoridade não faz do agente um contínuo do principal: ele muitas vezes se transforma em um ator com autonomia e interesses próprios. Segundo HAWKINS *et al.* (2008a, p. 8), autonomia neste caso seria o alcance do espaço de manobra “disponível para os agentes depois do principal haver selecionado os mecanismos de triagem, monitoramento e sanção pretendidos para constranger seu comportamento”. Ela, somada aos interesses dos agentes, pode levar ao que os mesmo autores denominam de *agency slack*, cuja melhor tradução seria negligência do agente. Porém, é importante enfatizar que negligência é uma palavra com conotação negativa em português, que muitas vezes pode ser interpretada como falta de ação. O conceito de *agency slack* é “uma ação independente do agente que não é desejada pelo principal” (HAWKINS *et al.*, 2008a, p. 8), fato que não se caracteriza propriamente como falta de ação.

A *agency slack* pode ocorrer de duas maneiras: i) esquivamento, a diminuição dos esforços do agente para agir conforme o interesse do principal; e ii) deslizamento, o afastamento político do resultado preferido pelo principal para o que interessa ao agente.

No caso das Relações Internacionais, os países são os principais, e as OIs são os agentes, que agem sob o comando de um tratado constitucional ou constituição. OIs são atores *per se*, que têm interesses próprios e comportamentos particulares que algumas vezes entram em conflito com os dos países. Esse ato de delegação para uma OI é considerada uma forma particular de cooperação internacional (HAWKINS *et al.*, 2008a, p. 10).

Por que os países delegam autoridade às OIs, se correm o risco da *agent slack*? Por que aceitam participar de organizações multilaterais, se isso impacta o controle em sua própria política externa? Por benefícios que advêm dessa cooperação, como resolução de disputas, redução de custos de transação, facilitação de tomadas de decisão coletivas e aumento da credibilidade. Essa questão do aumento da credibilidade é relevante porque faz referência tanto ao âmbito doméstico quanto internacional. Os governos dos países têm seus principais nacionais próprios, que delegaram poder às administrações e pressionam esses governos segundo seus interesses. MILNER (2008)

aponta que a política doméstica tem um importante papel no fato de auxílio internacional ser bilateral ou multilateral. Mesmo que o controle das doações seja muito maior de país a país do que regulado por uma OI, pressões e orientações distintas de partidos políticos, assim como busca de credibilidade perante os eleitores (que tendem a acreditar que os seus interesses não serão seguidos à risca pelos governos) faz com que os países optem por doações mediadas por OIs.

A autora afirma ainda que mesmo países com menor PIB buscam contextos internacionais multilaterais como forma de aumentar sua influência no controle das doações. Tal contexto é relevante porque diminui uma politização dessa doação, como pode ocorrer quando ela é bilateralmente feita, e pode diminuir externalidades políticas, como condicionalidades e doações atreladas ao país de origem dos recursos, e não ao receptor.

Se a participação e a delegação dos países ocorrem por determinados motivos, a *agent slack* também se dá sob certas condições. Ela está relacionada ao grau de autonomia tanto da OI e quanto de seu quadro de funcionários. MARTIN (2008, p. 163) fornece algumas proposições sobre condições sob as quais a delegação de autonomia muda, citadas aqui:

- 1) Estados delegariam mais autoridade quanto mais insatisfeitos com o *status quo* internacional;
- 2) A autonomia dos funcionários da OI aumentaria quando as preferências dos Estados divergissem;
- 3) Estados estariam mais dispostos a delegar autoridade ao quadro de funcionários quando este tivesse preferências próximas daqueles;
- 4) Funcionários ganhariam autoridade quando a demanda por informação de qualidade aumentasse;
- 5) Estados restringiriam a capacidade dos funcionários das OIs de coletar informações privadas – e consequentemente diminuiriam sua autonomia – se as preferências dos Estados divergissem.

Por mais que os Estados criem mecanismos de controle para balizar a autonomia das OIs, elas se tornam “atores independentes que interagem estrategicamente com Estados e outros [atores]” (HAWKINS *et al.*, 2008b, p. 200). E as próprias OIs, enquanto agentes, criam mecanismos para garantir mais autonomia ou mais delegação

de autoridade por parte dos países: para HAWKINS *et al.* (2008b, p. 205), os agentes podem reinterpretar seu mandato após a delegação ter ocorrido, aumentar sua interação com terceiros – dado que a relação agente-principal não ocorre no vácuo -, e até mesmo reduzir o controle feito pelo principal.

Essa redução de controle pode ser realizada de duas formas, segundo HAWKINS *et al.* (2008b, p. 210): pela prática do dualismo, denominado como criação de uma ligação fraca entre as principais funções que a OI deveria realizar e as ações que satisfazem atores poderosos no contexto internacional – que o autor explica claramente como ligação fraca entre o que ela realmente faz e o que os outros querem que ela faça - ; e também pela prática do cerimonialismo, um relatório superficial das atividades da OI que não detalha muito informações para o principal, mas o satisfaz.

Toda essa explicação da conflituosa relação entre agente e principal demonstra a tensão que há neste debate: de um lado o principal, que necessita delegar autoridade para melhorar sua credibilidade e muitas vezes diminuir os custos da cooperação; e de outro o agente, que tenta aumentar sua autonomia ao ponto de poder cometer a *agent slack*.

Em uma dissertação que trata sobre saúde, faz-se mister descrever como a OMS se encontra nesse debate. Apresenta-se aqui a análise que CORTELL e PETERSON (2008) fazem da atuação da OMS e de seus funcionários, na qual eles discutem de forma muito clara se essa OI já cometeu *slack* e quais as circunstâncias na qual esse fato ocorreu.

Os autores começam a discussão apresentando razões pelas quais a *slack* pode acontecer. Para eles, o desenho institucional da OI influencia fortemente o acontecimento ou não da *slack*, e duas variáveis desse desenho são fundamentais: as regras para contratação de funcionários e o sistema de votação em seus órgãos deliberativos.

Outras variáveis influenciam, como a pouca concordância entre os Estados, mas ambas supracitadas impactam os mecanismos de controle dos países no funcionamento das OIs.

Há um elemento necessário, mas não suficiente, para que haja *slack*: livre-arbítrio da OI, no sentido que ela tenha habilidade ou poder de tomar decisões com

responsabilidade própria. Ela necessita disso para funcionar, e os Estados garantem porções consideráveis desse poder à OI; contudo, livre-arbítrio por si só não faz com que *slack* ocorra, já que toda OI o possui. Para CORTELL *et al.* (2008, p. 257 – as ênfases são nossas):

A OI escapa do controle de seus principais apenas quando duas outras condições se aplicam. *Primeiro*, o elemento administrativo da OI deve ter preferências que são distintas das de seus principais. Isso é mais provável de ocorrer quando a OI tem como trabalhadores *pessoal internacional, ao invés de funcionários nomeados por governos nacionais*. Ao mesmo tempo, funcionários independentes que formam um tipo de *comunidade epistêmica* são menos prováveis de querer ver sua organização, e consequentemente o sucesso de sua missão, despedaçado. Por essa razão, funcionários internacionais podem e, geralmente, constroem-se, defendendo preferências similares a de seus principais. *Segundo*, se uma OI com preferências independentes pode transformá-las em *slack* depende, em grande medida, *das regras de votação que comandam as relações entre os estados*. Em geral, regras de votação que dão poder a relativamente menos estados aumentam o controle dos principais e limitam a *slack*; regras que dão poder a muitos estados tornam o acordo entre principais difícil e assim, geralmente, aumentam a autonomia da OI.

Somente OIs com funcionários internacionais e regras de votação que dispersem o poder podem realizar o *agent slack*.

Por funcionários internacionais, entendem-se servidores civis, e não pessoas enviadas por intermédio dos Estados. Esse fato altera a distância entre os interesses dos Estados e os interesses da OI. Os que trabalham indicados por países acabam trabalhando como seus representantes, sendo muito difícil que seus interesses sejam diferentes dos dos Estados que os indicaram. Os servidores civis internacionais, por sua vez, são instruídos a representar a OI para qual trabalham. Segundo os autores que fazem a análise aqui apresentada, eles também geralmente são especialistas em um campo de trabalho específico e criam uma identidade profissional com a OI. Para CORTELL *et al.* (2008), alguns empregados da OMS entendem-se como guardas da saúde pública. Esses servidores têm, igualmente, incentivos institucionais para fazer com que a OI avance em seu trabalho. Os mesmos autores (p. 260) afirmam que “representantes dos Estados-membros (...) tendem a se interessar em maximizar os interesses de seus países ou estão preocupados com políticas eleitorais ou domésticas, preocupações ausentes em burocratas de OIs não-eleitos”.

Ainda assim, os servidores civis internacionais não agem somente segundo os propósitos que acreditam ser relevantes para a OI: eles são cientes que dependem dos Estados não só para a própria existência da OI quanto para a provisão de recursos. E eles tendem a ser cautelosos com comportamentos que possam manchar a reputação da agência internacional tanto perante os países quanto perante a população em geral. Dessa forma, esse tipo específico de funcionário trabalha em uma constante tensão entre os incentivos institucionais e os interesses dos países.

A questão da regra de votação nos órgãos deliberativos das OIs é bastante complexa. O voto é um tipo de controle dos Estados na administração da organização, e é essencial porque faz os Estados atingirem uma posição minimamente comum. Ele “determina a habilidade dos membros em aprovar o comportamento da OI, sancionar seu agente ou alcançar o consenso em um novo contrato de delegação” (CORTELL *et al.*, 2008, p.261). Como se dá o voto importa: por maioria, maioria qualificada ou consenso; esses três tendem a dispersar o controle do principal sobre o agente. O mais concentrado seria poucos países votando. O peso dos Estados também é relevante: a regra cada país/um voto tende a dispersar mais do que o voto proporcional, no qual cada país tem um peso segundo critérios pré-definidos. Poucos Estados com poder ou muito peso de voto limitam a *slack* porque é mais fácil poucos evitarem que a OI realize ações que não estejam conforme seus interesses. Esse é o caso de Bancos Multilaterais de Desenvolvimento, como o Banco Mundial⁷. Ainda que tenha muitos países, o voto de alguns tem peso maior que de outros. OIs com muitos países e aprovação dada por maioria são mais difíceis de alcançar um ponto comum para que sejam controladas.

O sistema de voto na OMS é de maioria ou até mesmo de maioria qualificada, dependendo do tema. Cada Estado tem um voto, o que torna seu controle por parte do principal ainda mais disperso. Seus funcionários são, em grande maioria, servidores civis internacionais e expertos como médicos e profissionais de saúde pública, o que leva à conclusão que a OMS é uma OI que pode praticar *slack*. CORTELL *et al.* (2008) afirmam que a organização já praticou *slack*, mas que é bastante incomum porque o compromisso e o conhecimento de seus funcionários faz com que eles geralmente ajam com bastante cautela.

⁷ Para LAKE *et al.* (2008), a autonomia de Bancos Multilaterais e do FMI é relativamente baixa porque eles seriam bastante submissos aos interesses dos países desenvolvidos, sendo assim naturalmente menos propensos à *slack*.

Os autores da análise citam situações que demonstram a complexidade tanto do sistema de votação quanto da escolha de alguns funcionários chave, como os 34 técnicos do Conselho Executivo. Ainda que sejam indicados e votados pelos Estados na Assembleia Mundial da Saúde (AMS), eles devem agir como indivíduos, e não representantes estatais. Esse Conselho também é responsável por indicar um nome para Diretor Geral da OMS, para que ele seja nomeado pelos Estados.

Outro exemplo dado por CORTELL *et al.* (2008) é o da politização da OMS via AMS: o grande número de países em desenvolvimento na Assembleia da instituição aliou-se aos servidores civis da OMS em inúmeras ocasiões. Esses países do Sul mundial são proporcionalmente dois terços dos votos na AMS, o que garantiria, em um sistema de um país/um voto, a aprovação dos temas que os interessassem. Isso fez com que temas menos consensuais, como produtos farmacêuticos, controle de tabaco, perigos das armas nucleares e até mesmo os perigos epidemiológicos da Guerra do Vietnã e os efeitos negativos em saúde na Palestina devido à posição de Israel entrassem em pauta. Em 1983, o então Diretor Geral Halfdan Mahler chamou a atenção dos países em desenvolvimento na AMS para que se atentassem à constituição da OMS. Em uma entrevista de 2002, a ex-Diretora Geral Brundtland afirmou que temas políticos não deveriam ser decididos por uma instituição internacional com menos de 4.000 funcionários.

Mas nem todos Diretores Gerais concordam com esses pensamentos. Hiroshi Nakajima, diretor da OMS de 1988 a 1998, chegou a negociar com a Organização para Libertação da Palestina seu reconhecimento por parte da OMS, que não deu certo pela ameaça americana de congelar completamente sua contribuição ao orçamento dessa OI.

Os exemplos acima não podem ser caracterizados como *slack*. Foram tensões que ocorreram em determinados contextos e que muitas vezes os próprios funcionários serviram de pesos e contrapesos. Para CORTELL *et al.* (2008), há dois grandes casos de *slack* por parte da OMS: no caso da vigilância de doenças transmissíveis e da implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI); e no caso da Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS).

O RSI foi adotado em 1959, revisto em 1969 e, recentemente, também em 2005. Após a revisão de 69, o RSI requeria a notificação de surtos de apenas três doenças: cólera, praga e febre amarela; e não dava à OMS autorização para publicar informações

dos Estados sem o devido aval destes. Não foi o que ocorreu: em 1970 a instituição relatou um surto de cólera em Guiné, sem que o governo do país a notificasse ou até mesmo permitisse esse tipo de publicação.

O surto de AIDS no fim dos anos 80 também mostrou a inação da OMS, a um ponto tal que os próprios funcionários da OI começaram a questionar o RSI e sua irrelevância perante a AIDS, seu processo de notificação e inclusive a falta de comprometimento dos Estados com o Regulamento. Como dito, ele foi revisto entre 1995 e 2005 e deve ser colocado em prática em 2012.

Além da questão de Guiné, há outro exemplo de *slack* relacionado ao RSI: enquanto ele estava sendo revisto, a OMS usou dados epidemiológicos coletados por ONGs, o que estava fora do contrato que os principais firmaram com este agente. Essa ação somente foi autorizada pelos países em 2001, mas já estava sendo realizada desde 1994, o que caracteriza *agent slack*.

O outro caso de *slack* que CORTELL *et al.* (2008, p. 269) caracterizam é o relacionado à SARS. Primeiramente porque a OMS juntou dados não-governamentais, e segundo porque ela acusou publicamente a China de impedir seu acesso ao país para verificação. Contudo, a China não tinha obrigação de fazê-lo, dado que o RSI não obriga notificação de doenças que não sejam objeto do Regulamento. Contudo, o que é mais relevante nesse caso é que a OMS expediu um alerta global de saúde, “emitindo uma série de alertas de emergência sem precedência alertando viajantes a evitarem Hong Kong, Toronto, Taiwan e partes da China como um esforço para conter o crescimento da doença” (CORTELL *et al.*, 2008, p. 270). Entendeu-se na época que tal atitude comprometeria o turismo e o comércio nos países citados nos alertas, e que a OMS não estava agindo conforme o contrato de delegação que ela tinha com os Estados. A OI respondeu estar comprometida com a verdade e a saúde, o que não foi de encontro às vontades políticas dos principais que a originaram.

Apesar de problemas, a OMS, em mais de 60 anos de história, auxiliou muitos países e é essencial nos estudos de saúde pública. O problema da OMS trabalhando com ONGs citado por CORTELL *et al.* (2008) é um exemplo de como essas organizações trouxeram um novo debate à teoria agente-principal: ainda é instigante analisar como incorporar ONGs ao debate e a esse desafio que une o agente ao principal. O que se pode afirmar é que essas ONGs são essenciais porque proveem informações

fundamentais para o sucesso da delegação internacional (LAKE *et al.*, 2008), assim como pode-se considerar que elas são mecanismo de aproximação da sociedade civil com os agentes.

Os autores ABBOTT e SNIDAL (2010) discorrem sobre os temas supracitados nesse excerto e criticam algumas posições. A começar pela *agent slack*, ação que eles afirmam ser permitida pelos Estados e até certo ponto necessária para o funcionamento da OI. Essas instituições internacionais não seriam atores preocupados em maximizar o interesse burocrático, mas sim em resolver problemas políticos.

Igualmente, eles criticam o que denominam ser a “Velha Governança Internacional”, que depende em demasia da ação dos Estados e da relação deles com as OIs. Os autores chamam a atenção a uma nova governança que está aparecendo, que denominam “Nova Governança Internacional”, na qual OI e Estados “melhoram sua própria performance conversando com atores privados e instituições, colaborando com eles, apoiando-os e moldando suas atividades. Estas ações ajudam a desenvolver uma intrincada rede global de instituições e normas públicas, privadas e mistas, parcialmente orquestradas por OIs e Estados” (ABBOTT *et al.*, 2010, p. 316). A Nova Governança aumentaria o número de partes interessadas na negociação, melhorando consequentemente a qualidade do processo de decisão – seria mais representativo.

Logo, as ONGs não seriam instituições sem uma especificidade de funções e sem um lugar próprio entre os Estados e as OIs, como discorre a teoria do agente-principal. Para a “Nova Governança Internacional”, as OIs podem trabalhar com a colaboração de intermediários, “que geralmente então mais dispostos (...) a trabalhar com as OIs do que os Estados. ONGs geralmente entendem as OIs como aliadas, porque elas dividem objetivos comuns (ainda que nem sempre idênticos)” (ABBOTT *et al.*, 2010, p. 326).

Há espaço, nesse contexto, para introduzir um debate sobre essa Nova Governança Internacional. ABBOTT e SNIDAL (2010) enfatizaram o aumento no número de atores que participariam dela (Estados e OIs orquestrando ações com entidades públicas e privadas); contudo há que se ressaltar que um maior número de partes envolvidas pode significar um maior número de interesses divergentes, fato que pode culminar em mais conflitos e atrasar ou inclusive bloquear a definição de decisões.

Assim sendo, a ampliação da participação não necessariamente teria como resultado a melhoria na qualidade do processo decisório.

O único consenso que se pode afirmar existir é a necessidade de uma nova governança em saúde, e em todos os sentidos possíveis: fortalecendo a ação e comprometimento dos Estados na esfera internacional e doméstica (garantindo que a qualidade de vida da população melhore), aumentando a capacidade de tomada de decisões e resolução de disputas por parte das OIs, e fazendo com que a incorporação – inevitável – dos novos atores privados, desde ONGs a fundações e empresas, ocorra de forma transparente e responsável, deixando claro que o objetivo maior é o bem-estar da população.

A governança em saúde poderia ser um sistema de ordenação, mas é impossível que ela exista sem governo: o Estado é o ator final e irrevogável quando se pensa em regulação da provisão de serviços de saúde e formulação de política externa, ainda que a administração da primeira possa dar-se por entidades privadas e o debate da segunda possa ser realizado em *think-tanks*. A grande questão é como fazer com que todos sejam responsáveis pela parte que lhes concerne.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados derivam de bibliografia e documentação das Organizações Internacionais e dos países estudados, e foram descritos: a ação em saúde do Banco Mundial (BM), da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Conselho de Segurança da ONU (CSNU), da extinta Comissão de Direitos Humanos (CDH), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); assim como as ações de cooperação em saúde do Brasil e os aspectos contextuais dos sistemas de saúde e da cooperação internacional em saúde da Bolívia e da Venezuela. Além da descrição, destaca-se a importância do uso da pesquisa histórica, pois com ela se enfatiza o processo de construção das instituições e o impacto que essas instituições têm na atualidade.

5.1. ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS E SAÚDE GLOBAL

Essa transição do termo saúde internacional para saúde global incita um debate não somente sobre a responsabilidade dos países e suas estratégias de cooperação, mas também sobre o papel das organizações internacionais e seus interesses no âmbito da saúde pública.

Duas instituições são pivôs nessa transição: a OMS e o Banco Mundial. Ainda que criadas na mesma década, ambas surgiram com propósitos e objetivos distintos, características que refletiriam mais tarde na forma como estes organismos internacionais lidariam com a saúde.

O mundo ainda lutava a Segunda Guerra Mundial quando americanos e britânicos começaram a discutir os problemas dos sistemas comerciais e financeiros da época. As negociações culminaram na Conferência de Bretton Woods, em 1944, na qual americanos queriam livre comércio e abertura de mercados, enquanto britânicos se incomodavam com a falta de dólares disponíveis. Com mais outros 42 países do lado aliado na conferência, Bretton Woods já se preocupava com as consequências econômicas do conflito e as necessidades múltiplas que acometeriam os países. Traumatizados pela prática comum no entre guerras do que os economistas chamam de

beggar-thy-neighbour – ou seja, tentar resolver os problemas econômicos internos prejudicando a economia de outros países – os participantes de Bretton Woods se preocuparam em fixar a taxa de câmbio em relação ao dólar norte americano e criar um sistema monetário internacional que garantisse pleno emprego e estabilidade dos preços (GILPIN, 2001).

Dos acordos em Bretton Woods nasceram instituições que deveriam manter a ordem econômica, como o FMI, cuja criação, segundo KRUGMAN *et al.* (2005, p. 408), foi fortemente influenciada “pela instabilidade financeira e dos níveis de preço, pelo desemprego e pela desintegração econômica internacional que o mundo viveu no período entre guerras. Assim, eles tentavam evitar a repetição de tais eventos mediante uma mistura de disciplina e flexibilidade”, atrelando todas as moedas ao dólar americano e o dólar, por sua vez, atrelado ao ouro. Esta instituição tinha por objetivo ajudar países com dificuldades em honrar suas dívidas e criar um norte para as políticas monetárias nacionais, evitando inflação global e reduzindo desequilíbrios na balança de pagamentos (GILPIN, 2001).

Outra importante instituição decorrente de Bretton Woods foi o GATT⁸, com o objetivo de fazer um comércio mais livre e mais justo. Anos mais tarde, ela viraria a OMC. Contudo, a instituição de Bretton Woods que mais se envolveu em temas de saúde foi o Banco Mundial. Ele consiste em duas instituições juntas: o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e a Associação para o Desenvolvimento Internacional (ADI)⁹. Composto por estados-membros, é regido pelo Conselho de Governadores – que representa todos os estados-membros e cada país indica um delegado -, e o Conselho de Diretores, que administra o Banco. É importante ressaltar que no Banco Mundial o sistema de votação é proporcional, ou seja, o voto tem um peso maior ou menor dependendo de dois fatores: atual situação econômica do país e aporte de capital investido no BM (BANCO MUNDIAL, 2011).

Com o objetivo inicial de “ajudar os combatentes a reconstruir suas economias destruídas e ajudar os antigos territórios colonizados a desenvolver e modernizar suas economias” (KRUGMAN *et al.*, 2005, p. 408), o Banco mudou sua prática após a

⁸ Instituída apenas em 1947, após a tentativa de criar a Organização Internacional do Comércio falir.

⁹ A ADI tem por objetivo realizar empréstimos apenas para os países mais pobres. Junto com mais três instituições, o Banco Mundial conforma o Grupo Banco Mundial; e são elas: Corporação Financeira Internacional, Agência Multilateral de Garantia de Investimentos e Centro Internacional para Arbitragem de Disputas sobre Investimentos.

reconstrução da Europa e o fim do Plano Marshall. Como SEITENFUS (1997, p. 152) bem evidencia:

Progressivamente, [o Banco Mundial] foi se afastando do classicismo original e iniciou uma política de financiamento de projetos e produtivos de longo prazo, como por exemplo os da área da educação, reforma agrária e meio ambiente. Além disso, deflagrou programas para formar recursos humanos nos países em via de desenvolvimento e, sobretudo, aconselhou políticas públicas. Nestas circunstâncias, o Banco que até então tentava apresentar-se como uma instituição absolutamente desvinculada de valores políticos e ideológicos, tem demonstrado claramente uma posição sobre temas que deveriam ser de interesse restrito dos países em via de desenvolvimento.

Apesar das mudanças, uma característica dos empréstimos não mudou: os países que os tomam necessitam dar contrapartidas para que possam receber o dinheiro.

Ainda no final da década de 80, o BM demonstrou sua preocupação com a questão das políticas públicas de saúde em um estudo cujo título era *Financiando Serviços de Saúde em Países em Desenvolvimento: uma Agenda para a Reforma*. Lançado em abril de 1987, nele o BM afirma que começou a emprestar recursos para a saúde em 1980, e já em 1983 se transformara em um dos maiores financiadores de programas para saúde em países em desenvolvimento. Neste mesmo estudo, o Banco elabora uma crítica à estratégia Saúde para Todos no Ano 2000, afirmando que os países apoiaram-na, porém não tinham condições de cumpri-la. Instiga, assim, os países a reformarem seus sistemas de saúde e mudarem a forma de gestão e de provisão.

A autora ALMEIDA (2002) afirma que essa atuação mais incisiva do BM em saúde foi parte de uma mudança qualitativa na atuação desse Organismo Internacional especialmente na América Latina e Caribe. Para ela, o estudo *Financiando Serviços de Saúde* “enquadrava o financiamento das reformas sanitárias no elenco das condições negociadas nas bases dos ajustes econômicos” (ALMEIDA, 2002, p. 919), colocando assim a saúde como variável nos planos de estabilização macroeconômica.

Em 1993, o BM enfatizou mais o tema e dedicou um Relatório Mundial de Desenvolvimento, publicação anual importante da instituição, à saúde. Intitulado *Investindo em Saúde*, nele o Banco define o papel do público e do privado no setor, e analisa possíveis estratégias para diminuir os gastos e ineficiências nos sistemas de

saúde. Define que reformas baseadas em aumento da competição entre prestadores de serviços; aumento dos seguros e descentralização da administração governamental melhorariam a saúde da população.

Novamente, ALMEIDA (2002, p. 919) critica o documento do Banco Mundial, afirmando que ele fez uma análise da saúde com base em parâmetros estritamente econômicos, e que com essa análise ele desenhou propostas para mudanças nas políticas de saúde.

A situação econômica dos países em desenvolvimento em todo o mundo, já no começo dos anos de 1980, era bastante preocupante. Com as consequências dos dois choques do petróleo da década de 1970¹⁰, o declínio dos preços das commodities e problemas fiscais e monetários internos, muitos desses países voltaram-se ao FMI e ao BM para conseguir empréstimos, que sempre vinham atrelados a condicionalidades como contrapartida. Entre essas condicionalidades, destacam-se os Programas de Ajuste Estrutural (PAE), que se baseiam em três pilares principais: diminuição do Estado, liberalização econômica e privatização de atividades econômicas estatais (NURUZZAMAN, 2007).

Os PAE tiveram um grande impacto nos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, já em crise por problemas econômicos. O autor NURUZZAMAN (2007) faz uma análise do Sul global e demonstra os efeitos dos PAE nesses sistemas, afirmando que o Banco utilizou-se de suas ferramentas de crédito para cobrar reformas nas políticas de saúde dos países solicitantes de empréstimos segundo sua concepção do que seria melhor para eles. Segundo o autor, essas reformas são uma parte dos PAE, e nos moldes do BM são compostas por quatro itens: uso de seguros-saúde; uso de taxas aos usuários por serviços prestados; descentralização da administração dos serviços e espaço para a provisão desses serviços por agentes privados e ONGs - propostas presentes nos estudos e relatórios supracitados.

O objetivo é diminuir o controle público e aumentar o papel privado, diminuindo assim os gastos governamentais com saúde e, conseqüentemente, equilibrando os gastos públicos. Contudo, como NURUZZAMAN (2007) continua a elucidar, a lógica de trabalho do BM é que saúde é um bem privado ao invés de um direito humano, e deve ser provida pelo mercado. Para ele, “o postulado básico do modelo de atenção à saúde

¹⁰ O primeiro em 1973, e o segundo em 1979.

baseado no mercado estabelece que os governos de países em desenvolvimento tenham um papel limitado no financiamento dos serviços de saúde; privatizem a atenção à saúde, exceto os serviços mais básicos; diminuam o tamanho do setor público em saúde e reduzam o gasto público no setor; introduzam seguros privados e facilitem investimento estrangeiro na saúde” (p. 59).

Como DRAIBE (1994) afirma, a lógica era reorientar o gasto público social, o que geralmente ocorria concentrando os recursos em programas específicos ou em determinados grupos de risco, “a maioria das vezes, o grupo materno-infantil, para o qual são dirigidos programas de atenção à saúde e suplementação alimentar” (DRAIBE, 1994, p. 193).

O resultado foi preocupante: houve aumento na desigualdade de acesso aos serviços entre os mais ricos e os mais pobres da população, e o pagamento de taxas por parte dos mais pobres criou o que os economistas denominam *poverty trap*, um círculo vicioso no qual pobreza gera mais pobreza devido a um mecanismo que acaba por reproduzir a condição, no caso falta de acesso à saúde.

Ainda que tenha sido criada sob o mesmo contexto internacional pós-Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial da Saúde surgiu com um pensamento diferente do Banco Mundial. Proposta já em 1945, durante a Conferência de São Francisco – que criou a ONU –, teve seu estatuto aprovado em julho de 1946 na Conferência Internacional da Saúde, que havia sido convocada pelo ECOSOC. Começou a funcionar formalmente em 1948 e com amplos objetivos: faria desde estudos sobre questões sanitárias e combate a epidemias, ao estabelecimento de “normas internacionais para produtos alimentícios, biológicos, farmacêuticos e similares” (SEITENFUS, 1997; p. 176). Seu propósito era que todos os povos tivessem altos padrões de saúde, e tem até hoje como estratégia de trabalho a cooperação com os estados soberanos.

Agência especializada, ou seja, organização internacional autônoma que trabalha em parceria com a ONU, sob a coordenação do ECOSOC, é conformada por três órgãos: a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), formada por todos os estados-membros e na qual cada Estado tem direito a um voto; o Conselho Executivo, formado por 34 técnicos que são escolhidos pela AMS segundo competência profissional e não representam um país: são funcionários da OMS por um período de três anos; e, por fim,

uma Secretaria, administrada por um Diretor-Geral indicado pela AMS (SEITENFUS, 1997 e OMS, 2011).

Segundo BROWN *et al.* (2006), em seus primeiros anos de atividade a OMS envolveu-se com projetos de erradicação da malária - um fracasso – e varíola – essa sim exitosa. Contudo, o cenário político começou a mudar nos anos 60, com a descolonização africana, o aprofundamento do movimento não alinhado (criado a partir da Conferência de Bandung em 1955), a criação da Conferência da ONU para Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) e o surgimento de novas teorias de desenvolvimento. Países em desenvolvimento, recém-independentes ou não, passaram a reivindicar mais direitos e mais participação no cenário internacional, e isso refletiu no balanço de poder dentro da OMS. A instituição passou a prestar mais atenção à saúde primária, culminando em 1978 na Conferência de Alma-Ata e na meta “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Contudo, em 1979, o Banco Mundial entrou na cena da saúde, criando o Departamento de Nutrição, Saúde e População e organizando, junto com a Fundação Rockefeller, uma conferência na Itália fortemente influenciada por políticas americanas. NURUZZAMAN (2007) afirma que a Fundação Rockefeller fazia oposição às ideias de Alma-Ata, e que o modelo de sistema de cuidado preconizado pelo Banco Mundial tende também a ser contra o da reunião de 1978.

Com o papel do BM aumentando, a OMS viu seu prestígio diminuir. Teve seu orçamento congelado em 1982 e em 1985 os EUA retiveram sua contribuição ao orçamento da instituição. No mesmo ano, um estudo da Fundação Heritage cujo título é *A OMS: Resistindo às Pressões Ideológicas do Terceiro Mundo* foi lançado, enfatizando que a OI deveria restringir-se a seu papel técnico e não contribuir com medidas contra o mercado, como apoio a medicamentos genéricos e ao código de conduta para empresas transnacionais. Alertava também que o programa “Saúde para Todos até o Ano 2000” não deveria ter continuidade, posição apoiada pelos EUA, que pressionou a OMS a abandonar alguns dos princípios do programa, entre eles a provisão gratuita de serviços de saúde em países pobres (BIRN, 2009). Para complicar a situação, os EUA não apoiaram o japonês Hiroshi Nakajima para diretor da OMS, e sua vitória para o cargo em 1988 somente aumentou a crise. Segundo ABBASI (1999):

Enquanto os empréstimos do Banco [Mundial] para projetos em saúde cresceram, a OMS estagnou (...) sob a liderança do ex-diretor

Hiroshi Nakajima e foi acusada de nepotismo, falta de direção e coesão, relutância em afastar o foco de prevenção de doenças contagiosas e relutância em macular sua imagem com os governos. Consequentemente, com sua influência nos ministérios das finanças, o Banco Mundial assumiu o papel de principal agência no setor da saúde, com a OMS provendo conhecimento médico ou suporte técnico.

Ainda segundo o autor, da década de 70 até 1996, o BM havia emprestado US\$ 13,5 bilhões para a área da saúde nos países. Só de 1995 para 1996, o empréstimo anual saltou de US\$ 1,16 bilhões para US\$ 2,35 bilhões, 11% do valor total de empréstimos naquele ano. Para comparação, foi a quarta área de maiores créditos cedidos pelo BM, perdendo somente para agricultura (14,1%), energia (13,1%) e transportes (13%). Pela lógica do Banco Mundial, se as políticas macroeconômicas estão em ordem, então prontamente outras políticas também estarão.

Enquanto a verba do BM para saúde chegou a US\$ 2,35 bilhões, a da OMS estagnou-se em US\$ 900 milhões (NURUZZAMAN, 2007). BROWN *et al.* (2006) argumentam que a crise se aprofundou nas duas administrações de Nakajima, de 1988 a 1998, com o aumento da prática de países e de doadores de realizar financiamento extraorçamentário. No começo dos anos 90, 54% do orçamento total da OMS advinha desse tipo de orçamento, complicando os trabalhos da AMS, que controlava apenas o orçamento comum; e os trabalhos da instituição como um todo, que começou a ter dificuldades na coordenação de projetos. O mesmo autor afirma que (p. 68):

A Assembleia, (...) agora dominada numericamente por países pobres e em desenvolvimento, tinha autoridade apenas sobre o orçamento regular, congelado desde o começo dos anos 80. Nações doadoras ricas e agências multilaterais como o Banco Mundial podiam amplamente controlar o uso dos fundos extra-orçamentários com os quais contribuíam. Logo, com efeito, eles criaram uma série de programas ‘verticais’ mais ou menos independentes do resto dos programas da OMS e da estrutura de tomada de decisões.

A OMS perdeu seu papel de guia nas políticas de saúde, tanto por seus defeitos quanto pelo desinteresse dos países na instituição (BERLINGUER, 1999). BROWN *et al.* (2006) ainda afirmam que instituição não tinha capacidade de reverter a situação e de lutar contra a onda neoliberal que ganhou força nos anos 80. O BM, que foi ganhando cada vez mais espaço, sustentava uma opinião que os sistemas de saúde eram pouco

efetivos e que, conseqüentemente, o setor privado deveria ter uma maior participação na provisão de serviços de saúde.

Essa posição do BM foi bastante criticada. Estudiosos indicaram que as reformas condicionadas pelos empréstimos do Banco eram baseadas no modelo de atenção privado dos Estados Unidos, cujos fundamentos são competitividade e valorização do livre mercado. A administração privada dos serviços e as companhias de seguros são motivadas pela busca pelo lucro (NURUZZAMAN, 2007). Outras críticas feitas enfatizaram as motivações reais do BM, que são atingir altos níveis de empréstimos com o objetivo de alcançar bons resultados econômicos, e não com o objetivo de melhorar medidas de saúde. Callisto MADAVO (*apud* ABBASI 1999), ex-vice-presidente do BM para a África, afirmou que o banco não encorajava parcerias com os países: ao contrário, chegava já com as soluções prontas, caberia aos Estados aceitá-las.

No começo da década de 90, em um contexto de fim da Guerra Fria; países do antes conhecido como Terceiro Mundo ainda enfrentando graves problemas econômicos; e fim da era dos governos Thatcher-Reagan; a OMS começou um processo de reinvenção, para recolocar-se no papel de coordenadora das temáticas de saúde. A própria AMS pediu que um grupo de trabalho lhe recomendasse como ser eficaz frente a essas mudanças, e o resultado desse grupo, pronto em 1993, foi que a instituição deveria “reparar seu gerenciamento fragmentado de programas globais, regionais e nacionais, diminuir a competição entre programas de financiamento orçamentário e extraorçamentário, e, acima de tudo, aumentar a ênfase dentro da OMS em temas de *saúde global* e o papel de coordenação da OMS nesta área” (BROWN *et al.*, 2006. A ênfase é nossa). Nessa mesma década, outras instituições também usaram o termo saúde global, entre elas o Centro de Controle de Doenças (CDC) americano.

Em 1998, a administração de Hiroshi Nakajima acabou e Gro Harlem Brundtland foi escolhida para a direção da OMS. A médica norueguesa Brundtland não só tinha muita experiência em trabalhos internacionais como também estava determinada a conseguir colocar a OMS novamente em posição de destaque na saúde. Em janeiro de 2000, criou a Comissão de Macroeconomia e Saúde, que em dezembro de 2001 lançou um relatório intitulado “*Macroeconomia e Saúde: Investindo em Saúde para o Desenvolvimento Econômico*”. O documento afirma que investir em saúde é importante para garantir desenvolvimento econômico e redução da pobreza especialmente em países com menor nível de riqueza, e declara igualmente que as

agências de Bretton Woods devem trabalhar com a OMS. Segundo o relatório (COMISSÃO DE MACROECONOMIA E SAÚDE, 2001, p. 110):

A OMS tem um papel crucial a desenvolver em diversas áreas, sendo a mais importante aconselhar membros dos governos em estratégias de saúde apropriadas. Para isso, será necessário reforçar a capacidade de atuação local nos países membros. Ademais, a OMS será fundamental no estabelecimento de critérios epidemiológicos em cada país e no mundo, os quais serão necessários como inputs importantes nos esforços de controle de doenças globais. A OMS e o Banco Mundial juntos têm uma responsabilidade compartilhada na análise e disseminação de boas práticas na reforma dos sistemas de saúde e na provisão de apoio para reformas políticas que lidem com o desequilíbrio de recursos existente no setor da saúde. Finalmente, o FMI será importante em ajudar países doadores e receptores a perceber o processo de ampliação do marco de políticas macroeconômicas dos países de menor renda, particularmente no que diz respeito à absorção de fundos internacionais adicionais.

Brundtland, para fortalecer a questão financeira na OMS, criou parcerias – baseadas no modelo parcerias público-privadas - e fundos globais, com o propósito de unir as partes envolvidas com o tema e concentrar em questões específicas, como malária e tuberculose. No ano de 2000, o Conselho Executivo da OMS “encorajou formas mais flexíveis de parcerias e aprovou uma nova política autorizando entidades do setor privado a contribuir com recursos extraorçamentários” (BEIGBEDER, 2010, p. 234).

Essa estratégia aumentou significativamente a verba para esses programas concentrados, e Brundtland saiu da administração da OMS com o êxito de ter recolocado a instituição na posição de ator confiável e tê-la envolvido com questões de saúde global, fazendo com que o conceito *per se* também ganhasse força (BROWN *et al.*, 2006).

A OMS buscou, assim, promover a saúde global, e ao reforçar este enfoque, renovou-se, sempre com o objetivo de restaurar a sua função de coordenadora internacional de projetos e de restaurar sua liderança (FRANCO-GIRALDO *et al.*, 2009).

BIRN (2009) critica enfaticamente este posicionamento da OMS, tanto de criar PPPs como de compartilhar a responsabilidade com o BM. Segundo a autora, os

esforços da instituição para voltar a ter um papel central na saúde foram feitos ecoando o argumento do BM de investir em saúde para fomentar o desenvolvimento. Sob essa lógica, problemas de saúde são entendidos como perdas na economia. No que concernem as PPPs, BIRN pondera que elas foram idealizadas para diminuir os problemas com burocracias na OMS e trouxeram fundos para a saúde global, mas aumentaram a comercialização e a influência do setor privado na nas políticas de saúde, tendo como resultado que “a maioria das PPPs canalizam dinheiro público para o setor privado, e não o caminho contrário” (p. 60). Para ela, uma das consequências é o fato de, no ano de 2009, o orçamento dessa OI corresponder a menos de 10% dos gastos em saúde global.

O autor BEIGBEDER (2010) continua a crítica, afirmando que programas com parcerias público privadas fizeram com que fundações e inclusive a indústria farmacêutica virassem parceiros da OMS em programas específicos. Como consequência, “uma parte importante do financiamento da OMS é atualmente garantida pelos parceiros desses programas, isso inclui as contribuições do setor privado com fins lucrativos, o que reduziu a proporção das contribuições governamentais devidas ao orçamento ordinário da Organização a um quarto do orçamento total” (BEIGBEDER, 2010, p. 234).

A própria OMS tem, na atualidade, discutido reformas ao financiamento e à decisão de prioridades. Seu Conselho Executivo, em 2011, debateu como envolver mais os *stakeholders*, fato que gera opiniões diversas entre os Estados membros porque significa incluir mais ONGs e fundações do setor privado; e também como melhorar o financiamento. Como 75% do orçamento da Organização advêm de doações voluntárias, muitas das vezes elas já vêm destinadas a programas específicos, “deixando pouca flexibilidade para a OMS alocar recursos segundo prioridades globais” (COLLIER, 2012, p. E174). Assim sendo, essa Organização Internacional propõe que o uso do orçamento seja uma decisão transparente e coletiva de todos os envolvidos, com o objetivo de criar um senso de responsabilidade. Contudo, COLLIER (2012) evidencia que esse processo de discussão da reforma tem sido bastante lento.

Como se pode observar, o fortalecimento do BM e a perda de autoridade da OMS na saúde fizeram com que essa última instituição buscasse um meio para conseguir recuperar seu papel central. O mecanismo encontrado foi fazer com que o termo saúde global e ideias em torno desse conceito ganhassem notoriedade, criando

fundos – como o Fundo Global para luta contra AIDS, Tuberculose e Malária¹¹ – e PPPs – como a Aliança GAVI para vacinas. A OMS incentivou, assim, a diminuição do uso da expressão saúde internacional, afirmando que seus programas buscavam fortalecer a saúde global, e buscou colocar-se no centro de tais iniciativas, ainda que considerando o BM como uma OI de responsabilidade compartilhada.

Faz-se mister apresentar, resumidamente, o papel da ONU *per se* nessa discussão de saúde, e não somente dessas duas entidades. Com o fim de sua paralisação típica da época da Guerra Fria, a ONU passou a preocupar-se com temas sociais, cujo ápice de debates foi nos anos 90, a década das conferências. Saúde permeava todas as negociações, contudo em diferentes facetas: ora era sobre reprodução humana, ora sobre os impactos do meio ambiente na saúde. O tema também era debatido em comitês da ONU, como na extinta Comissão de Direitos Humanos. Já em 1990, a CDH aprovou a resolução 1990/65, intitulada *Discriminação contra pessoas infectadas com HIV ou pessoas com AIDS*, autorizando a indicação de um relator especial para apontar os problemas enfrentados pelos portadores do vírus¹².

Após as acusações de abuso sexual por parte dos capacetes azuis dos países servindo a ONU em Missões de Paz, o Conselho de Segurança, em atitude inédita, aprovou a resolução 1308 (2000), que versava sobre a questão do HIV/AIDS nessas missões. O CS não só demonstrou preocupação com o assunto HIV/AIDS como também encorajou os países a cooperarem na formulação de políticas de prevenção, a orientarem melhor suas equipes de manutenção de paz e pediu para que todas as partes envolvidas nas discussões (países-membros, órgãos da ONU e até mesmo as indústrias) pudessem evoluir no tema de acesso a cuidados e tratamento.

¹¹ Devido à crise econômico-financeira que começou em 2008 e atinge agora fortemente a União Europeia, o Fundo Global anunciou que não terá fundos para financiar novos projetos até 2014. O Fundo precisava de US\$ 20 bi, mas conseguiu somente US\$ 11,5 bi em novembro de 2011, o que comprometeu toda a sua ação. A maior parte dos doadores são países desenvolvidos que atualmente se encontram com severos problemas de déficit público (IDOETA, 2011)

¹² O resultado da pesquisa da relatora especial foi entregue em 1992, e apontou os problemas dos infectados pelo vírus em questões como preconceito no emprego e falta de auxílio em alguns países para grávidas soropositivas terem acesso ao pré-natal. O trabalho foi intitulado *Relatório Final sobre Discriminação contra Pessoas Infectadas com HIV ou Pessoas com AIDS*, E/CN.4/Sub.2/1992/10.

Igualmente, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento trabalhou com saúde quando criou o conceito de segurança humana, muito criticado por alguns autores por ser considerado demasiadamente vago e impreciso (PARIS, 2001). Com o objetivo de criar um termo que indicasse proteção e segurança concomitantemente, o PNUD o conceituou como segurança de ameaças crônicas como fome, doenças e repressão; e proteção de interrupções súbitas e dolorosas dos padrões de vida cotidiana (PNUD, 1994, p. 23). No que concerne saúde, há um subtema específico para o setor, que enfoca saúde maternoinfantil e doenças infectocontagiosas. Para o PNUD, segurança humana complementaria o desenvolvimento humano.

Além do mais, ainda no que concerne o desenvolvimento humano, o PNUD cunhou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, metas a serem atingidas pelos países no ano de 2015 para melhorar as condições de vida dos povos. Os oito objetivos têm impactos na saúde, porém os que agem diretamente são: Objetivo 4 – reduzir a mortalidade infantil; Objetivo 5 – melhorar a saúde materna; e o Objetivo 6 – combater o HIV/AIDS, malária e outras doenças. Para garantir o sucesso das metas, os países teriam que aumentar a governança em saúde e o financiamento dos sistemas de saúde, assegurando assim cobertura e prestação de serviço por parte desses sistemas. Calcula-se que para tanto, haverá um custo adicional de US\$ 36 a US\$ 45 bilhões por ano até 2015 (MANGHAN *et al.*, 2010).

CHEN *et al.* (2003) afirmam que esse pensamento do PNUD é análogo à lógica do BM e da CMS-OMS, no qual problemas de saúde criam a insegurança de se manter em um certo padrão de vida e impactam nos níveis de desenvolvimento de um país. Apenas como um adendo para demonstrar como o esse pensamento é constante, os autores citam uma reunião da OCDE em Monterrey, 2002, para financiamento ao desenvolvimento. Nesta conferência, os Estados Unidos cogitaram aumentar sua assistência oficial ao desenvolvimento, “condicionada a certas mudanças macro-políticas nos países beneficiados” (p. 188).

Outra instituição da ONU na qual o tema saúde está constantemente presente em sua agenda desde seu estabelecimento é o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Ele foi criado em 1946 com objetivos humanitários, contudo com outro nome: Fundo Internacional das Nações Unidas para Emergências Infantis¹³. Sua

¹³ O acrônimo UNICEF deriva dessa frase no original em inglês: United Nations International Children's Emergency Fund.

finalidade à época era cuidar das crianças no momento pós-Segunda Guerra, distribuindo principalmente leite em pó, e seu mandato deveria ser breve. Quando o Fundo deveria ser fechado, no começo da década de 50, os países em desenvolvimento se organizaram para solicitar sua continuidade, pois milhares de crianças sofriam até então – ainda que não pela guerra, mas pela pobreza. Em 1953, o UNICEF virou um fundo permanente.

Temas como crianças sem-teto, órfãs, abandonadas e analfabetas passaram a fazer parte do escopo do UNICEF, porém a questão humanitária continuou ocupando ampla parte dos trabalhos desse fundo. Fome, má-nutrição infantil e enfermidades fizeram com que saúde entrasse na agenda da instituição, fazendo com que a própria organização definisse a década de 1950 como “Era das Campanhas Antidoenças em Massa” (UNICEF, 2006).

A instituição começou combatendo a boubá, e o sucesso dessa ação fez com que o UNICEF estendesse projetos cujo foco era saúde. Em meados dos anos 50, começaram campanhas contra tuberculose e tracoma. Em 1955, o organismo se uniu à OMS no combate à malária, mas não atingiu o sucesso esperado nessa ação. Na década seguinte, o UNICEF definiu que trabalharia com uma abordagem mais holística da infância, ampliando seu escopo de ação para incluir saúde materna, educação e saneamento básico.

Nos anos 70, o UNICEF percebeu que crescimento econômico não significava diminuição da pobreza, e que as crises do petróleo estavam impactando a produção de alimentos – devido ao encarecimento de fertilizantes. Assim, mudou novamente seu enfoque para atender as necessidades em saúde e educação das crianças. Associou-se outra vez à OMS para atender necessidades sanitárias básicas, e criou um programa próprio de nutrição infantil em países em desenvolvimento.

A consequência dessas atitudes culminou em 1982, com a criação do Programa GOBI: quatro técnicas consideradas de baixo custo com alto impacto na saúde infantil. GOBI são as iniciais em inglês das técnicas unidas¹⁴: monitoramento do crescimento para controlar a desnutrição; re-hidratação oral para tratamento da diarreia; aleitamento

¹⁴ Os nomes das quatro técnicas no original em inglês que formam o acrônimo GOBI são: Growth monitoring for undernutrition; Oral rehydration to treat childhood diarrhoea; Breastfeeding to ensure the health of young children; e Immunization against six deadly childhood diseases.

materno para garantir a saúde das crianças na primeira infância; e imunização contra seis doenças fatais para as crianças¹⁵.

Pouco depois, o programa se transformou em GOBI – FFF; o UNICEF reconheceu o papel da mulher na saúde das crianças e de sua educação no desenvolvimento infantil. Assim sendo, adicionou à sigla GOBI o FFF, advindo de: suplementos alimentares para mulheres grávidas – ácido fólico, ferro e proteínas –; espaçamento familiar – maior intervalo entre as gestações – e educação das mulheres – anos de escolaridade da mulher influenciam a saúde da criança (PRICE, 1994). No balanço do final dos anos 80, o UNICEF estimou que 12 milhões de crianças foram salvas por esse Programa (UNICEF, 2006).

Ressalta-se que, também durante a década de 80, o UNICEF (2006, p. 18) condenou a forma como os ajustes estruturais eram feitos nos países. Segundo a própria instituição: “Em ajustes estruturais (...), cortes nos gastos governamentais afetaram (...) o setor social (...), tendo assim um impacto desproporcional sobre os pobres. [Um estudo do UNICEF] concluiu que crianças pobres sofriam os piores efeitos da recessão, e fez duas recomendações básicas: que políticas de ajuste reconhecessem a necessidade de se preservar níveis mínimos de nutrição e renda familiar; e que países protejam saúde infantil e educação básica”.

A década de 90 foi de intensa atividade para proteção das crianças e de sua saúde. Além de ocorrer em 1990 a Cúpula Mundial pela Criança, em 1992 o UNICEF se uniu mais uma vez à OMS para desenvolver a Gestão Integrada de Doenças da Infância¹⁶. Essa estratégia tinha como objetivo controlar as doenças que mais matam crianças com menos de 5 anos: infecções do trato respiratório, malária, desidratação por diarreia, sarampo e desnutrição. Ela começou a ser implementada em 1998 em 58 países, sendo depois expandida para 80. Também em 1998 o UNICEF, o PNUD, a OMS e o Banco Mundial fundaram a Parceria para Contenção da Malária, com a finalidade de angariar fundos para prevenir e combater a doença. Outras iniciativas na mesma década nas quais UNICEF e OMS foram parceiros foram as de imunização. O Fundo chegou a prover vacinas contra poliomielite (UNICEF, 2006).

O HIV/AIDS começou a receber ênfase da organização nos meados dos anos 90: em 1996, o UNICEF foi um dos apoiadores da criação da UNAIDS. A agência também

¹⁵ As seis doenças são: tuberculose, difteria, coqueluche, tétano, poliomielite e sarampo.

¹⁶ No original em inglês IMCI, Integrated Management of Childhood Illnesses.

apoiou medidas para conter a transmissão vertical dessa doença. A atenção dada ao HIV/AIDS continuou na década seguinte, pois não só o fundo apoiou amplamente a instituição dos Objetivos do Milênio como foi reconhecida, em 2002, “como agência líder pela UNAIDS por promover atenção e apoio aos órfãos e às crianças afetadas pelo HIV/ AIDS. Em 2003, o UNICEF convocou o primeiro Fórum Global sobre Órfãos e Crianças afetadas pelo HIV/ AIDS”. Ainda, “a organização aumentou substancialmente sua aquisição de drogas antirretrovirais e material para testes e diagnósticos. Esses esforços culminaram em 2005, quando o UNICEF e a UNAIDS lançaram a campanha global para crianças e AIDS – *Unite for Children. Unite against AIDS*” (UNICEF, 2006, p. 32).

O Fundo, nos anos 2000, não se associou somente com outras OIs: uniu-se com diversas instituições para criar o Movimento Global para a Infância, em conjunto com ONGs (PLAN International, BRAC e Save the Children), iniciativa público e privadas (Netaid.org Foundation), e organização sem fins lucrativos religiosa (World Vision, organização cristã) (UNICEF, 2006).

A preocupação do UNICEF com o desenvolvimento infantil faz com que, conseqüentemente, o órgão dê atenção para a saúde das crianças. Suas iniciativas mudaram de enfoque conforme a necessidade, mas elas são geralmente próximas às orientações da OMS.

Como brevemente demonstrado, saúde transpassa os comitês da ONU, sendo que eles a relacionam com seu tema principal, como por exemplo o CSNU, que discutiu saúde sob o escopo da segurança em Missões de Paz. Contudo, o PNUD também considera que doenças podem afetar o desenvolvimento e a economia, entrando, assim como a OMS, no arcabouço lógico do BM.

5.2. COOPERAÇÃO EM SAÚDE NA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA

Não é mais possível pensar no desenvolvimento do Brasil sem pensar no bem-estar de nossa vizinhança regional imediata. A integração da América do Sul constitui requisito estratégico para a inserção adequada de nossas economias e sociedades em um ambiente internacional crescentemente competitivo. (...) A experiência mostra que não há outro caminho fora da integração.

AMORIM, 2007b

Este capítulo apresenta os interesses e os objetivos do Brasil e o destaque que o país dá a temas como cooperação, integração regional e saúde. Cooperação internacional, saúde e cooperação para fins sanitários são temas que a Política Externa Brasileira (PEB) considera relevantes para o país e para seu desenvolvimento. Define-se Política Externa como “conjunto de atividades políticas mediante as quais cada Estado promove seus interesses perante os outros Estados” (WILHELMY *apud* OLIVEIRA, 2008).

O Brasil, em sua política externa, sempre dedicou considerável atenção à cooperação internacional, a organismos internacionais e ao multilateralismo, e, com exceção de alguns períodos na história, tentou diversificar suas relações exteriores com um grande número de países. A Política Externa Brasileira (PEB) não é vinculada somente a aspectos econômicos, mas também a variáveis políticas. Segundo LAFER (*apud* OLIVEIRA, 2008, p.13): “a harmonização das necessidades internas com as possibilidades externas, ou seja, a proposta de inserção de um país no mundo, se faz em três significativos campos de atuação: a) o campo estratégico-militar (...); b) o campo das relações econômicas (...); c) o campo dos valores, que revela a importância de um país enquanto modelo mais ou menos afim de vida em sociedade” (a ênfase é nossa).

A partir dos anos 60 do século passado, o país vinculou mais intensamente sua política externa à política nacional de desenvolvimento, defendendo um número maior de temas atrelados à dicotomia Norte/Sul que ao conflito Leste/Oeste (VIGEVANI *et al*, 2007; OLIVEIRA, 2008). Em 1961, o Brasil mudou sua perspectiva para o que se denominou Política Externa Independente (PEI), na qual sua ação se voltou para a autonomia – o país não queria se enquadrar em nenhuma das ideologias da Guerra Fria

– e universalismo – quanto mais parceiros, menores as pressões das potências hegemônicas. Neste momento o Brasil começou a entender que, “respeitadas as boas normas internacionais de procedimento, [o país] resguardava-se o direito de negociar com todos os países, de acordo com suas preferências” (AMORIM, 2007a, p.52).

Expandiu-se assim o eixo de negociações da PEB: o Brasil passou a incluir a África e o Oriente Médio e tentou aprofundar relações com a América do Sul, ainda que com suspeitas por parte dos países vizinhos, principalmente Argentina, que não queria afastar-se dos Estados Unidos¹⁷. Nesse período o Brasil participou das negociações da Associação de Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC), criada em Montevideu em 1960 (VIZENTINI, 2008).

Durante o período do Pragmatismo Responsável (governo Geisel 1974 – 1979), o Brasil se envolveu com países desenvolvidos, mas com o também chamado Terceiro Mundo, aumentando os laços comerciais e consequentemente, universalizando nossa política externa, multiplicando parcerias e potencialmente diminuindo ainda mais as pressões hegemônicas (OLIVEIRA, 2008). A relação com a América do Sul tinha ainda muita tensão presente: por um lado o Brasil fechava com os vizinhos acordos sobre a Bacia do Prata e sobre cooperação na Amazônia, podendo-se compreender que o diálogo era aprofundado aos poucos (VIZENTINI, 2008); porém, por outro lado, até os anos 80 (CERVO *et al.*, p. 394):

a América Latina não teve lugar importante nos objetivos do desenvolvimento brasileiro, já que sua função situava-se apenas como mercado de produtos industrializados brasileiros. A integração foi concebida – era esse o interesse brasileiro – como integração comercial, cujo processo não vingou, razão por que o comércio exterior do Brasil dirigiu-se com a mesma intensidade para outros mercados do mundo. Por outras vias, a América Latina não ofereceu suporte às duas primeiras fases do desenvolvimento nacional, mantendo-se as relações interlatino-americanas sem condições de produzir a união, cedendo à bipolaridade e às experiências nacionais diferenciadas.

E ainda que o Brasil venha tentando, desde o fim da década de 80, construir uma imagem diferente da de país terceiro-mundista em suas relações, desde o período de redemocratização o país vem aumentando seus laços com a região Sul do mundo,

¹⁷ Em 1961, Jânio Quadros e o presidente argentino na época, Arturo Frondizi, encontraram-se na cidade de Uruguaiana, selando acordos e principalmente, uma reaproximação. Mas em 1962 Frondizi foi deposto, o que minou com essa reaproximação (CERVO *et al.*, 2002).

intensificando assim o chamado diálogo Sul-Sul e a cooperação com os países sulistas, especialmente os africanos e sul-americanos.

A América do Sul foi, à época do governo de José Sarney (1985 – 1989), considerada como alternativa estratégica para a atuação do Brasil no mundo, com um eixo fundamental na reaproximação com a Argentina. A América Latina como um todo estava marginalizada na década de 80, e uma maior cooperação com a área era uma resposta diplomática para tal problema. O MERCOSUL, nesse contexto, seria a culminação desse raciocínio, já que “para o Brasil (...) a integração permitiria aumentar a base regional para a inserção internacional do país” (VIZENTINI, 2008, p. 70).

Em 30 de novembro de 1985, Raúl Alfonsín, presidente da Argentina, e o presidente brasileiro assinaram a Declaração de Iguaçu, enfatizando a “união de esforços com vista à defesa de interesses comuns nos fóruns internacionais” (COLLOR, 2011, p. 93). Essa aproximação com o Cone Sul procurava “institucionalizar (...) uma racionalidade econômica já exercida na fronteira e legitimada pela sociedade”, assim como “se integrar para se desenvolver, para enfrentar vicissitudes do cenário internacional com mais força e capacidade de atuação” (COLLOR, 2011, p. 93).

Durante o governo Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2002), o país se afastou da posição terceiro-mundista, mas manteve boas relações tanto com países desenvolvidos como em desenvolvimento, e continuou enfatizando “os aspectos cooperativos no sistema internacional” (VIGEVANI *et al*, 2007, p. 293). Ele se utilizou bastante da diplomacia pessoal e sua imagem de intelectual para colocar em ação quatro linhas prioritárias na PEB (VIZENTINI, 2008):

- 1) Avançar a integração regional;
- 2) Estimular a diversificação de parceiros nas relações bilaterais;
- 3) Insistir no ideal do multilateralismo perante as organizações econômicas multilaterais;
- 4) Concentrar esforços para elevar a condição de potência econômica do país, visando um assento permanente no Conselho de Segurança da ONU.

Durante a década de 90, ou seja, durante parte dos anos FHC, houve 6 conferências da ONU para debater temas sociais¹⁸. Para o ex-Secretário-Geral Boutros

¹⁸ Foram elas: 1992, Rio de Janeiro: Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento; 1993, Viena: Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos; 1994, Cairo: Conferência Internacional sobre

Boutros-Ghali, as conferências eram “um meio para aumentar a conscientização do mundo inteiro dos problemas decorrentes da elevação dos níveis de pobreza e um instrumento para enfatizar a necessidade de os países adotarem políticas e programas abrangentes na área social” (RUBARTH, 1999, p. 35). O tema saúde começou a ser mais profundamente debatido nessa época. Para o Itamaraty, que participou de todas as conferências, saúde enquadra-se como tema social, de forma que a questão saúde permeou o debate em todas as discussões.

Em 1994, durante as discussões da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, o Brasil buscou, junto ao G-77 e ao Grupo de Países Latino-Americanos e Caribenhos na ONU, a adoção de metas em relação a índices de expectativa de vida, de redução da mortalidade e de morbidade materno-infantil. Dessa forma, “a delegação brasileira apoiou (...) as iniciativas do G-77 com vistas a garantir dos doadores compromissos nos níveis mais elevados possíveis para projetos relacionados com saúde reprodutiva, educação e combate às doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV/AIDS” (RUBARTH, 1999, p. 109).

Os anos FHC foram relevantes para a saúde porque ela ganhou atenção política não somente no âmbito doméstico, devido ao combate ao HIV/AIDS, mas também porque à saúde era auferida cada vez mais atenção no âmbito da PEB. O país passou a receber e oferecer mais cooperação internacional em saúde, “principalmente para países em desenvolvimento da América Latina, do Caribe e da África, e tem procurado expandir e diversificar a interlocução com diferentes atores nessa área, a exemplo de outros países em desenvolvimento, como a Argentina, a China, Cuba, a Coreia, a Índia, o México e a África do Sul” (RUBARTH, 1999, p. 134).

Segundo RUBARTH (1999), a década de 90, com os países da região, o Brasil buscou realizar diversas cooperações bilaterais, por exemplo: com a Bolívia, o país levantou os problemas sanitários fronteiriços; com a Colômbia, enfatizou-se saúde ambiental e biologia molecular. Com o Paraguai, o foco foi controle da raiva, e com a Jamaica, anemia falciforme.

População e Desenvolvimento; 1995, Copenhagen: Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social; 1995, Pequim: Conferência Mundial sobre a Mulher e 1996, Istambul: Conferência Mundial sobre os Assentamentos Humanos.

Saúde passou a ser considerada tema chave para o desenvolvimento e serve de base para a fundamentação da relação Sul-Sul. O Brasil reconheceu, na reunião de 2001 da Organização Mundial do Comércio, em Doha, que saúde é uma prioridade acima do comércio internacional. Ele adota o princípio de que saúde pode ser usada como uma ferramenta para a política externa, e juntamente com outros países, estabeleceu anos mais tarde, em 2006, a iniciativa “Saúde Global e Política Externa”, reforçando o que se convencionou chamar de Diplomacia da Saúde Global (*Global Health Diplomacy*) (KICKBUSCH *et al*, 2007a e KICKBUSCH *et al*, 2007b)

Foi o sucessor de FHC, Luís Inácio Lula da Silva (2003 – 2010), que investiu de forma mais enfática na saúde como tema de prática de PEB. Seu governo optou por uma política externa de modelo autonomista, preconizando uma política ativa de desenvolvimento e combinando “o objetivo de projeção internacional com a permanência de maior grau de flexibilidade e liberdade da política externa” (LIMA, 2005, p.11). Para VIGEVANI *et al.* (2007, p.296), a busca por alianças Sul-Sul ganhou força durante o governo Lula, ainda que já no governo FHC o Brasil tivesse se aliado à África do Sul e Índia “no contencioso das patentes de medicamentos contra o HIV/AIDS (...) para tentar reduzir os preços internacionais destes remédios.”

Para CERVO (2010, p. 9), a diplomacia sob Lula trabalhou para conseguir formar coalizões Sul-Sul e a alianças com países cujos objetivos são parecidos, a começar pela América do Sul. Também, introduziu-se uma nova variável, um componente moral representado na luta contra fome e pobreza.

A diplomacia da era Lula é identificada pela busca do “multilateralismo recíproco”: em qualquer área das relações internacionais, de economia a segurança e de meio ambiente a direitos humanos, “reciprocidade é garantida quando as regras da ordem multilateral beneficiam a todos os países” (CERVO, 2010, p. 11). Essa regra também foi válida para a saúde.

No que concerne esse tema específico, o Brasil foi bastante ativo. Já no primeiro ano de governo, o Brasil assinou em Genebra o Acordo Quadro para o Controle do Tabaco (16 de junho de 2003). Em 03 de setembro do mesmo ano, Sr. Blaise Compaoré, presidente de Burkina Faso, assina em sua visita ao Brasil um Protocolo de Intenções para cooperação junto ao Ministério da Saúde. Em abril de 2005, o Brasil aproveita uma

visita do então presidente do Uruguai Tabaré Vázquez para emitir uma declaração conjunta na qual os dois presidentes decidem negociar um acordo para regular o acesso da população das fronteiras aos sistemas de saúde de ambos os lados (MRE, 2008). O país, até o ano de 2010, tinha 53 atos bilaterais em saúde envolvendo 22 países africanos, muitos relacionados ao combate à malária e ao HIV/AIDS (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2010)

Além dos projetos de cooperação, as instituições de integração que o Brasil participa também trabalham com temas sociais. A temática de saúde perpassa mesmo outros grupos multilaterais dos quais o Brasil faz parte. O fórum IBAS (Índia, Brasil e África do Sul), criado em 2003 com a Declaração de Brasília, tem como um de seus objetivos promover a cooperação em saúde (IBAS, 2003)

Uma questão relevante dos anos Lula foi a assinatura, pelo Ministro das Relações Exteriores, da Declaração Ministerial de Oslo, em conjunto com os análogos da França, Indonésia, Senegal, Noruega, África do Sul e Tailândia, em 20 de março de 2007¹⁹. Segundo FELDBAUM *et al.* (2010, p. 86), a Declaração afirma que “saúde como um tema de política externa necessita de um foco estratégico mais forte na agenda internacional”, e que esses países acordaram em ‘fazer da saúde um ponto de partida e uma lente de definição que cada um dos nossos países usará para examinar elementos chave de política externa e estratégias de desenvolvimento’.

À Declaração Ministerial de Oslo também se agrega: o tema dos investimentos em saúde, conclamando as partes interessadas para “trabalhar em conjunto com o FMI e o Banco Mundial para superar as restrições macroeconômicas para que haja investimento efetivo em saúde nos países”; e questões da governança, “reconhecendo que o Secretariado da OMS e a AMS são as principais arenas para a governança global em saúde” (AMORIM *et al.*, 2007c, p. 6).

No que tange a integração regional, durante o primeiro mandato do presidente Lula, em 2004, houve uma preocupação do governo brasileiro em renovar os compromissos do Mercado Comum do Sul - MERCOSUL. A proposta, denominada “Ouro Preto II” – em referência ao Protocolo de Ouro Preto de 1994, que institucionalizou o bloco – buscava um novo modelo de integração, menos focado na

¹⁹ Há também uma declaração no âmbito civil que discute saúde global, a Declaração de Istambul, assinada por associações e entidades regionais de saúde pública em 1º de maio de 2009.

liberalização econômica e mais voltado para um projeto comum de integração. A autora LIMA (2005, p.11) enfatiza que FHC e Lula se orientaram para “(...) a revitalização e ampliação do MERCOSUL; a intensificação da cooperação com a América do Sul e com os países africanos”.

Segundo LESSA (*apud* OLIVEIRA, 2008, p. 257 - 258), a essa prometida revitalização do MERCOSUL se encaixaria em um dos eixos de prioridade política da diplomacia brasileira. Denominado eixo regional – Caracas-Buenos Aires -, ele evidenciaria o “caráter prioritário de que se revestem as relações com a Argentina e os demais parceiros do MERCOSUL” e da América do Sul como um todo. O desenvolvimento destes eixos advém da diversidade de interesses do Brasil e da consequências que novos temas presentes na agenda internacional pós Guerra Fria impuseram. O mesmo autor afirma que tais consequências são “a necessidade de construção de alianças operacionais pautadas pela concertação política em foros multilaterais para a negociação de regimes internacionais regulatórios, e (...) a própria cooperação científica e tecnológica com a intenção de ultrapassar as limitações ao acesso dos insumos para o desenvolvimento”.

Ainda que vá ser descrita no próximo capítulo, é fundamental citar a UNASUL nesse contexto. O MERCOSUL passou por dificuldades durante a crise econômica brasileira e, posteriormente, a Argentina. O bloco também sofre para aprofundar suas relações: “superada a fase de liberalização automática, gradual e universal das tarifas dentro do bloco, esse passou a apresentar enormes dificuldades para avançar nas áreas não comerciais de sua agenda temática” (VEIGA *et al.*, 2011, p. 85).

Para VEIGA *et al.* (2011, p. 87) a agenda econômica para a América do Sul mudou, sendo que ao MERCOSUL diminuiu-se a prioridade, e a atenção foi voltada a iniciativas de caráter político, como a UNASUL. Os autores criticam essa posição do Brasil, para quem não houve análise da consequência prática principal: a diversificação temática da agenda de cooperação e integração (p. 86).

Críticas aparte, a UNASUL é essencial para a análise da cooperação em saúde atualmente. Segundo BUSS (2011, p.1723), “a cooperação Sul – Sul foi reforçada em duas frentes diferentes: dentro do Conselho de Saúde da UNASUL e de seu Plano Quinquenal 2010-2015 e pelo Plano Estratégico para Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa”. O autor vai além e explica o que o Brasil tem em mente para a cooperação Sul – Sul em saúde (p.1723):

O modelo de cooperação Sul – Sul adotado pelo Brasil se chama ‘estruturando a cooperação em saúde’, que se baseia fundamentalmente na construção de capacidades para o desenvolvimento. Esse novo modelo inova de duas formas – primeiro, por integrar desenvolvimento de recursos humanos com desenvolvimento organizacional e institucional; e segundo, por quebrar o modelo tradicional de transferência passiva unidirecional de conhecimento e tecnologia e mobilizar capacidades e recursos existentes e endógenos a cada país. [Essa] progressão além das formas tradicionais de ajuda humanitária está centrada em fortalecer institucionalmente os sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com construção das capacidades locais e geração de conhecimento, e promovendo diálogo entre os atores (...).

BUSS (2011, p.1723) também afirma que essa cooperação planeja criar “uma rede dinâmica de instituições capazes de estruturar a organização e cooperação dos sistemas de saúde”. A UNASUL quer, por exemplo, preparar profissionais para gerenciar os sistemas de saúde de seus países membros.

Destaca-se nesse raciocínio a preocupação do Brasil com o fomento e melhoria dos sistemas de saúde dos países da UNASUL e da CPLP. O país pretende auxiliar na formação de recursos humanos e na tecnologia para que os países possam cooperar uns com os outros mais tarde em um princípio de maior igualdade, fato bastante diferente da cooperação em saúde internacional – baseada em transferência de recursos.

Política externa e política social são ambas políticas públicas, logo “têm pontos de convergência que merecem ser explorados de forma integrada” (RUBARTH, 1999, p. 8). Explorar saúde como tema social dentro da política externa é algo que o Brasil começou a fomentar, com o objetivo de melhorar a vida em outros países no âmbito Sul – Sul.

5.3. UNASUL E A SAÚDE

Os processos de integração regional e sub-regional influenciam no aumento da importância dos temas sociais internacionalmente. Qualquer processo de integração, mesmo os que visam somente a questão econômica, provoca impactos, ainda que indiretos, sobre a área social. Durante a integração os países fazem “tentativas de promover o estreitamento das relações entre grupos de países [que] incluem a proposta de estimular a harmonização de legislações que abrangem a área social, pois seria inviável aproximar economicamente parceiros com arcabouços legais muito díspares para esta área” (RUBARTH, 1999, p. 32). Também, a importância da institucionalização de relações multilaterais é que ela cria, minimamente, espaços de diálogo para discutir problemas ou potencialidades e desenvolver objetivos comuns.

Não é de hoje a preocupação do Brasil com a integração regional. Ainda que nossa relação com os vizinhos Sul-Americanos tenha melhorado qualitativamente somente a partir dos anos 80, já em 1960 o país participou, em Montevideu, da criação da Associação Latino-Americana de Livre Comércio (ALALC) – que evoluiu em 1980 para a Associação Latino-Americana de Integração (ALADI). Em 1964, o Brasil se articulou fora do âmbito da OEA com outros países da América Latina, e se criou assim a Comissão Especial de Coordenação Latino-Americana (CECLA). Na década de 70, além de resolver com os vizinhos os problemas relacionados à utilização do potencial hidroelétrico da Bacia do Prata com Paraguai e Argentina, o Brasil firmou em 1978 o Tratado de Cooperação Multilateral na Amazônia, que incluía Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela – e que anos mais tarde seria emendado para que, em 1998, surgisse a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica – OTCA²⁰ (VIZENTINI, 2008).

A partir da década de 80, com a redemocratização de muitos dos países Sul-Americanos, a aproximação aumentou tanto em interesse político como também em número de temas discutidos. Em 1986, criou-se o Mecanismo Permanente de Consulta e Concertação Política, também conhecido como Grupo do Rio, no qual “foi a primeira

²⁰ A OTCA possui uma comissão para a saúde, e tem como temas de trabalho saúde ambiental (considerando o manejo dos recursos hídricos da região); vigilância epidemiológica (com ênfase na malária) e melhoria no acesso à saúde dos povos amazônicos (BUSS *et al*, 2011).

vez em que mandatários latino-americanos se articularam diretamente, em foro regional próprio, sem a presença de nenhuma potência externa, fossem os Estados Unidos ou qualquer outra” (AMORIM, 2007b).

As relações sul-americanas foram marcadas na década de 90 pela concepção do MERCOSUL. Ainda que as negociações para seu estabelecimento datem dos anos 80, ele foi criado em 1991 pelo Tratado de Assunção e institucionalizado em 1994 pelo Protocolo de Ouro Preto. O Mercado Comum do Sul foi instituído com objetivos econômicos (estabelecimento de uma união aduaneira), contudo suas atividades extrapolaram esse âmbito: para PEÑA (2001), hoje ele pode ser entendido como um projeto estratégico para a governabilidade sul-americana, baseado em uma relação bilateral de qualidade entre Argentina e Brasil.

O MERCOSUL tem saúde como um de seus temas de trabalho. O Subgrupo de Trabalho 11, ligado ao Grupo Mercado Comum e responsável pela discussão do assunto no bloco, dividiu-se em três grandes áreas: produtos para a saúde, vigilância em saúde e serviços de atenção à saúde. Os países membros já harmonizaram diversas normas no que concernem as temáticas (ROVERE, 1992; SACARDO, 2009). Há também a Reunião dos Ministros da Saúde, ligada ao Conselho do Mercado Comum. A respeito do MERCOSUL, muito se debateu sobre a utilização de sua experiência de integração econômica também no campo da definição “de um paradigma de cidadania e valores regionais” (FUNAG, 1997, p.11), como democracia e diminuição da desigualdade.

A integração em saúde não foi planejada como ocorreu com o comércio, por exemplo. Dessa forma, em 2007 ainda era discutida a pauta de 2004, e muitos temas acabaram para debate na Reunião de Ministros, o que agregava um caráter político às negociações (SÁNCHEZ, 2007).

Depois das crises econômicas brasileira e argentina, o MERCOSUL começou a enfrentar diversos problemas. Além dos já citados no capítulo anterior, PEÑA (2011, p. 104) acrescenta que há no bloco uma tendência à “alta densidade retórica (...) para explicar expectativas superiores às que as realidades políticas e econômicas permitiriam razoavelmente sustentar”. HAKIM (2010, p. 47) critica além, afirmando que o MERCOSUL “ajudou a pôr fim a um longo período de embates políticos entre o Brasil e a Argentina, mas fracassou como bloco comercial. [Ele] não desenvolveu regras

comuns nem políticas convergentes, não conseguiu negociar um único acordo comercial com outros países (...).”

No ano de 2000, houve uma reunião para posicionar a região nos debates da ALCA, discutir infraestrutura, comércio e democracia. Ocorreu assim a Primeira Cúpula de Presidentes Sul-Americanos, que teve lugar em Brasília. O resultado mais importante dessa cúpula foi a iniciativa para Integração da Infraestrutura Regional Sul-Americana (IIRSA): ela “representa um nível operacional de construção de infraestrutura de transportes, comunicação e energia” (VIZENTINI, 2008, p. 110; CARVALHO, 2009). Uma das obras que está em processo de realização é a ligação do Brasil ao Pacífico via Peru, passando pela Bolívia (BOTELHO, 2008).

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva voltou a perspectiva diplomática de vez para a América do Sul. Em seu discurso de posse, em 2003 (*apud* VIZENTINI, 2008, p. 116), o ex-presidente discorreu que “a grande prioridade da política externa durante meu governo será a construção de uma América do Sul politicamente estável, próspera e unida (...).”

Em dezembro de 2004, ocorreu a Terceira Cúpula de Presidentes Sul-Americanos, no Peru. Nesta ocasião, criou-se pela Declaração de Cuzco a Comunidade Sul-Americana de Nações (CASA), apoiada pelos presidentes dos 12 Estados do subcontinente. A CASA foi importante porque auxiliou os países no estabelecimento de certa coordenação política, em uma tentativa de intensificar suas relações exteriores. Pouco depois, em 2007 e com processos de aproximação entre o MERCOSUL e a Comunidade Andina de Nações (CAN) ocorrendo, a Venezuela tomou a iniciativa e sugeriu que a CASA virasse a UNASUL (CARVALHO, 2009).

A Declaração de criação da UNASUL data de abril de 2007, e o Tratado Constitutivo da UNASUL foi assinado em maio de 2008. Em março de 2011 ela completou o número mínimo de ratificações necessárias para entrar em vigor. Para o MRE (2011a, p.1) a definição da União é clara: “organização internacional cujo objetivo é promover a integração regional, com base na convergência de interesses em torno da consolidação de uma identidade própria e do desenvolvimento econômico e social da região”. A estrutura da organização se divide em quatro órgãos centrais:

- 1) Conselho de Chefes de Estado e de Governo;
- 2) Conselho de Ministros das Relações Exteriores;

- 3) Conselho de Delegados
- 4) Secretaria Geral.

Há também oito Conselhos Ministeriais Setoriais:

- 1) Conselho Energético;
- 2) Conselho de Saúde;
- 3) Conselho de Defesa;
- 4) Conselho de Desenvolvimento Social;
- 5) Conselho sobre o Problema Mundial da Drogas;
- 6) Conselho de Infraestrutura e Planejamento;
- 7) Conselho de Educação, Cultura, Ciência e Tecnologia
- 8) Conselho de Economia e Finanças.

Além dos órgãos centrais e conselhos, a UNASUL instituiu instâncias de auxílio aos trabalhos da organização. São elas:

- 1) Secretaria Técnica UNASUL – Haiti;
- 2) Centro de Estudos Estratégicos de Defesa;
- 3) Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde;
- 4) Grupo de Trabalho sobre Solução de Controvérsias.

Considerando os objetivos desta dissertação, somente serão analisados o Conselho de Saúde e o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde.

A UNASUL, já em seu Tratado Constitutivo, citou acesso universal à saúde como um de seus objetivos específicos. O texto cita que a UNASUL visa “o acesso universal à seguridade social e aos serviços de saúde” (MRE, 2011b). Em novembro de 2008, no Rio de Janeiro, os países membros acordaram em criar um Conselho de Saúde Sul-Americano, cujos valores seriam (SELA, 2010, p. 5): saúde como um direito fundamental do ser humano; saúde também como um importante propulsor da concertação e integração das nações que integram a UNASUL; e respeito à solidariedade, à diversidade cultural e às diferentes realidades de cada país. Algumas metas do Conselho, segundo os países, seriam: mobilizar as capacidades e experiências em saúde da região a favor da integração; “promover a redução das assimetrias existentes entre os sistemas de saúde dos Estados membros para fortalecer a capacidade da região no campo da saúde”, e promover participação dos cidadãos, pois saúde é um bem público que preocupa a sociedade (SELA, 2010, p. 5).

Em abril de 2009, houve no Chile uma reunião para estabelecer esse Conselho de Saúde e seu Comitê Coordenador, assim como definir suas atividades; todos os países do bloco estiveram presentes, com a exceção da Guiana, e houve observadores do MERCOSUL, da OPAS e do Organismo Andino de Saúde – Convênio Hipólito Unanue. O Conselho definiu cinco áreas de trabalho para sua ação: desenvolvimento e gestão dos recursos humanos para saúde; escudo epidemiológico; desenvolvimento dos sistemas de saúde universais; acesso universal a medicamentos; e por fim, promoção da saúde e ação sobre os determinantes sociais. Ao Comitê Coordenador coube auxiliar o Conselho de Saúde a cumprir com seus objetivos, entre os quais merecem destaque (UNASUL, 2009, p. 9):

- a) Coordenar posições em temas centrais da integração Sul-Americana em saúde;
- b) Elaborar e submeter à consideração do Conselho de Saúde Sul-Americano a adoção de posições comuns ou concertadas sobre temas de saúde em foros e negociações internacionais;
- c) Propor processos inovadores mediante os quais se alcance a integração sul-americana da saúde, indo mais além da convergência dos processos existentes, aproveitando a experiência e buscando a complementaridade dos esforços;
- d) Coordenar com outros Conselhos da UNASUL e outras instâncias respostas articuladas e solidárias ante situações de emergências e catástrofes.

Destaca-se o objetivo b) : a UNASUL se propõe a ir além da ação regional, e prestar-se para que os países construam posições comuns que sejam utilizadas em outros locais de atuação, como a AMS. Esse fato já ocorreu: em abril de 2010, o Conselho de Saúde, em sua Resolução 10/2010, expediu uma Posição ante a Assembleia Mundial de Saúde sobre Medicamentos e Propriedade Intelectual, na qual os países membros concordaram em apresentar um projeto de resolução à 63ª AMS sobre a “criação e funcionamento de um grupo intergovernamental permanente como única instância no âmbito da OMS para a prevenção e combate a produtos médicos falsificados” (CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO, 2010c, p. 3), em uma crítica ao programa da OMS IMPACT (*International Medical Products Anti-*

Counterfeiting Taskforce). Os países ainda afirmaram que buscariam apoio a sua resolução por parte de outros Estados de diferentes continentes.

Também recentemente, em 8 de dezembro de 2011, em sua Resolução XX/2011 (2011a), a UNASUL realizou reuniões com a União Europeia para que os dois blocos possam cooperar na área da saúde, em especial no que tange as experiências de performance dos sistemas de saúde.

Outra atuação da UNASUL como bloco na Assembleia Mundial de Saúde ocorreu na 65ª sessão da organização, entre 21 e 26 de maio de 2012. Na discussão sobre financiamento para desenvolvimento e pesquisa no que concernem doenças negligenciadas, a UNASUL apresentou proposta própria, como também fizeram Quênia, Suíça e Estados Unidos com outros países. A proposta da UNASUL, designada pela AMS como Documento de Trabalho da Conferência A65/A/Conf.PaperNº4, propunha que um acordo vinculante para pesquisa de doenças negligenciadas fosse criado, contudo a resolução final não decidiu por um acordo vinculante, mas por análises dos Estados membros sobre o tema para que ele seja rediscutido na sessão de 2013 (AMS, 2012a; AMS, 2012b, NEW, 2012). Contudo se destaca nessa questão a importância da UNASUL ter tido uma proposta própria, com os países do bloco convergindo seus interesses e ações no tema das doenças negligenciadas e concordando ao ponto de entrar na discussão como UNASUL, e não como cada país individualmente.

A instituição do Conselho de Saúde em 2009 determinou a existência de grupos técnicos, responsáveis pela análise de projetos para a integração da região em saúde. Entre muitas atribuições, eles deveriam elaborar propostas em saúde que contribuíssem à integração e estabelecer meios de coordenação e articulação entre os países. Na ocasião, os grupos técnicos foram divididos por país e ação temática, sendo que a distribuição ficou da seguinte forma:

- Escudo epidemiológico: Paraguai e Uruguai;
- Desenvolvimento dos sistemas de saúde universais: Chile e Bolívia;
- Acesso universal a medicamentos: Argentina e Suriname;
- Promoção da saúde e ação sobre os determinantes sociais: Venezuela e Colômbia;
- Desenvolvimento e gestão de recursos humanos em saúde: Brasil e Peru.

Todos os grupos técnicos tinham objetivos específicos a alcançar. O grupo que trata do desenvolvimento dos sistemas de saúde universais tinha como meta “criar um mecanismo de monitoração e avaliação dos sistemas de saúde dos países sul-americanos”, assim como aumentar a troca de experiências entre os países (tanto para melhorar a qualidade do atendimento quanto para lidar com questões de financiamento), enfatizar a atenção primária e integral com aumento da população coberta, e “desenhar mecanismos de prestação de serviços a imigrantes”, para que todos tenham acesso à saúde (UNASUL, 2009, p. 14).

Ao fim do mesmo ano, em novembro, os Ministros de Saúde dos países decidiram que havia necessidade de um Plano Quinquenal de ação, cuja elaboração foi de responsabilidade dos grupos técnicos supracitados. Em 30 de abril de 2010, o Conselho de Saúde aprovou, mediante a Resolução 02/2010, o Plano Quinquenal 2010-2015, que tem como eixos de ação os cinco temas já desenvolvidos pelos grupos técnicos e supracitados – com a única diferença que a questão do escudo epidemiológico passou a ser denominada Política Sul-Americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde. Além deles, os Ministros da Saúde da região pediram para que o Comitê Coordenador e os grupos técnicos analisassem mais temas para entrar no Plano Quinquenal, entre eles fome e nutrição; saúde ambiental, saúde nas fronteiras, saúde dos imigrantes, emergências e desastres, saúde mental e violência (SELA, 2010).

Segundo BUSS *et al.* (2011, p. 2705), o eixo Política Sul-Americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde foi elaborado segundo o Regulamento Sanitário Internacional, e “busca selecionar e padronizar indicadores de morbimortalidade e fatores de risco, assim como criar um sistema de informação para a notificação das enfermidades priorizadas”. Segundo o Plano Quinquenal, esse eixo também visará criar uma rede para mitigar o impacto da dengue na região, assim como impulsionar um programa de imunizações na América do Sul.

O eixo de Acesso Universal a Medicamentos tem como metas, até 2015, desde reduzir as barreiras ao acesso devido à existência de direitos de propriedade intelectual e à falta de incentivos ao desenvolvimento de medicamentos até promover a produção de genéricos e uma política de preços que facilite esse acesso. A preocupação não se dá somente com o fato dos medicamentos serem acessíveis, mais também com a qualidade desses medicamentos. Há uma meta para “propiciar um sistema harmonizado de

vigilância e controle de medicamentos na UNASUL de modo a promover o acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade” (SELA, 2010, p. 23).

No que concerne a Promoção da Saúde e Ação Sobre os Determinantes Sociais, o Plano Quinquenal visa que os Determinantes sejam trabalhados como formas para reduzir as iniquidades nos países, e também que haja o fomento de “articulação com as diversas instâncias da UNASUL com objetivo que as políticas, programas e ações propostas nessas instâncias considerem seu impacto sobre a saúde e seus determinantes” (SELA, 2010, p. 26). Assim, a posição da UNASUL é relevante: todas as instâncias de ação da organização devem sempre considerar o impacto de suas atitudes nos determinantes sociais.

O eixo de Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde, cuja responsabilidade do grupo técnico é do governo brasileiro, não deseja somente desenvolver e capacitar os trabalhadores da área, mas também busca melhorar tanto a gestão dos sistemas quanto do pessoal. Sob o escopo desse eixo que está o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), com a finalidade de promover liderança em áreas prioritárias. Essa área de concentração também se comprometeu a criar um Programa de Bolsas de Estudos UNASUL - SAÚDE, com o propósito de formar recursos humanos em áreas críticas. A Bolsa foi autorizada pela Resolução 06/2009 do Conselho de Saúde, e se iniciará com cem bolsas anuais, segundo BUSS *et al.* (2011). Os mesmos autores afirmam que os recursos para as bolsas virão de países que já financiam estudantes estrangeiros ou de doadores internacionais a serem identificados pela UNASUL, no caso de países que não possam aportar esse gasto. O Brasil já declarou que financiará o Programa, entrando no primeiro caso na questão de recursos (MRE, 2011b).

O Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde merece aqui destacado. Criado pela Resolução 05/2009 e autorizado pela Resolução 03/2010 do Conselho de Saúde, seu desenvolvimento foi uma iniciativa do Brasil, que se ofereceu para sediá-lo no Rio de Janeiro. No dia 25 de julho de 2011, o ISAGS foi inaugurado, com a presença da então Secretária-Geral da UNASUL, María Emma Mejía (ANTUNES, 2011).

O ISAGS é uma instituição pública, de caráter técnico e comunitário, pois pertence aos países da UNASUL, e seu principal objetivo é “a gestão do conhecimento para o fortalecimento das capacidades nacionais de condução dos sistemas de saúde,

incluindo (...) sistematização de conhecimentos (...) existentes, [e] produção de novos conhecimentos (...). Apóia, igualmente, a condução da integração sul-americana na área da saúde, a governança regional e o estudo e seguimento das políticas sociais regionais, (...) assim como na análise dos determinantes internacionais da saúde que incidem sobre os países da UNASUL, contribuindo *para a construção de um possível sistema sul-americano de saúde*” (BUSS *et al.*, 2011, p. 2708 – a ênfase é nossa).

O ISAGS é uma ponte entre os governos e as instituições de ensino dos países, trabalhando com o que a UNASUL denomina redes de instituições estruturantes em saúde, como escolas de saúde pública, institutos de câncer e escritórios de relações internacionais em saúde. Sua estrutura se divide em Conselho Diretivo – determina as políticas institucionais, constituído por delegados indicados pelos Ministros da Saúde -; Conselho Consultivo – conformado pelos Coordenadores dos Grupos Técnicos e por especialistas, faz recomendações -; e Direção Executiva – administra o que foi determinado pelo Conselho Diretivo (ISAGS, 2011a).

A temática do Plano Quinquenal mais relevante a este estudo é o eixo de Desenvolvimento dos Sistemas Universais. Segundo esse documento, seu objetivo principal é que os países da América do Sul tenham sistemas de saúde universais, preocupando-se com a questão da equidade e da participação cidadã. Esse eixo está transcrito na íntegra no Anexo 1 desta dissertação.

Alguns excertos de seu plano de ação destacam-se, entre elas atividade 8.1 (Revisar legislações para verificar se é efetivo o direito à saúde nos ordenamentos nacionais), atividade 8.4 (Fortalecer a reciprocidade e complementaridade na entrega de serviços de saúde entre os países, especialmente nos espaços fronteiriços), e atividade 8.6 (Fortalecer a liderança das Autoridades Sanitárias Nacionais na perspectiva de processos de transformação orientados à formação de sistemas universais).

Para a implementação do Plano Quinquenal, está previsto o auxílio da Rede Sul-Americana de Secretarias de Relações Internacionais / Cooperação Internacional de Saúde (REDSSUR – ORIS), e seu financiamento será realizado por fundos voluntários dos países e mobilização de recursos externos, advindos por exemplo de empréstimos e de cooperação entre países. A meta é que paulatinamente os Estados da UNASUL aumentem os mecanismos de participação cidadã (50% deles até 2013 e 100% em 2015), e o monitoramento e avaliação dos sistemas de saúde universais (100% dos países já em 2014). Apenas a definição de quais indicadores serão utilizados para o

monitoramento dos sistemas deve estar realizada em 100% dos Estados membros já em 2012, para que possibilite a avaliação *per se*.

Há uma profunda preocupação, por parte do Conselho de Saúde, com a questão dos sistemas de saúde e do papel desses sistemas não só na qualidade de vida da população, mas também como uma variável para a integração dos países. Durante a V Reunião do Conselho Sul-Americano de Saúde, os países “resolveram fortalecer os sistemas nacionais de saúde, reconhecendo a importância de reforçar as políticas públicas destinadas a aprofundar o acesso equitativo e universal ao serviço, *para contribuir com o processo de integração regional*” (ISAGS, 2011b, a ênfase é nossa). O resultado dessa reunião foi a Resolução XX/2011 (2011b), intitulada “Sobre o Fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde”, na qual os países consideram que eles têm a obrigação de garantir equidade em saúde, e ressaltam quatro pontos básicos (p. 2):

- 1) Os países têm desenvolvido políticas para melhorar a qualidade de vida da população, visando avançar em equidade, acesso, cobertura e qualidade da atenção;
- 2) A importância de reforçar políticas públicas destinadas a aumentar o acesso equitativo e universal nos países, para desenvolvê-los e atingir as Metas do Milênio;
- 3) O apoio ao fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais, assim como o desenvolvimento de sistemas universais de saúde com ênfase na atenção primária de saúde;
- 4) A adoção de ações no âmbito nacional e internacional que tendam a fortalecer financiamento que viabilize a implementação de políticas sociais, em especial as relacionadas aos sistemas de saúde.

Assim sendo, a preocupação da UNASUL com saúde é quádrupla: melhorar a qualidade de vida da população, com acesso e equidade; garantir que todos os países tenham sistemas de saúde universais; garantir que esses sistemas de saúde prestem serviços de qualidade e, por fim, que essas três preocupações anteriores, quando realizadas, diminuam a desigualdade intra e entre países no subcontinente.

5.4. OS SISTEMAS DE SAÚDE E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE DA BOLÍVIA E DA VENEZUELA

Atualmente, os Estados estão inseridos em um contexto de integração regional, cooperação internacional e globalização, questões que afetam seus sistemas de saúde. O estudo desses sistemas permite conhecer suas características mais importantes e seu funcionamento, conhecimento esse que pode auxiliar em uma potencial cooperação e levar a um entendimento dos problemas comuns que podem ser enfrentados em conjunto. Desse modo, apresenta-se o histórico das reformas dos sistemas de saúde da Bolívia e da Venezuela, assim como a estrutura de ambos na atualidade e temas de cooperação internacional em saúde que os países desenvolvem.

5.4.1. Contexto dos Países

O estudo dos sistemas de saúde permite conhecer as características que podem auxiliar uma potencial cooperação e os problemas comuns que podem ser enfrentados em conjunto.

Conhecer os sistemas de saúde é essencial para entender a capacidade dos países em lidar com doenças e em melhorar a qualidade de vida das populações. Segundo MILLS *et al.* (2005, p.515) (a tradução é nossa):

Sistemas de saúde foram definidos como ‘a combinação de recursos, organizações, financiamento e gerenciamento que culminam na provisão de serviços de saúde para a população’ (Roemer,1991). [Eles] variam muito de país para país. Diferentemente da análise de doenças, há pouca metodologia ou terminologia estandardizadas para o estudo e o entendimento dos sistemas de saúde. O sistema de cada país é o produto de uma complexa gama de fatores, e não somente de padrões históricos de desenvolvimento e do poder de diferentes grupos de interesse. Contudo, é possível identificar características comuns, e a ampliação do conhecimento no que concerne que tipos de design estão associados a que resultados facilita a aprendizagem entre países.

Um dos grandes desafios dos sistemas de saúde da América do Sul, além de seu financiamento, é lidar com a pobreza e a heterogeneidade da população que habita este subcontinente. Os países da UNASUL não são exceção. Na Bolívia, diferenças étnicas e lugar de moradia influenciam índices como expectativa de vida e mortalidade infantil. Na Venezuela, os indígenas também são um grupo vulnerável: a população Yanomami tem uma incidência de tuberculose dez vezes maior do que o resto dos venezuelanos (OPAS, 2007a; e OPAS, 2007b).

A seguir, serão apresentadas tabelas para situar os contextos e características dos dois países aqui analisados, a Bolívia e a Venezuela, em comparação com o Brasil. Compreender esses contextos auxilia na caracterização das necessidades da população e dos possíveis problemas que os sistemas de saúde podem enfrentar.

Tabela 02 – Características demográficas da Bolívia, do Brasil e da Venezuela.

Indicador	Ano	Bolívia	País Brasil	Venezuela
População absoluta	2010	9.929.849	194.946.470	28.834.000
População que mora na zona rural (% do total)	2010	34	14	6
% da população com acesso a saneamento básico ⁽²⁾	2005			91
	2008	25	80	
% mulheres na população	2010	50.1	50.8	49.8
% do total da população na faixa etária	0 - 14	36	25	29
	15 - 64	59	68	65
	Acima 65	5	7	6
Principais Grupos Étnicos ¹		Quéchua Mestiços Aymará Branco	Branco Mulatos Negros Outros	Branco Mulatos Negros Outros

Fonte: Dados obtidos do Data Banco Mundial, 2011; e 1 – CIA World Factbook, 2011.

Notas: (2) - porcentagem da população com acesso a saneamento básico significa porcentagem da população com acesso adequado ao sistema de saneamento.

Como pode-se observar, a Bolívia, ainda que seja o país menos populoso, possui maior percentual de população rural, maior percentual de população sem acesso a saneamento básico e uma maior porcentagem de população na faixa dos 0 aos 14 anos.

Nesse país, enfatiza-se também que além da alta porcentagem de população indígena, há regiões com limites físicos ao acesso à saúde. PERRY *et al.* (2000) descrevem que a topografia acidentada dos Andes Bolivianos, somada ao clima muito variável e a populações isoladas, impõem um desafio à gestão da saúde no país. A OPAS (2007a) também chama a atenção ao tema da população que fala somente a língua nativa original, ou seja, não se comunica em espanhol: os municípios que têm habitantes desse grupo apresentam mortalidade infantil duas vezes maior que outros municípios nos quais não se encontram indígenas monolíngues.

No que concerne os aspectos políticos da Bolívia e da Venezuela, assim como o Brasil os dois países são Repúblicas Presidencialistas. A forma de estado muda na Bolívia: ela é um país unitário descentralizado, dividido em nove departamentos. A Venezuela é igual ao Brasil, federalista, dividida em 23 estados, um distrito capital e uma dependência federal. A tabela 03 demonstra outros aspectos socioeconômicos dos países.

A Bolívia possui ainda uma divisão política não oficial entre estados da chamada região da Meia Lua e o resto do país. Os estados de Pando, El Beni, Santa Cruz e Tarija, localizados na alta planície, em oposição aos territórios montanhosos nos Andes, chegaram a cogitar autonomia ou até mesmo independência no primeiro ano de governo de Evo Morales. Essas quatro províncias são as mais desenvolvidas do país e nelas concentram-se reservas de gás natural boliviano, indústrias e produção agropecuária. Cerca de 80% das reservas de gás de descoberta recente estão em Tarija, e Santa Cruz foi, em 2004, responsável por 45% do PIB da Bolívia. Com o discurso fortemente pró-indígena de Evo Morales, essas províncias entraram em choque com o governo central, pois se autointitulavam “vítimas do país” (LINS, 2009).

Tabela 03 – Aspectos socioeconômicos da Bolívia, do Brasil e da Venezuela.

Variável	Ano	Bolívia	País Brasil	Venezuela
Índice de GINI ¹	2007	57		
	2008		55	
	2006			44
Crescimento do PIB ¹	2010	4.1	7.5	- 1.5
Renda <i>per</i> <i>capita</i> (em US\$) ¹	2010	1.979	10.710	13.590
IDH ²	2010	0.660	0.715	0.734

Fontes: 1 – Data Banco Mundial, 2011 2 – Estatísticas do PNUD, 2011.

O índice de Gini mede a desigualdade na distribuição de renda, sendo que mais desigual é essa distribuição quanto mais o índice se aproximar de 100. A Bolívia e o Brasil apresentam índices semelhantes de desigualdade, mas não de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no qual Brasil e Venezuela apresentam valores mais altos, ou seja, possuem melhor desenvolvimento humano (o IDH mais próximo ao valor 1 significa maior nível de desenvolvimento humano).

As três tabelas a seguir demonstram a evolução da taxa de mortalidade infantil, mortalidade materna e expectativa de vida ao nascer nos países. Observa-se uma melhora tanto na Bolívia quanto no Brasil e na Venezuela, ainda que o primeiro país apresente números piores que os outros dois.

Tabela 04 - Taxa de mortalidade infantil da Bolívia, do Brasil e da Venezuela (por 1000 nascidos vivos).

Indicador	Ano	País		
		Bolívia	Brasil	Venezuela
Mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos)	1995	72	41	24
	2000	60	31	21
	2005	50	23	18
	2008	45	20	17
	2010	42	17	16

Fonte: Dados obtidos do Data Banco Mundial, 2011.

Tabela 05 - Taxa de mortalidade materna da Bolívia, do Brasil e da Venezuela (por 100.000 nascidos vivos).

Indicador	Ano	País		
		Bolívia	Brasil	Venezuela
Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	1995	410	98	88
	2000	300	79	82
	2005	220	64	68
	2008	180	58	68

Fonte: Dados obtidos do Global Health Observatory OMS, 2011.

Tabela 06 - Expectativa de vida ao nascer, em anos, na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.

Indicador	Ano	País		
		Bolívia	Brasil	Venezuela
Expectativa de vida ao nascer (anos)	1995	61	68	72
	2000	63	70	73
	2005	65	72	73
	2007	65	72	74
	2009	66	73	74

Fonte: Dados obtidos do Data Banco Mundial, 2011.

As tabelas 07, 08 e 09 demonstram a incidência de malária, e a prevalência de tuberculose e HIV/AIDS, doenças infectocontagiosas presentes nos três países do subcontinente.

Tabela 07 - Incidência de malária (por 100.000 pessoas – casos notificados) no ano de 2008 na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.

Indicador	Bolívia	País Brasil	Venezuela
Incidência de malária (por 100.000 pessoas)	365	210	263

Fonte: Dados obtidos do Data Banco Mundial, 2011.

Tabela 08 – Prevalência de tuberculose por 100.000 pessoas na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.

Indicador	Ano	Bolívia	País Brasil	Venezuela
Prevalência de tuberculose (por 100.000 pessoas)	1995	319	104	52
	2000	282	89	46
	2005	244	60	45
	2007	234	55	46
	2009	216	50	48

Fonte: Dados obtidos do Global Health Observatory OMS, 2011.

Ainda que a prevalência de tuberculose seja alta na Bolívia, ela não entra no grupo dos 22 países que detém 80% dos novos casos da doença por ano, ao contrário do Brasil, que é o único país latino-americano a figurar nessa lista e divide esse problema com países asiáticos e africanos (OMS, 2011).

Tabela 09 – Prevalência de HIV/AIDS por 100.000 pessoas na Bolívia, no Brasil (população acima de 15 anos), e na Venezuela (população geral).

Indicador	Ano	Bolívia	País Brasil	Venezuela
Prevalência de HIV/AIDS (por 100.000 pessoas)	2009 ¹	0.2 %	0.3 – 0.6%	
	2005 ²			Menos de 1%

Fontes: 1 - Dados obtidos do Global Health Observatory OMS, 2011.

2 – UNAIDS Country Report: Venezuela, 2010.

As quatro tabelas a seguir demonstram como são os gastos em saúde nos três países. A tabela 10 demonstra os gastos totais em saúde como porcentagem do PIB, em

uma evolução de 1995 a 2009, mostrando que os países variaram ao longo dos anos e hoje encontram-se em patamares diferentes. Apenas o Brasil apresenta um gasto total em saúde acima da média latino-americana (6,9% do PIB). Bolívia e Venezuela encontram-se abaixo deste patamar (BONVECCHIO *et al.*, 2011). No que concerne o gasto em saúde pública como porcentagem do gasto total em saúde, apenas a Bolívia apresenta um valor acima dos 50%, o que, contudo, não indica acesso à saúde. O gasto *per capita* em saúde (em US\$) também fica abaixo do Chile (US\$ 787 em 2009); e muito abaixo de países desenvolvidos como o Reino Unido (US\$ 3.285 em 2009), Alemanha (US\$ 4.629 também em 2009) e Noruega (US\$ 7.662 no mesmo ano) (DATA BANCO MUNDIAL, 2011). A última tabela do grupo é sobre o gasto direto em saúde como porcentagem do gasto privado, demonstrando que este tipo de gasto é bastante representativo quando se considera a parte privada da saúde nestes países.

Tabela 10 - Gasto total em saúde como % do PIB: Soma dos gastos público e privado na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.

Indicador	Ano	País		
		Bolívia	Brasil	Venezuela
Gasto em saúde, total (% do PIB)	1995	4.5	6.7	4.2
	2000	6.1	7.2	5.7
	2005	5.5	8.2	5.4
	2007	4.7	8.4	5.8
	2009	4.8	9.0	6.0

Fonte: Dados obtidos do Data Banco Mundial, 2011.

Tabela 11 - Gasto em saúde pública como % do gasto total em saúde: gastos do governo – central e local – e gastos com seguros sociais ou compulsórios na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.

Indicador	Ano	País		
		Bolívia	Brasil	Venezuela
Gasto em saúde pública como % do gasto total em saúde	1995	63.8	43.0	42.6
	2000	60.1	40.3	41.5
	2005	66.9	40.1	43.3
	2007	65.9	41.6	46.5
	2009	63.3	45.7	40.5

Fonte: Dados obtidos do Data Banco Mundial, 2011.

Tabela 12 - Gasto *per capita* em saúde (em US\$): soma dos gastos público e privado em razão à população total na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.

Indicador	Ano	País		
		Bolívia	Brasil	Venezuela
Gasto em saúde <i>per capita</i> (em US\$).	1995	40	316	143
	2000	61	265	273
	2005	58	387	296
	2007	65	607	475
	2009	85	734	686

Fonte: Dados obtidos do Data Banco Mundial, 2011.

Tabela 13 - Gastos diretos em saúde (como % do gasto privado): pagamentos diretos das famílias na Bolívia, no Brasil e na Venezuela.

Indicador	Ano	País		
		Bolívia	Brasil	Venezuela
Gastos diretos em saúde (como % do gasto privado) ⁽¹⁾	1995	76.8	68	88.2
	2000	81.6	63.6	90.9
	2005	83.7	63	89.4
	2007	82.8	58.8	88.1
	2009	81.9	57.1	90.6

Fonte: Dados obtidos do Data Banco Mundial, 2011.

Notas: (1) Gastos em saúde do bolso (como % do gasto privado): qualquer desembolso direto das famílias, incluindo gratificações e pagamentos em espécie, para trabalhadores da saúde ou para provisão de produtos farmacêuticos. É parte do gasto privado.

Estas tabelas foram utilizadas para situar o contexto da Bolívia e da Venezuela, e ao comparar com o do Brasil. Essas informações são significativas para compreender-se os sistemas de saúde dos países, suas principais questões e as demandas da população.

5.4.2. Estado Plurinacional da Bolívia

5.4.2.1. A reforma do sistema de saúde

A Bolívia é o país mais pobre da América do Sul, e também apresenta os piores indicadores de saúde da região. Suas taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil, como já demonstradas, são bastante elevadas quando comparadas as de outros países do subcontinente. Doenças como febre amarela, malária e tuberculose afetam a população consideravelmente. No que concerne a Doença de Chagas, em 2005 calculava-se que cerca de 10% das crianças em áreas urbanas e 40% das crianças em

áreas rurais que viviam nos estados onde a doença é endêmica estavam infectadas (OPAS, 2007a).

Essas peculiaridades impactam o sistema de saúde boliviano. Ele é misto, previdenciário – com a existência de seguros públicos e privados - e privado. É segmentado, fragmentado e com problemas de equidade. Falta também articulação entre os distintos níveis de cuidado, problema que o governo busca solucionar.

Antes de explicar suas características fundamentais, faz-se mister ressaltar que o sistema de saúde do país passa por um processo de mudança. Demonstrar-se-á um breve histórico do que ocorreu na Bolívia da década de 80 até 2008, depois que o atual presidente Juan Evo Morales Ayma foi eleito e quando a nova constituição foi aprovada.

Após uma grave crise econômica entre os anos de 1983 e 1985, a Bolívia diminuiu seus gastos sociais como consequência dos PAE impostos pelo Banco Mundial e FMI no ano de 1986. O gasto social como porcentagem do PIB caiu de 8% em 1981 para 1,8% em 1986 (SILVA *et al.*, 2011). O país teve assim que reformar o seu então existente sistema – que já sofria com a segmentação e com a fragmentação.

Segundo SILVA *et al.* (2011, p. 27), segmentação no setor de serviços de saúde ocorre quando “subsistemas paralelos, com diferentes modalidades de financiamento, afiliação de pacientes, monitoramento e provisão de serviços, são rigidamente separados.” Fragmentação, segundo os mesmos autores, ocorre quando “unidades ou entidades paralelas funcionam separadamente sem coordenação adequada”. O sistema boliviano já era segmentado porque o Ministério da Saúde, os seguros sociais e as instituições privadas agiam separadamente.

A partir de 1990, o BM começou a aumentar sua participação na gestão do setor, implementando, em conjunto com o governo boliviano à época, o Projeto Integrado de Serviços de Saúde – PROISS, cuja execução cabia ao Ministério da Saúde e 50% dos recursos viriam do Banco. O órgão internacional chegou a ser responsável por 30% dos investimentos e gastos do Ministério da Saúde não relativos a salários, de 1993 a 2003 (SILVA *et al.*, 2011).

Muitas outras recomendações desse órgão eram aceitas pelo país, e a Bolívia fez uso de mecanismos preconizados pelo BM para a privatização do sistema: redução da

cobertura do seguro social, diminuição do financiamento público para serviços (com exceção de saúde maternoinfantil e controle de doenças) e restrição de intervenções subsidiadas pelo Ministério da Saúde boliviano – como imunizações e ações contra doenças transmissíveis. O Banco Mundial também contribuía com 3% do Seguro Nacional de Maternidade e Infância, criado em 1996, administrado pelo Ministério da Saúde e financiado essencialmente por impostos, além dessa cota internacional. Contudo, esse seguro para a saúde maternoinfantil aumentou a desconexão de um já dividido sistema de saúde, pois enviava fundos para municípios e instituições de modo bastante autônomo ao Ministério da Saúde. O seguro acabou virando mais uma estrutura paralela no sistema (SILVA *et al.*, 2011).

O Banco limitava seu financiamento à saúde maternoinfantil, planejamento familiar, treinamento de equipes para a realização de partos, diarreias e infecções respiratórias agudas. Igualmente, ele promoveu a descentralização. Muitas competências foram transferidas para o governo local, sem que o governo central tivesse sua função reguladora fortalecida. O resultado foi uma maior iniquidade entre municípios mais ricos e mais pobres - pois a eles cabia garantir a manutenção das infraestruturas de saúde -, e problemas para as regiões - que deveriam pagar os salários. Ressalta-se nesse tema que até mesmo os fundos adquiridos com a cooperação internacional poderiam ser administrados de forma tanto autônoma ou quanto centralizada (SILVA *et al.*, 2011).

Não somente os níveis da administração ganharam maior autonomia, como também o Ministério da Saúde teve diminuído o controle sobre outras instituições de saúde. Os hospitais obtiveram dos governos locais diferentes graus de autonomia, pois o próprio Ministério acreditava que tal autonomia “era um mecanismo para diminuir o gasto público e promover mecanismos de contratação de pessoal flexíveis e de curto prazo” (SILVA *et al.*, 2011, p.28).

As consequências principais foram que os hospitais poderiam definir quais atividades gerariam renda, e poderiam contratar pessoal com parte da receita obtida por taxas cobradas dos usuários, sendo essa parte da receita definida como até 15% de seu valor total. SILVA *et al.* (2011, p.28) afirmam que “durante o primeiro ano da autonomia gerencial, os hospitais públicos aumentaram suas rendas advindas de taxas de 5.6% do orçamento total para 22.1%”. Ainda, “do ponto de vista do usuário da

assistência médica, os gastos diretos aumentaram de 27.8% em 1995 para 35.1% do gasto total em saúde em 1999 (...), com 5% de todos os lares bolivianos sujeitos a gastos catastróficos em saúde.”

A tabela a seguir demonstra a evolução do gasto em saúde no setor público, privado e previdenciário na Bolívia entre os anos de 1995 e 2002. Nela é possível observar a queda da porcentagem do gasto público, como pede o BM aos países com PAEs, e o aumento da porcentagem dos demais gastos.

Tabela 14 - Evolução do gasto em saúde por setor 1995-2002 (US\$ - %)

Ano	Gasto Público	Gasto dos Seguros Sociais em Saúde	Gasto Privado	Gasto total
1995	81.345 – 27,8%	109.841 – 37,4%	102.274 – 34,8%	293.460
1996	83.554 – 24,3%	148.450 – 43,3%	110.958 – 32,3%	342.962
1997	82.756 – 22,2%	155.656 – 41,7%	134.835 – 36,1%	373.246
1998	97.430 – 23,1%	179.089 – 42,5%	145.136 – 34,4%	421.655
1999	116.604 – 22,6%	195.318 – 38,2%	200.482 – 39,2%	512.405
2000	116.389 – 22,8%	202.643 – 39,8%	190.435 – 37,4%	509.467
2001	105.765 – 20,6%	210.586 – 41%	196.705 – 38,4%	513.055
2002	113.416 – 21%	222.410 – 41%	205.720 – 38%	541.546

Fonte: Dados obtidos da OPAS, 2008, p. 37.

Todo esse processo de descentralização possui como marco legal a Lei 1551 de 1994, conhecida como Lei de Participação Popular; a Lei 1654 de 1995, chamada Lei de Descentralização Administrativa do Poder Executivo, e a Lei 2028 de 1999, intitulada Lei de Municipalidades. A primeira – que apesar do nome não permitia participação popular direta na gestão da saúde, apenas permitia a escolha de um representante – enfatizou a descentralização dos recursos tributários aos municípios, e determinou igualmente a “transferência da administração dos estabelecimentos educacionais de saúde aos governos municipais” (OPAS, 2007a, p. 141). A segunda lei transferiu e delegou funções técnicas e administrativas para os departamentos. Por fim, a Lei de Municipalidades determinou as obrigações dos municípios, entre elas construir, equipar e manter a infraestrutura dos setores da saúde e educação. Em 2006, houve um referendo popular que autorizou uma maior descentralização dos departamentos, fato esse que trouxe problemas de gestão de recursos aos municípios mais pobres (OPAS, 2007a).

A multiplicidade de centros administrativos criou uma heterogeneidade de responsabilidades que impactou de forma negativa a gestão. Inclusive os recursos

humanos sofreram consequências dessa multiplicidade: havia trabalhadores vinculados diretamente ao Ministério da Saúde; outros sob o comando de programas verticais; e outros contratados diretamente pelos municípios (SILVA *et al.*, 2011).

A reforma na saúde preconizada pelo Banco Mundial e realizada pelas administrações bolivianas não atingiu apenas os seguros de saúde previdenciários, não interferindo em seu financiamento, gestão e unidades prestadoras de serviços.

Segundo SILVA *et al.* (2011, p. 29), apesar de todas as restrições impostas aos gastos públicos, a Bolívia não conseguiu controlar suas despesas como esperado; e para limitá-las com mais afinco, o país fez uso “de acordos regionais baseados no desempenho do Seguro Nacional de Maternidade e Infância, de controle orçamentário, de standardização de práticas clínicas prioritárias e de redução de suprimentos não cobertos por seguros destinados a hospitais públicos”.

Os autores ainda afirmam que em 2002 mais uma fase da reforma começou, também com financiamento do Banco Mundial. A Lei 2426, de 21 de novembro do mesmo ano e somente aprovada em 2003, criou o Seguro Universal Maternoinfantil (SUMI). Com o propósito de ser universal, integral e gratuito, visava prestar assistência a “mulheres grávidas, desde o início da gestação até os 6 meses posteriores ao parto” e “meninos e meninas, desde seu nascimento até os 5 anos de idade” (Lei 2426, artigo 1º, inciso I). Seu financiamento é majoritariamente do governo central, cabendo 10% aos municípios. Esse seguro, somado à saúde reprodutiva e à nutrição, fazia parte de um conjunto de serviços determinados e integrados em um esquema de seguro público. Inclusive, no ano de 2003, o então Ministério da Saúde foi refundado e transformou-se no Ministério de Saúde e Esportes (MSD), para garantir a aprovação da Lei do Seguro Universal Maternoinfantil (OPAS, 2008).

Essa refundação também implicou maior descentralização e fragmentação na administração do sistema. Em 1994, havia três níveis de gestão, em ordem decrescente de centralidade: Secretaria Nacional de Saúde, Secretaria Regional de Saúde – no departamento, equivalente a um estado, porém menos independente porque a Bolívia é unitária -, e Distrito de Saúde. Em 1997, houve mudanças nos nomes e a criação de um quarto campo de gestão: Ministério de Saúde e Provisão Social, Serviço Departamental de Saúde, Distrito e o novo nível Área de Saúde. Em 2003, com a instauração do Ministério da Saúde e Esportes, deixou-se de pensar saúde em níveis de gestão para

pensar como âmbitos de gestão. O Serviço Departamental de Saúde continuou, agora com a sigla SEDES, mas o Distrito ficou mais amplo, para incluir todo o município. Criou-se o DILOS – Diretório Local de Saúde, administrado pelo município – e o Estabelecimento de Saúde, com ação restrita e local a uma parte determinada do município (OPAS, 2008). Havia na saúde assim quatro âmbitos distintos de gestão: Nacional, Departamental, Municipal e Local.

No ano de 2002 foi instaurado o Programa Extensa, que segundo a OPAS (2007a, p. 141) era “destinado a incrementar a cobertura de saúde em comunidades rurais de difícil acesso mediante equipes de saúde itinerantes e [era] financiado pelo Banco Mundial”. SILVA *et al.* (2011, p. 29) afirmam que essas equipes deveriam visitar as comunidades três vezes ao ano, e proviam, ainda que de forma limitada, cuidados à saúde maternoinfantil; contudo, eles criticam o Programa, descrevendo que “como uma medida de cuidado sem continuidade, as equipes do Extensa eram outro exemplo de um fragmento descoordenado adicionado ao setor público e a um alto preço (46% acima do custo por paciente tratado)”.

Por fim, outra lei que aumentou a descentralização foi a Lei 3323, aprovada em 16 de janeiro de 2006 (dias antes da posse de Evo Morales, em 22 de janeiro do mesmo ano) e que entrou em vigor em 2007. Essa lei dispõe sobre a criação do Seguro de Saúde para o Adulto Idoso (em espanhol *Seguro de Salud para el Adulto Mayor*, com a sigla SSPAM), cujo caráter é integral e gratuito. Deveria proteger a toda pessoa com mais de 60 anos que vivesse em território nacional e não possuísse nenhum tipo de seguro de saúde. Enfatiza-se que o financiamento do SSPAM é 100% municipal, ao contrário do antigo Seguro Médico Gratuito a Velhice, criado em 1998 pela Lei 1886 de 14 de agosto. O Seguro que foi substituído pelo SSPAM contava com 60% do financiamento advindo do Tesouro Geral da Nação, ou seja, do governo central, sendo que 40% ficava a cargo dos municípios – contudo, 100% dos fundos advinham dos recursos procedentes do Imposto sobre Hidrocarbonetos (CEPAL, 2005).

O Seguro Médico Gratuito a Velhice apresentava em 2004 problemas de sustentabilidade devido à falta de pagamento de ambos os lados. A lei que criou o SSPAM não deixou claro como esses problemas seriam solucionados; apenas afirmou que os municípios deveriam usar recursos procedentes do Imposto sobre Hidrocarbonetos. Ao Ministério da Saúde e Esportes caberia apenas a supervisão dos

serviços prestados, condição que colocou os municípios como principais responsáveis pela provisão de cuidado aos idosos (CEPAL, 2005).

Apesar de todas as ações realizadas pelo governo na reforma, a saúde da população não sofreu o impacto esperado: SILVA *et al.* (2011, p. 30) descrevem que somente o grupo de crianças abaixo dos 5 anos apresentou melhora no acesso – o número de novas consultas ambulatoriais aumentou 239% entre 96 e 2005-. Houve também melhora na detecção de diarreias e pneumonias neste grupo, porém os autores consideram que parte do êxito no cuidado às crianças se deu pela presença do UNICEF na Bolívia em uma época que esse organismo implementava o programa internacional GOBI – FFF. Áreas do país ou populações anteriormente excluídas, como a zona rural e grupos indígenas, continuaram excluídos do sistema de saúde; e a fragmentação e segmentação persistiram existindo na Bolívia, fato que “dificultou o acesso à [assistência] e a qualidade [dessa] assistência à saúde, especialmente no quintil de baixa renda” (SILVA *et al.*, 2011, p. 31). O acesso a medicamentos tampouco melhorou: 77% do investimento para compra de medicamentos adveio do gasto direto da população (LEDO *et al.*, 2011).

No que concerne esse tópico do acesso da população mais pobre, SILVA *et al.* (2011, p. 31) destacam que “devido a alocação [de recursos] desigual (...) entre a seguridade social e os órgãos do Ministério da Saúde, este último somente conseguia cobrir apenas 38% dos não-segurados”, o que agravava a situação do quintil mais pobre, pois 77% da população deste grupo não possuía qualquer tipo de seguro. A qualidade, por sua vez, foi afetada pela ênfase que se deu a programas de saúde materno-infantil: os autores criticam que esses projetos direcionados a uma população alvo enfraqueceram a capacidade do país em prover uma assistência à saúde abrangente.

O processo de reforma não melhorou o controle de doenças: a Bolívia continuou com os piores indicadores de tuberculose e malária do continente sul-americano; e a incidência de sífilis, leishmaniose e dengue aumentou. A exceção foi o controle do vetor da doença de Chagas, pois o número de casas infestadas baixou de 66% para 2% no intervalo de 1999 a 2004 (SILVA *et al.*, 2011).

Segundo GÓMEZ-CAMELO (2005, p. 312), não houve uma mudança na estrutura do sistema de saúde com a reforma, o que houve foram rearranjos e a criação de novos dispositivos para auxiliar o que já existia. A lógica do sistema seguiu sendo de

oferta e demanda, ou seja, com pouco caráter preventivo e maior caráter curativo-reparador; os seguros públicos apenas incluíam a população considerada vulnerável ou em risco – no caso mulheres gestante, crianças e idosos –; a provisão dos serviços continuou mista, com instituições públicas e privadas; e uma grande parcela da população não possuía cobertura alguma. Segundo a OPAS (2007a), com dados de 2004, de 35% a 45% da população não tinha qualquer tipo de cobertura. E mais da metade da população total continuava recorrendo à medicina tradicional.

O ano de 2006 foi um momento de inflexão para a reforma do sistema de saúde boliviano, pois com a eleição do ativista sindical e representante do Movimento ao Socialismo (MAS) Juan Evo Morales Ayma – conhecido na Bolívia por sua atuação nas federações de produtores de coca, não tendo nunca antes dessa data se assumido como líder indígena (GISBERT, 2011) – não se sabia se o novo governo iniciaria um processo de distanciamento do raciocínio do Banco Mundial ou se continuaria com os projetos já em curso.

O primeiro ano de governo foi caracterizado pelos esforços da recém-eleita administração em elaborar um Plano Nacional de Desenvolvimento e aprovar uma nova constituição. Esse Plano Nacional se baseou em uma apropriação, por parte do MAS, do discurso indígena do Bem Viver: originalmente entendido como viver confortavelmente e com dignidade sem excessos, a ideia foi interpretada pelo Ministério da Saúde como (JOHNSON, 2010, p. 141):

“uma demanda pela humanização do desenvolvimento, de tal modo que seja transformada em [um dos tipos de mecanismos de] tomada de decisão coletivos e [de] ação de uma sociedade que é um ator ativo, e não um receptor passivo de iniciativas verticais”, e baseia-se em uma “visão cosmocêntrica que transcende o conteúdo de desenvolvimento etnocêntrico típico”, e postula “progresso como [algo que] começa com descobrimento mútuo e contribuições horizontais, e não imposição e autoritarismo”.

Esse Plano, ao mesmo tempo em que evocava o conceito de Bem Viver, propunha que o Estado garantisse acesso equitativo à saúde e que houvesse participação popular. Para isso, a medicina tradicional deveria ser incluída no sistema de saúde, e o neoliberalismo, combatido (JOHNSON, 2010). O Plano Nacional também incluiu temas financeiros, de recursos humanos, e de promoção à saúde.

No que concerne a nova constituição, seu processo de elaboração foi longo e ela somente entrou em vigor em 2008, após ser aprovada pela Assembleia Constituinte e por um referendo em 2007. A Constituição Política do Estado - CPE, como a Bolívia a denomina, deu ênfase à plurinacionalidade existente no território em seu preâmbulo, e manteve saúde no rol dos direitos fundamentais – segundo a OPAS (2008, p. 44) o direito à saúde como direito fundamental está presente na constituição boliviana desde 1938, e assim seguiu nas versões seguintes em 1961, 1967 e 2004.

O documento trabalha o tema saúde em diversos momentos, contudo alguns artigos destacam-se. No capítulo que trata dos direitos fundamentais, encontra-se o artigo 18, que afirma que (CPE, 2008, art 18)²¹:

- I. Todas as pessoas têm direito à saúde.
- II. O Estado garante a inclusão e o acesso à saúde de todas as pessoas, sem exclusão nem discriminação alguma.
- III. O sistema único de saúde será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, cálido, com qualidade, e controle social. O sistema se baseia nos princípios de solidariedade, eficiência e corresponsabilidade e se desenvolve mediante políticas públicas em todos os níveis de governo.

Outro ponto de relevância é a atenção que a CPE provê à população indígena, afirmando que não somente o sistema único de saúde deve respeitar a visão de mundo e as práticas tradicionais dessa população específica, como também deve incluir a medicina tradicional em suas práticas (CPE, 2008, artigos 30 e 35). O artigo 42 aprofunda o tema e descreve que (CPE, 2008, art 42):

- I. É responsabilidade do Estado promover e garantir o respeito, uso, pesquisa e prática da medicina tradicional, resgatando os conhecimentos e as práticas ancestrais desde o pensamento e valores de todas as nações e povos indígenas camponeses originários.

A constituição inclusive concede competências concorrentes aos grupos indígenas, afirmando que eles podem organizar, planificar e executar políticas de saúde em sua jurisdição (artigo 304). A gestão do sistema de saúde como um todo é uma

²¹ Por razões de tradução e paralelismo gramatical em português, a ordem dos adjetivos do sistema de saúde no inciso III foi modificada. O original é: III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

competência concorrente dos níveis da descentralização boliviana - Estado central e entidades territoriais autônomas – (artigo 229, inciso II).

A CPE coloca o Estado Boliviano como protetor do direito à saúde (artigo 35), sendo que para esse fim ele deve promover políticas públicas que visem melhorar a qualidade de vida e o bem-estar coletivo. As políticas públicas devem ser orientadas de tal forma que garantam o acesso gratuito da população aos serviços de saúde prestados. Igualmente, no artigo 36, inciso I, está que o Estado garantirá o acesso ao seguro universal de saúde; e no inciso II, que ele regulará por lei tanto os serviços públicos quanto os privados.

Por fim, o último artigo destacado nesta breve descrição da Constituição Política do Estado é o artigo 40, o qual dá espaço para representação popular na gestão do sistema: “O Estado garantirá a participação da população organizada na tomada de decisões, e na gestão de todo o sistema público de saúde” (CPE, 2008, art. 40).

O governo queria que o sistema único universal fosse financiado pelas receitas adquiridas com a venda do gás natural, contudo, como JOHNSON (2010, p. 148) afirma, essas receitas não se provaram suficiente para financiar a cobertura a toda a população.

Em 2006, segundo a OPAS (2008) houve uma mudança na forma de gestão do sistema, para incluir mais participação popular. Se em 2003 falava-se em quatro âmbitos de gestão, a partir de 2006 passou-se a usar o termo gestão compartilhada. A ordem continuou Ministério da Saúde e Esportes (MSD), SEDES, DILOS e Estabelecimentos de Saúde, mas este último passou a incorporar a comunidade, porque ele corresponde à área local de influência de uma instituição de saúde de nível primário - básico. O DILOS, porém, que é a autoridade máxima na gestão compartilhada, e conta com a participação popular.

Ainda segundo a OPAS (2008, p. 35): o nível de gestão compartilhada “impulsiona a tomada de decisões conjuntas da gestão (...) entre a equipe de saúde, a comunidade e o governo municipal. Estabelece os seguintes níveis: autoridade local de saúde, comitê local de saúde, rede social, conselho social municipal, conselho social departamental, conselho social nacional e Assembleia Nacional de Saúde”.

Apesar das mudanças constitucionais, SILVA *et al.* (2011, p. 34) afirmam que o governo do MAS não rompeu com o pensamento do Banco Mundial, pois “a *rationale* vertical da política de serviços públicos não foi questionada – indo de acordo com os paradigmas da política neoliberal”. Igualmente, o governo continuou com programas enfatizando saúde maternoinfantil e dependeu de doações externas para implementar seus projetos. Um exemplo dessa situação é o Bônus Juana Azurduy de Padilla: instaurado em 2009, ele paga aproximadamente US\$261 para mulheres que fazem pré-natal, realizam o parto em hospital público e fazem acompanhamento médico da criança até os 2 anos de idade. Os fundos para o Bônus, cerca de US\$ 25 milhões, advêm das receitas do gás natural e de crédito do Banco Mundial (JOHNSON, 2010). A exceção dessa lógica foi um projeto que não tinha foco em um grupo específico, o Saúde Familiar e Comunitária Intercultural (SAFCI), similar ao projeto saúde da família no Brasil.

A Bolívia seguiu as instruções preconizadas pelo Banco Mundial, e deu atenção a programas focais e verticais. Essas políticas “não mudaram o acesso dos pobres à assistência hospitalar ou familiar, e os indicadores de saúde continuaram os piores da América do Sul, i. e. porque o seletivo seguro público maternoinfantil e a devolução aos municípios consolidaram a segmentação do sistema e aprofundou sua fragmentação” (SILVA *et al.*, 2011, p. 37). Assim sendo, do início da reforma na década de 80 até o fim dos anos 2000, não houve mudanças profundas no funcionamento do sistema; e seguros específicos para determinados grupos somados a maior descentralização foram incapazes de resolver os problemas de acesso e qualidade já existentes.

5.4.2.2. Descrição do sistema de saúde

A breve demonstração da reforma do sistema de saúde boliviano e da lógica que a guiou – ênfase em programas verticais focais e descentralização – é base para o entendimento da conformação atual do sistema de saúde da Bolívia.

O sistema de saúde boliviano possui dois subsetores: público e privado. Desde 2006, com a criação do subsetor de medicina tradicional, ele foi incorporado como um vice-ministério dentro do MSD, com o objetivo de facilitar o acesso à saúde por parte

dos povos indígenas, camponeses e afro-bolivianos. Atende a aproximadamente 10% da população, em especial a que habita a zona rural, e conforma-se principalmente por curandeiros, xamãs Kallawayas – tribo com antiga prática em medicina tradicional – e outras formas de terapias tradicionais. Este subsetor está composto por diversas organizações indígenas dispostas em diferentes departamentos – o equivalente a estados – da Bolívia (OPAS, 2008).

Contudo, é relevante observar que como ao redor de 30% da população boliviana não se encontra protegida por nenhum tipo de seguro, essa população excluída do sistema busca a medicina tradicional e paga pelo serviço diretamente. Assim sendo, a medicina tradicional continua a encargo do usuário (OPAS, 2008; LEDO *et al.*, 2011).

O subsetor público é composto pelo Ministério da Saúde e Esportes, Serviço Departamental de Saúde (SEDES) e Diretório Local de Saúde (DILOS). Quando se aborda a provisão de serviços e sua gestão, ainda se inclui um quarto ente, o âmbito local. Essa subdivisão gera problemas na gestão do setor público: o próprio MSD, em seu Plano Setorial de Desenvolvimento 2010 – 2020 (MSD, 2010) assume que falta ao Ministério liderança e comando das ações em saúde, e que há insuficiente coordenação e comunicação entre os setores da administração. Para os SEDES, a reclamação recai na falta de relações técnicas com os DILOS e municípios – e não somente financeiro-administrativas -, e no fato dos recursos enviados pelo MSD não serem suficientes, uma vez que a gestão dos recursos humanos depende dos Serviços Departamentais. Aos SEDES compete também a atenção hospitalar e cuidados de nível terciário (OPAS, 2008; MSD, 2010).

Por fim, os DILOS têm dificuldades em atender suas metas financeiras, pois são “a instância executiva local responsável pelo abastecimento de insumos, de medicamentos, e de alimentação; de gastos operativos; construção, manutenção e equipamento dos estabelecimentos de saúde públicos em sua jurisdição territorial” (MSD, 2010, p. 29). Eles são responsáveis pela atenção primária e por um centro local de atendimento de referência de outro nível (OPAS, 2008).

Segundo a lógica da Constituição, todas as pessoas deveriam ter direito a um seguro público gratuito, mas em 2009 apenas 28,4% da população tinha acesso a esse direito (LEDO *et al.*, 2011).

A população protegida pelo subsetor público encontra-se no âmbito do Seguro Universal Maternoinfantil (SUMI), do Seguro de Saúde para o Adulto Idoso (SSPAM) e do Programa Extensa. O MSD pediu ao Congresso Nacional Boliviano uma Lei do Seguro Universal de Saúde, o SU-SALUD, “que propõe a criação de um Fundo Único Solidário Nacional que redistribuirá de forma equitativa os recursos provenientes do Imposto Direto aos Hidrocarbonetos” (OPAS, 2008). Esse Seguro Universal disponibilizaria uma cobertura integral e gratuita, protegendo os cidadãos que não tivessem seguro nenhum. Segundo a CEPAL (2009, p. 12), a lei foi aprovada somente na Câmara dos Deputados, contudo ainda encontra forte oposição dos Departamentos, pois esses últimos acusam o governo central de apropriar-se do Imposto aos Hidrocarbonetos departamental. O SU-SALUD ainda não foi debatido no Senado da Bolívia (MSD, 2010).

Aproximadamente 80% dos recursos do MSD vêm do governo nacional, mas servem majoritariamente para cobrir gastos. Os 20% de recursos que advêm de fontes externas representam 56% do dinheiro para investimento em saúde no país (LEDO *et al.*, 2011). Esses números indicam uma mudança, pois a OPAS (2007a) afirma que entre 2001 e 2003, o quadro era o inverso: 76% dos fundos do Ministério da Saúde e Esportes advinham de doações externas e créditos concedidos; apenas 24% vinham de recursos governamentais.

O Plano Setorial de Desenvolvimento 2010 – 2020 do MSD afirma que há também o subsetor dos seguros sociais de curto prazo. São as Caixas de Saúde que atendem aos empregados formais ou aos autônomos que contribuem voluntariamente e seus familiares, e dependem de contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e também do governo. Atende a cerca de 28% da população, mas seus hospitais podem atender a usuários de seguros públicos. Contudo, esse subsistema entra como seguridade social do Estado, protegendo os trabalhadores de incapacidades laborais temporárias, reabilitação e licença maternidade (MSD, 2010; LEDO *et al.*, 2011). O Instituto Nacional de Seguros de Saúde (INASES) – órgão ligado ao MSD – é a entidade encarregada de monitorar e avaliar as atividades dessas Caixas, contudo há dificuldades de coordenação neste subsistema (MSD, 2010). As Caixas de Saúde que integram este subsistema são: Caixa Nacional de Saúde, Petrolera, De Caminos, Banca Estatal, Banca Privada, Caixa Universitária, COSSMIL, e Caixas de Seguros Delegados.

A OPAS (2008, p. 35) descreve que esse sistema de seguros de curto prazo “somente beneficiam aos estratos médios da população que contam com um trabalho assalariado (...). Os estratos [sociais] de receitas superiores e inferiores buscam atenção em serviços privados e informais ou tradicionais, respectivamente”.

No subsetor privado estão as companhias de seguros privadas, companhias de medicina pré-paga, Igrejas e ONGs (OPAS, 2007a; OPAS, 2008). As duas primeiras têm fins lucrativos, e as duas últimas, não. A segmentação e fragmentação do sistema são evidentes: segundo a OPAS (2007a, p. 142): “não existem mecanismos de coordenação intersectorial, pelo que os subsectores [relacionados ao escopo privado] da seguridade social, da Igreja e das ONGs não se administram pelas normas e programas estabelecidos pelas políticas de saúde; nesse sentido, suas prioridades e atividades correspondem a seus interesses institucionais, desarticulados da função reguladora do Ministério de Saúde e Esportes”.

O financiamento das companhias de seguros privadas e das companhias de medicina pré-paga é feito por gastos diretos ou quotas de pagamentos. A Igreja e as ONGs, por outro lado, financiam-se com doações e recursos externos.

Para uma melhor visualização do sistema de saúde boliviano, apresenta-se o fluxograma a seguir, demonstrando os setores existentes, as origens dos recursos, os fundos ou entidades que administram esses recursos, as instituições que são provedoras de serviços, e quais são os usuários desses serviços.

Quadro 01 - Fluxograma da organização do sistema de saúde da Bolívia.

Fonte: LEDO *et al.*, 2011.

Segundo o Sistema Nacional de Informação em Saúde e Vigilância Epidemiológica – SNIS – (2011) que disponibiliza dados online na homepage na internet do MSD, contam com entidades prestadoras de serviços de saúde as Forças Armadas da Nação, a Igreja, os organismos privados, as ONGs, o Sistema Público, a Polícia Nacional, e as Caixas de Saúde – Seguridade Social. Alguns têm pequeno impacto, como a Polícia Nacional, que conta com três centros de saúde (um no departamento de Pando, outro em Potosí zona urbana e por fim, um no departamento de Tarija). A Igreja, por sua vez, conta com 85 centros de saúde, 15 hospitais básicos e 2 hospitais gerais. As Caixas, 134 centros de saúde, 33 hospitais básicos e 15 hospitais gerais. Os organismos privados somam 73 centros de saúde, 77 hospitais básicos e 7 hospitais gerais. Por fim, a base de dados do SNIS (2011) demonstra que o Sistema Público é o setor que mais conta com centros de saúde: 1166. Há também 89 hospitais básicos e 10 hospitais gerais.

Do gasto total em saúde, 63,8% são gastos públicos. Dentro deste gasto público, 60% vai para a seguridade social, fato este para o qual a OPAS chama a atenção, pois a seguridade cobre pouco mais de um quarto de toda população boliviana, mas recebe grande aporte de recursos públicos (OPAS, 2008; LEDO *et al.*, 2011). No que concerne o gasto direto, ele representa 82,8% do gasto privado em saúde, e é utilizado por 34% dos lares bolivianos. Deste grupo, 13% afirmaram investir mais de 10% de seu gasto total em saúde, o que incorre a gasto catastrófico (OPAS, 2008). Os autores LEDO *et al.* (2011, p. S114) descrevem que:

O gasto direto concentra uma proporção importante do gasto em saúde na Bolívia, apesar da premissa de universalidade com a qual opera o sistema de saúde boliviano. Com efeito, o SUMI só cobre as mulheres em idade fértil e as crianças menores de cinco anos, enquanto o Seguro de Saúde para o Adulto Idoso somente protege aos idosos. Os jovens e a população em idade produtiva que não se beneficiam nem dos esquemas de seguros públicos e tampouco da seguridade social têm que recorrer a serviços privados e pagar diretamente para satisfazer suas necessidades de saúde. Não surpreendem assim as altas cifras de gastos catastróficos por motivos de saúde na Bolívia.

Em 2008, o presidente Evo Morales criou via Decreto Supremo a REDE SAFCI (Rede de Saúde Familiar Comunitária Intercultural). A Rede tinha como objetivo melhorar a saúde primária e seu acesso, introduzindo a questão intercultural na atenção à população e a questão da integralidade da saúde em nível individual, familiar e coletivo. O projeto foi constituído com dois focos: gestão participativa – com as comunidades escolhendo Autoridades Locais em Saúde – e atenção médica. Segundo JOHNSON (2010, p. 147), esse último foco apresentava problemas: “mal-entendimento e rejeição por parte dos médicos da medicina tradicional e das crenças culturais da população foram identificadas como o obstáculo mais frequente para um diálogo médico-paciente fluido”. As duas culturas de cuidado deveriam ser entendidas como complementares, e não antagônicas.

Para implementar ambos os focos, o governo instituiu dois programas: primeiro, as Equipes Móveis SAFCI, com médico, auxiliar de enfermagem, dentista, sociólogo ou assistente social, e motorista, com base em um município mas com atuação também as áreas rurais. A crítica é que esse projeto é em parte parecido com o Programa Extensa.

Segundo, criou-se a Residência Médica SAFCI, na qual os médicos devem trabalhar durante três anos em um posto de saúde rural (JOHNSON, 2010).

A REDE SAFCI também foi criticada como um todo: “um dos maiores impedimentos para a (...) implementação do modelo SAFCI é a contínua falta de um claro entendimento teórico e de um entendimento operacional desse modelo em todos os níveis do sistema de saúde, especialmente nos níveis regionais e comunitários” (JOHNSON, 2010, p. 146).

No que concerne a temática dos recursos humanos para a saúde, a Bolívia sofre com desequilíbrios no número desses profissionais, na qualidade de seus serviços e em sua distribuição desigual pelo território. Por exemplo, na região rural do altiplano andino, o profissional de saúde mais importante é a auxiliar de enfermagem, pois geralmente não há médicos o suficiente e é ela quem fala a língua indígena. Os curandeiros e outros profissionais da medicina tradicional desenvolvem trabalhos essenciais junto com as comunidades (PERRY *et al.*, 2000).

A OPAS (2008, p. 43) chama a atenção ao fato que “médicos e enfermeiras têm uma alta taxa de disponibilidade em municípios com menor proporção de pobres, enquanto nos municípios com graus de pobreza maior a 98% existe uma menor proporção desses profissionais”. LEDO *et al.* (2011) relatam o mesmo fato: nas capitais dos estados, o número de médicos supera a média por habitante recomendada pela OMS.

Um sistema de saúde universal e gratuito na Bolívia ainda é uma meta a ser cumprida: o país precisa resolver problemas de gestão, de financiamento e de recursos humanos antes de alcançar esse objetivo constitucional.

5.4.2.3. Cooperação Internacional em Saúde

A Bolívia desenvolveu diversos acordos multilaterais e bilaterais em temas de saúde. Com o Brasil, especificamente, o foco foi vigilância epidemiológica em DSTs / HIV/AIDS; auxílio no combate à dengue e vacinas contra a gripe H1N1; e apoio à implementação de um banco de leite materno – sendo que os dois últimos quesitos com

auxílio do Ministério da Saúde e da FIOCRUZ. Já em 1996 os dois países elaboraram um Acordo Básico de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica (em 17/12/1996) (MRE, 2011b), e no mesmo ano foi realizado um “extenso levantamento dos problemas sanitários na área de fronteira entre os dois países e elaborado um programa de atividades para 1998 e 1999, a ser financiado parcialmente com recursos da OPAS” (RUBARTH, 1999, p. 196). Há também, com o apoio do governo brasileiro, uma iniciativa de âmbito particular: apoio da Universidade Gama Filho à formação de um Centro de Referência para Queimados em La Paz (MRE, 2011b).

O Ministério da Saúde e Esportes boliviano, em seu Centro de Documentação (MSD - CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO, 2012), registra três ações bilaterais com o Brasil. A primeira, uma reunião com uma missão de cooperação do governo brasileiro, que data de 24 e 25 de abril de 2006, resultou em uma ata com diretrizes para diversas cooperações técnicas, entre agricultura, situação aduaneira e saúde: a Ata da Reunião Bolívia-Brasil em ocasião da visita da Missão Especial de Cooperação do Governo Brasileiro. Essa ata cita o Centro de Referência para Queimados em La Paz, prevenção e luta contra as drogas e DSTs / HIV/AIDS, e ações conjuntas dos dois países para que ambos consigam oferecer para suas populações cobertura de saúde universal. Nesse mesmo documento, os governos brasileiro e boliviano concordaram que um sistema de saúde universal precisa de integração em pontos estratégicos, sendo eles programas como Desnutrição Zero (boliviano); o SAFCI; o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras; o Plano de saúde Amazônico; Acesso a Medicamentos de Baixo Custo e o Programa de Cooperação entre FIOCRUZ/ OPAS – OMS. A ata também sugere que no marco desses pontos estratégicos ocorra assessoria técnica.

O Centro de Documentação registra um Memorando de Entendimento sobre a Luta contra a Desnutrição, a Fome e a Pobreza entre os dois governos, que data de 14 de fevereiro de 2007; e a Ata Final da V Reunião da Comissão Bolívia-Brasil sobre Drogas e Temas Correlatos, de dezembro do mesmo ano.

Há registro documental também de cooperação em saúde com o Canadá: os três documentos disponíveis para consulta ditam sobre ação da Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (ACDI) em conjunto com o MSD para implementar um Programa de Apoio ao Setor da Saúde.

Cuba coopera com a Bolívia enviando médicos voluntários ao país. Segundo JOHNSON (2010, p. 149), até meados 2009 estimava-se que 900 médicos e 800 paramédicos cubanos estariam trabalhando no país em ciclos de 2 anos, com seus salários pagos pelo governo venezuelano, causando “uma ira previsível por parte de seus colegas locais”. A oposição chegou a reclamar de interferência cubana e venezuelana nos assuntos internos da Bolívia, mas o convênio continuou. Outras cooperações são a Operação Milagre, que operou pacientes com catarata – e à qual o MSD dá o crédito pelo retorno da visão de mais de 300 mil pessoas -, e os atos de “doar suprimentos médicos, financiar hospitais e a construção de postos de saúde (...) e [de] prover bolsas de estudos para bolivianos de baixa renda (originalmente indígenas) para estudar medicina em Cuba” (JOHNSON, 2010, p. 149). Os dois documentos disponíveis no Centro de Documentação do MSD versam sobre esses temas descritos e datam de 2006 e 2007. Neles, Cuba mostra disponibilidade para cooperar e preocupação com a questão oftalmológica na Bolívia.

Com o Peru, Bélgica e Coreia do Sul há um documento sobre cada disponível para consulta. Com o primeiro país, o documento versa sobre ações conjuntas contra o vírus H1N1. Com o Reino da Bélgica, a Bolívia fechou um acordo para um Projeto Integrado de Saúde para a Província de Chayanta, em Potosí, a ser executado pela Cooperação Técnica Belga. Porém, ainda que o MSD disponibilize apenas este documento sobre o país europeu, a OPAS (2008, p. 31) destaca outros projetos com participação belga nos estados de Santa Cruz, Cochabamba e Chuquisaca; com objetivos diversos: fortalecer a capacidade institucional e os bancos de sangue, pesquisar doenças tropicais e enfocar integralmente o desenvolvimento. A Coreia do Sul desenvolve um programa de saúde materno-infantil desde 2006, com o auxílio da Agência de Cooperação Internacional da Coreia, denominado Projeto de Melhoria dos Serviços de Saúde Pública para Mães e Filhos em El Alto.

Com a Argentina, o MSD disponibiliza três documentos. Primeiro, um Protocolo de Intenções de 2006, no qual os países se preocupam com a saúde na fronteira e o acesso a medicamentos. Segundo, um Memorando de Entendimento de 2008, que versa sobre controle de drogas, lavagem de dinheiro e precursores químicos de substância ilícitas. Depois, um Protocolo de Intenções de 2009, que visa, além de ampliar a integração bilateral, cooperar nas áreas de vigilância; no controle vetorial de dengue e

febre amarela; no reforço da atenção primária e no desenvolvimento de políticas de medicamentos.

A Venezuela possui acordos de cooperação com a Bolívia também, e em dois âmbitos: como arranjos bilaterais e como acordos sob o escopo da ALBA. Esse último será analisado posteriormente. No que concernem os arranjos bilaterais, o Centro de Documentação do MSD disponibiliza quatro documentos. Há o Convênio de Cooperação Técnica no Campo da Saúde e da Medicina, de junho de 2006, no qual os dois países concordam em capacitar recursos humanos e aplicar projetos técnicos, assim como oferta de medicamentos por parte da Venezuela; e uma Ata de Acordos do mesmo ano que versa sobre os mesmos assuntos, resultado de uma visita de uma missão da Venezuela à Bolívia. O terceiro documento também é uma Ata de Acordos sobre uma Visita Oficial da Venezuela à Bolívia, de abril de 2007, no qual os dois países tiram conclusões positivas da cooperação já existente – doação de vacinas e medicamentos, assistência técnica e cirurgias em crianças bolivianas com problemas de coração realizadas na Venezuela, no Hospital Cardiológico Latino-Americano Gilberto Rodríguez Ochoa. O documento cita também uma visita do projeto Bairro Adentro à Bolívia. Essa Ata de Acordos de abril de 2007, ainda que seja bilateral, versa sobre a necessidade de criar-se uma estratégia para concretizar a ação do bloco ALBA (Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América) na saúde. Por fim, o último documento disponível no Centro de Documentação do MSD é um Memorando de Entendimento em Matéria Esportiva, de maio de 2007, resultado de uma visita da Bolívia à Venezuela, no qual os países concordam em cooperar em temas de esportes e educação física.

O Quadro 02 a seguir apresenta uma linha do tempo da cooperação bilateral em saúde da Bolívia segundo o Centro de Documentação do Ministério da Saúde e Esportes boliviano e o Ministério das Relações Exteriores Brasileiro, mostrando o ano em que os tratados ou acordos foram assinados. Todos continuam até a atualidade, e a associação ao MERCOSUL e a assinatura da UNASUL foram incluídos para possibilitar situá-los no tempo.

Quadro 02 – Linha do tempo da Cooperação Bilateral em Saúde da Bolívia segundo o Centro de Documentação do Ministério da Saúde e Esportes boliviano e o Ministério das Relações Exteriores Brasileiro.

1985	1996	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Convênio de Cooperação Técnico-Científica na Área da Saúde entre Bolívia e Cuba (Cuba)								
Acordo de associação ao MERCOSUL								
Acordo Básico de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica (Brasil)								
Projeto Estruturação do Centro de Referência de Queimados em la Paz (Brasil)								
Convênio Específico entre o Reino da Bélgica e a República da Bolívia relativo ao Projeto Sistema Integrado de Saúde para a Província de Chayanta - Potosí (Bélgica)								
Convênio de Colaboração em Matéria de Saúde entra a República da Bolívia e a República Argentina (Argentina)								
Acordo de Assistência entre o Ministério de Relações Exteriores e Culto da Bolívia com a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional para implementação do Programa de Apoio ao Setor da Saúde (Canadá)								
Ajustes Complementares a Projetos de Cooperação Técnica presentes na Ata da Reunião Bolívia-Brasil em ocasião da Visita da Missão Especial de Coordenação do Governo Brasileiro (Brasil)								
Acordo de Cooperação em Matéria de Saúde entre o Governo da República de Cuba e o Governo da República da Bolívia (Cuba)								
Desenvolvimento Conjunto do Projeto de Melhoria dos Serviços de Saúde Pública para Mães e Filhos em El Alto (Coreia do Sul)								
Convênio de Cooperação Técnica no Campo da Saúde e da Medicina (Venezuela)								
Memorandum de Entendimento sobre a Luta contra a Desnutrição, a Fome e a Pobreza (Brasil)								
Tratado Constitutivo da UNASUL								
Memorandum de Entendimento sobre Delitos de Investigação Complexa e Delitos Conexos desde a Parspectiva da Proteção dos Direitos Humanos (Argentina)								
Ata da Reunião dos Ministérios da Saúde do Peru e da Bolívia para o Desenvolvimento de Ações Conjuntas contra a Pandemia pelo novo vírus Influenza A H1N1 (Peru)								
Protocolo de Intenções em Matéria de Saúde entre o Ministério da Saúde da República Argentina e o Ministério da Saúde e Esportes do Estado Plurinacional de Bolívia (Argentina)								
Fortalecimento em Atenção Integral e Vigilância Epidemiológica em DST/HIV/AIDS na Bolívia (Brasil)								
Apoio à implementação do Banco de Leite Materno (Brasil)								

Fonte: Elaboração própria

A OPAS (2008, p. 31) demonstra outros acordos bilaterais que não se encontram no Centro de Documentação do MSD: com a Espanha, via Agência Espanhola de Cooperação Internacional (AECI), houve uma preocupação em fortalecer a saúde maternoinfantil e formar recursos humanos. Com o Japão, também via sua agência de cooperação JICA (acrônimo em inglês para *Japan International Cooperation Agency*), há ações bilaterais para o fortalecimento da rede de saúde, apoio à formação de recursos humanos e ao desenvolvimento de estratégias de atenção primária em saúde. A França desenvolve projetos de pesquisa com a Bolívia: o estabelecimento público francês IRD (Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento, tradução de *Intitut de Recherche pour le Développement*) analisa a transmissão congênita da doença de chagas, as consequências da malária na gestação e a caracterização e controle de vetores.

A Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) possui projetos na Bolívia de alcance nacional – contra doenças infecto contagiosas, HIV/AIDS, e para saúde da criança e saúde sexual e reprodutiva -; e de âmbito local – com apoio a estratégias de participação comunitária (OPAS, 2008). Contudo, sua presença no país não é tranquila: BARBOSA FILHO (2008, p. 159) descreve que “a USAID foi expulsa no começo de 2008 [do estado] de Cochabamba, acusada de chantagear os camponeses e fomentar revolta contra Evo Morales”.

A cooperação internacional em saúde na Bolívia ocorre também com agências multilaterais: com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), há projetos para saúde reprodutiva. Com a União Europeia, coopera-se em melhoria institucional, infraestrutura e equipamentos. O Banco Interamericano de Desenvolvimento trabalha com programas de controle de doença de chagas em crianças, controle de bancos de sangue e sistema de vigilância epidemiológica. A OPAS/OMS tem diversos projetos, focados no desenvolvimento do sistema de saúde, saúde ambiental, medicamentos básicos, disseminação de informação técnico - científica e cooperação técnica entre países. Há ainda projetos com o Programa Mundial de Alimentos, enfocando nutrição, segurança alimentar e desenvolvimento infantil, e com o UNICEF, também envolvidos com nutrição infantil, mas também de adolescentes e mulheres, e insumos essenciais (OPAS, 2008).

A ex-ministra da saúde boliviana, Sra. Nila Heredia, concedeu em 16 de novembro de 2011 uma entrevista ao Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), na qual afirmou que a constituição do UNASUL – SAÚDE foi importante

para estabelecer uma agenda em saúde que apoie a integração do sub-continente. A ex-ministra discursa sobre o fato da saúde atuar sobre determinantes sociais em um continente com inequidades, e aponta a mudança de entendimento dos sistemas de saúde dos anos 80 e 90 – com reformas neoliberais – para a concepção atual de saúde como direito humano e social fundamental que deve ser garantido pelo Estado – mudança essa de entendimento que ela atribui papel essencial à UNASUL (HEREDIA, 2011).

5.4.3. República Bolivariana da Venezuela

A apresentação do sistema de saúde venezuelano foi dividida da mesma forma que o boliviano: primeiramente, apresenta-se a reforma do sistema nos anos 80 e 90; logo após sua estrutura e, por fim, a cooperação em saúde desenvolvida pelo país.

5.4.3.1. A reforma do sistema de saúde

A Venezuela, assim como a maioria dos países sul-americanos, enfrentou dificuldades financeiras nos anos 80, e teve que aplicar medidas de ajuste econômico que consequentemente redefiniram o papel do Estado (GUÉDEZ, 2009). A crise fez com que a pobreza no país aumentasse consideravelmente (de 33,5% em 1982 para 67.3% em 1997), e também com que o acréscimo na imigração aumentasse a concentração de pessoas vivendo em zonas urbanas marginais (OPAS, 2001, p. 4).

O maior impacto dessa crise no sistema de saúde foi a reforma que a Venezuela teve que realizar para cumprir tais ajustes. O país teve que seguir as diretrizes do Banco Mundial para receber os empréstimos, diminuindo o papel estatal na provisão de serviços, descentralizando o fornecimento desses serviços à população, melhorando a relação custo-benefício do sistema e melhorando a produtividade dos recursos humanos disponíveis (CÁCERES, 2000).

Contudo, há que enfatizar que o sistema, mesmo antes da reforma, apresentava fragmentação. O antigo Ministério de Sanidade e Assistência Social (MSAS), criado em 1936, conviveu a partir de 1944 com o Instituto Venezuelano de Seguros Sociais (IVSS), responsável por prover assistência médica a trabalhadores assalariados e seus dependentes. Após a fundação do IVSS em 1944, diversos setores da sociedade começaram a se organizar e a demandar órgãos separados de provisão de serviços de saúde, culminando na criação do Instituto de Provisão e Assistência Social do Ministério da Educação (IPASME), do Instituto de Provisão Social das Forças Armadas (IPSFA), e de outros institutos menores (como os das universidades nacionais), sendo que todos eram separados do IVSS, com segurados, financiamentos e serviços próprios (POLANCO, 2004).

A reforma no sistema de saúde começou de fato em 1987, e continuou até 1999, quando uma nova constituição mudou as diretrizes de saúde no país. O ano de 1987 é dado como marco inicial porque nesta época foi aprovada a Lei do Sistema Nacional de Saúde, que preconizava a integração do Ministério de Sanidade e Assistência Social com outros institutos provedores de serviços em um prazo limite de dez anos. Pouco depois, em 1989, começou a descentralização dos serviços de saúde, que deveria reconfigurar o sistema para que os níveis de governo cumprissem diferentes objetivos. Segundo a CEPAL (2001, p. 24), a Lei do Sistema Nacional de Saúde não funcionou da maneira esperada, porque “os aspectos financeiros foram pouco desenvolvidos na legislação” e pretendia-se unir os institutos “sem levar em conta que existiam múltiplas razões históricas e institucionais que limitavam tal possibilidade”. A Comissão segue afirmando que a Lei possuía um prazo de cumprimento muito amplo, e que as eleições locais de 1989 comprometeram sua implementação. Nenhum órgão provedor de serviço foi unificado.

A descentralização, porém, ocorreu: foi criada uma Comissão para a Reforma do Estado (COPRE) com a função de auxiliar no processo (POLANCO, 2004), e ainda que com contratempos, foi-se transferindo responsabilidade do governo central aos estados. Para a CEPAL (2001, p. 25) “uma característica particular das primeiras etapas do processo de descentralização foi a dificuldade em estabelecer linhas de trabalho conjunto entre os níveis centrais, por uma parte, e os estados e municípios, por outra”, mas houve preocupação das novas Secretarias Estaduais em melhorar o desempenho das instituições de saúde existentes.

O Instituto Venezuelano de Seguros Sociais também deveria ser reestruturado, pois apresentava déficits tanto em seu fundo de pensões quanto no fundo de atenção médica. Em 1992 foi aprovada pelo Congresso da Venezuela a Lei do Crédito Público, com a qual se autorizou o “Executivo Nacional a emitir e a colocar títulos da dívida pública para financiar a dívida operativa e os gastos de reestruturação do IVSS assim como para recapitalizar o fundo de pensões” (CEPAL, 2001, p. 26). Concluiu-se que o Instituto deveria coordenar e supervisionar mais do que prestar serviços; que seus três fundos (fundo de pensões, fundo de atenção médica e seguro desemprego) deveriam separar-se tanto na esfera jurídica quanto na esfera das cotizações; e que o fundo de atenção médica deveria reorganizar-se, com o objetivo de que ele “se concentre nas funções de regulação e supervisão e, ao mesmo tempo, [promova] que os centros de atenção em saúde adquiram personalidade jurídica e autonomia funcional”; contudo não houve empenho real nem do IVSS tampouco do governo para que a reforma fosse implementada (CEPAL, 2001, p. 26 - 27).

Com a proposta de reformar as relações trabalhistas, em 1997 foram aprovadas mudanças parciais na Lei Orgânica do Trabalho, diminuindo os custos de demissão e permitindo maior flexibilidade nos contratos. Essa nova conformação da Lei foi resultado da crise fiscal do governo da então administração do presidente Rafael Caldera e da pressão dos organismos multilaterais; e atingiu os sistemas de prestação de serviços sociais e da seguridade social (CÁCERES, 2000).

Contudo, apesar de todas essas medidas, a crise foi se aprofundando. Em 1998, foi aprovada a Lei Orgânica do Sistema de Seguridade Social Integral como uma medida para que a crise não se agravasse. Leis que complementavam o conteúdo dessa lei orgânica, como a Lei do Subsistema de Pensões e a Lei do Subsistema de Saúde também foram aprovadas, cogitando-se extinguir o IVSS (CEPAL, 2001).

A CEPAL (2001) afirma que esses mecanismos legais tinham limitações, enfatizando que essas mudanças não modificaram a fragmentação do sistema, ao contrário, ressaltaram a divisão entre quem pagava as cotizações e quem não as pagava. Ela destaca também que as leis aprovadas em 1998 fragmentaram a gerência institucional em saúde porque criaram “três instâncias [de comando na saúde] na administração central: [o] Ministério da Fazenda, [o] Ministério do Trabalho e da Seguridade Social e [o] Ministério de Sanidade e Assistência Social” (CEPAL, 2001, p.

28), diminuindo assim a capacidade estratégica do sistema público de saúde. Houve igualmente um impacto no processo de descentralização, já que os estados foram excluídos das determinações de 1998.

Segundo CÁRCERES (2000, p. 6), entre todos os mecanismos realizados pelo Estado Venezuelano para implementar a reforma no sistema de saúde, os que mais avançaram e tiveram efeitos práticos foram: a descentralização, que contou com apoio e compromisso político dos estados; e os convênios de cooperação técnica-financeira com o Banco Mundial e com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). No que concerne a descentralização, a CEPAL (2001, p. 25) apresenta uma análise na qual as províncias com esse processo em andamento e já com instituições públicas estatais possuem maior cobertura em consultas pré-natais e infantis. A imunização aumentou, assim como a prioridade aos programas direcionados à saúde materno-infantil. A Comissão, porém, descreve com cautela esses resultados, pois os estados descentralizados fizeram parte dos programas de financiamento dos órgãos multilaterais, o que pode justificar a diferença em relação aos estados não-descentralizados. Nem todos os estados da Venezuela passaram por esse processo: 17 das 23 unidades federativas são descentralizadas (BONVECCHIO *et al.*, 2011).

Quanto aos convênios de cooperação técnica-financeira, a reforma foi promovida como consequência da tomada de empréstimos. A mudança na Lei Orgânica do Trabalho, por exemplo, foi resultado de uma exigência do Banco Mundial para a flexibilização das relações de trabalho. O BID, por sua vez, tinha que 25% do empréstimo concedido deveriam ir para uma cooperação técnica que financiasse o desenvolvimento de leis, regras e planos para descentralização e racionalização do gasto (CÁRCERES, 2000). Ambos os bancos “atuam complementarmente: o primeiro [Banco Mundial] na execução concreta das reformas, em conjunto com a assessoria técnica da OPAS, e o segundo no desenvolvimento jurídico-institucional” (CÁRCERES, 2000, p. 8).

Em dezembro de 1998, ocorrem eleições presidenciais, e o militar Hugo Chávez Frías é eleito, tomando posse em 1999. Mesmo em seu governo, as reformas tiveram continuidade no primeiro um ano e meio seguinte de sua administração, com respaldo dos governos estaduais (CÁRCERES, 2000). Porém, algumas questões da Lei Orgânica do Sistema de Seguridade Social Integral foram repensadas: o fundo de pensões Fundo

de Solidariedade Intergerações, que antes era de responsabilidade do Ministério do Trabalho e Seguridade Social, passou a ser do escopo do IVSS. O IVSS, por sua vez, não seria mais eliminado; o que o governo mudou foi seu órgão diretor, criando uma Junta cujos membros seriam indicados por um Conselho Nacional de Seguridade Social e nomeados pelo Presidente da República (CEPAL, 2001). Mudava-se também o nome do Ministério responsável pela saúde: o Ministério de Sanidade e Assistência Social foi reestruturado, criando-se assim o Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social (MSDS).

Outra ocorrência do primeiro ano do governo de Hugo Chávez que afetou a saúde foi a aprovação de uma nova Constituição, enfatizando que saúde é um direito social fundamental e obrigação do Estado; rompendo assim com o conceito fragmentado de saúde que havia na antiga constituição – de 1961 (PROVEA, 2006). Segundo a Constituição da República Bolivariana da Venezuela - CRBV (1999), o artigo 83 afirma que (CRBV, 1999, art. 83):

A saúde é um direito social fundamental, obrigação do Estado, que o garantirá como parte do direito à vida. O Estado promoverá e desenvolverá políticas orientadas a elevar a qualidade de vida, o bem-estar coletivo e o acesso aos serviços. Todas as pessoas têm direito à proteção da saúde, assim como o dever de participar ativamente de sua promoção e de sua defesa, e cumprir com as medidas sanitárias e de saneamento que estabeleça a lei, em conformidade com os tratados e convênios internacionais assinados e ratificados pela República.

A CRBV também cria o Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS), em seu artigo seguinte (CRBV, 1999, art. 84):

Para garantir o direito à saúde, o Estado criará, exercerá a direção e administrará um sistema público nacional de saúde, de caráter intersetorial, descentralizado e participativo, integrado ao sistema de seguridade social, regido pelos princípios da gratuidade, universalidade, integralidade, equidade, integração social e solidariedade. O sistema público nacional de saúde dará prioridade à promoção da saúde e à prevenção das doenças, garantindo tratamento oportuno e reabilitação de qualidade. Os bens e serviços públicos de saúde são propriedade do Estado e não poderão ser privatizados. A comunidade organizada tem o direito e o dever de participar na tomada de decisões sobre a planificação, execução e controle da política específica nas instituições públicas de saúde.

A questão do financiamento do sistema virou tema constitucional. Segundo o artigo 85 da CRBV (1999, art. 85), o financiamento do SPNS “é obrigação do Estado, que integrará os recursos fiscais, as cotizações obrigatórias da seguridade social e qualquer outra fonte de financiamento que determine a lei”.

Mais adiante, no artigo 122 da CRBV, o Estado trata da saúde indígena, reconhecendo a medicina tradicional e as terapias complementares, porém assinala que essas duas práticas estão sujeitas aos princípios bioéticos.

Ainda que criado pela constituição, o SPNS não é um sistema concreto: segundo BONVECCHIO *et al.* (2011), a não promulgação de uma Lei Orgânica de Saúde é um fator central que obstaculiza sua criação. Os autores argumentam que o pré-projeto dessa Lei, que ainda está em discussão, planeja criar um Sistema Intergovernamental do SNPS, assim como um Conselho Intersetorial de Saúde, sendo que ambos deverão auxiliar na coordenação e participação dos setores do SPNS.

Em 2002, foi aprovada a Lei Orgânica do Sistema de Seguridade Social, com o objetivo de regularizar o funcionamento e a gestão dos regimes de prestação desse tipo de serviço. No ano seguinte, em 2003, o governo de Hugo Chávez enfrentou diversos problemas políticos, entre eles disputas na indústria petroleira e uma tentativa de golpe de Estado. Para lidar com os problemas, a administração venezuelana criou as Missões, “estratégicas de massificação que buscam universalizar os programas sociais, brindando atenção à população excluída” (GUÉDEZ, 2009, p. 51). As Missões não resolvem os problemas conjunturais da sociedade, somente os estruturais, e conformaram uma “nova forma de gestão das políticas públicas implantada pelo Executivo, [estabelecendo], de maneira pragmática, uma estrutura paralela na burocracia estatal no marco do que se denominou o surgimento de uma nova instituição pública, na qual se incorporam novos atores, estabelecem-se novas modalidades laborais, de remuneração e de prestação de serviços públicos diferentes das existentes” (GUÉDEZ, 2009, p. 51).

As Missões ocorrem em diversas áreas sociais: há a Missão Robinson, para reduzir o analfabetismo, a Missão Mercal, para garantia de segurança alimentar, e na área da saúde há a Missão Milagre, para cirurgias oftalmológicas, e Missão Bairro Adentro; realizada em parceria com Cuba, e que é explicada posteriormente (OPAS, 2007b). No que concerne a legislação, somente em 2008, com um conjunto de medidas

que possibilitaram a reforma da Lei Orgânica da Administração Pública, é que as Missões foram consideradas uma modalidade de gestão governamental (GUÉDEZ, 2009).

Em 2005, houve outra reestruturação do Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social. Ele foi dividido, sendo que o tema do desenvolvimento ganhou um ministério próprio: o Ministério de Participação Popular e Desenvolvimento Social; a saúde estaria agora sob responsabilidade do Ministério do Poder Popular para a Saúde (MPPS) (BONVECCHIO *et al.*, 2011).

O presidente Chávez, em 2008, decreta a recentralização da saúde. O projeto começa com o ideário do processo ao Socialismo do Século XXI, ação que ele denomina os três “R”: revisar, retificar e reimpulsar. Há uma tentativa de reformar a Constituição, que é frustrada, mas se cria o Sistema Público Metropolitano de Caracas, transferindo de volta ao Ministério do Poder Popular para a Saúde a rede hospitalar da capital venezuelana, e conseqüentemente, seu controle ao governo central (GUÉDEZ, 2009).

A CEPAL (2001, p. 28 - 29) explica que as reformas dos anos 90 tiveram bastantes limitações, primeiramente porque começaram sem que houvesse um conhecimento do marco institucional em saúde na Venezuela, particularmente no que tangia o IVSS. Quando se cogitou eliminá-lo, assumiu-se que não haveria reações institucionais. Mas ao cancelar esse projeto, não se procurou desenvolver políticas que corrigissem os erros do Instituto. Igualmente, a reforma demonstrou como o governo central tinha problemas na tomada de decisões no que concerne a seguridade social. Critica-se também que especialmente a reforma de 1999 não avaliou as conseqüências macroeconômicas, financeiras, fiscais e institucionais que ela traria. O autor POLANCO (2004) enfatiza que mesmo as mudanças que entraram em vigor na administração do presidente Hugo Chávez não alteraram os problemas de fragmentação, de financiamento e de falta de direção do sistema.

BONVECCHIO *et al.* (2011, p. S279) afirmam que como a Lei Orgânica da Saúde não foi aprovada, a estrutura do sistema de saúde antigo está vigente, “altamente fragmentada em um conjunto de subsistemas e com uma forma de organização não

equitativa, [e] sem universalidade de acesso aos serviços”. O projeto que está sob análise, segundo os autores (2011, p. S281):

(...) propõe que os estabelecimentos prestadores de serviços e programas do SPNS se organizem em redes de saúde, e que os estabelecimentos existentes do MS [MPPS], IVSS, IPASME, IPSFA e centros de saúde registrados nos estados e prefeituras se incorporem a este seguro, e se adaptem às necessidades da população e aos espaços geográficos. O objetivo é organizar a oferta de serviços de saúde em redes, rompendo com o modelo de níveis de atenção médica no qual o hospital é o centro do sistema.

Assim sendo, o sistema venezuelano se encontra em um processo de mudanças desde a década de 80, e nos últimos anos tem dado ênfase à melhoria do acesso a saúde por parte da população.

5.4.3.2. Descrição do sistema de saúde

A Constituição da República Bolivariana da Venezuela afirma que o Sistema Público Nacional de Saúde será “integrado ao sistema de seguridade social, regido pelos princípios da gratuidade, universalidade, integralidade, equidade, integração social e solidariedade” (CRBC, 1999, art. 84). Porém, o sistema venezuelano ainda é bastante fragmentado, com provisão mista de serviços (pública, por seguros públicos e privada), de forma que o país ainda caminha para que possa cumprir com seus dispositivos constitucionais.

O sistema de saúde venezuelano possui duas esferas: pública e privada. O setor público possui divisões segundo as atividades trabalhistas de seus segurados: há uma divisão para trabalhadores informais, pessoas desempregadas ou fora do mercado de trabalho e seus parentes, que não tenham acesso a seguros públicos, e recorrem ao MPPS para receber tratamento. Esse grupo é atendido pela Missão Bairro Adentro, redes hospitalar e ambulatorial do MPPS e dos estados, ou outros centros registrados no Ministério (BONVECCHIO *et al.*, 2011, p. S279). Esta parte do sistema público é financiada com recursos do MPPS, que por sua vez recebe aportes do orçamento do país. A Missão Bairro Adentro recebe recursos extraordinários, vindos do petróleo, e é

considerada um sistema paralelo ao sistema convencional (CANCEL, 2007) . O repasse de recursos do governo para os estados encontra-se com problemas desde o decreto de recentralização de 2008 (BONVECCHIO *et al.*, 2011).

Outra divisão são os segurados do Instituto Venezuelano de Seguros Sociais (IVSS). São os trabalhadores assalariados ou os informais – mas que tenham um contrato de trabalho, relação laboral definida ou contribuam facultativamente ao Instituto - e seus familiares que têm direito aos serviços prestados pelo IVSS. Os recursos advêm de três fontes: empregados, empregadores e estado. As empresas devem contribuir com valores entre 11% e 13% dos salários fixos; os trabalhadores entre 4% ou 2%; e o Estado central com os gastos de manutenção, administração e renovação das equipes do IVSS, sendo que não pode ser menos que 1,5% do salário fixo dos contribuintes (OPAS, 2001; BONVECCHIO *et al.*, 2011).

Por fim, há outras instituições que sob um regime próprio dentro do setor público prestam serviços. Os que têm maior impacto no país, devido ao número de segurados e aporte de recursos são o Instituto de Provisão e Assistência Social do Ministério da Educação (IPASME), o Instituto de Provisão Social das Forças Armadas (IPSFA), e os institutos de seguridade das universidades. A Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA) também conta com 3 hospitais próprios que entram na conta dos estabelecimentos públicos (OPAS, 2007b), e tanto ela quanto outras empresas estatais oferecem seguros de saúde a seus empregados (BONVECCHIO *et al.*, 2011, p. S279). Assim como o IVSS, o fundo advêm dos empregadores, empregados e Estado: as instituições nas quais os beneficiários trabalham estabelecem um sistema de financiamento bipartido, no qual o dinheiro público entra segundo o Ministério no qual o instituto esteja registrado (no caso do IPASME, os fundos públicos vêm do Ministério da Educação, Cultura e Esportes; e do IPSFA, do Ministério da Defesa) (OPAS, 2001).

A tabela abaixo demonstra os valores investidos por pessoa pelos organismos da Venezuela que recebem dinheiro de origem fiscal para desenvolver seus trabalhos, demonstrando que o gasto do à época MSDS era o menor entre as outras instituições governamentais.

Tabela 15 - Financiamento Fiscal (estatal) na Venezuela em 2001

Organismos com financiamento exclusivo ou predominantemente fiscal	Gasto em saúde em dólares americanos por pessoa (2001) – US\$
Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social (MSDS)	73,05
Instituto Venezuelano de Seguros Sociais (IVSS)	137,12
Instituto de Previdência Social das Forças Armadas (IPSFA)	256,03
Instituto de Previdência e Assistência Social para o Pessoal do Ministério de Educação (IPASME)	232,56
Hospitalização, Cirurgia e Maternidade (HCM) no setor público	290,20
Petróleos de Venezuela (PDVSA) e Banco Central de Venezuela (BCV)	Mais de 1000

Fonte: PROVEA, 2006

No setor privado, encontram-se os seguros privados e os gastos diretos em saúde, utilizados pela parcela da população que tem capacidade de pagar. Há também organizações da sociedade civil que prestam serviços de saúde, porém não há informações disponíveis sobre a quantidade existente dessas organizações (BONVECCHIO *et al.*, 2011).

Segundo BONVECCHIO *et al.*(2011), é difícil mensurar precisamente a porcentagem da população coberta por cada um desses setores, porque cada instituição têm seu próprio sistema de registro, e eles não são integrados entre si. Os autores afirmam que a aproximação mais recente, que data de 2005 e foi feita pela Pesquisa de Lares sobre Consumo de Drogas na Venezuela, indicou que “68% da população venezuelana não contava com nenhum seguro de saúde, o IVSS cobria 17,5% da população, os seguros médicos privados a 11,7% e 2,4% da população tinha dupla cobertura, através do IVSS e de seguros privados” (BONVECCHIO *et al.*, 2011, p. S279).

A gerência da saúde cabe ao Estado, e o MPPS é o órgão diretor. As Direções Regionais em Saúde são as entidades estaduais que devem executar os planos federais e elaborar e executar os planos próprios dos estados. Além disso, as Direções Regionais devem alocar os recursos que vêm do governo central e somar a eles os recursos estaduais. Por fim, existem as Direções Municipais em Saúde, que tem responsabilidades parecidas à Direção Regional, mas em seu nível (BONVECCHIO *et al.*, 2011).

Para compreender melhor o sistema de saúde venezuelano, e assim como foi feito com a Bolívia, apresenta-se um fluxograma demonstrando os setores existentes, as

origens dos recursos, os fundos ou entidades que administram esses recursos, as instituições que são provedoras de serviços e quais os usuários desses serviços.

Quadro 03 - Fluxograma da organização do sistema de saúde da Venezuela.

Fonte: BONVECCHIO *et al.*, 2011.

Para compreender o sistema de saúde venezuelano, há que se explicar a Missão Bairro Adentro e seus propósitos mais profundamente. Criada dentro do conceito das Missões, seu objetivo era “resolver os problemas de saúde no nível local mediante avaliação de necessidades, implementação de programas de saúde e programas médicos que coloquem a responsabilidade nas mãos das pessoas, e avaliação desses programas” (WESTHOFF *et al.*, 2010, p. 520). Ela buscava fazer com que o grupo mais pobre da população venezuelana tivesse acesso à saúde primária (CANCEL, 2007). Igualmente, a Venezuela se inspirou nos princípios de Alma Ata 1978 – equidade, acesso universal, participação comunitária e ação intersectorial-, enfatizando a prevenção e a promoção em saúde para indivíduos, famílias e bairros, para criar o conceito do Missão Bairro Adentro (WESTHOFF *et al.*, 2010). A Missão ocorre em parceria com o governo cubano: o país da ilha caribenha envia os profissionais de saúde, e a Venezuela envia por sua vez barris de petróleo (CANCEL, 2007).

Os contatos entre os dois governos começaram em 1999, quando um deslizamento de terra fez com que a Venezuela precisasse de ajuda humanitária. Na mesma época, o presidente Hugo Chávez era recém-eleito, e buscava fortalecer a cooperação internacional Sul-Sul (MUNTANER *et al.*, 2006). A expansão desse diálogo resultou na criação da Missão Bairro Adentro, em 2003.

A Missão começou pequena, contudo, com o êxito dessa fase, ela rapidamente foi expandida para todo o território. Em abril de 2004, decidiu-se chamar a missão de Missão Bairro Adentro I (MBAI), para identificar o nível de atenção que ela prestava, a atenção primária. A MBAI foi definida “como um conjunto de estruturas, programas, recursos (humanos, financeiros e técnicos) orientadas ao desenvolvimento da atenção primária em saúde para a geração de mudanças na forma da atenção. Seu objetivo geral é garantir o acesso aos serviços de saúde da população excluída (...)” (GUÉDEZ, 2009, p. 54). Nesse ano, 13000 trabalhadores da área da saúde cubanos estavam na Venezuela.

Porém, os consultórios da Missão não cumpriam com as necessidades técnicas para garantir a qualidade do atendimento. Em 2005, o MPPS e o Ministério do Poder Popular para Habitação e Vivenda lançaram uma Resolução Ministerial, cujo conteúdo estabelecia os critérios mínimos para o funcionamento dos consultórios. Em 2008, 51% (3.320) dos consultórios existentes cumpriam com as exigências (GUÉDEZ, 2009, p. 54).

Ainda no fim de 2004, a Venezuela expandiu a missão e criou a Missão Bairro Adentro II (MBAII), de atenção secundária, com centros de diagnóstico, de tratamento e de alta tecnologia. A meados de 2005, o governo criou a Missão Bairro Adentro III (MBAIII), com o objetivo de recuperar e modernizar a rede de hospitais públicos do país. Ao fim de 2006, a Missão Bairro Adentro IV (MBAIV) foi instituída com foco na construção de hospitais de atenção especializada (GUÉDEZ, 2009).

Calcula-se que no ano de 2008 cerca de 31.000 profissionais de saúde cubanos estavam trabalhando na Venezuela. Entre eles, 13.020 eram médicos, 2.938 eram dentistas e 4.170 eram enfermeiras. Outros profissionais, como epidemiologistas cubanos, também vieram trabalhar no continente. Em 2010, 85% dos médicos que prestavam serviços ao Bairro Adentro eram cubanos, sendo que os 15% restantes eram

venezuelanos. Igualmente, havia 2500 enfermeiras e 800 dentistas nativos da Venezuela (WESTHOFF *et al.*, 2010).

Cada consultório do MBA deve ter dois médicos, responsáveis por 250 famílias cada (uma média de 1250 habitantes) (GUÉDEZ, 2009). A responsabilidade dos profissionais da saúde é realizar visitas nas casas das famílias, cuidar dos doentes, assistir a saúde materna e fornecer planejamento familiar, assim como realizar qualquer tipo de serviço de saúde (WESTHOFF *et al.*, 2010).

No que concerne o custo do projeto, “o governo Venezuelano estima que o programa custe o equivalente a US\$ 5 milhões para operar anualmente. Levando em consideração o investimento em novos projetos dentro do Bairro Adentro e em subsídios em petróleo a Cuba, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe estima que o custo real em 2008 seria em torno de US\$ 9.4 bilhões” (WESTHOFF *et al.*, 2010, p. 522).

Alguns autores explicam pontos positivos da Missão: MUNTANER *et al.* (2006, p. 809) afirmam que essa cooperação entre Venezuela e Cuba sugere um “desafio excepcional aos princípios da ajuda humanitária em saúde convencional”, uma vez que ocorreu uma “nova forma de cooperação internacional baseada num processo de análise das necessidades locais de baixo para cima e ajuda mútua [entre o] Sul-Sul”. WESTHOFF *et al.* (2010, p. 522) demonstram que o número de consultas com médicos aumentou aproximadamente 5 vezes, chegando a 17 milhões após 18 meses da implementação do projeto; e o número de médicos na atenção primária saltou de 1.500 para 13.000, assim como houve aumento no número de clínicas médicas.

Contudo, há autores que destacam os problemas da Missão Bairro Adentro: GUÉDEZ (2009, p. 55) aponta que o projeto não adveio de uma ideia originada dentro do que na época ainda era o Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social, mas sim da direção política do país. A autora também demonstra que a MBAI, do cuidado primário, é administrada pela missão médica cubana, “dificultando assim as funções de direção e regulação que o Ministério, em sua condição de autoridade sanitária nacional, deveria exercer sobre as ações de saúde (...)” (GUÉDEZ, 2009, p. 55).

Tanto GUÉDEZ (2009) quanto CANCEL (2007) desenvolvem a ideia de que na Venezuela existem dois sistemas de saúde paralelos: o antigo e o Bairro Adentro, o

que acentuou a fragmentação. Esse fato faz a burocracia aumentar e o gasto público crescer. Segundo CANCEL (2007, p. 473) a Missão Bairro Adentro não está avançando na mesma velocidade das necessidades da população, ao mesmo tempo em que os hospitais já existentes no antigo sistema de saúde não estão recebendo recursos para serem equipados. Ele também demonstra que o tratamento dado pelo governo ao Bairro Adentro faz com que trabalhadores do sistema convencional reclamem de baixos salários e falta de material básico para trabalhar; mas que mesmo com problemas os hospitais desse sistema continuam lotados porque são bastante populares entre os venezuelanos. Para RODRÍGUEZ (*apud* CANCEL, 2007, p. 473), há uma cultura no país de ir ao hospital a qualquer sinal de dor. Também, a população, para evitar ser enviada a outros hospitais ou clínicas, já se direciona direto ao hospital de sua preferência, e não à clínica do Bairro Adentro.

GUÉDEZ (2009, p. 56) aponta que há problemas na geração de informação: como esses médicos estão, na realidade, trabalhando para a missão médica cubana, eles agem de acordo com os esquemas de trabalho cubano. Igualmente, a missão da ilha caribenha tem coordenadores próprios, a quem os médicos repassam informação. Porém, merece destaque que desde mediados de 2005 a missão cubana reporta informações epidemiológicas de doenças de notificação compulsória, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

Os autores BONVECCHIO *et al.* (2011, p. S280) afirmam que a Missão Bairro Adentro acentuou “o desequilíbrio na distribuição dos recursos já que não conta com um mecanismo claramente estabelecido para a alocação de recursos nem para a prestação de contas perante autoridades regionais e nacionais e à cidadania”.

Como o Missão Bairro Adentro começou com enfoque em saúde primária e no acesso da população ao sistema, pode-se ponderar que é possível criar um paralelo entre a MBA e o Programa da Saúde da Família (PSF) no Brasil. Contudo, há diferenças bastante importantes, e a primeira delas é que o PSF é integrado ao SUS, ele não criou um estrutura paralela ao sistema já existente. Sua atenção é voltada também à família, não somente ao indivíduo, e como consequência disso, criou-se o Agente Comunitário, morador do bairro tido como referência para atuação das equipes do PSF e que serve de elo entre a comunidade e o sistema de saúde (SANTANA *et al.*, 2001; ESCOREL *et al.*, 2007).

O PSF é institucionalizado, faz parte do planejamento do Ministério da Saúde brasileiro e para que os municípios recebessem aportes financeiros para o projeto, eles tiveram que melhorar a organização dos meios de gestão do sistema, como por exemplo, fazer com que o fundo municipal de saúde e o conselho municipal de saúde funcionassem (SANTANA *et al.*, 2001; ESCOREL *et al.*, 2007). Em outros termos, há um esforço do PSF para aumentar a coordenação no sistema, e não o segmentar e o fragmentar.

No que concernem os gastos, de tudo que é investido em saúde, 44.9% é público. Dentro deste gasto público, houve um decréscimo na porcentagem destinada à seguridade social: caiu de 40% em 1999 para 31,4% em 2008. O gasto privado, como porcentagem do gasto total, foi de 55,1% em 2008, sendo que o gasto direto em saúde representou 89,5% desse gasto privado. O gasto total em saúde como porcentagem do PIB na Venezuela encontra-se abaixo da média latino-americana: enquanto na região investe-se 6,9% do PIB, a Venezuela tem o percentual de 5,2% do PIB (BONVECCHIO *et al.*, 2011).

A tabela a seguir reporta a evolução dos gastos na Venezuela, demonstrando que ao fim de 5 anos houve diminuição do gasto privado, e aumento do gasto público.

Tabela 16 - Evolução do Gasto Público e Privado na Venezuela 1995-2000 (%)

Ano	Gasto Público	Gasto Privado
1995	33,3	66,7
1996	28,2	71,8
1997	42,2	57,8
1998	39,4	60,6
1999	39,1	60,9
2000	44,8	55,2

Fonte: PROVEA, 2006

Sobre os recursos humanos em saúde, há um debate sobre o que está acontecendo no país com a ação da Missão Bairro Adentro, que trouxe muitos profissionais cubanos ao sistema de saúde local. Afirma-se que a vinda dos médicos de Cuba aumentou o desemprego para os médicos venezuelanos, forçando-os a migrar para conseguir emprego. A Federação Venezuelana de Médicos calcula que 40% dos profissionais recém-formados migrem para outros países com melhores condições de trabalho. A falta de sustentabilidade e continuidade do Bairro Adentro é um desafio, e

estima-se que “30% dos módulos operativos do Bairro Adentro se encontram vazios por déficit de médicos, e que ao redor de quatro mil médicos cubanos que estavam alocados na Venezuela foram removidos a outros países, em particular à Bolívia” (BONVECCHIO *et al.*, 2011, p. S282).

Tenta-se resolver a questão desde 2004, quando foram integrados aos Consultórios Populares estudantes de pós-graduação de Medicina Geral, Medicina Comunitária e Odontologia Geral, com a expectativa de criar recursos humanos venezuelanos para a substituição das equipes cubanas (GUÉDEZ, 2009). Essa integração do Bairro Adentro com os estudantes de Medicina Geral visa 25.000 médicos venezuelanos (OPAS, 2007b).

5.4.3.3. Cooperação Internacional em Saúde

A Venezuela desenvolve projetos em saúde com outros países enfatizando diferentes temas. Com o Brasil, o foco é saúde na fronteira, mas há também outros programas para cooperação técnica. Segundo o MRE (2011b), o Brasil e a Venezuela, juntamente com Colômbia e Guiana, buscam fortalecer a saúde na fronteira dando especial atenção a povos indígenas e isolados. Neste assunto, especificamente com a Venezuela, houve duas reuniões que decidiram planos de ação em atenção à saúde, saúde indígena, vigilância epidemiológica, assistência e prevenção do HIV/AIDS, saúde ambiental e vigilância sanitária (MRE, 2011b).

Em 2007, houve ajustes ao acordo de cooperação técnica bilateral, para implementar os seguintes projetos: desenvolvimento do Instituto de Altos Estudos em Saúde Dr. Arnaldo Gabaldon; Apoio Técnico para Implantação e Implementação de Bancos de Leite Humano na Venezuela; Capacitação dos Recursos Humanos do Serviço Autônomo da Controladoria Sanitária da Venezuela e Controle dos Produtos de Uso e Consumo Humanos; e, por fim, Fortalecimento da Vigilância e Controle dos Resíduos e Contaminantes nos Alimentos da Venezuela. O Ministério da Saúde brasileiro, as Secretarias da Saúde de Roraima e do Amazonas, a ANVISA e a FIOCRUZ participam dessas ações de cooperação (MRE, 2011b, p. 3).

Ações de cooperação com a Bolívia, fora do âmbito ALBA, já foram demonstradas. Com outros países sul-americanos, segundo informações do Ministério do Poder Popular para Relações Exteriores (MPPRE), também há ações desse gênero. No dia 28 de novembro de 2011, em uma visita oficial de representantes da Colômbia à Venezuela, os governos assinaram convênios em diversas áreas, entre elas saúde. Mais especificamente, os dois países trabalham para instalar uma fábrica colombiana de medicamentos genéricos em Carabobo, estado do norte da Venezuela (MPPRE, 2011a).

Há cooperação também com países europeus, contudo em pontos específicos. Entre 30 e 31 de outubro de 2011, durante visita oficial do Ministro de Negócios Estrangeiros de Portugal, os dois governos analisaram diversas áreas, inclusive saúde, e declararam ter um projeto de construir um laboratório em comum para a fabricação de antibióticos (MPPRE, 2011b e MPPRE, 2011c). Com a Federação Russa, existem projetos em prevenção e mitigação de situações de emergência, e administração de desastres (MPPRE, 2011d).

Assim como desenhado para a Bolívia, o Quadro 04 a seguir apresenta uma linha do tempo da cooperação bilateral em saúde da Venezuela segundo o Ministério do Poder Popular para Relações Exteriores venezuelano e o Ministério das Relações Exteriores brasileiro, mostrando o ano em que os tratados ou acordos foram assinados. Todos continuam até a atualidade, e a associação ao MERCOSUL e a assinatura da UNASUL foram incluídos para possibilitar situá-los no tempo.

Quadro 04 - Linha do tempo da Cooperação Bilateral em Saúde da Venezuela segundo o Ministério do Poder Popular para Relações Exteriores venezuelano e o Ministério das Relações Exteriores brasileiro.

2006	2007	2008	2009	2010	2011
Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao MERCOSUL					
Convênio de Cooperação Técnica no Campo da Saúde e da Medicina (Bolívia)					
Ajustes Complementares para desenvolvimento do Instituto de Altos Estudos em Saúde Dr. Arnaldo Gabaldon (Brasil)					
Ajustes Complementares para Apoio Técnico para Implantação e Implementação de Bancos de Leite Humano na Venezuela (Brasil)					
Ajustes Complementares para Capacitação dos Recursos Humanos do Serviço Autônomo da Controladoria Sanitária da Venezuela e Controle dos Produtos de Uso e Consumo Humanos (Brasil)					
Ajustes Complementares para Fortalecimento da Vigilância e Controle dos Resíduos e Contaminantes nos Alimentos da Venezuela (Brasil)					
Tratado Constitutivo da UNASUL					
Convênio de Associação entre o Ministério do Poder Popular para a Saúde e as Empresas Colombianas Vitrofarma S.A e Vitalis S.A.C.I. (Colômbia)					
VI Comissão de Seguimento de Análise (Portugal)					
Acordos no Contexto da VIII Comissão Mista Venezuela –Rússia (Rússia)					

Fonte: Elaboração própria.

O Instituto Venezuelano de Seguros Sociais (IVSS) também possui convênios internacionais em matéria de seguridade social, para garantir que venezuelanos e nacionais dos países com convênios recebam pensões sem serem prejudicados por anos trabalhados no exterior. Os países com os quais o IVSS tem convênio são Itália, Portugal, Espanha e Uruguai (IVSS, 2010).

Há projetos de órgãos da ONU sendo desenvolvidos na Venezuela: o PNUD, por exemplo, em conjunto com a UNFPA, desenvolveu um projeto em direitos humanos e direitos de gênero com foco em direitos sexuais e reprodutivos no estado de Bolívar (PNUD, 2009). O UNICEF Venezuela, por sua vez, declara trabalhar em três projetos: prevenção do HIV/AIDS; atenção a comunidades indígenas e estratégia “Trio pela Vida”, que desenvolve programas a favor do aleitamento materno, da vacinação e do registro civil dos nascimentos (UNICEF, 2012).

No que concerne a cooperação com a UNASUL, além dos objetivos do Plano Quinquenal, ao fim de 2011 o MPPS declarou que receberia apoio do MERCOSUL e da UNASUL para desenvolver um registro de doadores de órgãos altruístas, aumentando assim o número de doadores e buscando transformar-se em uma referência latino-americana no tema (MPPS, 2011).

5.4.4. A Cooperação em saúde na ALBA

A Bolívia e a Venezuela cooperam em saúde não somente no âmbito da UNASUL ou no âmbito bilateral: há outro bloco regional do qual os dois países fazem parte e que tem projetos em saúde envolvendo seus países membros.

O conceito da Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América – Tratado de Comércio dos Povos (ALBA – TCP) foi criado pelo presidente venezuelano Hugo Chávez em 2001, durante o III Encontro de Chefes de Estado e Governo da Associação dos Estados do Caribe, que ocorreu na própria Venezuela. O objetivo era opor-se à ideia da Área de Livre Comércio das Américas – ALCA – e às propostas norte-americanas relativas a esse assunto, desenvolvendo a Alternativa Bolivariana para as Américas. Em 14 de dezembro de 2004, Cuba e Venezuela assinaram uma Declaração Conjunta e o Acordo entre o Presidente da República Bolivariana da Venezuela e o Presidente do Conselho de Estado de Cuba para a aplicação da Alternativa Bolivariana para as Américas. Com o tempo, outros países aderiram ao projeto: Antigua e Barbuda, Bolívia, Dominica, Equador, Nicarágua e São Vicente e Granadinas. Em 29 de abril de 2006, Bolívia, Cuba e Venezuela assinaram o Tratado de Comércio entre os Povos, entendido por esses países como uma resposta aos Tratados de Livre Comércio porque eles fariam uso do que denominaram ser um intercâmbio solidário (LOPES *et al.*, 2009).

Somente em 2009, durante a Sétima Cúpula Extraordinária da ALBA, o nome foi mudado. A sigla continuou a mesma, mas passou a significar Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América (ALBA – TCP, 2009).

Dentre as áreas de cooperação desenvolvidas pela ALBA, como agricultura, terra e alimentação; educação; energia e petróleo; está a saúde. Na V Cúpula do bloco,

em 29 abril de 2007, os países acordaram em desenvolver um projeto que eles mesmos denominaram como *Plan Grannacional* (em tradução livre, o sentido seria de Plano Supranacional), cujos objetivos eram otimizar o investimento em saúde e os recursos para a recuperação e implantação de sistemas públicos de saúde de acesso universal em todos os países (QUINTA CÚPULA DA ALBA, 2007).

Entre os dias 16 e 17 de julho do mesmo ano, ocorreu em Caracas a I Reunião das Comissões Técnicas da ALBA (IRCTALBA), na qual problemas técnicos dos Planos Supranacionais foram discutidos. Em saúde, decidiu-se fortalecer e consolidar dois projetos, criar um e propor outros dois mais. Os que seriam fortalecidos e consolidados são: as Missões Médicas presentes nos países; e o programa de formação de recursos humanos em graduação e pós-graduação. O projeto criado foi um Centro Regulatório para elaborar um registro sanitário no âmbito ALBA, e os propostos foram a criação de uma Empresa Supranacional de Distribuição e Comércio de produtos farmacêuticos ALBA; e a criação de um Centro de Vigilância Epidemiológica no âmbito do bloco (IRCTALBA, 2007, p. 5).

Em 2009, os países acordaram em criar o Conselho Social da ALBA – TCP, em La Paz, para implementar e dar seguimento aos projetos sociais da ALBA. Na saúde, decidiu-se os temas que seriam trabalhados pelo Conselho: formação de pessoal; missões médicas; a Empresa Supranacional – que passou a ser chamada ALBAMED –; acesso universal à saúde e a medicamentos como direito fundamental; troca experiências e gestão coletiva de programas como a missão oftalmológica Operação Milagre; intensificação da vigilância sanitária e otimização da rede de serviços para acesso oportuno; fortalecimento do trabalho solidário para lidar com novos desafios, inclusive as mudanças climáticas; promoção de um plano para inovação, desenvolvimento e produção de medicamentos genéricos, biológicos e insumos, para garantir seu acesso por parte da população; e por fim reconsideração dos direitos de propriedade intelectual para medicamentos para melhoria da saúde pública, dado que a ALBA os considera bens sociais, e não bens comerciais (PRIMEIRA REUNIÃO DE MINISTROS DA ÁREA SOCIAL, 2009, p. 4).

Assim como desenhado para os países, o Quadro 05 a seguir apresenta uma linha do tempo da cooperação em saúde no âmbito da ALBA - TCP, mostrando o ano em que os tratados ou acordos foram assinados. Todos continuam até a atualidade, e a

assinatura da Declaração Conjunta que criou a ALBA, assim como do Tratado de Comércio entre os povos, foram incluídos para possibilitar situá-los no tempo.

Quadro 05 - Linha do tempo da Cooperação em Saúde no âmbito da ALBA - TCP.

2004	2005	2006	2007	2008	2009
Declaração Conjunta para Aplicação da Alternativa Bolivariana para as Américas					
Tratado de Comércio entre os Povos					
Projeto Planos Supranacionais					
Projeto do Centro Regulatório para Registro Sanitário					
Projeto da Empresa Supranacional de Distribuição e Comércio de Produtos Farmacêuticos ALBA					
Projeto do Centro de Vigilância Epidemiológica ALBA					
Criação do Conselho Social da ALBA					

Fonte: Elaboração própria.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer os contextos mundiais nos quais a saúde foi ganhando espaço relevante na política externa, e igualmente conhecer seu desenvolvimento como um tema de diálogo nas relações internacionais dos países auxilia na compreensão da saúde como um tema de estudo das disciplinas de Relações Internacionais. Também, compreender as diferenças de sentido que os conceitos de saúde internacional e saúde global incorporam ajuda no estudo dos trabalhos de países, ONGs e organizações internacionais que lidam com o tema.

É interessante retomar a compreensão de global da qual essa dissertação fez uso, pois como relembra BOZORGMEHR (2010), para se trabalhar com saúde global deve-se atribuir um sentido ao que se entende por global. Aqui, global foi compreendida como supraterritorial, que por sua vez são as conexões sociais que transcendem os territórios geográficos dos países. Dessa forma, esse entendimento enfoca os novos espaços sociais criados pela globalização e as ligações supraterritoriais entre os determinantes sociais em saúde.

Os resultados aqui apresentados derivam de bibliografia existente sobre o tema, e também do estudo de documentação de Organizações Internacionais e dos países estudados. Além do uso da descrição, destaca-se a importância do uso da pesquisa histórica, pois com método enfatizou-se processos, narrativas e mudanças no contexto social dos temas contidos nesta dissertação.

Como descrito, o conceito de saúde global deriva de uma construção histórica, e ela pode ser caracterizada como poder brando e parte do mecanismo do *smart power*. O próprio NYE (2011), autor que cunhou esse termo, demonstra que tão importante como ter poder é saber utilizar esse poder, e que o *smart power* pode ser mecanismo para contenção de epidemias, por exemplo.

O debate sobre relações de dependência e de autonomia que saúde internacional e saúde global suscitam, somado ao tema da cooperação Sul-Sul, vão ao encontro às questões que COX *et al.* (1996) trazem à tona com a Teoria Crítica, destacando-se a afirmação dos autores de que a postura crítica é fundamental para buscar o interesse real no qual o conhecimento se baseia.

A dicotomia entre dependência da assistência internacional e autonomia também suscita um questionamento sobre o tipo de cooperação utilizada para se alcançar objetivos em saúde. YANG *et al.* (2010) discutem a sustentabilidade de programas de saúde pública que recebem auxílio internacional, demonstrando que para a continuidade de tais programas, ou seja, para que eles tenham sustentabilidade, é importante considerar infraestrutura local e treinamento de pessoal. Assim sendo, eles se perguntam que tipo de projeto é o mais adequado, os que têm caráter vertical, horizontal ou diagonal. Interpreta-se que a cooperação vertical continua existindo, com seu enfoque em doenças específicas ou programas delimitados e uma hierarquia entre os envolvidos, contudo se pondera, na atualidade, a possibilidade de misturar a cooperação vertical com a horizontal, sendo esta última voltada a ações integradas entre os participantes, com seu enfoque na melhora dos serviços de saúde. Os dois tipos de cooperação se complementariam em uma cooperação diagonal, na qual se desenvolveriam em conjunto ações para o controle de doenças e para a melhora do setor de saúde.

O estabelecimento de um regime internacional em saúde global, e a capacidade dos países em cooperar em cima deste tema pode ser resumido pela ideia que HAGGARD *et al.* (1987, p. 515) apresenta: “Construir uma teoria de cooperação e de mudanças de regimes demanda que nós retornemos à ideia central da literatura da interdependência: aumentar a interdependência significa apagar as fronteiras que separam a política internacional e doméstica. Assuntos políticos domésticos se esparramam na política internacional, e política externa tem fontes e consequências domésticas.” Quanto maior a interdependência, mais certos grupos domésticos terão interesses em certos tipos de regimes no que concerne determinados temas.

O debate sobre um regime em saúde global ainda aberto, posto que nem mesmo o conceito saúde global foi definido. Porém, pode-se discutir se a existência da Convenção Quadro para Controle do Tabaco e de discussões na ONU sobre temas relacionados à saúde (como a Reunião de Alto Nível sobre Doenças Não Contagiosas na Assembleia Geral da ONU) não seriam instrumentos para o estabelecimento de tal regime no futuro.

Outro debate, desta vez sobre governança na saúde global, é igualmente complexo. As ideias de HAAS P (1992) e CORTELL *et al.* (2008) podem ser combinadas no estudo das ações da OMS, dado que o primeiro analisa o trabalho das

comunidades epistêmicas, e o segundo afirma que OIs baseadas nesse tipo de funcionário possui maior probabilidade de sucesso.

O pensamento de CORTELL *et al.* (2008), no momento em que eles elucidam o *agency slack* e sua relação com a forma de votação das OIs, traça um paralelo com o comportamento do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde nos anos 80 e 90. A AMS, com seu sistema de um país / um voto, tende a dispersar o controle dos agentes – países, segundo o raciocínio dos autores. O Banco Mundial, por ser de voto proporcional, tende ao contrário. Como já demonstrado por ABBASI (1999), BERLINGER (1999), BROWN *et al.* (2006), NURUZZAMAN (2007) e BIRN (2009), com o aumento do número de países em desenvolvimento na AMS, o número de projetos extraorçamentários da OMS aumentou, e o Banco Mundial ganhou importância no tema saúde, até que Gro Harlem Brundtland enfatizou as responsabilidades compartilhadas que ambas as instituições tinham com saúde.

Na descrição sobre as ações de Organizações Internacionais e sua atuação em saúde, apresentou-se a relação do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde com os países e com o desenvolvimento do conceito saúde global. Uma maior ação do BM na área da saúde fez com que a OMS repensasse sua atuação, fazendo uso do conceito de saúde global para aumentar sua participação e influência entre os países. A ONU, seus órgãos e agências também trabalham com saúde, mas mais focados em suas próprias competências: a extinta Comissão de Direitos Humanos a discutiu em discriminação contra pessoas com HIV / AIDS; o PNUD a estuda dentro dos objetivos do milênio e o UNICEF a inclui como uma das formas de proteção infantil e de garantia de desenvolvimento das crianças.

No que concerne a governança e o papel das Parcerias Público Privadas, saúde global se aproximam no que ABBOTT *et al.* (2010, p. 316) chamam de Nova Governança Internacional, porque neste caso os Estados estão interagindo com atores privados e instituições, e há muitas partes interessadas envolvidas no tema demandando o fortalecimento da governança internacional em saúde. A própria OMS, na administração de Brundtland, criou PPPs para fortalecer o quesito financeiro da instituição. Em 2009, a Organização listou 100 PPPs ativas no mundo, que ela denomina como Iniciativas para a Saúde Global (OMS, 2009).

Ainda que BIRN (2009, p. 60) tenha criticado esta posição da OMS, ao afirmar que “a maioria das PPPs canalizam dinheiro público para o setor privado, e não o caminho contrário”, essa OI concorda que há casos nos quais os recursos internacionais foram encaminhados de tal forma que os governos retiraram seus próprios fundos das prioridades sanitárias, assim sendo, “mais pesquisas são necessárias para analisar a extensão nas quais as limitações potenciais no acréscimo de ajuda internacional ao financiamento da saúde global são resultados de comportamentos oportunistas de alguns doadores” (OMS, 2009, p. 2150).

No que tange as ações de cooperação em saúde por parte do Brasil, já nas conferências dos anos 90 o país debateu tópicos de saúde relacionados aos temas de cada uma das conferências internacionais. Nessa mesma década, o Brasil também realizou diversas cooperações bilaterais em saúde, relacionando-se com países da América Latina, da África e inclusive da Ásia. Durante a administração de Luís Inácio Lula da Silva (2003 – 2010) tentou-se ampliar as Coalizões Sul-Sul e trabalhar com uma variável moral, sendo que esta última característica foi explicitada na luta contra a fome e a pobreza (CERVO, 2010). A assinatura do Acordo Quadro para o Controle do Tabaco e a discussão de temas relacionados à saúde no MERCOSUL, UNASUL e IBAS também são marcos na cooperação em saúde global por parte do Brasil.

Na questão de governança, o Brasil, com a Declaração Ministerial de Oslo, reconheceu em conjunto com os outros países participantes “que o Secretariado da OMS e a AMS são as principais arenas para a governança global em saúde” (AMORIM *et al.*, 2007c, p. 6). No tema da ajuda internacional, o país escolheu aprofundar a cooperação Sul-Sul, com o objetivo de “fortalecer institucionalmente os sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com construção das capacidades locais e geração de conhecimento, e promovendo diálogo entre os atores (...)” (BUSS, 2011, p.1723).

O Brasil é ativo na articulação da integração regional e no estabelecimento da UNASUL. No âmbito da União das Nações Sul-Americanas, é responsável pelo grupo técnico de desenvolvimento e gestão de recursos humanos; e igualmente focou esforços para a criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, sugerindo sua instituição e oferecendo-se para sediá-lo.

Quanto a cooperação em saúde na UNASUL *per se*, há bastante vontade política, contudo poucos resultados concretos, devido ao fato das ações serem muito recentes. O próprio Plano Quinquenal ainda não divulgou resultados parciais das metas a serem alcançadas em 2015. Na V Reunião do Conselho de Saúde Sul-Americano em dezembro de 2011, que resultou na Resolução 09/2011 (2011a, p.2), os Ministros de Saúde presentes concordaram sobre a importância de reforçar políticas públicas de saúde para que os países tivessem acesso universal, com ênfase na atenção básica.

Mas merecem destaque as ações da UNASUL na Assembleia Mundial de Saúde, tanto na expedição da Posição ante a Assembleia Mundial de Saúde sobre Medicamentos e Propriedade Intelectual, quando se concordou em apresentar um projeto de resolução à 63ª reunião da AMS sobre a “criação e funcionamento de um grupo intergovernamental permanente como única instância no âmbito da OMS para a prevenção e combate a produtos médicos falsificados” (CONSELHO DE SAÚDE SUL-AMERICANO, 2010c, p. 3), quanto na proposição de um Documento de Trabalho na 65ª reunião da AMS para um acordo vinculante em pesquisa de doenças negligenciadas.

A importância dos países entrarem como bloco UNASUL nessas discussões é que esse fato demonstra concertação política intrabloco, ou seja, os países convergiram seus interesses para uma ação comum.

Segundo BAVA (2012, p.3), o UNASUL – SAÚDE também se articulou politicamente para encaminhar um conjunto de propostas na área da saúde à Rio + 20. Com respaldo dos doze países, o documento Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável “(...) propõe que as nações orientem seus sistemas de saúde para a universalidade e integralidade, e a intensificação da cooperação no âmbito internacional, para a erradicação de endemias, assegurando territórios livres de patologias”. O autor ainda exemplifica, em outro parágrafo, que a cooperação pode se dar, por exemplo, na criação de laboratórios regionais para pesquisa em saúde.

Esta dissertação também se propôs a descrever os contextos dos sistemas de saúde e a cooperação internacional em saúde da Bolívia e da Venezuela. Seus respectivos sistemas de saúde passam por processos de adaptação, após as reformas a que foram submetidos nos anos 80 e 90. Há críticas a essas reformas, como a de ROVERE (1992), que evidencia o impacto dos ajustes estruturais da década de 90 e da

orientação neoliberal dos governos na saúde das populações latino-americanas, e elucida que a transnacionalização dos modelos de atenção à saúde e de gestão deixou pouco espaço para o desenvolvimento de um pensamento próprio na região. Os dois Estados descentralizaram seus sistemas e tentaram modificar a gestão ao reestruturar seus Ministérios da Saúde.

Outro paralelo pode ser traçado entre os sistemas de saúde da Bolívia e da Venezuela: ambos são mistos (público e privado), com um sistema previdenciário forte (no caso da Bolívia, representado pelas Caixas de Saúde; e da Venezuela, pelo IVSS, IPASME e IPSFA). Ambos também buscam ampliar o acesso com programas de saúde comunitária (Rede SAFCI na Bolívia, e Missão Bairro Adentro na Venezuela).

As articulações políticas que vêm ocorrendo nesses Estados vão de encontro a alguns preceitos do Plano Quinquenal 2010 – 2015 da UNASUL, como o objetivo de sistemas universais com participação cidadã. Ambos os países aprovaram novas constituições com artigos colocando saúde como um direito (a Bolívia, artigo 18; e a Venezuela, artigo 83) e também enfatizando a criação de sistemas universais de saúde (a Bolívia, no artigo 18, inciso III; e a Venezuela, artigo 84). Eles, igualmente, preocupam-se com a participação da população na gestão dos sistemas (artigos 40 e 84 das Constituições boliviana e Venezuelana, respectivamente).

Uma crítica que pode ser feita com base na descrição dos sistemas de saúde realizada aqui nesta dissertação é que as Constituições dos países, no que concerne a saúde, tornaram-se normas programáticas; comandos a serem seguidos pelo próprio legislador em busca de um objetivo, tendo assim “mais natureza de expectativas que de verdadeiros direitos subjetivos” (MIRANDA *apud* MORAES, 2008, p. 14), posto que ambos os países ainda não estabeleceram sistemas universais de saúde.

A UNASUL considera saúde um tema que auxilia a integração (ISAGS, 2011b), e tanto Bolívia quanto a Venezuela trabalham com cooperação no tema, inclusive na Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América (ALBA – TCP), no qual os países também concordaram, em conjunto com os outros Estados que conformam o bloco, que um dos objetivos dos Planos Supranacionais deveria ser a implantação de um sistema público de saúde com acesso universal.

Na Bolívia, a cooperação em saúde com países desenvolvidos, instituições e OIs se concentra principalmente em saúde materno-infantil e cooperação técnica para

doenças infectocontagiosas. Há bastantes programas verticais com foco definido, o que leva a uma cooperação que não visa fortalecer o sistema de saúde.

A Venezuela, por sua vez, apresenta em sua cooperação internacional preocupação com a questão de medicamentos. Com Colômbia, Portugal e ALBA, há intenção de produzir antibióticos ou medicamentos genéricos em geral.

Há um esforço conjunto da UNASUL, do Brasil, da Bolívia e da Venezuela para que a saúde de suas populações melhore em qualidade. Estes quatro atores, igualmente, utilizam o tema saúde como uma questão para cooperação e um propósito para integração. Os resultados são poucos, dada a novidade deste tópico, contudo os próximos anos demonstrarão os resultados dos projetos e se a cooperação em saúde resultou em real melhoria na saúde dos povos sul-americanos.

7.REFERÊNCIAS

Abbasi K. The World Bank and World Health: changing sides. *British Medical Journal*. 1999; 318: 865 -869.

Abbott KW, Snidal D. International Regulation without International Government: Improving IO performance through orchestration. *Rev Int Organ*. 2010; 5: 315 – 344.

Aliança Bolivariana para os Povos de Nossa América – Tratado de Comércio dos Povos – ALBA – TCP [homepage na internet]. Caracas: c. 2003 [atualizado em 03 dez 2009, acesso em 12 dez 2011]. Disponível em: <http://www.alianzabolivariana.org/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=2080>

Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 e 90. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18 (4): 905 – 925.

Alves JAL. Relações internacionais e temas sociais: a década das conferências. Brasília: Funag/IBRI; 2001.

Amaral S. As sinalizações do novo século. *Política Externa*. 2004; 13(2): 87 – 102.

Amorim C. Política Externa Independente de San Tiago Dantas. In: Moreira MM, Niskier A, Reis A. Atualidade de San Tiago Dantas. São Paulo: Lettera.doc; 2007a. p. 47 – 55.

Amorim C. Discurso do Ministro das Relações Exteriores no Conselho Mexicano de Assuntos Internacionais (COMEXI) [discurso na internet]. 28 nov 2007b [acesso em 12 dez 2011]. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/discursos-artigos-entrevistas-e-outras-comunicacoes/ministro-estado-relacoes-exterores/943269273701-discurso-do-ministro-das-relacoes-exterores/print-nota>

Amorim C, Douste-Blazy P, Wirayuda H, Store JG, Gadio CT, Dlamini-Zuma N, Pibulsonggram N. Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet* [periódico na internet]. 2007c [acesso em 24 jun

2011]. Disponível em:

http://www.who.int/trade/events/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf

Antunes, C. Brasil não será potência forte sozinho, diz secretária da UNASUL. Folha de São Paulo. 26 jul 2011; Caderno Mundo: 16.

Arquivos da OMS [homepage na internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde [acesso em 05 nov 2011]. Disponível em:

http://www.who.int/archives/fonds_collections/bytitle/fonds_3/en/index.html

Assembleia Mundial de Saúde – OMS. Documento de Rascunho A/65/AConf.Paper (2012) [documentos na internet]. 2012a [acesso em 01 jul 2012]. Disponível em:

Cláusulas Preambulares propostas: <http://www.ip-watch.org/weblog/wp-content/uploads/2012/05/WHA-RD-Group-Preambulars-24-May.pdf>

Cláusulas Operativas propostas: http://www.ip-watch.org/weblog/wp-content/uploads/2012/05/WHA-RD-Group-Proposal-side-by-side-24-May_-2012.pdf

Assembleia Mundial de Saúde – OMS. Resolução WHA65.22 (2012b). Follow-up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and coordination. (WHA65/VR/10). 26 maio 2012.

Banco Mundial. Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform. Washington (DC); 1987.

Banco Mundial. Managing Development: The Governance Dimension. Discussion Paper. Washington (DC); 1991.

Banco Mundial. World Development Report: Investing in Health. Washington (DC); 1993.

Banco Mundial [homepage na internet]. Washington, DC [acesso em 22 jul 2011]. Disponível em: <http://www.worldbank.org/>

Barbé E. Relaciones Internacionales. Madri: Tecnos; 1995.

Barbosa Filho A. A Bolívia de Evo Morales. São Paulo: Editora Livro Pronto; 2008.

Barros-Platiau AN, Varella MD, Schleicher RT. Meio ambiente e relações internacionais: perspectivas teóricas, respostas institucionais e novas dimensões de debate. *Rev. Bras. Polít. Int.* 2004; 47 (2): 100-130.

Bava SC. O novo papel da integração regional. *Le Monde Diplomatique Brasil.* 2012; 5 (54): 3.

Beigbeder Y. Le partenariats de l'Organisation mondiale de la santé. *Revue Études Internacionales.* 2010; XLI (2): 233 – 251.

Berlinguer G. Globalização e Saúde Global. *Estudos Avançados.* 1999; 13 (35): 21 – 38.

Bertolozzi MR, Bógus CM, Sacardo DP. Saúde Internacional e Sistemas Comparados de Saúde Pública. In: Rocha AA, César CLG. *Saúde Pública: bases conceituais.* São Paulo: Atheneu; 2008. P. 253-268.

Birn A. The Stages of International (Global) Health: Histories of Success or Successes of History? *Global Public Health.* 2009; 4 (1): 50 – 68.

Birn A. Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2011 ; 30 (2) : 101 – 104.

Boidin B. La Santé: approche par les bien publics mondiaux ou par les droits humains? *Mondes en Développement.* 2005 ; 131 (3) : 29 – 44.

Bolívia. Constituição (2008). *Constituição Política do Estado.* Sucre: Honorable Congreso Nacional; 2008.

Bolívia. Lei nº 2028, de 28 de outubro de 1999. Dispõe sobre o regime e disposições gerais do governo municipal [lei na internet]. [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.legislacionmunicipal.fam.bo/Archivo/Docs/Leyes/Ley_2028.pdf

Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de Salud de Venezuela. *Salud Pública de México.* 2011 Supl 2; 53: S275 – S286.

Botelho JCA. La creación y la evolución de UNASUR. *Revista Debates*. 2008; 2 (2): 299 – 324.

Bozorgmehr K. Rethinking the “global” in Global Health: a dialectic approach. *Globalization and Health* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 04 julho 2011]. 6:19. Disponível em: <http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/19>

Brown T, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the Transition from International to Global Public Health. *American Journal of Public Health*. 2006; 96 (1): 62-72.

Buss PM. Brazil: structuring cooperation for health. *The Lancet*. 2011; 377: 1722 – 1723.

Buss PM, Ferreira JR. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): 2699-2711.

Cáceres TG. La salud pública venezolana: entre el compromiso social y la economía de mercado. In: *Anais do V Congresso internacional do CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública* [evento na internet]; 24 – 27 out 2000; Santo Domingo, República Dominicana. Santo Domingo: CLAD; 2000 [acesso em 10 out 2011]. Disponível em:

<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0038527.pdf>

Cancel D. In Venezuela, two public-health systems grow apart. *The Lancet*. 2007; 370: 473 – 474.

Carvalho AS. A Evolução da Política Brasileira de Integração Regional: do MERCOSUL à UNASUL [monografia]. Brasília: Instituto de Relações Internacionais da Universidade de Brasília; 2009.

Cervo AL, Bueno C. História da Política Exterior do Brasil. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2002.

Cervo AL. Brazil’s rise on the international scene: Brazil and the World. *Rev Bras Poli Int*. 2010; 53 (special edition): 07 – 32.

Chen L, Narasimhan V. Human Security and Global Health. *Journal of Human Development*. 2003; 4 (2): 181 – 190.

CIA World Factbook [homepage na internet]. Washington DC: Central Intelligence Agency. [atualizado em 8 dez 2011; acesso em 19 dez 2011]. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>

Collor F. MERCOSUL: da concepção à consolidação institucional. *Política Externa*. 2011; 20 (1): 91 – 97.

Comissão de Direitos Humanos – ONU. Resolução 65 (1990). Discrimination against people infected with HIV or people with AIDS. (E/CN.4/RES/1990/65). 7 mar 1990.

Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL. Reformas del sistema de salud en Venezuela (1987 – 1999): balance y perspectivas [documento na internet]. Santiago do Chile, 2001 [acesso em 10 out 2011]. Disponível em: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/7110/lcl1553e.pdf>

Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL. Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento de Países de América del Sur [documento na internet]. Buenos Aires, 2005 [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/MFernandez_d.pdf

Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL. Cuestionario Resuelto por el Gobierno Del Estado Plurinacional de Bolivia sobre la Aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing [documento na internet]. Santiago de Chile: División de Asuntos de Género – CEPAL; 2009 [acesso em 28 jan 2012]. Disponível em: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getprod.asp?xml=/mujer/noticias/paginas/8/36338/P36338.xml&xsl=/mujer/tpl/p18f.xsl&base=/mujer/tpl/top-bottom.xsl>

Collier R. World Health Organization reform languishes. *Canadian Medical Association Journal*. 2012; 184 (3): E173 – E174.

Comissão de Macroeconomia e Saúde – OMS. Macroeconomia e Saúde: Investindo em Saúde para o Desenvolvimento Econômico. Genebra; 2001.

Conselho de Saúde Sul-Americano – UNASUL – SAÚDE. Resolução 05/2009. Promueve la creación del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 2009.

Conselho de Saúde Sul-Americano – UNASUL – SAÚDE. Resolução 06/2009. Se compromete a implementar el Programa de Becas de UNASUR SALUD. 24 nov 2009.

Conselho de Saúde Sul-Americano – UNASUL – SAÚDE. Resolução 02/2010. Aprobación del Plan Quinquenal de UNASUR SALUD. 30 abril 2010a.

Conselho de Saúde Sul-Americano – UNASUL – SAÚDE. Resolução 03/2010. Autoriza la implementación progresiva del Anteproyecto del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - ISAGS. 30 abril 2010b.

Conselho de Saúde Sul-Americano – UNASUL – SAÚDE. Resolução 10/2010. Posición ante Asamblea Mundial de la Salud sobre Medicamentos y Propiedad Intelectual. 30 abril 2010c.

Conselho de Saúde Sul-Americano – UNASUL – SAÚDE. Resolução XX/2011. Cria uma Comissão ad-hoc de “Cooperação Unasul/União Europeia na área da Saúde. 8 dez 2011a.

Conselho de Saúde Sul-Americano – UNASUL – SAÚDE. Resolução XX/2011. Sobre o Fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde. 7 dez 2011b.
http://unasur.org/index.php?option=com_content&view=article&id=410:v-reunion-consejo-de-salud-suramericano-montevideo-diciembre-de-2011&catid=96:declaraciones

Conselho de Segurança – ONU. Resolução 1308 (2000). On the responsibility of the Security Council in the maintenance of international peace and security: HIV/AIDS and international peacekeeping operations. (S/RES/1308). 17 jul 2000.

Cortell AP, Peterson S. Dutiful agents, rogue actors, or both? Staffing, voting rules and slack in the WHO and WTO. In: Hawkins DG, Lake DA, Nielson DL, Tierney MJ. Delegation and Agency in International Organizations. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 255 – 280.

Cox RW, Sinclair TJ. Approaches to world order. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

Cueto M. The value of health: a history of the Pan-American Health Organization. Washington DC: PAHO; 2006.

Dahl RA. Poliarquia: participação e oposição. São Paulo: EDUSP; 1997.

Data Banco Mundial. [homepage na internet]. Washington DC. [acesso em 19 dez 2011]. Disponível em: <http://data.worldbank.org/>

Devine F. “Qualitative Methods”. In: Marsh D, Stroker G, editores. Theory and Methods in Political Science. London: Palgrave Macmillan; 2002. p. 197-215.

Draibe SM. Neoliberalismo y políticas sociales: reflexiones a partir de las experiencias latinoamericanas. Desarrollo económico. 1994; 34 (134): 181 – 196.

Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2007; 21 (2): 164 – 176.

Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos – OHCHR. Good Governance Practices for the Protection of Human Rights. (HR/PUB/07/4). New York and Geneva; 2007.

Estatísticas da OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico [homepage na internet]. Paris, França; 2011 [acesso em 19 dez 2011]. Disponível em: http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html

Feldbaum H, Lee K, Michaud J. Global Health and Foreign Policy. Epidemiol Rev. 2010; 32: 82 – 92.

Fidler DP. After the revolution: global health politics in a time of economic crisis and threatening future trends. Global Health Governance [periodic na internet]. 2009 [acesso em 30 jun 2012]; 2 (2). Disponível em: http://ghgj.org/Fidler_After%20the%20Revolution.pdf

Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Salud Pública Global: un desafío a los límites de

la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 25 (6): 540 – 547.

Frenk J, Gómez-Dantés O. Salud sin Fronteras. *Foreign Affairs en Español*. 2006; 6 (4): 72 – 80.

Frenk J, Gómez-Dantés O. La globalización y la nueva salud pública. *Salud Pública de México*. 2007; 49 (2): 156 – 164.

FUNAG – Fundação Alexandre de Gusmão. O MERCOSUL e a Integração Sul-Americana: mais do que a Economia. Brasília: FUNAG; 1997.

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. 1946 - 2006: Sixty Years for Children [relatório na internet]. Nova York: 2006 [acesso em 16 jan 2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/publications/files/1946-2006_Sixty_Years_for_Children.pdf

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF Venezuela - Saúde [homepage na internet]. Caracas, 2012 [acesso em 16 jan 2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/venezuela/spanish/health_11974.htm

Gardini GL. Who invented MERCOSUR? *Diplomacy and Statecraft*. 2007; 18: 805 – 830.

Garrett L. The challenge of Global Health. *Foreign Affairs*. 2007; 86 (1): 14-38.

Gilpin R. *Global Political Economy: Understanding the International Economic Order*. Princeton: Princeton University Press; 2001.

Gisbert CDM. Bolívia e o Brasil: os meandros do caminho. *Política Externa*. 2011; 20 (2): 23 – 41.

Global Health Observatory – OMS [base de dados na internet] Genebra: OMS. [acesso em 19 dez 2011]. Disponível em: <http://apps.who.int/ghodata/#>

Godue C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. In: Ahumada C, Hernández A, Velasco M, compiladores. *Relaciones Internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización*. Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana: Grupo de Salud Internacional; 1998. p. 25 – 45.

Gómez-Camelo D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la región andina y Caribe. *Rev Salud Pública*. 2005; 7 (3): 305 – 316.

Griffiths M. 50 Grandes Estrategistas das Relações Internacionais. São Paulo: Editora Contexto; 2004.

Guédez Y. Misión Barrio Adentro I: Cinco años del modelo de atención primaria en salud de la república bolivariana de Venezuela. *Revista de Salud Pública*. 2009, XIII (1): 49 – 59.

Haas EB. International Integration: the European and the Universal Process. *International Organization*. 1961; 15 (3): 366 – 392.

Haas PM. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*. 1992; 46 (1): 01-35.

Haggard S, Simmons BA. Theories of international regimes. *International Organization*. 1987; 41 (3): 491 – 517.

Hakim P. O Brasil em ascensão: os desafios e as escolhas de uma potência global emergente. *Política Externa*. 2010; 19 (1): 43 – 53.

Hawkins DG, Lake DA, Nielson DL, Tierney MJ. Delegation and Agency in International Organizations. New York: Cambridge University Press; 2008a. Delegation under anarchy: states, international organizations, and principal-agent theory. p. 03 – 38.

Hawkins DG, Jacoby W. How agents matter. In: Hawkins DG, Lake DA, Nielson DL, Tierney MJ. Delegation and Agency in International Organizations. New York: Cambridge University Press; 2008b. p. 199 – 228.

Heredia N. Para la ministra de la Salud de Bolivia, “La atención primaria en salud tiene como una base sustancial la promoción y la prevención, con participación social” [entrevista a ISAGS]. ISAGS 16 nov 2011 [entrevista na internet] [acesso em 20 dez 2011]. Disponível em: <http://isags-unasul.org/site/entrevistas/espanol-para-la-ministra-de-la-salud-de-bolivia-la-atencion-primaria-en-salud-tiene-como-una-base-sustancial-la-promocion-y-la-prevencion-con-participacion-social/?lang=es>

Herz M. Teoria das Relações Internacionais no Pós-Guerra Fria. Dados [periódico na internet]. 1997; 40 (2). [acesso em 15 dezembro 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52581997000200006&script=sci_arttext

Honorable Cámara de Diputados de Bolivia [homepage na internet]. La Paz; 2012 [acesso em 29 jan 2012]. Disponível em: <http://www.diputados.bo/>

Idoeta PA. Crise de financiamento ameaça avanços no combate à AIDS, diz ONG. BBC Brasil [reportagem na internet]. 29 nov 2011 [acesso em 12 dez 2011]. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2011/11/111129_msf_aids_pai.shtml

Ijsselmuiden CB, Kass NE, Sewankambo KN, *et al.* Evolving values in ethics and global health research. Global Public Health. 2010; 5 (2): 154 – 163.

Índia, Brasil e África do Sul - IBAS [homepage da internet]. Brasília, c2003 [acesso em 30 maio 2010]. Disponível em: http://www2.enap.gov.br/ibas/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Comunicados do IPEA nº75: Gastos com a Política Social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. Brasília (DF): IPEA; 2011.

Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde – ISAGS [homepage na internet]. Rio de Janeiro, 2011a [acesso em 18 dez 2011]. Disponível em: <http://isags-unasul.org/site/>

Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde – ISAGS. V Reunión Del Consejo de Salud Suramericano [noticia na internet]. Rio de Janeiro, 2011b [acesso em 18 dez 2011]. Disponível em: <http://isags-unasul.org/site/2011/12/espanol-v-reunion-del-consejo-de-salud-suramericano/?lang=es>

Instituto Venezuelano de Seguros Sociales – IVSS. Convenios Internacionales [homepage na internet]. Caracas, 2010 [acesso em 10 out 2011]. Disponível em: <http://www.ivss.gov.ve/Convenios-Internacionales>

Jackson R, Sorensen G. Introdução às Relações Internacionais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2007.

Johnson BB. Decolonization and its Paradoxes: The (re)envisioning of Health Policy in Bolivia. *Latin American Perspectives*. 2010; 37 (3): 139 – 159.

Jones SG, Hilborn LH, Anthony CR, *et al.* *Securing Health: Lessons from Nation-Building Missions*. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2006.

Kaul I, Faust M. Global public goods and health: taking the agenda forward. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001; 79 (9): 869 – 874.

Kickbusch I, Leeuw E. Global Public Health: revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*. 1999; 14 (4): 285 – 288.

Kickbusch I. The development of International Health Policies – accountability intact? *Social Science and Medicine*. 2000; 51 (6): 979 – 989.

Kickbusch I. Action on Global Health: Addressing global health governance challenges. *Public Health*. 2005; 119 (11): 969 – 973.

Kickbusch I, Novotny TE, Drager N, Silberschmidt G, Alcazar S. Global health diplomacy: training across disciplines. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007a; 85 (12): 971-973.

Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007b; 85 (3): 230-232.

Kickbusch I. Global Health Diplomacy: how foreign policy can influence health. *BMJ* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 04 julho 2011]. 342:d3154. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154.full>

Kindleberger CP. International Public Goods without International Government. *The American Economic Review*. 1986; 76 (1): 1-13.

King G, Keohane RO, Verba S. *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton: Princeton University Press; 1994.

Koplan JP, Bond TC, Merson MH, *et al.* Towards a common definition of global health. *The Lancet*. 2009; 373: 1993 – 1995.

Krugman PR, Obstfeld M. *Economia Internacional: Teoria e Política*. São Paulo: Pearson Addison Wesley; 2005.

Lakatos EM, Marconi MA. *Metodologia Científica*. 2ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1992.

Lake DA, McCubbins MD. The logic of delegation to international organizations. In: Hawkins DG, Lake DA, Nielson DL, Tierney MJ. *Delegation and Agency in International Organizations*. New York: Cambridge University Press; 2008b. p. 341 – 368.

Ledo C, Soria R. Sistema de Salud de Bolivia. *Salud Pública de México*. 2011 Supl 2; 53: 109 – 119.

Liamputtong P, Ezzy D. *Qualitative Research Methods*. Melbourne: Oxford University Press; 2005.

Lima MRS. A Política Externa Brasileira e os desafios da Cooperação Sul-Sul. *Rev Bras Pol Int*. 2005; 48 (1): 24-59.

Lins HN. Estados e embates socioterritoriais na Bolívia do século XXI. *Revista de Economia Política*. 2009; 29 (2): 228 – 244.

Lopes RH, Hitner V. Venezuela: o papel dos processos de integração para a manutenção do governo Chávez. *Cadernos PROLAM/USP*. 2009; 8 (2): 163 – 181.

Mangham LJ, Hanson K. Scaling up in international health: what are the key issues? *Health Policy and Planning*. 2010; 25: 85-96.

Manríquez JLL. Globalización, salud y seguridad: Coordenadas de un nuevo tema de la agenda internacional. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*. 2006; 72: 143-159.

Martin LL. Distribution, information, and delegation to international organizations: the case of IMF conditionality. In: Hawkins DG, Lake DA, Nielson DL, Tierney MJ. *Delegation and Agency in International Organizations*. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 140 – 164.

Mercado Comum do Sul - MERCOSUL [homepage na internet]. [acesso em 29 out 2010]. Disponível em: <http://www.mercosur.int/index.jsp>

Merson MH, Black RE, Mills AJ. International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2005.

Mills AJ, Ranson MK. The design of Health Systems. In: Merson MH, Black RE, Mills AJ, editores. International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 515-557.

Milner H. International Theories of Cooperation Among Nations: Strengths and Weaknesses. World Politics. 1992; 44 (3): 466-496.

Milner H. Why multilateralism? Foreign aid and domestic principal-agent problems. In: Hawkins DG, Lake DA, Nielson DL, Tierney MJ. Delegation and Agency in International Organizations. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 107 – 139.

Mingst K. Essentials of International Relations. Nova York: W. W. Norton and Company; 1999.

Ministério do Poder Popular para Relações Exteriores – MPPRE. Encuentro entre el comandante Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Hugo Chávez, y el Presidente de la República de Colombia, Juan Manuel Santos [documento na internet]. Caracas, 2011a. [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.mre.gov.ve/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1350&Itemid=131

Ministério do Poder Popular para Relações Exteriores – MPPRE. Complementariedad Venezuela-Portugal se desarrolla en ocho áreas estratégicas [homepage na internet]. Caracas, 2011b. [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.mre.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=17390:complementariedad-venezuela-portugal-se-desarrolla-en-ocho-areas-estrategicas-&catid=309:1031-visita-del-ministro-de-comercio-exterior-&Itemid=470

Ministério do Poder Popular para Relações Exteriores – MPPRE. Caracas y Lisboa fortalecen lazos de cooperación socio productivo [homepage na internet]. Caracas,

2011c. [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.mre.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=17388:caracas-y-lisboa-fortalecen-lazos-de-cooperacion-socio-productivo-&catid=309:1031-visita-del-ministro-de-comercio-exterior-&Itemid=470

Ministério do Poder Popular para Relações Exteriores – MPPRE. Vicepresidente Elías Jaua y Primer Ministro Ruso firman nuevos acuerdos de cooperación (Atualizada) [homepage na internet]. Caracas, 2011d. [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.mre.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=18285:mppre&catid=321:1211-viii-comision-mixta-venezuela-rusia-&Itemid=480

Ministério do Poder Popular para a Saúde – MPPS. Ministerio de Salud recibirá apoyo de Mercosur y UNASUR para desarrollar registro de donantes [homepage na internet]. Caracas, 2011. [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=845:ministerio-de-salud-recibira-apoyo-de-mercosur-y-unasur-para-desarrollar-registro-de-donantes&catid=1:ultimas-noticias&Itemid=18

Ministério das Relações Exteriores - MRE. Balanço de Política Externa 2003 – 2010. América do Sul: Unasul. [homepage na internet]. Brasília, 2011a. [acesso em 10 jun 2011]. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/temas/balanco-de-politica-externa-2003-2010/1_1_1-america-do-sul_unasul/view

Ministério das Relações Exteriores - MRE. Balanço de Política Externa 2003 – 2010. Relações com os países sul-americanos: Saúde. [homepage na internet]. Brasília, 2011b. [acesso em 10 jun 2011]. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/temas/balanco-de-politica-externa-2003-2010/1.1.6-america-do-sul-saude/view>

Ministério das Relações Exteriores – MRE. Brazilian Foreign Policy under Lula: a chronology (2003 – 2006). Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão; 2008.

Ministério das Relações Exteriores do Brasil e Ministério das Relações Exteriores e Culto da Bolívia. Acta de la Reunión Bolivia-Brasil en ocasión de la visita de la Misión Especial de Cooperación del Gobierno Brasileño [documento na internet]. La Paz; abril de 2006 [acesso em 28 jan 2012]. Disponível em:

http://www.sns.gob.bo/institucional/pag-doc/para%20la%20pagina%20WEB%20Antitransparencia/Salud/Bilaterales/Brasil/Brasil_388/Brasil_388.pdf

Ministério da Saúde e Esportes de Bolívia – Centro de Documentação [homepage na internet]. La Paz: Estado Plurinacional da Bolívia; 2012 [acesso em 28 jan 2012]. Disponível em: <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=CentroDocumentacion>

Ministério da Saúde e Esportes de Bolívia. Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020 [documento na internet]. La Paz; 2010 [acesso em 28 jan 2012]. Disponível em: <http://www.sns.gob.bo/institucional/INF.PRIMER%20TRIMESTRE/PSD-PEI/Plan%20Sectorial%20de%20Desarrollo%202010-2020%20final%20con%20RM.pdf>

Mitrany D. The Functional Approach to World Organization. *International Affairs*. 1948; 24 (3): 350 – 363.

Mitrany D. The Functional Approach in Historical Perspective. *International Affairs*. 1971; 47 (3): 532 – 543.

Moraes A. *Direito Constitucional*. 23ª edição. São Paulo: Editora Atlas; 2008.

Morse JM, Field PA. *Qualitative Research Methods Health Professionals*. 2ª edição. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 1995.

Muntaner C, Salazar RMG, Benach J, Armada F. Venezuela's Bairro Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. *International Journal of Health Services*. 2006; 36 (4): 803 – 811.

New W. World Health Assembly: R&D Drafting Group Documents Show Country Differences. *Intellectual Property Watch* [artigo na internet]. 2012 [acesso em 01 jul 2012]. Disponível em: <http://www.ip-watch.org/2012/05/24/world-health-assembly-rd-drafting-group-documents-show-country-differences/>

Nuruzzaman M. The World Bank, health policy reforms and the poor. *Journal of Contemporary Asia*. 2007; 37 (1): 57-72.

Nye J, Keohane R. Power and Interdependence: World Politics in Transition. Boston: Little, Brown and Company; 1977.

Nye J. Nuclear Learning and US – Soviet Security Regimes. International Organization. 1987; 42: 371 – 402.

Nye J. O Paradoxo do poder Americano. São Paulo: Editora Unesp; 2002.

Nye J. The Future of Power. New York: Public Affairs; 2011.

Oliveira HA. Política Externa Brasileira. São Paulo: Saraiva, 2008.

Organização Mundial da Saúde – OMS. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. The Lancet. 2009; 373: 2137 – 2169.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Global Tuberculosis Control 2011 [relatório na Internet]. Genebra; 2011 [acesso em 5 jan 2012]. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de La República Bolivariana de Venezuela [artigo na Internet]. Washington; 2001 [acesso em 16 novembro 2010]. Disponível em: <http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddevenezuela-ES.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Salud en las Américas – Bolivia [artigo na Internet]. Washington; 2007 a [acesso em 16 março 2010]. Disponível em: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Bolivia%20Spanish.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Salud en las Américas – Venezuela [artigo na Internet]. Washington; 2007 b [acesso em 16 março 2010]. Disponível em: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Venezuela%20Spanish.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Perfil dos Sistemas de Saúde da Bolívia. Washington (DC): OPS; 2008.

Panisset UB. Reflexiones Acerca de la Salud como Asunto Internacional. In: Organización Panamericana de la Salud, organizador. Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur. Washington (DC): OPS; 1992. p. 169-195.

Paris R. Human Security: Paradigm Shift or Hot Air? *International Security*. 2001; 26 (2): 87 – 102.

Peña F. Uma perspectiva sobre o futuro do MERCOSUL. *Política Externa*. 2011; 20 (1): 99 – 106.

Perry B, Gesler W. Physical access to primary health care in Andean Bolivia. *Social Science and Medicine*. 2000; 50: 1177 – 1188.

Polanco JD. Reforma y descentralización de la salud en Venezuela: Alcances, limitaciones y perspectivas. *Política y Gestión*. 2004; 7: 147 – 169.

Presidência da República - Brasil. [homepage na internet] Brasília: Balanço de Governo 2003 – 2010. [acesso em 25 jan 2011] Disponível em: <http://www.balancodegoverno.presidencia.gov.br/insercao-no-cenario-mundial-e-soberania/pdf-deste-eixo/baixe-o-conteudo-deste-eixo-em-pdf>

Price P. Maternal and Child health care strategies. In: Phillips DR, Verhasselt Y. *Health and Development*. Londres: Routledge; 1994. p. 138 – 155.

Primeira Reunião das Comissões Técnicas da ALBA: Ata Final [evento na Internet]; 2007; Caracas, Venezuela. Caracas; 2007 [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.sns.gob.bo/institucional/pag-doc/para%20la%20pagina%20WEB%20Antitransparencia/ALBA/ALBA-TCP/ALBA_TCP_007/ALBA_TCP_007.pdf

Primeira Reunião de Ministros da Área Social da ALBA: Ata de Instalação do Conselho Social da ALBA – TCP [evento na Internet]; 2009; La Paz, Bolívia. La Paz; 2009 [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.sns.gob.bo/institucional/pag-doc/para%20la%20pagina%20WEB%20Antitransparencia/ALBA/ALBA-TCP/ALBA_TCP_015/ALBA_TCP_015.pdf

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. *Human Development Report: New Dimensions on Human Security*. New York: Oxford University Press; 1994.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Good Governance and Sustainable Human Development – policy document [artigo na Internet]. New York; 1997 [acesso em 29 outubro 2011]. Disponível em:
<http://mirror.undp.org/magnet/Docs/!UN98-21.PDF/!GOVERNA.NCE/!GSHDENG.LIS/!sec1.pdf>

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Promoción y fortalecimiento del Desarrollo Local con enfoque de derechos humanos y género para la consecución de los ODM [documento na internet]. Municipio de Caroní, Estado de Bolívar, Venezuela; 2009 [acesso em 19 dez 2011]. Disponível em:
http://www.pnud.org.ve/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,187/Itemid,81/

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD: Estatísticas do PNUD [homepage na internet]. Nova York [acesso em 19 dez 2011]. Disponível em
<http://hdr.undp.org/en/statistics/data/>

Programa Venezuelano de Educação – Ação em Direitos Humanos - PROVEA. Informe Especial: El Derecho a la Salud en el Proyecto Bolivariano [artigo na Internet]. Caracas; 2006. [acesso em 20 julho 2011]. Disponível em: http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/04_derechosaludproyectobolivariano.pdf.

Quinta Cúpula da ALBA. Proyecto Grannacional [evento na internet]; 2007; Tintorero – Estado de Lara, Venezuela. Tintorero: ALBA; 2007 [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em:
<http://www.alianzabolivariana.org/modules.php?name=News&file=article&sid=1802>

Ricupero R. Carisma e prestígio: a diplomacia do período Lula de 2003 a 2010. Política Externa. 2010; 19 (1): 27 – 42.

Rovere M. Dimensiones Internacionales de la Salud. In: Organización Panamericana de la Salud, organizador. Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur. Washington: OPS; 1992. p. 153-167.

Rubarth EO. A Diplomacia Brasileira e os Temas Sociais: O caso da Saúde. Brasília: FUNAG; 1999.

Ruger JP. Ethics and governance of global health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60: 998 – 1003.

Sacardo DP. As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do MERCOSUL: perspectivas para a integração regional [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública; 2009.

Sánchez DM. Procesos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en Salud. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Supl 2; 23: S155 – S163.

Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*. 2001; 10 (1): 33 – 53.

Saraiva MG. Brazilian foreign policy towards South America during the Lula administration: caught between South America and Mercosur. *Rev Bras Polít Int*. 2010; 53: 151-168.

Seitenfus R. Manual das organizações internacionais. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 1997.

SELA – Sistema Econômico Latino-Americano e do Caribe. UNASUR SALUD: Plan Quinquenal 2010 – 2015 [documento na internet]. Caracas, Venezuela; 2010 [acesso em 30 nov 2011]. Disponível em:

http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/rins_documentosunasur/PQ%20UNASUR%20Salud.pdf

Silva HT, De Paepe P, Soors W, Lanza OV, Clososon MC, Van Dessel P, Unger JP. Revisiting health policy and the World Bank in Bolivia. *Global Social Policy*. 2011; 11 (1): 22 – 44.

Sistema Nacional de Informação em Saúde e Vigilância Epidemiológica – SNIS – Bolívia [Homepage na internet]. La Paz; 2011 [acesso em 7 jan 2012]. Disponível em: <http://www.sns.gob.bo/snis/default.aspx>

Sorj B, Fausto S. O papel do Brasil na América do Sul: estratégias e percepções mútuas. *Política Externa*. 2010; 20 (2): 11 – 22.

Stephen C, Daibes I. Defining features of the practice of global health research. *Global Health Action* [periódico na internet]. 2010; 3. [acesso em 15 out 2010]. Disponível em: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/5188/5770>

União das Nações Sul-Americanas - UNASUL. Acta de La I Reunión del Comité Coordinador del Consejo de Salud Suramericano [documento na internet]. Santiago do Chile; 2009 [acesso em 30 maio 2010]. Disponível em: <http://www.ocai.cl/actacc.pdf>.

União das Nações Sul-Americanas - UNASUL – SAÚDE [homepage na internet]. [acesso em 28 maio 2010]. Disponível em: <http://www.unasur-salud.org/>

United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS. Country Profile: Venezuela [relatório na internet]. Genebra: 2010 [acesso em 19 dez 2011]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportssubmittedbycountries/venezuela_2010_country_progress_report_es.pdf

Veiga PM, Rios SP. O Brasil como vetor de integração sul-americana: possibilidades de limites. *Política Externa*. 2001; 20 (2): 73 – 94.

Velasco Jr PA. A evolução dos mecanismos extraconvencionais de controle na Comissão de Direitos Humanos: o caso do grupo de trabalho sobre detenções arbitrárias [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Relações Internacionais da PUC-RJ; 2004.

Venezuela. Constituição (1999). Constituição da República Bolivariana da Venezuela. Caracas: Assembleia Nacional Constituinte; 1999.

Vigevani T, Cepaluni G. A Política Externa de Lula da Silva : A estratégia da autonomia pela diversificação. *Contexto Internacional*. 2007; 29 (2): 273-335.

Vizentini PF. Relações Internacionais do Brasil: de Vargas a Lula. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2008.

Wendt A. Anarchy is what States make of it: the social construction of power politics. *International Organization*. 1992; 46 (2): 391 – 425.

Westhoff WW, Rodriguez R, Cousins C, McDermott RJ. Cuban healthcare providers in Venezuela: a case study. *Public Health*. 2010; 124: 519 – 524.

Yang A, Farmer PE, McGahan A. ‘Sustainability’ in Global Health. *Global Public Health*. 2010; 5 (2): 129 – 135.

DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS UNIVERSAIS

Objetivo Estratégico

Formar sistemas de saúde universais nos países da América do Sul, reconhecendo o direito à saúde e a abordagem inclusiva.

Resultados e Atividades

Resultado 8

Melhorar a equidade, o acesso dos sistemas de saúde universais e integrais .

Atividades

8.1 Revisar legislações para verificar se é efetivo o direito à saúde nos ordenamentos nacionais;

8.2 Promover a formação de redes integradas de serviços de saúde, baseados na APS.

8.3 Propiciar que se garantam os mecanismos de financiamento dos serviços de modo que as modalidades de seguros das pessoas não se constituam em barreiras ao acesso;

8.4 Fortalecer a reciprocidade e complementaridade na entrega de serviços de saúde entre os países, especialmente nos espaços fronteiriços;

8.5 Avançar para a harmonização das contas de saúde e estudos de impacto da reciprocidade e complementaridade;

8.6 Fortalecer a liderança das Autoridades Sanitárias Nacionais na perspectiva de processos de transformação orientados à formação de sistemas universais.

Resultado 9

Criação e implementação de um mecanismo de monitoração e avaliação dos sistemas de saúde universais.

Atividades

9.1 Concordar em um conjunto de indicadores que permitam medir universidade e equidade dos sistemas de saúde

9.2 Elaborar uma linha de base regional

9.3 Monitorar e analisar periodicamente o conjunto de indicadores acordados.

Resultado 10

Garantir a democratização dos sistemas de saúde mediante o empoderamento dos cidadãos e sua participação ativa nos espaços de tomada de decisão.

Atividades

10.1 Elaborar linhas guias para a incorporação da opinião dos usuários e da participação cidadã no processo de produção de serviços de saúde.

10.2 Observar os avanços da participação cidadã.

Fernanda Aguilar Perez

Atualmente é mestranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), e pesquisa sobre a Cooperação Internacional em temas de saúde pública. Possui graduação em Relações Internacionais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2006) e mestrado em Relações Internacionais pelo Barcelona Institute of International Studies (IBEI - 2009), entidade espanhola idealizada pela Universidade Autônoma de Barcelona, Universidade de Barcelona e Universidade Pompeu Fabra. Tem experiência na área de Ciência Política, Relações Internacionais e Saúde Pública, com ênfase em direitos humanos e desenvolvimento. Atuando principalmente nos seguintes temas: saúde pública, conflitos, política externa, cooperação internacional, América Latina e direitos humanos.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 01/05/2010

Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/1260040549900826>

Dados pessoais

Nome Fernanda Aguilar Perez

Nome em citações bibliográficas PEREZ, F. A.

Sexo Feminino

Formação acadêmica/Titulação

- 2010** Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Cooperação em Saúde Internacional, *Orientador:* Prof. Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes.
Palavras-chave: Cooperação Internacional; saúde pública; direitos humanos.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Ciência Política / *Subárea:* Política Internacional / *Especialidade:* Relações Internacionais, Bilaterais e Multilaterais.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Ciência Política / *Subárea:* Políticas Públicas / *Especialidade:* Análise do Processo Decisório.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
- 2007 - 2009** Mestrado em Relações Internacionais .
Institut Barcelona d'Estudis Internacionals.
Título: Recursos humanos na saúde pública em regiões de pós conflito, *Ano de Obtenção:* 2009.
Orientador: Dr. Jacint Jordana Casajuana.
Bolsista do(a): Instituto Barcelona de Estudios Internacionales, .
Palavras-chave: recursos humanos; saúde pública; imigração; guerra.
Grande área: Ciências Humanas / *Área:* Ciência Política / *Subárea:* Política Internacional.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / *Área:* Economia / *Subárea:* Economia dos Recursos Humanos.
Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
- 2003 - 2006** Graduação em Relações Internacionais .
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
Título: Violação de Direitos Humanos em missões de paz da ONU: a questão dos abusos sexuais.
Orientador: Dr. Reginaldo Mattar Nasser.

Formação complementar

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B

Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1974), Mestrado em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo (1986), Especialização em Droit de la Santé pela Universidade de Bordeaux I, França (1989), Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1994) e Livre Docência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2000). Atualmente é Professor Titular e Vice-Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Membro dos conselhos editoriais: Revista Bioética (CFM), Revista da Associação Médica Brasileira, Revista Brasileira de Bioética e O Mundo da Saúde. Membro da Câmara Técnica de Bioética do CREMESP (2000-2010). Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública e em Bioética, atuando principalmente nos seguintes temas: bioética, ética institucional, alocação de recursos, saúde pública e humanização. Pesquisador CNPq 1B. Presidente da Sociedade de Bioética de São Paulo (2005-2008) e membro do Conselho Diretor (2007-2010) e do Comitê Assessor (2010-2012) da REDBIOÉTICA/América Latina e Caribe/UNESCO. Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2009-2011)

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 16/12/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/4664602204847193>

Dados pessoais

Nome

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Nome em citações bibliográficas

FORTES, P. A. C.; Fortes, Paulo Antonio de Carvalho

Sexo

Masculino

Endereço profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.

Av. Dr. Arnaldo 715

Cerqueira César

01246-904 - São Paulo, SP - Brasil

Telefone: (11) 30667743 Fax: (11) 8813501

URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/Titulação

2000

Livre-docência.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: O DILEMA BIOÉTICO DE SELECIONAR QUEM DEVE VIVER: um estudo de microalocação de recursos escassos em saúde, *Ano de obtenção:* 2000.

Palavras-chave: bioética; ética institucional; alocação de recursos; seleção de pacientes; dotação de recursos para unidades de saúde; ética.

Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

Setores de atividade: Saúde Humana.

1988 - 1994

Doutorado em Saúde Pública.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: A RESPONSABILIDADE MÉDICA NOS TRIBUNAIS, *Ano de Obtenção:* 1994.

Orientador: SUELI GANDOLFI DALLARI.