UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA

MARSÍLEA GOMBATA

Política social e política externa: A atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil

SÃO PAULO

2016

MARSÍLEA GOMBATA

Política social e política externa: A atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de mestre

Área de concentração: Relações Internacionais

Orientador: Rafael Antonio Duarte Villa

Versão corrigida

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas

Gombata, Marsílea.

Política social e política externa: A atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil / Marsílea Gombata; orientador Rafael Antonio Duarte Villa. – São Paulo, 2016.

Nome: GOMBATA, Marsílea

Título: Política social e política externa: A atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciência Política

Aprovada em:

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof[a]. Dr[a]. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico esta dissertação primeiramente ao meu pai, Yuji Gombata, que nos deixou em 2014, no meio do processo de mestrado. Suas aventuras pela Bolívia nos anos 1970 sempre povoaram meu imaginário, e certamente ele teria gostado de encontrar o país vizinho hoje em uma situação diferente da que viu. À minha mãe, Regina, sempre me apoiando nas decisões tomadas e me ajudando para que eu siga estudando, descobrindo o mundo e crescendo. À minha filha, Sofia, pela força e amor diários em cada gesto, aprendizado e palavra nova.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Rafael Antonio Duarte Villa, pelo acolhimento, paciência e apoio para a minha perseverança no mundo acadêmico.

Às queridas e aos queridos Pureza Alvares Biscaro, Piero Boeira Locatelli, Lys Rosita Boeira Locatelli, Mariana Ruivo, Gustavo Macedo, Maria Clara Gabriel de Oliveira, Camila Braga, Thiago Babo, Bárbara Regina Vieira Lopes, Guilherme Giuliano Nicolau e Jean Tible sempre dispostos a ajudar na trajetória completamente nova.

Aos secretários Vasne dos Santos, Maria Raimunda dos Santos e Leonardo de Novaes pela paciência e incentivo.

Ao Departamento de Ciência Política da FFLCH, capaz de abrir as portas para o enriquecimento intelectual dos interessados oriundos de outras áreas.

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), fundação do Ministério da Educação, pela concessão da bolsa e pelo apoio financeiro em parte do mestrado.

Aos médicos e técnicos entrevistados dos Ministérios da Saúde da Venezuela, Bolívia e Brasil, que foram sensíveis e capazes de compreender a importância deste estudo.

RESUMO

GOMBATA, M. **Política social e política externa: A atuação de médicos cubanos em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Os primeiros anos do século XXI trouxeram uma nova configuração para a América Latina. Políticos de esquerda ascenderam ao poder e, ancorados em uma retórica que indicava rompimento com o modelo neoliberal vigente em décadas anteriores, priorizaram em seus planos de governo uma agenda voltada para direitos sociais, como educação e saúde. Com o objetivo de reduzir a desigualdade que assolava o continente, governos como os de Hugo Chávez na Venezuela, Evo Morales na Bolívia e Luiz Inácio Lula da Silva no Brasil ampliaram e criaram programas sociais em diversas áreas. Uma vez que tais políticas tiveram êxito dentro de casa, passaram a ser vistas como um ativo a ser explorado na pauta de política externa e nas relações com seus vizinhos. Ao transpor elementos domésticos para a seara exterior, esses países confirmavam a sua legitimidade dentro e fora de casa, percebendo, assim, a tecnologia social como um meio de fazer influência, se fazer presente em outros países e também como um elemento importante em troca de apoio econômico ou mesmo político, dentro e fora de acordos de cooperação. Um dos principais exemplos desse tipo de cooperação internacional envolvendo política social pode ser ilustrado com o fornecimento de médicos cubanos para atuar em redes de saúde pública de outros países. Com prévia experiência em missões no exterior, Cuba forneceu profissionais de saúde para programas sociais na Venezuela, Bolívia e Brasil, que buscaram com eles suprir a carência de médicos em periferias urbanas e áreas de vulnerabilidade, aumentando o foco dado à atenção básica na saúde. Esse elemento (médicos cubanos em sistemas de saúde de outros países) é uma característica quer perpassa as três experiências e indica uma mudança conjuntural na região. Afinal, a carência de médicos em áreas vulneráveis não é algo novo. O que mostra a opção por "importar" tais profissionais como uma escolha mais ampla do que uma simples solução para sanar um problema pode ser, em boa parte, explicado pelo caráter ideológico que as relações entre esses países mostra carregar, indo além das motivações geográficas. Ao incluir o tema social na agenda de política externa, esses países passam a protagonizar um tipo de integração particular, denominado regionalismo. Este leva em conta elementos sociais e políticos, e não apenas aspectos econômicos e militares, tradicionalmente priorizados em outros modelos. Ainda que tal mecanismo esteja em desenvolvimento, este estudo mostra de que maneira a política social passou a ser pensada como instrumento de política externa – especialmente em programas da Venezuela, da Bolívia e do Brasil.

Palavras-chave: Brasil. Venezuela. Bolívia. Programas sociais. Política externa.

ABSTRACT

GOMBATA, M. **Social policy and foreign policy: The work of Cuban doctors in programs in Venezuela, Bolivia and Brazil**. 2015. Dissertation (Master's) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

The early years of the twenty-first century brought a new configuration for Latin America. Leftist politicians came to power and, anchored in a rhetoric indicating a rupture with the previous decades' neoliberal model, prioritized an agenda focused on social rights such as education and health care. Aiming to reduce the profound inequality that has plagued the continent, governments like Hugo Chávez's in Venezuela, Evo Morales's in Bolivia and Luiz Inácio Lula da Silva's in Brazil expanded and created social programs in several areas. Since such policies were successful at home, they also came to be seen as an asset to be exploited in the foreign policy agenda and in relations with neighboring countries. In transposing some domestic elements to the foreign arena, these governments shored up their legitimacy inside and outside their own countries, and thus came to see social technology as a tool of influence, a means to assert a presence in other countries and an important element to exchange for economic or political support, inside and outside of cooperation agreements. A prime example of this type of international cooperation is the supply of Cuban doctors to work in public health networks in other countries. With prior experience in missions abroad due to natural disasters, Cuba has provided health care professionals to social programs in Venezuela, Bolivia and Brazil, whose governments sought to alleviate the shortage of doctors in underserved areas and increase the focus given to primary care. This element (Cuban doctors working in public health networks in other countries) appears in all three cases and indicates a significant change in the region. After all, the shortage of health workers in vulnerable areas is not new. It shows that the option of "importing" these professionals is more than a simple solution to a problem, and can be largely explained by ideological relations between these countries, going beyond geographical reasons. By including social issues in the foreign policy agenda, these countries demonstrate a particular type of integration, called regionalism, which takes into account social, cultural and political elements, not just the economic and military aspects traditionally prioritized in existing models. Although the model is still in development, this study shows how social policy is conceived as an instrument of foreign policy – especially in health programs in Venezuela, Bolivia and Brazil.

Keywords: Brazil. Venezuela. Bolivia. Social programs. Foreign policy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....10

2. A ASCENSÃO DA ESQUERDA AO PODER.....19
2.1 Elementos domésticos na agenda de política externa.....30
2.2 Novos atores na diplomacia regional.....33
2.3 Regionalismo e agenda social.....37

3. O MODELO DE SAÚDE CUBANO: IDEOLOGIA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL.....42
3.1. A cooperação Cuba-Venezuela: o início de uma onda a ser difundida.....48
3.2. A inspiração da Bolívia na vizinha Venezuela.....55
3.3. Mais Médicos: Uma saída para o problema brasileiro 61

4. O PROCESSO DE DIFUSÃO..... 71
4.1. Elementos explicativos 71
4.2. Ganhos e influência 78

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....87

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....90

7. ANEXOS.....100

1. INTRODUÇÃO

Se podemos designar uma característica comum à maior parte dos países da América Latina na primeira década do século XXI, essa repousaria na ideia de quebra e mudança. Seja pela eleição de quadros de esquerda[1] ou pelo discurso desses líderes reativos à agenda neoliberal que vigorou na região nas décadas de 1980 e 1990, fato é que a região assistiu a uma nova orientação de caráter tanto político quanto ideológico. Esse contexto, vale lembrar, é decorrente de uma percepção de novos governos sobre a falência de um modelo alavancado por políticas neoliberais (HUBER; STEPHENS, 2012)[2], cujas regras vinham do Consenso de Washington – políticas macroeconômicas ditadas por instituições como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. Assim, a nova configuração política no continente foi responsável por mudanças no que se referia a prioridades dentro e fora de casa, especialmente no setor socioeconômico.

Ainda que o fator ideológico tenha se sobressaído mais no discurso do que em comparação ao lado pragmático, o que se observa é uma confluência de planos de governo de gestões como a de Hugo Chávez Frías na Venezuela, Evo Morales na Bolívia, e até mesmo de Luiz Inácio Lula da Silva no Brasil. Ou seja, ideias muito semelhantes pareceram fazer parte das agendas dos três governos, em diferentes áreas.

Uma das áreas de maior expressão desse "compasso regional" (LIMA, 2013)[3] seria a área social. O discurso encampado por esses líderes retoma princípios da esquerda, enquanto projeto político, como a igualdade

---

[1]Após a vitória de Hugo Chávez na Venezuela, em 1998, tem-se a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva no Brasil em 2002, Néstor Kirchner na Argentina em 2003, Tabaré Vázquez no Uruguai em 2004, Evo Morales na Bolívia em 2005, Rafael Correa no Equador em 2006 etc, para citarmos alguns exemplos de governantes de esquerda que chegaram ao poder no início dos anos 2000.

[2] HUBER, Evelyn; STEPHENS, John D. (2012). **Democracy and the Left – Social Policy and Inequality in Latin America**. Chicago: University of Chicago Press.

[3] LIMA, Maria Regina Soares de. (2013). **Relações Interamericanas: A Nova Agenda Sul-Americana e o Brasil**. Lua Nova, Nº 90.

(BOBBIO, 1995)[4], que acabam por refletir prioridades expressas em políticas públicas voltadas para setores como educação e saúde. Com a chegada da esquerda ao poder na América nesse período, observa-se maior ênfase a planos de governo voltados para a construção de uma agenda social – no sentido de "cultura de direitos sociais" (SORJ, 2007)[5], além de políticas públicas contra a exclusão social – em países antes marcados por políticas econômicas e sociais que não tinham a distribuição de renda e a igualdade social como prioridades. São gestões nas quais a agenda social mostrou-se como prioridade de governos que buscaram a "intervenção do Estado a fim de promover desenvolvimento econômico, coesão social e avanços democráticos" (LANZARO, 2011)[6].

Nesse sentido, um setor merece destaque especial: a saúde. Trata-se de uma área na qual caminhos e soluções semelhantes foram escolhidas por esses governos. A mais evidente delas – e objeto deste estudo – é a opção por trazer médicos cubanos para trabalhar nas redes de saúde pública de alguns países. Assim, tanto a Venezuela, quanto a Bolívia e o Brasil optaram por "importar" esses profissionais para suprir a carência de médicos dentro de seus países e aprimorar os serviços na área de atenção básica.

Os processos decisórios e as razões por trás dessa escolha guiam a pesquisa presente. Por que, afinal, médicos cubanos? Se a carência de profissionais aptos a trabalharem no nível de atenção básica da saúde, seja na periferia das grandes metrópoles ou mesmo em regiões socioeconomicamente desfavorecidas do interior, não é de hoje, por que a escolha de médicos cubanos e não a busca por uma solução interna? Por outro lado, se o governo cubano busca, desde os anos 1960, colocar em

---

[4] BOBBIO, Norberto (1995). **Direita e Esquerda – Razões e Significados de Uma Distinção Política**. São Paulo: Editora Unesp.

[5] SORJ, Bernardo; TIRONI, Eugenio (2007). **Coesão Social: Uma Visão desde América Latina**. Santiago de Chile: Centro Edelstein de Investigaciones Sociales.

[6] LANZARO, Jorge (2011). **Social Democracy in the Global South. Brazil, Chile and Uruguay in a Comparative Perspective.** Em Social Europe Journal. Montevidéu: Universidade da República.

prática seu caráter solidário ao enviar brigadas médicas para outros países, por que isso só ocorreu mais efetivamente na região com esses aliados a partir dos anos 2000? Como se deu esse processo decisório e de construção, em cada um desses casos aqui analisados?

Uma vez que o fato de os três governos em questão serem de partidos de esquerda não ser, por si só, um elemento suficiente para responder às questões expostas acima, a ideia é mostrar quais fatores estavam por trás dessa opção e quais os atores envolvidos na construção de cada caso. De modo que não sejam analisados separadamente – já que parecem fazer parte de um mesmo contexto histórico –, existe aqui a preocupação em mostrar como a incorporação desses profissionais nas redes de saúde acabou sendo utilizada como instrumento de política externa na região. Quais seriam, portanto, as condições e atores que permitiram que esses programas fossem almejado pelos países palcos de problemas semelhantes? Quais atores foram protagonistas desse processo e quais se mostraram resistentes a ele? O quanto a busca por essa solução, especificamente, fazia parte de uma agenda de política externa e de cooperação entre esses países?

Além da opção pela escolha dos profissionais cubanos, outra característica que se observa é a projeção da imagem dos primeiros países a adotar tal opção, que pareceu ser extremamente favorável para outros adotarem um modelo de política pública semelhante. Portanto, os programas de saúde envolvendo médicos cubanos – que configuraram parte expressiva da política social nos últimos anos na Venezuela, na Bolívia e, posteriormente, no Brasil – passaram a ser vistos como uma maneira não apenas de projetar a imagem de um país preocupado em combater e eliminar os calvários da pobreza crônica, como também uma forma de os países detentores dessas políticas (ou responsáveis pelo desenho desses programas) se fazerem presentes nos territórios vizinhos. O que em um primeiro momento era um objetivo a ser alcançado dentro de casa, passou, depois de florescer no campo doméstico, a ganhar importância também na agenda de política externa desses países. O

primeiro ator a projetar tal imagem, é preciso dizer, é propriamente Cuba, que construiu o sistema de saúde com base na medicina de orientação preventiva e na solidariedade internacional (MARIMÓN TORRES; MARTÍNEZ CRUZ, 2008)[7].

O objetivo aqui, portanto, é mostrar que, primeiramente o acordo de cooperação em saúde entre Cuba e Venezuela, e depois com a Bolívia e com o Brasil, são resultantes de um processo nem tão lógico aparentemente: conseguindo alcançar os resultados esperados com determinada política pública dentro de casa, o país consegue projetar uma imagem de Estado preocupado em ofertar saúde de qualidade para todos os seus cidadãos, e logo atrai atenção de seus vizinhos, que acabam por se inspirar na política pública exitosa a fim de reproduzi-la. O processo e os personagens envolvidos nessa disseminação, no entanto, é que caracterizarão tal difusão como uma formulação de política externa. Nos casos analisados, o processo de difusão (ou importação, a depender do ponto de vista) de políticas sociais que preveem a utilização de médicos cubanos é construindo através da incorporação de elementos de política doméstica à agenda de política externa da Venezuela, da Bolívia e do Brasil.

Assim, fosse para ser visto como um exemplo a ser seguido ou mesmo um parceiro econômico com fins de cooperação para a implementação de programas que deram certo em outros territórios, esses governos passaram a incluir tais programas sociais na pauta de sua agenda de política externa. A política social e seus subsequentes programas começaram, portanto, a ser explorados no âmbito das relações regionais, como observou o diplomata brasileiro Lima Florêncio (à época, embaixador no Equador) no artigo *Política Externa e Políticas Sociais*, na revista Política Externa, de 2003: "Passam a refletir-se, no plano externo, de forma mais clara e coerente, algumas das transformações operadas na

[7] MARIMÓN TORRES, Nestor; MARTÍNEZ CRUZ, Evelyn (2008). **Evolución de la Colaboración Médica Cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública**. Havana: Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 36, Nº 3.

política interna" (LIMA FLORÊNCIO, 2003)[8]. A temática social deixou de ser, portanto, um aspecto meramente doméstico para passar a vigorar também no âmbito externo.

Além de modelos que foram difundidos pela região como o brasileiro Bolsa Família[9], programas de saúde como os venezuelanos Misión Barrio Adentro, Misión Milagro e Misión Sonrisa[10]; os bolivianos Mi Salud, Operación Milagro[11], a atuação da Brigada Médica Cubana na Bolívia e o brasileiro Mais Médicos[12] são alguns dos exemplos que vivenciaram essa perspectiva internacional, sendo protagonistas de trocas bilaterais ao mesmo tempo em que configuraram-se motor e vitrine dos avanços sociais dos governos em seus próprios países. Assim, uma vez que obtêm avanços dentro de casa, conseguem projetar a imagem de um país preocupado em reduzir a miséria, têm seu programa social difundido e copiado, e parecem se fazer não somente presentes como influentes em territórios vizinhos.

Dessa forma, por trás do discurso de "solidariedade" em relação aos vizinhos encampado pelos países objeto deste estudo (Cuba, Venezuela, Bolívia e Brasil), o que se observa é o fato de essa dinâmica servir como

---

[8] LIMA FLORÊNCIO, S. A. (2003). **Política Externa e Políticas Sociais**. São Paulo: Revista Política Externa. São Paulo, vol. 12, n. 02.

[9] O Bolsa Família, que sucedeu o conjunto de iniciativas Fome Zero, é um programa de transferência direta de renda condicionada que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o Brasil.

[10] Os três programas contam com profissionais de saúde cubanos. No Misión Barrio Adentro foca-se na atenção primária em regiões desfavorecidas economicamente, enquanto o Misión Milagro diz respeito a um programa de atenção oftalmológica, e o Misión Sonrisa, de saúde bucal.

[11] Enquanto a Brigada Médica Cubana atua em diferentes áreas, o Mi Salud foca na atenção básica e na prevenção. Já o Operación Milagro é semelhante ao Misión Milagro venezuelano, contando com oftalmologistas cubanos em clínicas para tratamento e cirurgias de doenças oftalmológicas.

[12] Tendo em vista que o Misión Milagro (Venezuela) e o Programa Operación Milagro (Bolívia) se baseiam na contratação de médicos cubanos para atuar na área de saúde pública de seus países, a discussão se faz pertinente contemporaneamente ao Programa Mais Médicos, implementado na gestão de Dilma Rousseff. O programa recruta médicos de Cuba, através de um convênio com a Organização Pan-Americana da Saúde, para atuar na rede pública de saúde do Brasil.

instrumento de política externa, ajudando na projeção de poder, na busca pelo fortalecimento da comunidade sul-americana, buscando certo protagonismo e liderança – especialmente no caso da Venezuela, do Brasil e, mais simbolicamente, de Cuba.

Em termos estruturais, a região que antes era assombrada por décadas de subdesenvolvimento e significativa parcela da população abaixo da linha da pobreza passou a vivenciar uma transformação de caráter socioeconômico e político devido, em boa parte, à ênfase dada à política social protagonizada por programas sociais, principalmente nas áreas de educação e saúde. Ênfase que também se confirma quando se trata do projeto de política externa desses países, como dito anteriormente. O viés de cooperação em áreas como saúde e educação, portanto, passa a ter a mesma importância do que aquele voltado para acordos econômicos. Um tipo particular de integração, defendem alguns autores que o denominam regionalismo (LIMA, 2013)[13], no qual as prioridades seriam ditadas também por urgências sociais, culturais e políticas, e não apenas econômicas e militares.

Ao longo da análise desse processo algumas questões surgem e merecem ser esclarecidas adiante. Como, por exemplo, em relação à maior ênfase dada à área social a partir dos anos 2000. Ou seja, por que programas sociais tiveram mais atenção nos últimos anos na América Latina, se a pobreza sempre foi um calvário ao continente? Por outro lado, seria o fato de a maior parte dos países da região sempre terem sido carentes de recursos militares (*hard power*)[14], inviabilizando a utilização desse como meio de influenciar, o responsável por os programas sociais passarem a ser olhados como ferramenta de política externa, muitas vezes protagonizando acordos de cooperação bilateral e influenciando outros países? Como se deu esse processo de disseminação? Quais foram os elementos envolvidos neles? Quais as semelhanças e diferenças entre

[13] LIMA, Maria Regina Soares de. (2013). Obra citada acima.

[14] NYE, Joseph (2004). **Soft Power: The Means to Success in World Politics**. Jackson: Public Affairs.

os programas em vigor na Venezuela e aqueles mais tarde implementados na Bolívia e no Brasil?

Antes de responder a essas e outras questões, precisamos retomar, ainda que de maneira breve, o contexto geopolítico da América Latina. Na tentativa de se analisar a balança de poder na região, não podemos deixar de mencionar os atentados do 11 de Setembro de 2001 que levaram Washington a concentrar sua política externa em regiões distantes da América Latina, como o Oriente Médio e o sul da Ásia. Com os olhos dos Estados Unidos voltados para países como Iraque e Afeganistão[15], a região vizinha parece deixar o radar de prioridades da agenda de política externa norte-americana, levando alguns países latino-americanos a encamparem uma nova retórica contra Washington, principalmente na tentativa de se distanciar das regras neoliberais que vigoraram nas décadas anteriores no continente.

A Venezuela é o principal exemplo desse distanciamento retórico. O país, que assistiu à ascensão de Hugo Chávez ao poder em 1999, manteve considerável antagonismo em relação a Washington, com um discurso de retórica anti-imperialista e voltado para a priorização dos laços com países como Cuba, por exemplo. No Brasil, a chegada de Luiz Inácio Lula da Silva ao poder em 2003 mostrou certa disposição em dialogar com Washington, assim como manter diretrizes de governos anteriores, ainda que o novo presidente fosse um sindicalista de esquerda do Partido dos Trabalhadores. A Bolívia que assistiu à chegada do presidente Evo Morales, no entanto, mostra-se mais parecida com a Venezuela de Chávez. A retórica do novo governo também se mostrou combativa em relação aos EUA, na tentativa de marcar um novo posicionamento junto à Venezuela e também a Cuba. Temos aqui, portanto, algumas pistas que podem nos ajudar a entender por que tanto Venezuela quanto Bolívia optaram por trazer médicos cubanos para atuar em seus sistemas de saúde. Mas essas serão discutidas ao longo da

[15] LIMA, Maria Regina Soares de. (2013). Idem.

dissertação, de modo a compreender os processos de difusão de tais políticas sociais como apropriações de instrumentos de política externa.

É importante dizer ainda que a divisão entre capítulos e seções buscou obedecer a uma lógica, que parte de conceitos e ideais inerentes à esquerda. Uma fez feito isso, mostro o impacto da ascensão de governos de esquerda na América Latina na primeira década do século XXI. A ideia foi analisar, ainda, de que maneira elementos que antes constavam em uma agenda doméstica passaram a fazer parte de um projeto e política externa e cooperação regional, através de atores subnacionais em alguns casos, como agências e ministérios. Por que essa nova diplomacia indica um tipo particular de integração, definido por alguns autores como "regionalismo", onde aspectos sociais, políticos e culturais ganham relevância frente a setores tradicionalmente privilegiados, como o econômico e o militar, é o que passa a ser analisado a seguir.

Na segunda parte, o foco é o modelo de saúde cubano e seus pilares fundamentais, como a prevenção e a solidariedade internacional, de extremo interesse para este estudo. Aqui, ainda, houve a preocupação em mostrar como os laços ideológicos de Cuba com Venezuela e Bolívia foram importantes para acordos sobre a adoção de políticas públicas envolvendo médicos cubanos.

No terceiro momento do trabalho, analiso como se deu o processo de construção tanto dos programas sociais de saúde venezuelanos que contam com médicos cubanos (Barrio Adentro, Misión Milagro, Misión Sonrisa), assim como os resultados do acordo entre Cuba e Bolívia (como a Brigada Médica Cubana e os programas Operación Milagro e Mi Salud) e o brasileiro Mais Médicos, que trabalha não apenas com médicos cubanos, mas também com profissionais oriundos de outros países como Espanha e Ucrânia, por exemplo.

Por fim, avalia-se de que maneira, portanto, esses programas traduziram o elemento solidariedade presente na retórica de tais governos como instrumento de política externa e como se mostraram um meio de se fazer influente nos países que os "importam". Mapeiam-se, na última

parte, possíveis consequências e vantagens obtidas por aqueles que buscaram exportar sua agenda social para outros países da região.

2. A ASCENSÃO DA ESQUERDA AO PODER

Em seu livro *Direita e Esquerda – Razões e Significados de Uma Distinção Política*[16], em que busca diferenciar didaticamente esquerda e direita frente a alguns princípios como a igualdade, Norberto Bobbio lembra que:

> "As desigualdades naturais existem e se algumas delas podem ser corrigidas, a maior parte não pode ser eliminada. As desigualdades sociais também existem e se algumas delas podem ser corrigidas e mesmo eliminadas, muitas – sobretudo aquelas pelas quais os próprios indivíduos são responsáveis – podem ser apenas desencorajadas. Disso decorre que quando se atribui à esquerda uma maior sensibilidade para diminuir as desigualdades não se deseja dizer que ela pretende eliminar todas as desigualdades ou que a direita pretende conservá-las todas, mas no máximo que a primeira é mais igualitária e a segunda mais inigualitária" (BOBBIO, 1995).

O autor ressalta ainda que "o critério mais frequentemente adotado para distinguir a direita da esquerda é a diversa postura que os homens organizados em sociedade assumem diante do ideal da igualdade, que é, com o ideal da liberdade e o ideal da paz, um dos fins últimos que os homens se propõem a alcançar e pelos quais estão dispostos a lutar". Importante lembrar, no entanto, como o próprio Bobbio ressalta, que o conceito de igualdade é relativo, ao menos em relação a "três variáveis que precisam ser consideradas toda vez que se introduz o discurso sobre a maior ou menor desejabilidade, e/ou sobre a maior ou menor realizabilidade, da ideia de igualdade: a) os sujeitos entre os quais se trata de repartir os bens e o ônus; b) os bens e os ônus a serem repartidos; c) o critério com base no qual os repartir".

A desigualdade historicamente sempre perseguiu a realidade latino-americana. Na literatura, muitos autores concordam que a América Latina sempre foi palco de distribuições de renda extremamente desiguais,

[16] BOBBIO, Norberto (1995). **Direita e Esquerda – Razões e Significados de Uma Distinção Política**. São Paulo: Editora Unesp.

quando não a pior do mundo. Segundo observam Huber e Stephens (2012)[18], além de estudos mostrarem que a desigualdade pode ser um dos maiores obstáculos ao crescimento econômico, há uma crescente crítica da opinião pública nos países latino-americanos contra políticas de austeridade e ajustes ditados por instituições financeiras neoliberais, como o FMI (Fundo Monetário Internacional), devido à falência de tais reformas em se traduzir como benefícios diretos à população nos anos 1980 e 1990.

A virada do século representou uma mudança importante tanto para a política doméstica quanto para a política social e, consequentemente, para a diminuição da desigualdade na região. As relações de poder regionais também mudaram, com dois terços da população sendo governados por Executivos de esquerda. Desse modo, a "fórmula neoliberal do Consenso de Washington teve um importante impacto nas reformas da política social na América Latina" (HUBER; STEPHENS, 2012), uma vez que o descontentamento com as políticas levadas adiante pelos responsáveis gerou uma série de vitórias para os partidos de oposição de centro-esquerda.

Os mesmos autores lembram ainda que doutrinas neoliberais "prescreviam redução dos gastos do governo, liberalização dos negócios e dos mercados financeiros, privatização e desregulamentação como remédios". Na área social, a orientação do Consenso de Washington era de cortar todos os gastos sociais, a fim de reduzir os déficits orçamentários, aumentar o direcionamento de gastos, descentralizar a administração desses, além da recomendação para se privatizar o sistema previdenciário. Os autores lembram que, virtualmente, todo país latino-americano estava exposto a tais prescrições políticas, uma vez que todos enfrentavam crises em suas balanças de pagamento, com instituições como o FMI e o Banco Mundial impondo, cada vez mais, "políticas de austeridade e ajustes de estrutura neoliberal". Assim, quando partidos de

[18] HUBER, Evelyn; STEPHENS, John D. (2012). Obra citada acima.

esquerda chegaram ao poder, "impulsionaram políticas que fortaleceram o setor empregatício e reduziram a pobreza e a desigualdade". Uma reorientação que também foi facilitada pelo crescimento econômico, responsável por proporcionar aumento da receita do Estado, assim como reduzir a dívida externa, diminuindo, portanto, a influência de instituições econômicas como o FMI e o Banco Mundial nas políticas públicas desses países.

É nesse contexto que ascendem ao poder figuras cujos discursos encampavam um espírito reativo ao que vinha sendo feito até então. Personagens que se mostravam uma alternativa aos governantes que protagonizaram o seguimento das cartilhas neoliberais, assim como representantes de princípios citados anteriormente, como a igualdade. É o caso do ex-presidente venezuelano Hugo Chávez, que chegou ao poder em 1999 embalado por um discurso de esquerda e de retórica anti-imperialista, de Lula, cujo mandato tem início em 2003, e de Evo Morales, presidente da Bolívia a partir de 2006.

Poderíamos dizer que ideais como o da igualdade foram utopias a serem perseguidas por esses governos, ainda que nem sempre de maneira exitosa. Em uma tentativa de negação de seus antecessores, os presidentes que inauguraram os anos 2000 na América Latina buscaram imprimir uma marca em seus mandatos que fosse além da estabilização econômica e da continuidade do processo democrático em seus países (LANZARO, 2011)[20]. Seus discursos falavam em sepultar chagas crônicas que assombravam suas populações, como a fome, a miséria, o analfabetismo.

O Brasil, por exemplo, conseguiu reduzir a pobreza em 75%, segundo dados da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) entre 2001 e 2012[21]. Esse aumento é sentido também

[20] LANZARO, Jorge (2011). **A Social Democratic Government in Latin America in The Resurgence of the Latin American Left**. Baltimore: The John Hopkins University Press.

[21] Mais informações disponíveis em: http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-reduz-a-pobreza-extrema-em-75-entre-2001-e-2012-diz-fao,1560931

na melhoria da condição socioeconômica de mais de 36 milhões de pessoas que passaram da pobreza para a classe média ao longo de 12 anos do governo do Partido dos Trabalhadores, resultado que deve-se fundamentalmente à assistência fornecida pelo Estado, com foco na segurança alimentar e na educação, através de iniciativas como o Fome Zero, o Bolsa Família. Programas de educação, como o Prouni[22], que facilita o acesso à educação universitária, ou mesmo de saúde, como o Mais Médicos, mostraram-se ferramentas importantes para ampliar o fornecimento de serviços básicos, de modo que o abismo entre ricos e pobres fosse diminuído. A redução da pobreza, e, portanto, da desigualdade, no entanto, desacelerou recentemente: apesar de o total de pessoas pobres ter ido de 18,6% em 2012 para 18% em 2013, a quantidade de brasileiros em situação de pobreza extrema foi de 5,4% para 5,9% nos mesmos anos, indica relatório da Cepal (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe) de 2014[23].

Processo semelhante vivenciaram as camadas mais pobres da Venezuela com a chegada ao poder do ex-presidente Hugo Chávez Frías. De retórica socialista e caráter assistencial, seu governo criou mais de 30 missões (programas sociais) ao longo de 13 anos. Segundo a Cepal[24], quando Chávez chegou ao poder, em 1999, 49,4% dos 29 milhões de venezuelanos estavam abaixo da linha da pobreza. Treze anos mais tarde, em 2012, esse número havia sido reduzido para 25,4%. Parte desse avanço deve-se aos programas sociais que imprimiram um caráter assistencial ao governo chavista, que os financiou através do Fundo Único Social da estatal PDVSA (Petróleos de Venezuela S/A), que acumula a

---

[22] O Prouni é um programa brasileiro de incentivo ao ensino superior, por meio de um convênio entre o governo federal e universidades privadas.

[23] **Panorama Social da América Latina** (2014). CEPAL (Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina). Santiago do Chile. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37626/S1420729_es.pdf?sequence=4

[24] **Panorama Social da América Latina** (2014). Citado acima.

renda excedente da exportação de petróleo. Dados recentes da Cepal, no entanto, mostram que a redução da pobreza em toda a América Latina estagnou. Na Venezuela, por exemplo, a redução da pobreza desacelerou 5,6 pontos percentuais, indo de 29,5% em 2012 para 23,9% em 2013[25]. A taxa de pobreza aumentou 6,7 pontos entre 2012 e 2013, indo de 25,4% para 32,1%, enquanto a taxa de indigência (ou pobreza extrema) cresceu 2,7 pontos, indo de 7,1% para 9,8% no mesmo período. Tal redução pode ser atribuída, dentre outros fatores, à queda do preço do petróleo, que afetou os lucros da estatal petroleira e, consequentemente, as reservas de seu fundo social.

Já na Bolívia, a posse de Evo Morales em 2006, além de representar a emancipação de setores indígenas e camponeses, como simbolicamente pregava seu discurso político, impulsionou a criação de programas sociais voltados à população de baixa renda em um dos países mais pobres da América do Sul. Esses foram calcados em planejamentos do governo, como o Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2011[26]. Diferentemente da realidade venezuelana, a gestão de Evo Morales continua exitosa e permanece como exemplo de redução da pobreza no continente. Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), a pobreza extrema entre os bolivianos foi reduzida de 38,2% em 2005 para 18,8% em 2013.

Em toda a América Latina, no entanto, a previsão é que o ano de 2015 e os seguintes imponham ainda mais desafios aos governos regionais, obrigando-os a buscarem alternativas para uma redução contínua da pobreza. Segundo a Cepal[27], a taxa de pobreza da América Latina em 2013 foi de 28,1% da população, enquanto a indigência, ou

---

[25] **Panorama Social da América Latina** (2014). Idem.

[26] MORALES, Natasha (2010). **La Política Social en Bolivia. Un Análisis de los Programas Sociales (2006-2008)**. La Paz: Banco Interamericano de Desenvolvimiento.

[27] **Panorama Social d**a **América Latina** (2014). Ibdem.

pobreza extrema, alcançou 11,7%. Essas porcentagens equivalem a 165 milhões de pessoas em situação de pobreza, dos qual 69 milhões são pessoas em situação de pobreza extrema. A comissão observa ainda que:

> "(...) a taxa de pobreza se manteve sem grandes diferenças com relação aos níveis observados em 2012 (28,1%). A pobreza extrema, por sua vez, mostrou uma leve tendência ao aumento, ficando em 0,4 pontos percentuais acimado valor de 2012 (11,3%). Isso significa que em 2013 o número de pessoas pobres se manteve sem maiores mudanças, enquanto o número de pessoas em situação de pobreza extrema aumentou cerca de 3 milhões" (CEPAL, 2014).

A curto prazo, a comissão não prevê, no entanto, que se produzam mudanças estatísticas significativas em relação aos níveis de pobreza. Prevê-se que os números sejam iguais ou menores que 2013, com uma leve tendência de aumento para as taxas de pobreza extrema, caso o crescimento demográfico não seja acompanhado das iniciativas e reformas necessárias para atingir toda a população.

Desafios que questionam, cada vez mais, as responsabilidade dos Estados e governantes. Em *Global Responsibilities – Who Must Deliver on Human Rights*[28], Andrew Kuper, por exemplo, discorre sobre por que o Estado deve lutar para diminuir a miséria, reduzindo, portanto, as desigualdades. Ele afirma que combater a pobreza passa por entender seus problemas políticos e estruturais e buscar consertá-los. Já o sociólogo venezuelano Luis Pedro España[29], por sua vez, lembra que "o Estado e sua politica social é, na maioria dos casos, o único que têm os pobres".

> "Os filhos dos pobres vão à escola pública. A famílias pobres vão aos hospitais ou dispensários públicos. Se a escola pública é má, a educação não permitirá aos pobres sair da pobreza. Se a saúde que brinda o Estado é de má qualidade, o melhor para os pobres é não adoecerem" (ESPAÑA, 2015).

---

[28] KUPER, Andrew (2005). **Global Poverty Relief: More Than Charity, in Global Responsabilities – Who Must Deliver Human Rights?** Nova York: Taylor & Francis Group.

[29] ESPAÑA, Luis Pedro (2015). **Desiguales entre Iguales – Radiografía Social de la Venezuela Actual**. Caracas: Libros El Nacional.

Muitas eram, portanto, as expectativas dos setores tradicionalmente de esquerda em relação a esses governos, vistos dentro de seus países como um "basta" às prioridades neoliberais que vigoraram nos anos anteriores. Seus novos estilos de governar logo começaram a ser sentidos no aspecto institucional. Lembrando que apenas cinco países (Argentina, Uruguai, Costa Rica, Chile e Cuba) da região haviam desenvolvido um Estado de bem-estar social (MOLYNEUX, 2006)[30], a maioria dos outros Estados havia adotado um modelo bismarckiano[31] ou meritocrático, de garantia de direitos sociais vinculada ao mercado formal de trabalho, ou mesmo à adesão a serviços privados. Muito do que foi construído dali por diante, portanto, especialmente a partir de meados dos anos 1990, daria-se pela criação de programas sociais, que acabaram por serem continuados ou expandidos nos anos 2000. Na visão de Molyneux (2006), esse conjunto forma o que ele entende por "Latin America's new social policy" (nova política social da América Latina), como definido a seguir:

> "Em um contexto de desconfiança generalizada do Estado e de fraca proteção social, a reconfiguração das relações Estado-sociedade oferecida por abordagens da 'Nova Política Social' recebeu uma resposta mista, nem todas negativas. As ideias centrais, pelo menos, pareciam oferecer algum potencial para se avançar em reformas muito necessárias, se condições políticas e sociais permitissem" (MOLYNEUX, 2006).

Conforme lembram Weyland, Madrid e Hunter [32], "a justiça social sempre foi um objetivo central da esquerda" e motivou os governos de

---

[30] MOLYNEUX, Maxine (2006). **Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progresa/Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme**. Social Policy & Administration, Vol. 40, Nº 4.

[31] Atribui-se ao chanceler alemão Otto von Bismarck (1971-1990) a origem do Estado Providência, conceito surgido na Europa no final do século XIX. Bismarck instituiu medidas trabalhistas como a lei de acidentes de trabalho, o reconhecimento dos sindicatos, o seguro de doença, acidente ou invalidez.

[32] WEYLAND, Kurt; MADRID, Raúl L.; HUNTER, Wendy (eds) (2010). **Leftist Government in Latin America – Successes and Shortcomings**. New York:

esquerda da região. Esses, em vez de priorizarem a redistribuição direta, escolheram esquemas de redução de pobreza, através de programas sociais, comprometidos com o financiamento dos programas com dinheiro público, aumento dos gastos em setores como saúde, educação e seguro social, assim como o envolvimento direto do Estado na elaboração e condução de tais políticas (WEYLAND et al., 2010). Enquanto a – chamada pelos autores – "esquerda moderada" (ilustrada pelo governo Lula no Brasil, por exemplo) preferiu dar continuidade ou ampliar programas em curso, assim como utilizar as vias institucionais já existentes, a "esquerda contestatória" (representada pelos governos Chávez na Venezuela e Morales na Bolívia) criou novos programas e novas instituições para o acompanhamento desses. Um exemplo disso seria a opção do governo Lula em ampliar o Bolsa Escola[33] para fazer o Bolsa Família e, por outro lado, a criação de dezenas de programas sociais, assim como diferentes secretarias com status de ministérios para acompanhá-los, nos casos da Venezuela e da Bolívia.

Na Venezuela, por exemplo, diante de um contexto marcado pela crise que era refletida no "crescimento dos índices de pobreza e exclusão, de abstenção eleitoral, debilidade dos partido políticos e dos órgãos representativos, erosão das instituições públicas" (GONZÁLEZ; LACRUZ, 2008) [34], Hugo Chávez imprimiu uma mudança notória nas políticas sociais que existiam no país. Depois da primeira tarefa de seu governo em convocar a Assembleia Constituinte para uma nova Constituição aprovada em referendo popular, Chávez redesenhou o corpo ministerial, a começar pelo Ministério da Família que foi eliminado para dar espaço ao Ministério de Saúde e Desenvolvimento Social. Além disso, centralizou os recursos

---

Cambridge University Press.

[33] Criado em 2001, o programa Bolsa Escola funcionava como um programa de transferência de recursos para a manutenção das crianças nas escolas. O programa do governo FHC deu, mais tarde, origem ao Bolsa Família.

[34] GONZÁLEZ, Lisette; LACRUZ, Tito (2008). **Política Social en Venezuela**. Caracas: Temas de Formación Sociopolítica.

no Fundo Único Social da PDVSA e, mais tarde, criou o Ministério do Poder Popular para a Participação e Proteção Social. Esses, juntamente com o Ministério para a Economia Popular, revertem a tendência anterior de centralização das diretrizes de políticas sociais. Seu governo foi responsável pela criação também de diversas instituições financeiras voltadas para a população de baixa renda – como o Fundo de Desenvolvimento Microfinanceiro e o Banco do Desenvolvimento da Mulher –, estabelecendo a economia como um dos pilares do Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social 2001-2007.

Tal projeto, concebido como instrumento para planejamento e viabilização de mudanças sociais e econômicas, trazia objetivos a serem alcançados dentro de casa, como a extensão da cobertura educacional, a erradicação do analfabetismo (logro alcançado em 2005), a universalização do direito à saúde, a ampliação do sistema de segurança social, a democratização da propriedade rural a fim de garantir a permanência de produtores. O resultado direto desse planejamento com novas diretrizes foi a criação das chamadas *misiones sociales*, programas sociais que imprimiram um caráter social ao governo chavista, o que é perseguido pelo sucessor Nicolás Maduro.

Quatro anos depois de chegar à Presidência, Chávez viu o vizinho Brasil eleger o ex-sindicalista Luiz Inácio Lula da Silva presidente. Em uma ruptura com o governo anterior, do peessedebista Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o primeiro governo do Partido dos Trabalhadores na Presidência da República freou o curso de privatizações que tomava curso no País – depois de ter atingido estatais como a mineradora Vale do Rio Doce – e buscou concentrar energia no processo de crescimento. Este, no entanto, não foi feito de maneira isolada. A estabilização econômica, que é também fruto da estabilização monetária alcançada pelo próprio Fernando Henrique Cardoso quando era ministro da Fazenda em 1994[35],

[35] Ano em que entra em vigor o Plano Real. Em 1º de julho de 1994 entrava em vigor o real, moeda que colocou fim à hiperinflação que marcou a economia do País e a vida da população brasileira nos 15 anos anteriores.

veio acompanhada da ênfase na área social e por um tipo de diplomacia que passava a valorizar a relação com os vizinhos latino-americanos e de outros países em desenvolvimento, como os da África, por exemplo, em detrimento da prioridade voltada para as negociações com Washington e com aliados europeus. Mesmo com a saída de Lula do governo, o que se observa é uma tentativa de certa continuidade dessa política externa pelas mãos da sucessora Dilma Rousseff, no poder desde 2011.

Na Bolívia, a chegada de Evo Morales ao poder em 2006 fez com que houvesse uma mudança estrutural no marco para as receitas provenientes de recursos naturais. De acordo com o novo modelo econômico, a renda proveniente desses recursos tem dois destinos: desenvolvimento da diversificação de sistemas produtivos na Bolívia e investimento na área social.

Funciona assim: o montante nas mãos do Estado é destinado para os setores geradores de renda e emprego, como indústria, turismo, agropecuária, mineração, gás, hidrocarbonetos, e também para a área social, que passou a assumir maior relevância desde a chegada de Evo Morales ao poder. Ambos os setores são vistos atualmente como focos de produtividade pelo Estado boliviano[36], que a cada ano aprova diferentes fontes de financiamento para programas sociais e ministérios e secretarias responsáveis por seu acompanhamento. Diferentemente de boa parte dos modelos econômicos que vigoravam em governos anteriores, nos quais o Estado se mantinha à margem do setor produtivo, na estrutura atual o Estado boliviano busca um maior protagonismo, papel no qual estimula o país a desenvolver um modelo de economia próprio. Seu funcionamento se dá através de um mecanismo de transferência interna, no qual são investidos maiores recursos para aqueles que necessitam mais para, posteriormente, esse investimento retornar para o setor produtivo.

A ideia, segundo o pensamento político e econômico dentro da Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), do

[36] Segundo informações da Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), ligada ao Ministério de Planejamento do Desenvolvimento da Bolívia.

Ministério de Planificación del Desarrollo da Bolívia, é que o país consiga trabalhar para alcançar as chamadas metas do milênio[37], plano do Pnud (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) que busca reduzir de forma significativa a pobreza, atingir o ensino básico universal, promover igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, aprimorar a saúde materna, combater doenças como a Aids e epidemias como a malária, garantir a sustentabilidade ambiental, além de estabelecer uma parceria a nível internacional com outros países para o desenvolvimento.

[37] Em setembro de 2000, 189 nações firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Esta promessa acabou se concretizando nos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), cuja meta era terem sido totalmente alcançados até 2015. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf

2.1. Elementos domésticos na agenda de política externa

A análise de como as políticas externas de países latino-americanos – no caso, Cuba, Venezuela, Bolívia e Brasil – carregam elementos característicos de suas políticas domésticas é objeto desta subseção. A maneira como as escolhas e prioridades das políticas públicas dentro de casa marcaram também alianças e acordos com vizinhos regionais deve ser levada em conta, a fim de se identificar elementos próprios de política doméstica presentes em uma diplomacia pautada, no caso, também pela agenda social.

O tema é objeto de preocupação de literaturas específicas, como, por exemplo, a de Análise de Política Externa (APE) ou Foreign Policy Analysis (FPA), que reforçará essa ideia ao apontar que o fato de esses governos terem sido marcado por uma agenda doméstica calcada em políticas públicas de viés social ajudou a impulsionar uma política externa voltada também para a implementação de tais programas em países aliados. Nessa dinâmica é importante ressaltar, tanto no plano doméstico quanto no externo, a audiência em relação aos avanços alcançados com a ajuda dos programas sociais. Ou seja: esses êxitos, ao mesmo tempo em que se mostram elemento de projeção regional e global desses países, constituem-se como ferramenta de legitimidade dentro de casa, onde tanto partidários quanto opositores dificilmente questionam a importância de tais políticas sociais[38].

Nesse contexto, observa André Medici[39], "nas últimas três décadas, a incorporação progressiva de direitos sociais como parte dos atributos de

[38] Enquanto em países que levaram adiante programas sociais, como Venezuela, a oposição não se atreve a questionar a importância de tais políticas públicas ou a necessidades das mesmas, no Brasil o senador Aécio Neves, por exemplo, havia deixado clara a importância da continuidade do Bolsa Família se seu partido opositor, o PSDB, viesse a conquistar a Presidência da República nas últimas eleições, em 2014.

[39] MEDICI, André (2011). **Propostas para Melhorar a Cobertura, a Eficiência e a Qualidade no Setor Saúde** em BACHA, E. L. e SCHWARTZMAN, Simon (org). **A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LTC.

cidadania, tem sido uma constante nas reformas constitucionais da América Latina (MEDICI, 2011)" e tem se apresentado como pano de fundo para políticas sociais que incorporam direitos de acesso como saúde, educação e proteção financeira para os mais pobres não protegidos por políticas bismarckianas voltadas para o mercado de trabalho. Países como o Brasil, ele lembra, têm declarado que o direito à saúde é um dos que devem ser garantidos pelo Estado. Mas como e para quem fazê-lo? Uma vez que há desigualdade social, em tese, o benefício deve ser dado aos mais pobres, que mais necessitam. No entanto, devido à desigualdade social e ao elevado número de pobres que persiste na região, quando se fala em benefício em países na América Latina o autor defende que se fale sobre um tipo universal, que deve atingir quase todos, se não todos. Um tipo de política social de princípio universalista, portanto, que deveria dialogar diretamente com a garantia prevista na Declaração Universal dos Direitos Humanos[40], cujo segundo artigo prevê:

> "Todo homem tem direito a um padrão de vida adequado para a saúde e o bem-estar de si mesmo e de sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle".

Calcados, então, na ideia de que alguns direitos são inalienáveis, o governo brasileiro, o venezuelano e o boliviano buscaram priorizar em suas bandeiras aspectos sociais dentro de casa que, de certa forma, tiveram protagonismo em sua política externa, que acabava por refletir, assim, seus próprios planos de governo e suas políticas públicas. Essa transposição do plano doméstico para o externo definida por uma complexa interação entre elementos dentro dos processos domésticos é abordada pela literatura da chamada "segunda geração" de política

[40] Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: http://www.un.org/en/documents/udhr/

externa, cujo arcabouço teórico de autores como Neack et al. (1995)[41] não será foco deste trabalho. Tal teoria, no entanto, é interessante como forma de ilustrar de que maneira processos decisórios em política doméstica ajudam a explicar a formulação da política externa.

De todo modo, não seria exagero enxergar a abordagem desses governantes como "nova", uma vez que essa preocupação com aspectos sociais na política externa parece não ser a marca de gestões que os antecederam. A partir disso, então, a prioridade dada por esses governos a questões sociais na arena doméstica fez com que no plano externo eles buscassem se aliar a atores que priorizassem questões semelhantes – tanto dentro como fora de casa. No âmbito regional, tais alianças, veremos adiante, são marcadas por laços de integração que se baseiam não apenas em aspectos econômicos, mas também sociais, seja em acordos de cooperação mais amplos ou apenas naqueles para a implementação de programas sociais.

[41] NEACK, Laura; HEY, Jeanne A.K.; HANEY, Patrick J. (1995). **Foreign Policy Analysis – Continuity and Change in Its Second Generation**. New Jersey: Prentice Hall.

2.2. Novos atores na diplomacia regional

A ideia de que a política externa deve levar em conta elementos e princípios da política doméstica faz parte de um conceito ainda mais amplo, que trata a política externa como política pública. Em *A Política Externa Brasileira em Tempos de Novos Horizontes e Desafios*[43], as autoras Monica Hirst, Maria Regina Soares de Lima e Leticia Pinheiro lembram que mudanças constatadas na política exterior refletem mudanças das outras políticas públicas.

> "Da mesma forma que em outros campos de política pública do Brasil, o das relações exteriores mostra relevantes transformações nos anos recentes. (...) De fato, mais que responder a bandeiras partidárias, a política internacional do Brasil alargou como nunca sua ancoragem institucional com base na mobilização de múltiplas agências do Estado com agendas externa próprias ou complementares às linhas de ação do Itamaraty" (HIRST; LIMA; PINHEIRO, 2010).

No caso do Brasil, por exemplo, a descentralização do papel do Itamaraty ocorre paralelamente ao aumento da importância da pluralização de atores na diplomacia. Esse processo, no entanto, não mostrou-se exclusividade do quadro institucional brasileiro, mas também dos vizinhos que são objeto deste estudo (Venezuela, Bolívia e Cuba), que fizeram os acordos na área de saúde aqui estudados através de seus Ministérios da Saúde.

As relações Brasil e Venezuela, particularmente, mostraram terem ido além da diplomacia presidencial encarnada pelos presidentes Lula e Chávez. A abertura de escritórios do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), da Embrapa (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária) e da Caixa Econômica Federal em Caracas, além de agências da Caixa em cidades brasileiras na fronteira com a Venezuela,

[43]HIRST, Monica; LIMA, Maria Regina Soares de; PINHEIRO, Leticia. (2010). **A Política Externa Brasileira em Tempos de Novos Horizontes e Desafios**. Nueva Sociedad, dezembro.

indicam que o Brasil utilizou o país vizinho como um caminho para internacionalizar as instituições brasileiras em um processo de cooperação que vai além do aspecto econômico. O bilateralismo Brasil-Venezuela[44] serve, portanto, para ilustrar as relações orgânicas entre os outros Estados objetos deste estudo. Além das relações bilaterais entre Brasil, Venezuela, Bolívia e Cuba, vale lembrar, em termos regionais esses países priorizam a integração latino-americana, como mostram ao se tornarem membros de órgãos de fortalecimento regional, como a Celac (Comunidade dos Estados Latino-americanos e Caribenhos), a Alba (Aliança Bolivariana para as Américas) e a Unasul (União de Nações Sul-Americanas).

A linha tênue entre agenda doméstica e política externa pressupõe, portanto, a atenuação do insulamento de chancelarias antes autônomas e praticamente independentes quando da reformulação de política externa desses países. Como lembra Hirst (2011)[45], "observa-se de fato um processo de crescente e veloz 'internacionalização' de segmentos da estrutura estatal brasileira; a configuração de novos campos de interação externa por parte de agências ministeriais que se dão muitas vezes de forma autonomizada". Tal perspectiva, que é válida para explicar a política externa também dos outros países objetos deste estudo, abre um caminho para o acompanhamento crítico de um novo campo de estudos em Relações Internacionais e cria condições para um "monitoramento analítico", observa.

Milani e Pinheiro (2011) [46] dirão, ainda, que as relações internacionais na atualidade englobam um leque mais amplo de questões, como meio ambiente, direitos humanos, educação, saúde e cultura, que

---

[44] BARROS, P. S. (2013). **Agenda de Pesquisa da Missão do Ipea na Venezuela**. Campinas: Leituras de Economia Política, Vol. 21.

[45] HIRST, Monica (2011). **Prefácio** Em: MILANI, Carlos R.S.; PINHEIRO, Leticia. (orgs.) **Política Externa Brasileira – A Política das Práticas e as Práticas da Política**. Rio de Janeiro: Editora FGV.

[46] MILANI, Carlos R.S.; PINHEIRO, Leticia. (2011). **Política Externa Brasileira – A Política das Práticas e as Práticas da Política**. Rio de Janeiro: Editora FGV.

"demandam conhecimentos e *expertises* particulares, como também implicariam, de forma cada vez mais densa e institucionalizada, uma diversidade de atores agora envolvidos em inúmeros assuntos internacionais". Seriam eles: empresas, organizações não governamentais, meios de comunicação social, movimentos sociais, organismos públicos da esfera municipal ou estadual, agências de cooperação, que passaram a atuar de maneira mais orgânica e articulada, "agindo em muitas ocasiões à revelia do próprio Estado" – ou do Ministério das Relações Exteriores como formulador de política externa e, a priori, defensor dos interesses do Estado.

Uma das conclusões à qual chegam os autores é a de que hoje é inegável a conexão entre problemas internacionais e de natureza doméstica. Não seria demais, portanto, imaginar a política como um só corpo, apresentando, assim, certa continuidade entre o plano nacional e o internacional. Assim, no que pode ser considerada uma espécie de "oxigenação" no campo da política externa, temas antes restritos ao debate interno, na esfera das políticas públicas, são identificados como instrumento de política externa. Nesse universo, novos atores protagonizam o processo. No caso da política externa de direitos humanos, lembra Milani (2011)[47], atores clássicos da política externa passaram a ter de se acostumar com a companhia de "burocratas do setor da saúde (ou da cultura, da educação, do desenvolvimento agrário etc.), de deputados e senadores (e seus assessores legislativos), prefeitos e governadores, operadores econômicos, líderes de ONGs, movimentos sociais, organismos da mídia e personalidades da academia", dentre outros. No estudo aqui presente, no entanto, iremos focar na atuação dos atores do setor de saúde, em especial os ministérios.

A saúde, inclusive, por ser um setor com imensos obstáculos na América Latina talvez exija um esforço mútuo entre política doméstica e política externa, fazendo com que as fronteiras entre essas sejam cada

[47] MILANI, Carlos R.S.; PINHEIRO, Leticia. (2011). Obra citada acima.

vez mais porosas. Afinal, conforme lembram Buss e Ferreira (2011)[48],

> "os chamados países de renda baixa e média (...) apresentam sérias limitações de governança e têm baixa capacidade de formular e implementar políticas de saúde capazes de satisfazer as necessidades de suas populações. Seus sistemas de saúde são geralmente precários, fragmentados, subfinanciados e carentes dos recursos tecnológicos básicos para oferecer assistência à saúde e medidas de saúde pública adequadas às necessidades da população. Além disso, os profissionais de saúde são escassos, pouco capacitados e subremunerados, situação agravada pela migração de pessoal de saúde, especialmente de países em desenvolvimento para países desenvolvidos. Em síntese, os sistemas de saúde da maioria dos países pobres têm tido muitas dificuldades para atender às necessidades de suas populações (BUSS; FERREIRA, 2011)".

A capacidade de trânsito de temas como a saúde entre as arenas domésticas e externa, portanto, mostra que a política externa (aliada a novos atores não habituais) pode ser entendida e analisada como política pública, como o são as políticas públicas domésticas. O interessante desse processo é que uma vez que a política externa passa a afetar mais diretamente a população, "um grupo cada vez mais amplo de cidadãos tende a se interessar pelas decisões tomadas nesse âmbito do governo e, além disso, a demandar maior transparência nas ações de política externa (*constituencies*)" (MILANI, 2011).

[48] BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. (2011). Obra citada acima.

2.3. Regionalismo e agenda social

Dentro do processo em que elementos da política doméstica passam a compor a agenda de política externa – ao que parece não apenas do Brasil, mas também de países objetos deste estudo como Venezuela, Bolívia e Cuba –, o que se nota é um processo de formulação de política externa que leva em conta temas de políticas públicas e, consequentemente, a preocupação em cooperar em temas e áreas pensados dentro da formulação de política doméstica, como o social, o militar, o tecnológico e o político, indo além de acordos econômicos internacionais (LIMA, 2013)[49].

Essa nova agenda internacional e a forma como ela marca as relações regionais é definida por autores como Lima (2013) como regionalismo, ou seja, um processo de integração que busca fazer das relações regionais uma ferramenta também de promoção do desenvolvimento social. Não seria exagero enquadrar o processo de integração ao qual assistimos nos últimos anos na América Latina, portanto, dentro do conceito de regionalismo aqui explicitado. O chamado regionalismo, como observa Lima (2013)[51], dista do modelo de integração apresentado, por exemplo, pela União Europeia, uma vez que impõe como desafio a tarefa de adaptar o conceito de integração à realidade atual: "Estabelecer as bases conceituais do regionalismo sul-americano e talvez até mesmo esquecer o próprio conceito de integração, se este último for definido apenas como redução ou eliminação da livre troca de bens, serviços, capitais e indivíduos".

Assim, enquanto integração (como a que vigora em blocos consolidados há décadas, como a União Europeia, por exemplo) diz mais respeito ao aspecto econômico, regionalismo significa cooperação em outras áreas:

---

[49] LIMA, Maria Regina Soares de. (2013). Idem.

[51] LIMA, Maria Regina Soares de. (2013). Ibdem.

> "Em suma, integração pressupõe a formação de um espaço econômico integrado e coordenação regional de políticas públicas. O regionalismo, por outro lado, implica processos de cooperação em áreas diversas, militar, política, econômica, energia, técnica, e reflete prioridades de política externa, sendo relevante a dimensão geoestratégica. O regionalismo, ao contrário dos processos de integração, tem objetivos bem menos ambiciosos e, por ser uma dinâmica majoritariamente intergovernamental, envolve graus muito variados de coordenação de políticas governamentais e quase nenhuma delegação de soberania, a não ser no que diz respeito à coordenação específica das questões em negociação" (LIMA, 2013).

A diferenciação feita pela autora reforça o argumento, portanto, de que a cooperação protagonizada por esses vizinhos latino-americanos se enquadra nesse conceito de regionalismo. Dentro de um novo paradigma de integração, a América do Sul passa, então, a "experimentar significativa mudança de orientação política e ideológica com a chegada desses governos, também diversos entre si, mas com uma orientação semelhante no que diz respeito à superação do dogma neoliberal, o retorno da coordenação econômica estatal e da visão desenvolvimentista ajustada às restrições do capitalismo globalizado"[52]. Uma realidade onde a prioridade, portanto, seria o desenvolvimento – não apenas econômico, mas também social e político, com foco no fortalecimento das instituições regionais, como, por exemplo, a Unasul.

Neste sentido, o próprio Mercosul (Mercado Comum do Sul) poderia ser visto como um órgão de integração formal cujas demandas acabaram se enquadrando no modelo de regionalismo ao qual assistimos hoje. Conforme lembra Martins (2015)[53], "a maioria dos países sul-americanos caminhou na direção de uma convergência das políticas sociais centradas no maior protagonismo do Estado como elemento articulador da oferta dos serviços públicos". Desse modo,

---

[52] LIMA, Maria Regina Soares de. (2013). Ibdem.

[53] MARTINS, J. R. V. (2015). **Mercosul: A Dimensão Social e Participativa da Integração Regional**. Em DESIDERÁ, Walter (org). **O Brasil e as Novas Dimensões da Integração Regional**. Rio de Janeiro: Ipea.

> "combater a fratura social passou a ser considerado não só como um imperativo de maior justiça social, mas também como um fator de crescimento econômico e inserção internacional, em um mundo cada vez mais competitivo e complexo (...) Expandiram-se as parcerias entre governos locais e organizações da sociedade civil e foram recuperados os vínculos entre crescimento econômico, proteção social, direitos do cidadão e participação da sociedade civil. Os programas sociais foram ampliados e passaram a contar com um envolvimento efetivo da sociedade e do cidadão, entendido agora como sujeito de direitos" (MARTINS, 2015).

A aprovação do Plano Estratégico de Ação Social do Mercosul (Peas) (ISM, 2012), ele lembra, demonstra o novo enfoque e seu desdobramento. Segundo o autor, o giro para o Mercosul Social teve início muitos anos mais tarde, e foi determinado pela chegada ao poder dos governos de esquerda e centro-esquerda que se colocaram à frente dos países integrantes do bloco. "Foram então criados dois novos órgãos: a Comissão de Coordenação de Ministros de Assuntos Sociais do Mercosul (CCMASM), responsável por articular as áreas de governo que atuam direta ou indiretamente nos temas sociais do Mercosul, e o Instituto Social do Mercosul (ISM), ao qual compete subsidiar tecnicamente as políticas sociais do bloco", lembra.

Na área da saúde, por exemplo, o bloco ocupa-se de temas como propriedade intelectual, produção e acesso aos medicamentos, sistemas de saúde universais, garantia da inclusão de populações nas políticas de saúde, vigilância sanitária regional de doenças transmissíveis, política de saúde nas fronteiras, e o fortalecimento da atenção primária nos países-membros.

Outras instâncias parecem estar seguindo caminhos semelhantes frente à urgência de novos temas e ascensão de novos atores como protagonistas de política externa regional. No caso da Unasul, houve a criação da Unasul Saúde (BUSS; FERREIRA, 2011)[54], que abriga os 12

[54] BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. (2011). **Brasil e Saúde Global**. Em: PINHEIRO, Leticia e MILANI, Carlos R.S. (orgs.) **Política Externa Brasileira – A Política das Práticas e as Práticas da Política**. Rio de Janeiro: Editora FGV.

países da América do Sul antes sob dois principais blocos: o Mercosul e a Comunidade Andina. Sua agenda prevê a elaboração da política sul-americana de vigilância e controle de eventos em saúde, ante um "escudo epidemiológico sul-americano"; desenvolvimento de sistemas universais de saúde; promoção do acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e desenvolvimento do complexo produtivo da saúde na América do Sul; promoção da saúde e enfrentamento conjunto de seus determinantes sociais; capacitação de recursos humanos em saúde. Os casos a serem estudados, no entanto, se dão fora da esfera do Mercosul e da Unasul, ficando mais restritos a cooperações bilaterais.

Retomar tais iniciativas se faz relevante, no entanto, uma vez que a "cooperação Sul-Sul[55], também conhecida como cooperação horizontal ou cooperação entre países em desenvolvimento, é o processo de parceria econômica, comercial, social ou de outra natureza que se estabelece (idealmente), trazendo vantagens mútuas para os países em desenvolvimento parceiros, geralmente localizados no Hemisfério Sul", lembra o autor. Com capacidade de intervir na política internacional, os protagonistas da cooperação Sul-Sul passaram, por exemplo, "a fazer investimentos econômicos produtivos, e em cooperação, em suas regiões ou em países africanos e asiáticos mais pobres, utilizando-se basicamente do chamado "poder brando" (*soft power*) diplomático (NYE, 1990), isto é, recursos de pessoal e tecnologias apropriadas na cooperação com países menos desenvolvidos, em vez dos tradicionais mecanismos de coerção política ou *manu militari* para impor sua presença", lembram os autores. Tal aspecto seria um dos ganhos decorrentes da promoção dessa agenda social para com países vizinhos, como veremos adiante.

Ao centrar o olhar para os desafios que estão porvir à região,

[55] **Decreto Nº 7.917, de fevereiro de 2013**. Presidência da República do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7917.htm

convém retomar Draibe e Riesgo[56] que atentam para o caráter reativo ao neoliberalismo nesse tipo de integração. Hoje, alertam os autores, a região está frente a escolhas de novos paradigmas de crescimento econômico e de desenvolvimento social, contextualizadas por uma crescente recusa do modelo neoliberal, com raízes em movimentos sociais e políticos e expressos nos resultados eleitorais da primeira década do milênio. Em termos regionais "a argamassa fundamental de um projeto desta magnitude (regional) teria de abarcar um novo contrato social, baseado em um moderno Estado de Bem-Estar, capaz de impulsionar a coesão social regional e estabelecer as bases de uma cidadania além-fronteiras". Um modelo ainda em gestação pelos governos de esquerda na América Latina, cuja cooperação na área de saúde é uma de suas principais apostas.

[56] DRAIBE, Sônia M.; RIESGO, Manuel (2011). **Estados do Bem-Estar Social e estratégias de desenvolvimento na América Latina. Um novo desenvolvimento em gestação?** Sociologias, Ano 13, Nº 27.

3. O MODELO DE SAÚDE CUBANO: IDEOLOGIA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

As origens do tipo de integração ao qual presenciamos, que carrega um caráter social para a promoção do que vimos definido por regionalismo, não são novas. É preciso reconhecer que elementos como solidariedade e direitos sociais já constavam na pauta da agenda de política externa e cooperação de alguns países. O exemplo mais ilustrativo para este estudo talvez seja o de Cuba.

Dona do Ministério de Saúde mais antigo do mundo, que data de 1909[57], Cuba tem em seu modelo de saúde diversos princípios que ancoram seu sistema público, como as de que seus serviços devem alcançar toda a população por igual e de que terão como norte a ação preventiva. Um fundamento em especial, no entanto, chama atenção e o distingue de outros ministérios de saúde do mundo: o de que "a solidariedade internacional será prática dos serviços de saúde" (MARIMÓN TORRES; MARTÍNEZ CRUZ, 2008). Assim, a assistência feita através do envio de médicos cubanos para outros países é uma prática que existe há mais de 50 anos e tem sido uma constante desde os anos 1960, quando a primeira brigada médica cubana foi enviada com urgência ao Chile, que havia sido atingido por um terremoto que deixou cerca de 2 mil mortos e 3 mil feridos.

Depois do Chile, muitas outras equipes médicas cubanas foram mandadas a diferentes países e regiões, como a brigada internacional enviada em 23 de maio de 1963 para a Argélia, que contava com 55 colaboradores. No continente africano, inclusive, mais de 30 países[58] recorreram a esse tipo de cooperação por parte de Cuba.

Para os médicos cubanos Nestor Marimón Torres e Evelyn Martínez

---

[57] MARIMÓN TORRES, Nestor; MARTÍNEZ CRUZ, Evelyn (2008). **Evolución de la colaboración médica cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública.** Havana: Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 36, Nº 3.

[58] Informações da Unidad Central de Cooperación Médica, subordinada ao Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Cruz [59] , essas missões expõem de forma clara "a solidariedade internacional do sistema cubano de saúde pública e seu fundamento ético, profundamente humanista (...) não como incentivo de relações comerciais ou venda de serviços". Nesse sentido, eles lembram, ao longo de quase cinco décadas, 134.849 médicos cubanos foram enviados para ajudar 108 países em diferentes situações emergenciais.

Vale ressaltar, no entanto, que o tipo de cooperação ao qual assistimos entre Cuba e os países vizinhos objetos deste estudo difere um pouco da assistência fornecida através de brigadas médicas enviadas em decorrência situações emergenciais, de desastres naturais ou mesmo quando da ocorrência de epidemias em outros países. Aos vizinhos regionais objetos desta pesquisa, os profissionais cubanos são enviados para suprir uma necessidade imediata de escassez de profissionais em regiões de maior vulnerabilidade, como municípios mais pobres do interior ou mesmo nas periferias dos grandes centros urbanos, como veremos mais adiante.

Apesar de ganhar importância antes mesmo da Revolução Cubana, a partir de 1959, quando ascende ao poder como primeiro-ministro Fidel Castro, o sistema de saúde cubano também sofre transformações importantes, como a redução dos preços dos medicamentos, a criação do serviço Médico Social Rural, campanhas epidemiológicas recorrentes e a ênfase no ensino superior de medicina, que permitiram a Cuba a consolidação de seu Sistema Nacional de Salud único ao longo das décadas de 1960 e 1970, assim como o desenvolvimento de alta tecnologia médica responsável por impulsionar pesquisas e o desenvolvimento do modelo de Atenção Primaria del Médico e Enfermera de la Família na década de 1980. Essa consolidação, ressaltam Marimón Torres e Martínez Cruz[60], tem como base alguns princípios do sistema de saúde cubano que são:

"La salud es un derecho de la población.

[59] MARIMÓN TORRES, Nestor; MARTÍNEZ CRUZ, Evelyn (2008). Obra citada acima.

[60] MARIMÓN TORRES, Nestor; MARTÍNEZ CRUZ, Evelyn (2008). Idem.

> La salud de la población es responsabilidad del Estado.
> Los servicios de salud alcanzan toda la población por igual.
> Las prácticas de salud tendrán una sólida base científica.
> Las acciones de salud tendrán una orientación preventiva.
> La participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud.
> La solidaridad internacional será práctica de los servicios de salud"[61].

O princípio de solidariedade não apenas doméstica, mas também internacional, portanto, é uma das características particulares do sistema de medicina cubano. Vale ressaltar que, ao longo de 49 anos, dos mais de 130.000 médicos enviados a mais de 100 países, 79.717 atuaram em missões emergenciais em países das Américas. Um tipo de colaboração, portanto, que pode ser entendida como um eixo importante da política externa cubana na região. Afinal, essa se desenvolverá a partir de acordos entre os governos centrais e locais, sem fins lucrativos e, "por sua natureza institucional, tenta beneficiar o maior número de população possível e se desenvolver nas zonas mais remotas e postergadas"[63]. Soma-se a isso o fato de o próprio governo cubano enxergar seus médicos como "soldados internacionalistas", como comprova o discurso de Fidel Castro, em artigo de 2008[64]:

> "Os médicos e os demais profissionais e técnicos de saúde cubanos constituem uma força excepcional. Nenhum país conta com algo similar; assim como os soldados internacionalistas de nossa ilha, se formaram no combate. Suas missões no exterior se atêm a rigorosas normas éticas. Seus serviços se prestam gratuitamente ou se comercializam segundo as circunstâncias do país receptor. Eles não são exportáveis."

---

[61] Delgado García G. Centenario del Ministerio de Salud Pública de Cuba (1909- 2009). Coloquio por el centenario del Ministerio de Salud Pública de CubaLa Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana;2009.

[63] MARIMÓN TORRES, Nestor; MARTÍNEZ CRUZ, Evelyn (2008). Ibdem.

[64] Artigo publicado em 2 de março de 2008 no periódico Trabajadores. Disponível em: http://www.trabajadores.cu/reflexiones-de-fidel-castro/los-cristianos-sin-biblias-1

Um outro componente importante dentro do sistema de saúde cubano para a América Latina diz respeito à formação médica. Paralelamente à presença de profissionais de saúde em países estrangeiros, priorizou-se em Cuba uma estratégia de formação de recursos humanos no campo da saúde dirigido a cidadãos dessas nações (BELDARRAÍN CHAPLE, 2006)[65]. A Escola Latinoamericana de Medicina (ELAM), em Havana, por exemplo, oferece formação gratuita e possui estudantes de 24 países, sendo 19 dos vizinhos latinoamericanos, quatro africanos, além dos Estados Unidos. Do total de 8.591 matriculados entre 2003 e 2004, 515 eram venezuelanos, 333 bolivianos e 282 brasileiros. Além da ELAM, há a Escola Caribeña de Medicina, em Santiago de Cuba, que já formou estudantes haitianos e africanos, e outras faculdades de medicina menores na ilha, cujo objetivo central é "formar jovens médicos que, uma vez graduados, irão trabalhar em comunidades rurais de difícil acesso e de baixa renda em seus respectivos países"[66]. Os alunos escolhidos, inclusive, são aqueles provenientes de comunidades de difícil acesso geográfico, mais carentes e para onde, espera-se, regressarão depois de graduados para exercer a atenção médica aprendida em Cuba.

Além da atuação de profissionais estrangeiros formados em Cuba em seus países de origem, o governo cubano mantém centenas de profissionais de saúde cubanos atuando no ensino de medicina de outros países. Entre 1963 e 2003, por exemplo, foram cerca de 67.609 colaboradores em 94 países. Nesse mesmo período, o Ministério de Saúde Pública cubano colaborou com a criação de nove faculdades de medicina em diferentes países e trabalhou na educação médica em 37 faculdades. Esse movimento continuou, sendo que em 2004 havia 22.474 colaboradores cubanos em 68 países, sendo 163 professores em 20

---

[65] BELDARRAÍN CHAPLE, E. (2006). **La Salud Pública en Cuba y su Experiencia Internacional (1959-2005)**. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Vol. 13, Nº 3.

[66] BELDARRAÍN CHAPLE, E. (2006). Obra citada acima.

faculdades de medicina de 15 diferentes nações[67].

O histórico da cooperação cubana na área de saúde a nível internacional pode ser dividido em três diferentes etapas, segundo Marimón Torres e Martínez Cruz (2008). O primeiro momento diz respeito ao período entre as décadas de 1960 e 1980, para países marcados por movimentos de liberação da África e na América Central, como Argélia, Angola, Etiópia e Nicarágua. O segundo refere-se à década de 1990, quando eventos externos afetaram profundamente a economia cubana, como o fim da União Soviética e o embargo econômico imposto por Washington à ilha. Ao final dos anos 1990 e início dos 2000, no entanto, esse tipo de cooperação internacional retoma fôlego e é acionada frente a desastres naturais na América Central, África e Pacífico. Esse é também o período de criação da ELAM, assim como do nascimento de um novo tipo de cooperação na América Latina, marcada pela ascensão de governos de esquerda em países como Venezuela, Bolívia e Brasil, e pelo advento da criação da Alba[68].

Nesse sentido, ressalta Beldarraín Chaple[69], uma variante de colaboração que merece atenção e representa um novo marco no que se refere à "solidariedade internacional" do sistema de saúde público cubano é a colaboração para tratamento e cirurgias oftalmológicas, como os programas Misión Milagro e Operación Milagro. No desenho deles, médicos cubanos são enviados para a Venezuela e para a Bolívia, respectivamente, para atuar em clínicas oftalmológicas para atender a populações de baixa renda com problemas nos olhos. Importante lembrar, no entanto, que o Misión Milagro tem início em 2004, enquanto o Operación Milagro dá início às atividades na Bolívia em 2006. Uma outra diferença merece ser

[67] BELDARRAÍN CHAPLE, E. (2006). Idem.

[68] Vale lembrar que a plataforma de cooperação internacional é baseada na ideia da integração social, política e econômica entre os países da América Latina e do Caribe e surge como uma reação a acordos de livre comércio como a Alca (Área de Livre Comércio das Américas), proposta de mercado comum defendida pelos EUA na década de 1990.

[69] BELDARRAÍN CHAPLE, E. (2006). Ibdem.

ressaltada: enquanto o programa venezuelano tem como contrapartida a cooperação energética Petrocaribe[70], que prevê compra de petróleo venezuelano por países caribenhos em condições de pagamento preferencial, o caso boliviano não apresenta um favorecimento econômico aparentemente vultoso em troca da ajuda via médicos bolivianos.

Caballero González et al. (2015)[71] observam, por sua vez, que o programa Mais Médicos para o Brasil representa uma nova modalidade de colaboração cubana no exterior. Com o objetivo de resolver de maneira imediata a carência de profissionais de medicina no Brasil com especial foco no nível primário de atenção na saúde, o programa possui 11.400 profissionais cubanos de um universo de 14.000 médicos requisitados. Diferentemente de médicos brasileiros e de outras nacionalidades contratados individualmente, os profissionais cubanos são escolhidos para o programa via um acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde. A inserção de todos os participantes, entretanto, se faz através de um projeto de aprendizagem e adequação ao exercício da profissão no Brasil, comprovado por um certificado temporário que restringe o médico a atuar apenas dentro da atenção básica na localidade para a qual foi eleito dentro do programa, como veremos com mais detalhes adiante.

Em todos os exemplos citados acima assim como nos casos estudados, o que se pode comprovar é que a expertise em atenção básica e o caráter internacionalista dos profissionais de saúde cubanos foram motivos fortes para que países como Brasil, Venezuela e Bolívia escolhessem por trazê-los para atuar em seus países.

---

[70] A aliança foi lançada em junho de 2005 pelo então presidente venezuelano, Hugo Chávez, e permite que as nações do Caribe comprem até 185.000 de petróleo por dia a preços preferenciais.

[71] CABALLERO GONZÁLES, José Emilio; LUNA MORALES, Estela Cristina; DELGADO RAMOS, Ariel (2015). **Proyecto "Mais Médicos para Brasil": Nueva Modalidad de Colaboración Cubana en el Exterior**. Santa Clara: Revista EDUMECENTRO, Vol.7, N°.1.

3.1. A cooperação Cuba-Venezuela: o início de uma onda a ser difundida

O caráter internacionalista da saúde em Cuba encontrou um terreno fértil nos laços ideológicos entre Fidel Castro e Hugo Chávez. Dono de uma retórica anti-imperialista, Chávez aproximou-se do governo cubano, em especial de Fidel, a quem via como uma espécie de mentor político, em contraposição à política doméstica e também externa norte-americana.

O discurso de Chávez voltado ao aspecto social, portanto, traduziu-se na criação de diversos programas sociais e instituições responsáveis por seu acompanhamento, como visto anteriormente. Carente de um Estado de Bem-Estar social consolidado, a Venezuela sob Chávez buscou reduzir a desigualdade e ampliar o leque de benefícios focados na justiça social, com vistas às Metas do Milênio. Para o governo, portanto, as missões refletem um "novo conceito de Estado" e responderam ao longo de 13 anos (período em que Chávez esteve no poder) por um aumento dos gastos na área social que diz respeito a 62,5%[73] do total do orçamento (ingresso) público.

Nesse universo, alguns programas sociais se mostraram eficientes e permanecem até hoje, como o Misión Barrio Adentro e o Misión Milagro, que contam com profissionais de saúde cubanos e são vitrines da prioridade dada à política social na Venezuela a partir de Chávez. Segundo estatísticas oficiais[74], enquanto o Barrio Adentro realizou 780.353.000 consultas, salvou mais de 1.700.000 vidas e conta com mais de 10.187 estabelecimentos de saúde em todo o país, o Misión Milagro contabilizou mais de 1.921.912 intervenções oftalmológicas, atendendo tanto venezuelanos quanto estrangeiros na Venezuela.

Para entender melhor como elas foram construídas e em que medida

[73] **Las Misiones Sociales**. Relatório de agosto de 2014 sobre os programas sociais na Venezuela. Disponível em: http://www.misionmilagro.gob.ve/documentos/misiones.pdf

[74] **Las Misiones Sociales**. Documento citado acima.

o tipo de política externa da Venezuela em relação a Cuba foi fundamental para a cooperação entre os países, retomemos as raízes dessa parceria. As origens da presença de médicos cubanos em território venezuelano têm início com um episódio marcante na história recente do País. Em 1999, a chamada Tragédia de Vargas[75], quando deslizamentos de terra deixam milhares de mortos e desaparecidos do Estado de venezuelano de Vargas, profissionais de Cuba foram designados para ajudar a atender a população prejudicada pelos deslizamentos de terra, o que foi aceito pelo governo venezuelano prontamente. No fim daquele ano, com a aprovação da Constituição de 1999 – batizada de Constituição da República Bolivariana da Venezuela –, passa-se a ter a provisão de saúde para toda a população como direito a ser garantido pelo Estado, de acordo com os artigos 83 e 84 da Carta. No entanto, a Venezuela enfrentava um problema que não é incomum na América Latina: a falta de médicos para atender a populações em áreas vulneráveis do país. De acordo com o médico Antonio Torres[76], coordenador nacional do Programa de Medicina Integral Comunitária da Venezuela, com a aprovação da nova Constituição, a prefeitura do município de Libertador, do Distrito Capital, onde está a capital Caracas, faz um convênio com o governo cubano para "importar" médicos de Cuba para as comunidades carentes da metrópole temporariamente. A ideia acabou agradando o governo federal, que argumenta sobre a necessidade desses profissionais não apenas na capital, mas em todo o país.

Formalmente, o primeiro acordo[77] entre os governos cubano e venezuelano é assinado em 13 de outubro de 2000. Com o intuito de

[75] No que ficou conhecido como o pior desastre natural da Venezuela, o deslizamento de uma parte das montanhas próximas a Caracas deixou entre 10.000 e 50.000 mortos. Não há cifras oficiais.

[76] Segundo Antonio Torres, coordenador nacional do Programa de Medicina Integral Comunitária da Venezuela, em entrevista concedida em 30 de julho de 2014, em Caracas.

[77] **Convênio Integral de Cooperação Cuba-Venezuela.** Caracas: 30 de outubro de 2000. Disponível em: http://www.embajadacuba.com.ve/cuba-venezuela/convenio-colaboracion/

fortalecer os laços entre os países, assim como a integração entre a América Latina e o Caribe, o acordo prevê em seu terceiro artigo o fornecimento de "bens e serviços que compreendem assistência e assessorias técnicas provenientes de entes públicos e privados, assim como o fornecimento de petróleo bruto e derivados de petróleo, até um total de 53.000 barris diários" por parte da Venezuela. Em troca, segundo o quarto artigo do documento, Cuba é responsável por oferecer gratuitamente à Venezuela "serviços médicos, especialistas e técnicos de saúde para prestar serviços em lugares onde não se dispõe desse pessoal". Além disso, os médicos especialistas e técnicos cubanos devem, segundo o acordo de cooperação, "oferecer gratuitamente treinamento ao pessoal venezuelano de diversos níveis" conforme o solicitado pelas autoridades. A parte venezuelana fica responsável por cobrir gastos com moradia, alimentação e transporte interno, enquanto Cuba administra o pagamento de salários para os profissionais cubanos, assim como a atenção adequada aos familiares desses na ilha.

Esse tipo de atenção centrada no atendimento básico em áreas mais periféricas ou de difícil acesso foi o pilar fundamental do que em 2003 batizou-se de Misión Barrio Adentro. Neste programa social, médicos cubanos atuam em consultórios e ambulatórios dentro das comunidades, com foco na prevenção e na atenção primária. Na primeira fase da missão, foram construídos 6.576 consultórios populares e sem acesso ao sistema de saúde, tanto em zonas urbanas quanto rurais. Segundo cifras do governo venezuelano[78], foram envolvidos mais de 18.000 médicos, dentistas, enfermeiros e sanitaristas cubanos, acompanhados de 7.477 venezuelanos capacitados para ajudá-los, 2.383 dentistas, 986 médicos especialistas em medicina integral e 1.874 profissionais responsáveis por vacinar. Ainda na chamada primeira fase da missão, houve a instalação de uma rede de mais de 10.000 módulos de atenção primária distribuídos em todo o território venezuelano. Ao final de 2012, foram contabilizadas mais de 69 milhões de consultas gratuitas.

[78] **Las Misiones Sociales**. Idem.

A chegada de médicos cubanos para trabalhar no sistema de saúde público venezuelano, no entanto, esteve envolto em disputas e resistência por parte dos profissionais de saúde da própria Venezuela. Segundo Torres, apesar de os médicos formados na Venezuela tradicionalmente não estarem dispostos a trabalhar em áreas mais vulneráveis e buscarem se desenvolver profissionalmente nas capitais e em consultórios e hospital privados, entidades médicas se opuseram à contratação dos profissionais cubanos. Os argumentos eram diversos. Iam desde o que a missão não tinha aparato constitucional ao que os médicos cubanos eram milicianos ou enfermeiros e não médicos com a formação adequada. "Queriam criticar o melhor sistema de saúde que temos na América Latina. Enquanto a população das comunidades dizia: 'O que acontece com vocês? Se não querem nos atender, deixar eles (os cubanos) cuidarem de nós'", conta Torres, ao lembrar que os profissionais cubanos se acomodaram nas áreas periféricas e de maior vulnerabilidade no interior do país depois de um chamado por médicos venezuelanos que não logrou alcançar a quantidade de médicos necessária que essas regiões demandavam.

Atualmente o programa hoje está em 205 e 235 municípios da Venezuela, que conta com um total de 10.000 médicos cubanos atuando em seu território. Eles se dividem entre a prevenção e diagnóstico feitos pelo Barrio Adentro e também em outros programas como o Misión Sonrisa (de saúde bucal) e o Misión Milagro. Os hospitais responsáveis por cirurgias oftalmológicas do programa são mantidos com o dinheiro do governo venezuelano.

A cooperação na área de saúde com foco na atenção básica em localidades mais vulneráveis, entretanto, evidenciou outra necessidade: a da formação de médicos venezuelanos com essa mesma orientação. Passa-se, a partir de 2004, a fazer uma formação prática dos estudantes de medicina dentro das comunidades ou municípios contemplados pelas *misiones*. A ideia de trabalhar fora do hospital advém do diagnóstico de que muitas das doenças, como gastroenterite, pneumonia, alergia e

desnutrição, os primeiros sinais não chegam aos hospitais e acabam evoluindo dentro da própria comunidade. Os pacientes, geralmente, chegam com a doença em estágio avançado no hospital, quando poderiam ter freado a enfermidade se tivessem recebido um diagnóstico prévio. Esses médicos, que se formam dentro do chamado Programa de Medicina Integral Comunitária (com foco na atenção básica), portanto, são treinados para oferecer serviços dentro da comunidade, antes de a doença avançar, de modo que diminuam as internações ou tratamento em hospitais. Até hoje, foram mais de 17 mil médicos formados pelo programa. "Temos governos de visão socialista. Com toda mudança que tem surgido no continente, nosso mandatários começam a dar maior ênfase ao aspecto social. Por isso surge uma série de cooperações nessa área. Cuba não tem a quantidade de petróleo que precisaria, então em vez de esse petróleo beneficiar a Venezuela com dinheiro, pode ser trocado em um vínculo para trazer médicos para atuarem no sistema de saúde primária", avalia Torres.

A etapa do programa em que se busca tirar os estudantes dos campi universitários para levá-los a ter contato com populações mal assistidas nas comunidades, a fim de promover o enfoque na prevenção também é conhecida como Barrio Adentro II. Nela, os estudantes passam a frequentar consultórios populares, além dos CDIs (Centros de Diagnóstico Integral), SRIs (Salas de Reabilitação Integral) e os CATs (Centros de Alta Tecnologia). Enquanto os CDIs seriam os primeiros a serem buscados por moradores dessas comunidades, os SRIs tratariam de doenças mais simples e corriqueiras, e os CATs funcionariam como hospitais gerais ou especializados em áreas como cardiologia, neurologia e oncologia. Foram construídos mais de 554 CDIs, 582 SRIs e 34 CTAs. Segundo cifras oficiais, houve um total de 332,6 milhões de consultas médicas realizadas, 74,3 mil intervenções cirúrgicas, 6,8 mil partos, 475,3 mil vidas salvas e mais de 19 milhões de pacientes em reabilitação[79]. Em 2013, o programa

[79] Segundo aquivos da Unidad Central de Colaboración Médica de Cuba.

contava com um total de 32.239 colaboradores, 11.653 médicos e 5.458 enfermeiros cubanos.

As próximas fases do programa preveem ainda a adequação de 160 hospitais no país, o fortalecimento da rede hospitalar já existente e a construção de uma rede de 16 novos centros de atenção, pesquisa e formação com alto nível de especialização.

Dentro da cooperação entre Cuba e Venezuela na área de saúde e atenção primária, uma modalidade merece destaque: a oftalmológica, que resultou no que se conhece por hoje como Misión Milagro[80]. Oficialmente, o programa de saúde oftalmológica tem início em 2004, quando venezuelanos com problemas nos olhos eram levados para serem operados nos hospitais cubanos. De acordo com cifras do governo, foram operados 176.000 pacientes venezuelanos. No ano de 2005, no entanto, o programa começa a ser levado para a Venezuela, incialmente com 26 centros distribuídos pelo país.

Em agosto desse mesmo ano, com a assinatura de um tratado entre Venezuela e Cuba que ficou conhecido por Compromisso de Sandino[81], busca-se ampliar o atendimento gratuito, com o objetivo de operar mais de 6 milhões de pacientes em todo o continente que sofressem de alguma doença oftalmológica em um período de dez anos. Desde então, venezuelanos e latino-americanos provenientes de outros países têm sido contemplados pelo programa. Dos pacientes atendidos, 90% são provenientes de comunidades ou rincões de pobreza do interior da Venezuela e 10% são estrangeiros, de países como Equador, Colômbia, El Salvador e República Dominicana. Até agosto de 2014, haviam sido realizadas 3.482.785 intervenções oftalmológicas na Venezuela, que conta com 1.231 optometristas (que diagnosticam e tratam doenças comuns como glaucoma, problemas na retina e catarata) cubanos e 18 centros oftalmológicos. O programa se espalhou e hoje existe em 12 países da

[80] **Las Misiones Sociales**. Idem.

[81] Nome como ficou conhecido o acordo de cooperação na área da saúde, que a partir de 2005 buscou aprimorar o atendimento em hospitais e clínicas na Venezuela.

América Latina, que contam com 51 centros oftalmológicos instalados por Cuba, sendo a Bolívia um dos principais palcos, como veremos adiante.

Além da saúde oftalmológica, o guarda-chuva da medicina preventiva no âmbito da cooperação Cuba e Venezuela prevê também a saúde bucal. A necessidade de se ampliar esse cuidado específico deu origem em 2006 à chamada Misión Sonrisa. Seu principal objetivo é atender pacientes com problemas odontológicos, oferecer próteses bucais a populações de baixa renda sem acesso a esse tipo de assistência, a fim de reabilitá-las de modo funcional e também esteticamente.

Segundo relatório do governo venezuelano sobre suas missões, estudos mostravam que sete de cada dez pacientes maiores de 25 anos na rede pública de odontologia venezuelana apresentavam ausência parcial ou total de seus dentes. O programa busca, portanto, reabilitar aqueles que apresentam tais quadros. Apesar do auxílio de profissionais cubanos – cerca de 250 dentistas de Cuba –, a Venezuela criou a carreira de técnico superior em mecânica dental na Universidad Experimental de las Fuerzas Armadas (Unefa) com o objetivo de aprimorar o programa.

O Missão Sonrisa trabalha tanto no nível preventivo da saúde bucal, quanto oferece cirurgias bucal e pré-prótese, colocação de prótese dentária, reconstrução de dentes, pilares e próteses dentais, além de raios-X. Desde a sua criação, foram realizadas 687.393 consultas odontológicas gratuitas, instalados 22 centros odontológicos e colocadas 164.963 próteses dentárias gratuitamente.

3.2. A inspiração da Bolívia na vizinha Venezuela

De retórica bastante semelhante à de Chávez e alinhado ideologicamente com Cuba, o presidente boliviano, Evo Morales, também manteve sua plataforma doméstica enfatizada, dentre outros pontos, na melhoria de questões sociais, como saúde e educação. A prioridade a programas que envolvessem isso, no entanto, não ficou restrita à política interna, sendo explorada também no campo da cooperação e da política externa da Bolívia.

Portanto, assim como a Venezuela de Chávez, a Bolívia de Evo Morales também buscou ajuda para o setor de saúde boliviano através da cooperação com Cuba. Apesar de existir um acordo para cooperação entre Bolívia e Cuba desde 1985, prevendo parceria em setores como ciência, saúde, tecnologia e educação, o primeiro projeto envolvendo os dois países, de fato, foi o programa Operación Milagro, que tem início em 2006.

O programa que funciona da mesma forma e parece ter tido inspiração da vizinha Venezuela, prevê que pacientes com doenças e problemas nos olhos sejam operados gratuitamente em centros oftalmológicos em território boliviano. Essas clínicas, diferentemente do caso venezuelano, são mantidas com recursos do governo cubano, que se encarrega de pagar os salários a esses médicos, além de enviar material para as cirurgias e profissionais formados nas escolas de medicina cubanas. Ao governo boliviano cabe pagar auxílio moradia para os profissionais cubanos, assim como a alimentação. O mesmo princípio que regula o funcionamento do acordo de cooperação entre Cuba e Venezuela na área de saúde.

De acordo com Alidson Gomez Agostopa[82], oftalmologista boliviana formada em Cuba e coordenadora nacional dos Centros Oftalmológicos do Ministério da Saúde, o interesse da Bolívia no Operación Milagro começa

[82] Entrevista concedida à autora em 15 de julho de 2014, em La Paz.

depois do êxito da experiência da Venezuela em implantar seu programa de atenção oftalmológica com expertise e recursos humanos de Cuba. Em dezembro de 2005, chega à Bolívia a chamada Brigada Médica Cubana composta por 15 médicos cubanos, entre oftalmologistas, obstetras e pediatras, além 15 médicos bolivianos que haviam se graduado em Cuba. Além da ajuda fornecida para vítimas sobreviventes das intensas chuvas do início de 2006, a brigada realizou uma pesquisa de campo para levantar quais eram as principais doenças – em especial as oftalmológicas – na Bolívia. Em janeiro daquele ano foram enviados os primeiros pacientes para serem operados em Cuba: foram três aviões lotados de pacientes que necessitavam de intervenção cirúrgica oftalmológica, escolhidos pelos 30 médicos que compunham a Brigada Médica Cubana. No entanto, com base em levantamentos que indicavam a existência de patologias recorrentes no território boliviano, em março de 2006 decidiu-se por implementar o Operación Milagro também na Bolívia. "Tomamos como exemplo a experiência da Venezuela para implementar nosso programa aqui", diz Alidson sobre o acordo assinado entre os governos boliviano e cubano via ministérios da saúde de ambos os países.

Ela conta que o primeiro ambiente onde os médicos e técnicos de saúde começaram a atuar pelo Operación Milagro foi o Instituto Nacional de Oftalmologia, em La Paz. O governo cubano forneceu equipamentos, medicamentos e insumos para que a atenção fosse feita gratuitamente. Os profissionais do programa atuaram por quatro meses no instituto operando gratuitamente. A dinâmica, no entanto, não agradou entidades médicas locais. Outros médicos bolivianos, de fora da brigada, que atuavam ali continuavam a cobrar pelo atendimento que faziam. Não demorou muito para, então, os donos do instituto se aborrecerem com o espaço tomado pelos profissionais cubanos no hospital que era privado. "Até o extremo de um dia chegarmos e não nos deixarem entrar. Bloquearam a entrada, classificando-nos como personas non gratas", conta Alidson ao relembrar que equipamentos e insumos que haviam sido

fornecidos pelo governo cubano para essa primeira experiência do Operación Milagro acabaram ficando retidos no instituto.

Diante da impossibilidade de atender os pacientes ali surgiu a ideia, então, de se construir centros que fossem administrados pela Brigada Médica Cubana. Entre 2006 e 2007 foram construídos 11 centros oftalmológicos – dois em La Paz, um em Oruro, dois em Potosi, dois em Cochabamba, um em Tarija, um em Sucre, um em Pando e um em Beni. Esse número evoluiu para 15, sendo a clínica em El Alto, próximo a La Paz, uma referência para as demais. Equipamentos, insumos e recursos humanos são fornecidos por Cuba. De todos os centros, hoje nove são administrados por médicos bolivianos formados em Cuba e seis estão nas mãos dos profissionais cubanos.

Igualmente ao Misión Milagro venezuelano, o programa boliviano também opera estrangeiros que ali chegam sem recursos para cirurgias oftalmológicas. De 2006 a 2014[83], foram operados 1.937 pacientes em Cuba através do programa, 537.489 bolivianos, 43.102 argentinos, 24.926 peruanos, 314 paraguaios e 57.986 brasileiros, o que totaliza 665.754 operações. Os centros oftalmológicos em Cochabamba, que faz fronteira com o Peru, por exemplo, recebem mais pacientes peruanos. Já o de Tarija recebe argentinos, enquanto os de Santa Cruz e Pando recebem brasileiros.

Além da experiência venezuelana ter servido como fonte de inspiração para a Bolívia, a escolha por oftalmologistas como os primeiros médicos cubanos a atuarem em território boliviano deu-se pelo fato de a oftalmologia ser, tradicionalmente, uma especialidade elitista. Conforme observa Alidson, antes do Misión Milagro e do Operación Milagro, só tinha acesso a oftalmologistas quem tivesse dinheiro, pois tratam-se de consultas caras. Os programas deram aos governos e à população a dimensão que populações mais carentes também deveriam ter acesso a esses serviços, seguindo aparatos constitucionais de que a saúde é para

[83] Segundo informações da Coordenação Nacional da Brigada Médica Cuba, obtidas juntamente ao Ministério da Saúde e Esportes da Bolívia.

todos. "Em todos os países, os dois pilares fundamentais são a saúde e a educação. O Operación Milagro conseguiu integrar vários países por um enfoque social. É como se a saúde passasse a não ter mais fronteiras", avalia Alidson.

Enquanto os centros oftalmológicos dão conta daquilo que se define por Operación Milagro, a Brigada Médica Cubana é hoje integrada por profissionais de saúde especializados também em outras modalidades, como pediatria e saúde da família. Assim, a cooperação na área de medicina oftalmológica evoluiu para outras áreas. Em 2012, um novo convênio[84] estabeleceu formalmente as diretrizes de atuação da Brigada Médica Cubana, cujos profissionais cubanos atuam em 32 hospitais comunitários, seis centros oftalmológicos, uma clínica e 563 consultórios médicos, com 1.224 colaboradores, entre médicos e técnicos. Segundo o convênio de cooperação em saúde, a parte cubana fica obrigada a fornecer "atenção médica geral e especializada por profissionais da Brigada Médica Cubana, capacitar os médicos bolivianos, formar equipes dentro da especialidade chamada de Medicina Geral Integral (também com foco na atenção básica), ministrar os medicamentos e insumos necessários para o funcionamento de seis centros oftalmológicos da Operación Milagro, que funciona como um braço operativo da Brigada Médica Cubana, cujos membros atuam em outras especialidades[85]. A parte boliviana, por sua vez, deve administrar o financiamento necessário para cobrir transporte, alimentação e moradia, além de incorporar profissionais médicos bolivianos formados na ELAM ao sistema de saúde boliviano, e dirigir, paulatinamente, os centros oftalmológicos que eram parte da Brigada Médica Cubana.

---

[84] **Convenio Específico de Cooperación Internacional en Materia de Salud entre El Ministerio de Salud Pública de La República de Cuba y el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia.** La Paz: 8 de junho de 2012.

[85] Segundo informações fornecidas por Roberto Ríos, coordenador para o fortalecimento de redes do Ministério da Saúde da Bolívia, em 15 de julho de 2014, em La Paz.

Atualmente, 750 médicos cubanos atuam no sistema de saúde da Bolívia. A previsão, no entanto, é que o número seja cada vez mais reduzido, devido à incorporação de médicos bolivianos formados em Cuba, através do programa Mi Salud, voltado para a atenção primária em regiões vulneráveis. Uma vez que esse é bastante similar à Missão Barrio Adentro venezuelano, mais uma vez, o êxito da experiência na vizinha Venezuela parece ter sido de grande importância para a adoção de política semelhante pela Bolívia.

O programa Mi Salud prevê a atuação de médicos bolivianos formados em Cuba (prioritariamente) e cubanos em municípios de difícil acesso ou mesmo zonas mais periféricas dos centros urbanos. A ideia é ir até o paciente antes que ele procure o hospital quando a doença estiver em um estágio mais avançado. Os profissionais de saúde, então, fazem rondas, visitam casa por casa, trabalham a prevenção e observam os padrões da família para detectar os problemas frequentes e mais simples de serem solucionados. Por exemplo, em uma casa onde a criança sempre tem tosse, orienta-se para evitar o costume de se dormir com as janelas abertas, de modo a não estarem expostos a correntes de ar. Assim como no venezuelano Barrio Adentro, os médicos vivem e trabalham na comunidade, a fim de tornar a relação médico-paciente mais fluida do que em consultórios e hospitais.

Aqui, novamente, a escolha por médicos cubanos e profissionais bolivianos formados em Cuba se fez necessária devido à falta de profissionais graduados na Bolívia dispostos a atuar tanto em regiões de vulnerabilidade, seja nas zonas de periferias urbanas ou em áreas de difícil acesso no interior do país. O fato de esses profissionais terem uma formação voltada para a atenção primária com foco na saúde preventiva somou-se à demanda por profissionais que pudessem exercer esse trabalho com populações que mal tinham acesso a serviços de saúde na Bolívia. Segundo Bruno Sandino, então assessor do Ministério da Saúde e

dos Esportes da Bolívia[86], tratam-se de profissionais orientados a atender pessoas, e não "interessados somente em manter um consultório privado e ter uma atuação mais voltada ao mercado".

Balanço feito[87] em fevereiro de 2015 mostra que o Programa Mi Salud foi implementado em 246 de um total de 339 municípios da Bolívia, estando presente nos nove departamentos bolivianos. O programa conta atualmente com 1.628 médicos comunitários e 275 médicos especialistas. Até aquela data, o Mi Salud havia realizado 2,7 milhões de atendimentos, sendo 1,45 milhão feita em domicílios.

A Brigada Médica Cubana, por sua vez, realizou desde que chegou à Bolívia 61,2 milhões de atendimentos, salvou 80 mil vidas, realizou 40.867 partos. Além disso, encaminhou mais de 30.600 pacientes para terapias intensivas, realizou mais de 5 milhões de exames laboratoriais, 864.039 eletrocardiogramas, 602.091 raios-X, 147.915 endoscopias e mais de 1 milhão de ultrassonografia. Atualmente, o grupo conta com 728 colaboradores, sendo 370 médicos, oito estomatólogos, 241 técnicos.

Dentro do guarda-chuva de saúde gratuita, ainda, o governo boliviano tem lançado programas para estimular a demanda por alguns serviços tradicionalmente vistos como caros e mais acessível às elites. É o caso do Programa de Salud Renal, para transplante de renal gratuito; o Bono Juana Azurduya, que oferece controle pré e pós-natal; e o Programa de Salud Oral. Neste, 16 ônibus com um consultório odontológico itinerante cada visitam comunidades, permanecendo cerca de 20 dias em cada uma delas a fim de atender os moradores que precisem de assistência odontológica, além de orientar sobre saúde bucal e fazer próteses dentárias. Esses programas, no entanto, não contam com a atuação de médicos cubanos ou formados em Cuba prioritariamente.

---

[86] Entrevista concedida à autora em 18 de julho de 2014, em La Paz.

[87] Mais informações em: http://www.minsalud.gob.bo/index.php/389-brigada-medica-cubana-y-programa-mi-salud-presentaron-balance-de-gestion-2014

3.3. Mais Médicos: Uma saída para o problema brasileiro

A escassez de médicos em áreas de maior vulnerabilidade não é uma exclusividade da Bolívia ou da Venezuela. O Brasil também notou que não conseguia levar assistência em saúde para todos os seus habitantes pois havia uma carência de médicos em cidades da região norte e nordeste, assim como nas periferias das grandes metrópoles. Ao diagnosticar o índice de 1,8 médicos por 1 mil habitantes no País, sendo 22 estados brasileiros com números de médicos abaixo dessa média nacional, o governo brasileiro se viu em uma situação precária diante tanto de países europeus quanto de vizinhos latino-americanos: enquanto Portugal registra o índice de 3,9 médicos para cada 1 mil habitantes, a Espanha tem 4; a Argentina, 3,2; e o Uruguai, 3,7 médicos para cada 1 mil habitantes.

Decidiu-se, portanto, pela criação de um programa que em diferentes frentes viesse a suprir essa carência. Lançado em 2013, o programa Mais Médicos tem como principal objetivo ampliar o atendimento aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). Para isso, prevê-se desde investimento em infraestrutura nos hospitais e unidades de saúde até levar médicos para regiões onde não existem profissionais e incentivar a atenção básica nos cursos de formação médica do Brasil. Esta última frente é feita em parceria com o Ministério da Educação, através da abertura de 11,5 mil novas vagas nos cursos medicina do País até 2017 – sendo 2.415 criadas até o fim de 2014 – e 12 mil vagas para a formação de especialistas em saúde da família até 2020. O investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, por sua vez, é feito pelo governo federal via Ministério de Saúde e o seu Fundo Nacional de Saúde. A requisição de novos profissionais dispostos a trabalhar em regiões carentes de médicos, por outro lado, é realizada via editais que priorizam primeiramente médicos brasileiros formados no Brasil e também no exterior. Caso a meta não seja atingida, o programa prevê, então, a contratação de médicos estrangeiros, que podem ser contratados de

forma individual e por meio de um acordo de cooperação estabelecido em 2013 entre o Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que, por sua vez, convoca profissionais de Cuba nesse acordo com o Brasil.

Antes de o programa ser colocado em marcha, no entanto, outras ações haviam sido tomadas frente a dois problemas que atormentavam o Ministério da Saúde brasileiro desde 2011: a necessidade de profissionais do SUS e o debate sobre programas que enfrentassem a escassez de médicos[88]. Sob a gestão do ex-ministro da Saúde Alexandre Padilha, foram feitas tentativas para se incentivar a ida de médicos para o SUS a fim de sanar a escassez de médicos em regiões mais pobres. Uma delas foi a iniciativa de 2011 junto ao Ministério da Educação, na qual médicos que tivessem cursado a faculdade e se beneficiado do Fies (Fundo de Financiamento Estudantil) pudessem requisitar abatimento da dívida do financiamento estudantil quando se formassem e fossem trabalhar em lugares com maior demanda de profissionais. Em 2012, o Ministério da Saúde lançou o Provab (Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica), que previa o pagamento de uma bolsa pelo ministério a profissionais que atuassem nesse setor, além de uma determinada pontuação quando do acesso ao exame de residência médica nos hospitais. "O que a gente vinha observando é que essas ações eram importantes, mas não haviam conseguido atingir o número de profissionais necessário", lembra Felipe Proenço, coordenador do Mais Médicos. Segundo ele, o Provab mesmo em 2013 conseguiu atrair mais de 4 mil médicos, quando os municípios que se inscreveram no programa haviam demandado mais de 14 mil.

O ano de 2013 coincide com uma campanha protagonizada pela Frente Nacional de Prefeitos pedindo profissionais de saúde nos municípios. Com o slogan "Cadê o Médico?", cerca de 4 mil prefeitos queriam repercutir o fato de não poderem contar com a quantidade

[88] Entrevista com Felipe Proenço, coordenador do programa Mais Médicos, concedida à autora por telefone em 9 de junho de 2015.

necessária de médicos em seus municípios. Tratava-se de um diagnóstico complexo, no qual evidenciava-se: o número de médicos no Brasil vem crescendo ao longo das últimas décadas, mas esses ficam concentrados nos grandes centros e regiões mais ricas; há baixa adesão ao trabalho na rede do SUS; a polêmica discussão em torno da revalidação do diploma de médicos formados no exterior (defendia pela Frente Nacional de Prefeitos e Associação Brasileira de Municípios como forma de suprir a carência de profissionais, mas rechaçada pela Federação Nacional dos Médicos).

Pressionado, o Ministério da Saúde foi, então, buscar experiências internacionais nas quais vislumbrava-se a possibilidade de ingresso de profissionais estrangeiros. Foi na Assembleia Mundial de Saúde, organizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) em abril de 2013 em Genebra, que o corpo do Ministério da Saúde brasileiro buscou saber mais sobre experiências de países que incentivam o recrutamento de profissionais estrangeiros para o setor de saúde pública, como Canadá, Austrália e Reino Unido, que tem cerca de 35% de estrangeiros dentre seus médicos.

Em julho daquele ano, a medida provisória 621/2013 instituiu a criação do programa, prevendo aporte para a contratação não apenas de profissionais brasileiros, mas também estrangeiros, prevendo mecanismos de cooperação internacional em parceria com instituições. Houve tentativas iniciais de acordos com Espanha e Portugal que, em um primeiro momento, falharam. Segundo Proenço, enquanto o governo espanhol não tinha interesse em um acordo bilateral, pois enfrentava a dificuldade de renovação desses profissionais diante da aposentadoria de médicos mais velhos em seu país, a negociação com Portugal ficou emperrada nas questão do diploma e equivalência de formação. Passou-se, portanto, a se cogitar trazer médicos de um país mais próximo que tivesse um número maior de médicos por habitantes. "Pelo fato de Cuba já ter experiência em diversos países com cooperação de saúde, por ter um indicador de 6,7 médicos para cada 1 mil habitantes e também por ter uma formação em saúde básica que poderia servir à nossa necessidade,

acabou conseguindo suprir nossa demanda", explica o coordenador do programa.

A atuação de médicos cubanos em território brasileiro, no entanto, não era uma novidade no Brasil[89]. Em 1998, o então governador do Tocantins, Siqueira Campos (na época filiado ao extinto PFL), fechou um acordo com Cuba para trazer profissionais de saúde para o Estado. A vinda desses médicos foi ancorada na Convenção Regional sobre o Reconhecimento de Estudos, Títulos e Diplomas de Ensino Superior na América Latina e no Caribe, de 1974, que assegurava "maior mobilidade de professores, estudantes, pesquisadores e profissionais dentro do quadro da região", com o intuito de evitar a fuga de talentos para países mais industrializados. A convenção validada pelo Congresso em 1977[90], no entanto, foi revogada em 1999.

Apesar de não se saber ao certo quantos médicos cubanos vieram, pois o CRM (Conselho Regional de Medicina) não registrou o número na época, estima-se que mais de 100 profissionais chegaram ao Tocantins naquele ano, o que levou à ampliação da capacidade de leitos, de menos de 100 para 2.600 leitos.

O CRM moveu 22 processos éticos profissionais contra o então secretário de Saúde Eduardo Medrado, que foi condenado a três suspensões por 30 dias da atividade médica. Anos mais tarde, em 2005, ainda, uma ação do Colégio de Medicina de Tocantins se opondo à prática da profissão sem diploma homologado levou o Ministério Público do Trabalho a entrar com um processo argumentando que os municípios estavam pagando profissionais sem o devido registro de trabalho.

Diante da forte pressão de entidades médicas, a maioria dos médicos cubanos foi obrigada a deixar o país. A perda foi lamentada pelo

---

[89] Tocantins contratou médicos cubanos em 1998. Mais informações disponíveis em: http://acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,tocantins-contratou-medicos-cubanos-em-1998,9219,0.htm

[90] Mais informações disponíveis em: http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=194921&norma=209231

então secretário de Saúde do Tocantins Gismar Gomes: "Eles atendiam aos pacientes mais pobres. Estavam dispostos a viver em cidades pequenas e se submetiam a uma qualidade de vida mínima. A presença deles conseguiu reduzir a mortalidade infantil e materna", disse Gomes em entrevista concedida à época[91]. Continuaram atuando no estado ainda 34 médicos cubanos que conseguiram revalidar o diploma. Um deles é o cirurgião Pedro Manuel Gonzalez Cuellar, conselheiro do CRM de Tocantins.

Apesar da experiência prévia, o Ministério da Saúde brasileiro explica que não houve inspiração ou tentativa de ampliação da experiência do Tocantins, por tratar-se de uma ação isolada, a nível estadual, e não federal. Além disso, a coordenação do programa explica que as experiências prévias com médicos cubanos em países vizinhos, como Venezuela e Bolívia, não foram determinantes para a busca por um acordo com Cuba. A opção por médicos cubanos acabou se dando por sugestão da própria Organização Pan-Americana da Saúde de que fosse um país latino-americano, com mais médicos que o Brasil, seguindo o Código Global de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da OMS[92], cuja orientação é não atrair médicos de países que têm um número ainda menor que aquele que demanda (no caso, o Brasil) a fim de não piorar a situação desses.

O Mais Médicos conta hoje com profissionais de 49 países. São médicos provenientes de países como Argentina, Uruguai, Venezuela, Rússia, Ucrânia, Estados Unidos, Itália, contratados individualmente, sem ser via acordo entre governos. No caso dos profissionais cubanos, a cooperação é feita entre o Ministério da Saúde brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde[93], que, por sua vez, tem um acordo com o

---

[91] Mais informações em: http://noticias.uol.com.br/ultnot/internacional/2005/04/15/ult27u48409.jhtm

[92] Documento aprovado na 63ª Assembleia Mundial de Saúde, em 21 de maio de 2010.

[93] **Terceiro termo de ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de Ações Vinculadas ao Projeto "Ampliação do Acesso da**

governo cubano para recrutar esses profissionais que atuarão no Brasil. A ideia, no entanto, é que profissionais estrangeiros sejam recrutados apenas se as vagas não forem preenchidas por médicos brasileiros[94]. Das mais de 14 mil vagas demandadas apenas 3 mil foram preenchidas por brasileiros formados aqui, formados no exterior e intercambistas. O restante foi preenchido por médicos cubanos, que hoje chegam a 11.400 dentro do programa. Para a contratação de estrangeiros, o governo brasileiro se atém mais ao local de registro e atuação do que à nacionalidade do profissional. Por exemplo, se esse for de um país com mais médicos do que o Brasil, mas estiver atuando em uma nação com um índice abaixo do nosso, o profissional será recusado. Por outro lado, se for nascido em um país que tem menos médicos que o Brasil mas atuar em um território com mais médicos, como Espanha (que tem uma média de 3,9 médicos para cada 1 mil habitantes), então pode ser aceito.

Diferentemente dos médicos intercambistas estrangeiros, que são contratados individualmente pelo Ministério da Saúde brasileiro para o programa, o acordo dos profissionais cubanos é com o próprio Ministério de Saúde Pública cubano. O governo brasileiro faz o repasse da verba (10 mil reais mensais para cada médico) para a Organização Pan-Americana da Saúde, que, por sua vez, repassa parte do montante ao governo cubano. Este fica responsável por pagar os salários dos médicos cubanos do Mais Médicos (cerca de 3 mil reais). Ao governo brasileiro cabe, no entanto, prover aos profissionais cubanos moradia ou auxílio moradia que varia entre 500 e 2.500 reais e auxílio alimentação, que vai de 500 a 700 reais, dependendo do custo de vida do lugar em que trabalham e vivem.

População Brasileira à Atenção Básica em Saúde, entre o Ministério da Saúde/ Fundo Nacional de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (2013). Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/30/OPAS-27022013.pdf

[94] Na seleção de janeiro de 2015, por exemplo, em razão do preenchimento total das vagas existentes no programa por médicos brasileiros formados no Brasil e no exterior, não houve inscrições para médicos estrangeiros com habilitação para o exercício da medicina no exterior. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5955-documentos

Proenço conta que os primeiros 400 cubanos que chegaram ao país logo foram alocados dentro de um grupo de 700 municípios que não eram cogitados sequer como a sexta possibilidade pelos médicos brasileiros dentro do programa. A maioria concentra-se na região norte, onde vivem populações ribeirinhas, e no semiárido nordestino. Em um segundo momento, eles foram enviados também para municípios nem tão vulneráveis, mas donos de áreas de periferia que não conseguiam atrair profissionais brasileiros. Atualmente, esses profissionais concentram-se prioritariamente nas regiões norte e nordeste. No norte do país, por exemplo, o fato de haver mais de 250 profissionais cubanos no interior do estado do Amazonas impulsionou a abertura do consulado de Cuba em Manaus [95] (o terceiro no País, depois das unidades em São Paulo e Salvador), com o objetivo de intensificar laços de cooperação em programas de saúde, turismo e até mesmo comerciais, com vistas ao Polo Industrial de Manaus.

Como já dito anteriormente, dentro da longa trajetória dos médicos cubanos na colaboração internacional, o Mais Médicos passou a ser visto como uma nova modalidade de colaboração cubana no exterior[96], uma vez que busca esses profissionais para suprir de forma emergencial a carência de médicos através de um intercâmbio temporário e específico com foco exclusivo na atenção básica. No entanto, assim como na experiência prévia do Tocantins, citada acima, ou nos países vizinhos nos quais médicos cubanos foram requisitados para trabalhar na rede de saúde pública, quando o Mais Médicos foi lançado e os primeiros médicos cubanos chegaram ao País, houve resistência por parte das entidades médicas brasileiras. Um dos exemplos mais recentes é o *Manifesto em*

---

[95] Mais informações disponíveis em: http://new.d24am.com/noticias/politica/manaus-tera-consulado-cuba-partir-agosto/113419

[96] CABALLERO GONZÁLES, José Emilio; LUNA MORALES, Estela Cristina; DELGADO RAMOS, Ariel (2015). **Proyecto "Mais Médicos para Brasil": Nueva Modalidad de Colaboración Cubana en el Exterior**. Santa Clara: Revista EDUMECENTRO, Vol.7, N°.1.

Defesa da Saúde dos Brasileiros [97] , documento entregue aos presidenciáveis dias antes do primeiro turno da eleição de 2014. Dentre as 44 exigências do manifesto do Conselho Federal de Medicina estavam a extinção do programa federal Mais Médicos, além do fortalecimento do Revalida (Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos) como forma de acesso de médicos formados no exterior para atuar no sistema de saúde brasileiro. O principal argumento da entidade é que a medida protege os pacientes de profissionais sem a devida qualificação.

A coordenação do programa, no entanto, discorda do Conselho Federal de Medicina. Para Proenço, o fato de o profissional ter seu trabalho reconhecido no país de origem é um indicativo de qualidade. Além disso, o processo de reavaliação pelo qual o médico estrangeiro passa no Brasil não pode ser o mesmo que o Revalida, pois a ideia é que o profissional do programa só atue no setor de atenção básica, dentro do município para o qual foi designado. Com a Revalida para esses profissionais, ele acredita, haveria uma tendência de o médico estrangeiro buscar trabalhar nas capitais de centros urbanos e no sistema privado de saúde, o que não é o objetivo do programa.

Além do chamado para médicos brasileiros e estrangeiros, para suprir a escassez e melhorar a distribuição dos profissionais de saúde pelo território brasileiro, o programa busca ainda expandir vagas nos cursos de medicina do país e oferecer benefícios de pontuação na residência médica para quem escolhe atuar um pouco na área de medicina de família. "Como se trata de uma área quem tem pouco incentivo por parte do mercado ou de quem tem uma formação mais tradicional, achamos que era importante ter um papel de regulação do Estado e não apenas esperar uma iniciativa por parte dos profissionais", explica Proenço.

---

[97] **Manifesto em Defesa da Saúde dos Brasileiros**, divulgado em outubro de 2014. Mais informações em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25073:manifesto-pela-saudemedicos-encaminham-propostas-aos-presidenciaveis&catid=3

Dentre as disposições gerais do programa, segundo a Lei 12.871/13[98], que institui o Mais Médicos em decorrência da MP 621/2013, está a redução das desigualdades regionais na área da saúde; o fortalecimento dos serviços de atenção básica em saúde; proporcionar maior experiência prática durante o processo de formação; desenvolver o conhecimento do médico sobre a realidade da saúde da população brasileira; além da troca de conhecimentos entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras.

A ideia é que o programa dure três anos, com a possibilidade de prorrogação de mais três anos. Assim, na medida em que mais profissionais brasileiros se voltem para a atenção básica, a tendência é diminuir a presença desses profissionais estrangeiros no País. O programa, que veio para responder a uma demanda emergencial de escassez de médicos, hoje está em 2.058 municípios e consegue cobrir 63 milhões de brasileiros[99], muitos deles sem acesso a SUS ou a quaisquer tipo de atenção médica.

O Mais Médicos parece, portanto, apresentar motivações estruturais e históricas para a sua criação. Conforme lembra Medici (2011)[100], a persistência de uma sistêmica de financiamento baseada na produção de serviços, particularmente na assistência, levava os governos locais a exacerbar o uso de recursos para atendimento de média e alta complexidade, "minimizando o uso de medidas de atenção primária e de saúde pública, necessárias para a extensão de cobertura e melhoria da qualidade de vida dos mais pobres".

> "Tal processo, além de fracionar as áreas de saúde e de não assegurar complementaridade entre as ações prestadas pelos níveis de atenção básica, de média e de alta complexidade, reforçava o componente assistencial, particularmente aquele de alta complexidade, em detrimento de ações de atenção básica, promoção e prevenção, o que certamente poderiam levar a um

[98] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm

[99] Entrevista concedida pelo coordenador Felipe Proenço em 9 de junho de 2015.

[100] MEDICI, André (2011). Obra citada acima.

> melhor desempenho do sistema em termos de cobertura e qualidade dos serviços" (MEDICI, 2011).

Ele lembra ainda que, apesar de iniciativas importantes como o Programa de Saúde da Família[101], que teve um efeito positivo inegável entre as populações mais pobres, "o sistema de saúde brasileiro, mesmo após a criação do SUS, continua sendo um sistema fragmentado, e a maioria do gasto em saúde é privada".

[101] Implantado no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde.

4. O PROCESSO DE DIFUSÃO

4.1. Elementos explicativos

Para darmos continuidade à análise dessas iniciativas que carregam em comum um mesmo elemento – a utilização de médicos cubanos na rede de saúde pública –, alguns questionamentos se fazem importantes. O mais amplo deles busca dar conta das motivações por trás dessa escolha. Afinal, o que levou os governos da Venezuela, Bolívia e Brasil a optarem pelo uso de médicos cubanos para fornecer serviços de atenção básica quando não suprir a carência de profissionais de saúde? Quais fatores teriam pesado mais nessa escolha: problemas semelhantes, a questão geográfica e cultural, alinhamento político, ideologia? Além disso, o que representa o modelo adotado pela Bolívia com base na experiência venezuelana: afinal, trata-se de uma difusão ou de uma replicação? Por outro lado, em que medida as relações mais orgânicas entre Cuba e Brasil ajudaram na consolidação do acordo de cooperação via OPAS que prevê a atuação de médicos cubanos no programa de atenção básica do País?

Precisamos, então, definir o processo sobre o qual estamos falando. Trata-se de uma simples inspiração, a adoção de um modelo fechado ou a incorporação das linhas mestras de um programa segundo o contexto, as demandas reais e a estrutura do Estado "importador"?

Ao revisitar a literatura sobre o tema, Marta Farah[103] retoma Katz et al. (1963) [104], para lembrar que "o processo de difusão pode ser caracterizado como (1) a aceitação, (2) através do tempo, (3) de algum item específico – uma ideia ou prática, (4) por indivíduos, grupos ou outras unidades adotantes, ligados (5) a canais específicos de

[103] FARAH, Marta Ferreira Santos (2006). **Disseminação de políticas públicas e programas governamentais no nível subnacional de governo**. Salvador: Colóquio Internacional de Poder Local: Desenvolvimento e Gestão Social de Territórios.

[104] KATZ, E.; LEVIN M. L.; HAMILTON H. (1963). **Traditions of research in the diffusion of innovation**. Washington: American Sociological Review, Vol. 28, Nº 2.

comunicação, (6) a uma estrutura social e (7) a um sistema de valores ou cultura". Seria, assim, tanto "o processo espontâneo e não planejado em que ideias se espraiam" quanto aquele mais formalmente dirigido e gerido. Já o termo replicação, por sua vez, seria a adoção da política pública vizinha em sua totalidade, ou seja, da mesma maneira em que funcionava no outro município, Estado ou país. Não parece ser esse o caso do objeto que estamos tratando. Afinal, importante ressaltar novamente, apesar das muitas características semelhantes que aproximam as políticas públicas em questão, há diferenças sutis, ainda que sejam referentes à origem dos recursos para a manutenção dos programas sociais ou em relação ao órgão estatal responsável por acompanhá-los.

Segundo Farah (2008)[105], a disseminação ou difusão de políticas públicas não constitui um fenômeno novo. No entanto, "nas últimas décadas, o processo de disseminação de políticas públicas tem se acentuado entre países e, no interior de um mesmo país, entre estados e municípios". Assim, ela ressalta, para explicar o processo decisório por trás da adoção de uma determinada política pública não basta que sejam examinados apenas fatores internos estruturais de um país, mas também variáveis externas em torno da difusão, como proximidade espacial em relação a lugares onde a política inspiradora já existe[106]. Na tentativa de diferenciar os processos de difusão (de caráter orientado), disseminação (mais espontâneo) e replicação (reprodução de um modelo fechado já existente), vemos que um fator de extrema importância é o próprio conteúdo do modelo. Ou seja, a "cópia" de uma técnica social pressupõe que essa seja reconhecida como um modelo, uma fórmula de sucesso. Seria, então, aquilo que a literatura de políticas públicas conhece por "melhores práticas" (*best practices*), o que implica uma visão de inovação

---

[105] FARAH, Marta Ferreira Santos (2008). **Disseminação de Inovações e Políticas Públicas e Espaço Local**. Revista Administração e Diálogo, Vol.2, Nº 11.

[106] SUGIYAMA, Natasha Borges (2004). **Political Incentives, Ideology and Social Networks: The Diffusion of Social Policy in Brazil**. Las Vegas: Meeting of the Latin American Studies Association.

e êxito capaz de responder a um problema comum ou desafio específico.

Poderíamos dizer, portanto, que os programas Misión Milagro e Operación Milagro se encaixam no exemplo dado, assim como o Barrio Adentro em relação ao Mi Salud. Seriam esses exemplos de um tipo de disseminação tendendo à replicação. No entanto, quando comparamos esses dois últimos programas, voltados para a atenção básica na saúde, com a experiência brasileira Mais Médicos encontramos menos pontos comuns. As diferenças existentes entre o Barrio Adentro (Venezuela), Mi Salud (Bolívia) e Mais Médicos (Brasil) nos leva a crer, portanto, que estamos diante de um modelo de disseminação – especialmente ao comparar o programa brasileiro aos outros dois –, onde um tipo de política pública ou um histórico de assistência internacional inspirou outro. Lembrando, segundo Farah, que

> "a perspectiva de melhores práticas-replicação tende a atribuir um papel passivo à localidade receptora, enquanto a perspectiva da inovação-disseminação pretende reconhecer a participação ativa das localidades ou municípios adotantes no processo de adoção de inovações e mesmo na sua 'recriação', reatualizando a inovação"(FARAH, 2008),

o programa Mais Médicos mostra-se como um política pública inspirada na experiência de outros países que incorporam médicos estrangeiros, não necessariamente os vizinhos Venezuela e Bolívia, mas modelos que foram aprendidos de outros países, como Canadá e Reino Unido, como dito anteriormente.

Dentre os possíveis fatores que podem explicar a disseminação de determinada política – o próprio conteúdo do programa em si, a capacidade de solucionar um desafio, a existência de problemas similares, a proximidade geográfica em relação ao local da políticas adotadas em questão, os incentivos políticos e econômicos, ou mesmo o legado de políticas prévias –, há outras razões de caráter mais sutil, que operam no campo da orientação política.

Uma delas diz respeito à ideologia. A adoção ou não de determinada política pública por ser afetada por uma seleção ideológica (SUGIYAMA,

2004)[107]. No primeiro caso analisado, sobre os programas da Venezuela que contam com profissionais cubanos em sua rede de saúde, a ideologia parece ter sido um fator determinante para o acordo de cooperação entre os governos venezuelano e cubano. O fato de a Venezuela apresentar há décadas problemas que a levaram optar por essa solução, como a falta de médicos trabalhando em áreas de vulnerabilidade, mostra que o governo de esquerda protagonizado por Hugo Chávez, sua retórica anti-imperialista e a consequente aproximação com Cuba foram fundamentais para a escolha por médicos cubanos para atuar nos programas de saúde durante o seu governo.

Análise semelhante pode ser feita em relação à Bolívia com Evo Morales na presidência. Com um discurso alinhado politicamente à Venezuela, o líder boliviano acabava por acatar posições e políticas eleitas por Chávez como solução para problemas como a fome, o escasso acesso à educação pública e um sistema de saúde insuficiente para atender à população, em especial aquelas vivendo em regiões mais vulneráveis. Apesar de a proximidade geográfica também se apresentar como um fator a ser considerado, o alinhamento ideológico entre Evo Morales e Hugo Chávez, e consequentemente com os ideais que guiaram a política de saúde em Cuba, mostraram-se decisivos para a adoção de programas tão semelhantes aos da Venezuela, envolvendo médicos cubanos e bolivianos formados em Cuba.

Em *Political Incentives, Ideology and Social Networks: The Diffusion of Social Policy in Brazil*[108], Sugiyama estuda o processo de disseminação de dois programas sociais (Bolsa Escola/ Renda Mínima e Programa Saúde da Família) que confirmam a importância de fatores ideológicos para a sua adoção. Segundo a autora, "políticos e seus administradores estão fortemente vinculados pelas suas crenças ideológicas e eles, muitas vezes, limitam o leque de escolhas políticas e prioridades". Além disso, há

[107] SUGIYAMA, Natasha Borges (2004). Obra citada acima.

[108] SUGIYAMA, Natasha Borges (2004). Idem.

dois pontos levantados por ela que interessam a este estudo. Um é o fato de que "políticos de esquerda tendem a enfatizar programas sociais em suas campanhas e também na formulação de políticas". O outro seria o de que os "tomadores de decisão podem escolher políticas baseadas em crenças e valores consolidados, mesmo quando se confrontam com o potencial custo ao fazê-lo", como vimos quando das decisões dos governantes em levar adiante a opção por médicos cubanos atuando em seus países, ainda que sob forte oposição de entidades médicas locais.

A opção por implementar determinados programas sociais pode ser entendida, portanto, defende a autora, como um processo decisório ideológico. Desse modo, quando se tratam de políticas sociais (que dialogam com problemas relacionados a saúde, educação e pobreza) é de se esperar que um aparato ideológico consolidado seja um elemento relevante para se explicar o processo de difusão. Afinal, ressalta a respeito do nível municipal, cidades governadas pela direita costumam valorizar políticas que priorizem os interesses dos empresários, seja via investimentos em infraestrutura ou programas que encorajem a competição de mercado. Em contraposição, políticos de esquerda tendem a enfatizar programas sociais em suas campanhas, nas quais ressaltam as responsabilidades do governo em relação os direitos sociais dos cidadãos, assim como a necessidade do Estado em priorizar investimentos em favor das populações mais pobres e vulneráveis. Uma posição que retoma, como dito anteriormente [109], a postura da esquerda em reduzir a desigualdade.

No caso do Brasil, apesar de o discurso do governo brasileiro – tanto no governo Lula quanto no governo Dilma Rousseff – não se mostrar tão inflamado quanto os da Bolívia de Evo Morales e da Venezuela de Chávez, é importante observar uma maior aproximação entre Brasil e Cuba, a partir da chegada do PT ao Executivo. Além disso, uma vez que a tentativa de se trazer médicos cubanos para o Tocantins – que também

[109] BOBBIO, Norberto (1995). Obra citada acima.

teriam despertado interesse de administrações de Estados como Acre, Roraima e Pernambuco – acabaram não transpondo a fronteira administrativa a ponto de entrar na pauta do governo federal (à época o presidente era Fernando Henrique Cardoso, do PSDB), podemos dizer que a afinidade ideológica entre Brasil e Cuba em termos regionais parece ter se mostrado um fator importante para a realização do acordo Brasil-OPAS-Cuba. Se em um primeiro momento a opção do Brasil parece mais pragmática, uma vez que a própria OPAS sugeriu profissionais de um país da América Latina reconhecido pela expertise em atenção básica na saúde e missões no exterior, não podemos deixar de lembrar o contexto de aproximação entre Brasil e Cuba, marcado por projetos de cooperação nas áreas de agricultura[110] e infraestrutura, como a construção do Porto de Mariel [111] com financiamento feito pelo BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social) brasileiro.

Apesar das particularidades entre os casos, Weyland (2005)[112], ao analisar o mecanismo de difusão do modelo de reforma do sistema previdenciário na América Latina, lembra que o processo de difusão ocorre por ondas e pode afetar países que estão em níveis de desenvolvimento econômico, social e político bastante diferentes. O autor também defende que motivações domésticas não são suficientes para explicar a difusão de políticas inovadoras, e que fatores externos – como pressão internacional, imitação normativa, aprendizado e, novamente, proximidade geográfica –

---

[110] Empreiteiras brasileiras, como a Odebrecht, por exemplo, auxiliam em atividades do setor agrícola na ilha. Mais informações disponíveis em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2012/11/121105_cuba_odebrecht.shtml

[111] O Porto de Mariel é tão sofisticado quanto os maiores terminais do Caribe, os de Kingston (Jamaica) e de Freeport (Bahamas), e terá capacidade para receber navios de carga do tipo Post-Panamax, que transitarão pelo Canal do Panamá. A obra, feita entre a Odebrecht e a cubana Quality, custou 957 milhões de dólares, sendo 682 milhões de dólares financiados pelo BNDES. Mais informações disponíveis em: http://www.cartacapital.com.br/internacional/por-que-o-brasil-esta-certo-ao-investir-em-cuba-1890.html

[112] WEYLAND, Kurt (2005). **Theories of policy diffusion – Lessons from Latin American Pension Reform**. Princeton: World Politics, Vol. 57, Nº 2.

ajudam a explicar o processo. No caso da adoção de uma política por seu conteúdo em si (normativo), ele ressalta, "tomadores de decisão tentam ganhar legitimidade internacional através da importação de inovações avançadas, demonstrando, assim, o caráter competitivo da modernidade e conformidade do país com novas normas internacionais". Um fator que também pode ser utilizado para explicar a adoção do modelo de política social em saúde pela Venezuela, pela Bolívia e pelo Brasil, uma vez que a escolha por médicos cubanos com foco na atenção básica ajuda a construir de forma positiva a imagem desses governos enquanto gestões preocupadas com os direitos sociais das populações mais vulneráveis.

4.2. Ganhos e influência

Se na seção anterior analisamos algumas possíveis razões por trás dos tomadores de decisão que optaram por adotar a solução de "importar" médicos cubanos para trabalhar em suas redes de saúde públicas, aqui procuraremos identificar alguns ganhos para aqueles que a ofereceram. Assim, seja no que diz respeito ao governo cubano em relação aos três países que recrutaram seus profissionais ou ao governo venezuelano em relação à Bolívia (que incorporou ao seu cardápio de políticas sociais programas muito similares aos da Venezuela chavista), a ideia é buscar entender quais vantagens e interesses acabaram tendo esses Estados em disseminar suas políticas ou recursos humanos a outros países. Seriam fatores econômicos? Ou seria a busca por uma maneira de se fazer influente em outro país, pensando a política social como instrumento de política externa? Houve a intenção de se projetar regionalmente como um defensor de direitos sociais frente a outros vizinhos? Ou a audiência interna, na esfera doméstica, foi um fator de peso para que esses governantes buscassem se legitimar dentro de casa ao adotar programas sociais envolvendo médicos cubanos, quando não inspirados nas ideias que fundamentam políticas de outros países?

Carente de recursos militares e econômicos e sem condições de competir com outros países no mercado internacional, Cuba parece enxergar em seus médicos uma ferramenta importante de cooperação com aliados, como já dito anteriormente [113]. Ao analisar com mais profundidade o tipo de cooperação na área da saúde, é inevitável a pergunta sobre quais acabam sendo as consequências e possíveis vantagens obtidas por Cuba ao fornecer esse tipo de ajuda a outros países, sejam eles alinhados ideologicamente ou não com o regime castrista. Afinal, o fornecimento de recursos humanos em missões no

[113] Artigo publicado em 2 de março de 2008 no periódico Trabajadores. Disponível em: http://www.trabajadores.cu/reflexiones-de-fidel-castro/los-cristianos-sin-biblias-1

exterior não parece ser um negócio prioritariamente vantajoso em termos econômicos. Existem, no entanto, razões mais sutis que podem tentar responder à inquietação. A mais geral delas diz respeito à capacidade de se fazer presente e influenciar países (vizinhos ou não) que decidem por contratar seus profissionais de saúde. Ora, uma vez que esses médicos estejam em outro país, esta nação que os recebe terá, certamente, a imagem de Cuba e de seus profissionais preocupados com um tipo de medicina mais solidária circulando entre médicos, políticos e a opinião pública de modo geral. Profissionais de saúde que trabalham em cooperação com os cubanos, como os médicos bolivianos formados em Cuba que agora atuam em programas sociais dentro da Bolívia, veem, como já dito anteriormente, como se alguns dos ideais da Revolução Cubana pudessem ser disseminados através de seus profissionais de saúde que em missões no exterior[114].

A preocupação por influenciar e se fazer presente nos países aliados, portanto, é uma característica que se pode comprovar mais em relação à Bolívia do que à Venezuela chavista. Diferentemente do acordo Venezuela-Cuba, que prevê o fornecimento de petróleo e derivados ao regime na ilha em troca de profissionais e técnicos em saúde cubanos para regiões pobres no interior e comunidades das metrópoles venezuelanas, o acordo entre Cuba e Bolívia não envolve uma contrapartida de aporte financeiro considerável para o Estado cubano. A motivação por trás dessa ajuda oferecida por Cuba a Bolívia, portanto, repousa muito mais na ideia de se fazer presente e capaz de influenciar o país aliado.

Tanto na Venezuela quanto na Bolívia, ao mesmo tempo em que a retórica de cunho socialista levou o governo Chávez e depois o governo Morales a buscarem na aliada Cuba médicos que pudessem atuar na atenção básica nas áreas de vulnerabilidade do país, essa ideologia

[114] Percepção manifestada pela médica Alidson Gomez Agostopa, oftalmologista boliviana formada em Cuba e coordenadora nacional dos Centros Oftalmológicos do Ministério da Saúde da Bolívia.

passou a ser reforçada depois da atuação desses profissionais em território venezuelano e boliviano. Não seria exagero dizer, no entanto, que em um primeiro momento a Venezuela mostrou-se um degrau fundamental para o estreitamento dos laços entre Bolívia e Cuba. Foi a partir da aproximação entre Evo Morales e Chávez, seja pela retórica ou por projetos comuns[115], que Bolívia e Cuba passaram também a cooperar em temas sociais, como saúde.

O caso brasileiro, por sua vez, é particularmente interessante, uma vez que o Brasil não é obrigado, segundo o acordo de cooperação, a fornecer aporte financeiro vultoso para Cuba. Além do alinhamento político e ideológico, a colaboração com Cuba é feita através de projetos realizados por outras entidades brasileiras, como empreiteiras ou mesmo o BNDES, que atua na construção do Porto de Mariel através do fornecimento de crédito. Assim como quando tratamos da Venezuela, no caso do acordo com o Brasil a motivação do regime cubano parece se dar tanto por razões mais sutis (como afinidades ideológicas) quanto por motivações de cunho econômico.

Em todos os exemplos trabalhados até aqui percebemos a política social assumindo um papel além das fronteiras domésticas e atuando como um instrumento de política externa, uma vez que parece funcionar como um facilitador de outros demais objetivos da agenda internacional desses países. É como se a agenda social fosse ganhando força dentro de casa para ser utilizada como instrumento de política externa, gerando, assim, um ambiente favorável à concretização de outras preocupações da agenda internacional, seja de caráter econômico, financeiro, técnico ou até mesmo no que diz respeito ao alinhamento político.

Lembremos que uma literatura extensa chama atenção para o impacto da agenda social, cultural e política nas relações internacionais depois da Guerra Fria. Neste trabalho, a influência da agenda social nas

[115] Como a Alba, por exemplo.

relações entre países é citada anteriormente por Lima Florêncio[117] e Lima[118], por exemplo. O teórico liberal americano Joseph Nye[119], ao estudar a perda de protagonismo dos Estados Unidos enquanto potência hegemônica, por sua vez, cunhou o termo *soft power* a respeito do tipo de poder resultante do legado da Guerra Fria. Segundo o autor, trata-se de uma maneira de influenciar vizinhos por meios que não se dão através de pressão militar ou das relações econômicas. Como lembra Nye, o "*soft power* tem início no Plano Marshall, quando os EUA deixam o poderio militar de lado para influenciar de outros modos". Para explicar a diferença entre os chamados *hard power* e o *soft power*, Nye usa a definição "enemies to kill" para se referir ao primeiro termo e "allies I grow" para o segundo. Assim, *soft power* seria a habilidade de se ter o que se quer por atração em vez de coerção.

> "Quando se tem outros para admirar seus ideais e querer o que você quer, não é preciso se gastar muito com ameaça (*stick)* e persuasão (*carrot*) para movê-los em sua direção. (...) A sedução é sempre mais efetiva do que a coerção, e muitos valores como democracia, direitos humanos e oportunidades individuais são muito mais sedutores. (NYE, 2004)"

Tendo em vista que o *soft power* se dá através de influência e persuasão, enquanto o *hard* se constrói pelo uso da força e do dinheiro, a forma mais branda de poder tem como recursos elementos culturais, valores políticos e política externa. Levando em conta que "políticas externas também produzem *soft power* quando promovem amplamente o compartilhamento de valores como democracia e direitos humanos", como lembra Nye, e o foco dado por esses países latino-americanos a temas como emancipação social e direitos sociais, Estados com poucos recursos daquilo definido como *hard power* parecem ter encontrado nos programas

---

[117] LIMA FLORÊNCIO, S. A (2003). Obra citada acima.

[118] LIMA, Maria Regina Soares de (2013). Ibdem.

[119] NYE, Joseph (2004). **Soft Power: The Means to Success in World Politics**. Jackson: PublicAffairs.

sociais uma ferramenta de *soft power* e uma oportunidade de exercer influência frente a países vizinhos.

Para Cuba, por exemplo, o direito à saúde e a exportação da ideia de solidariedade internacional através de missões de médicos cubanos no exterior e cooperações bilaterais podem ser considerados ao longo de sua trajetória desde a Revolução de 1959 importantes ativos de *soft power*. O exercício de *soft power* através da política exterior promovendo política social parece, portanto, um meio de fundamental importância para países como Cuba, Venezuela, e mesmo o Brasil com a exportação de seus programas sociais para outros países.

Ressaltemos, por exemplo, o relatório do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome[121] que mostra que entre 2011 e 2014 o ministério recebeu 345 delegações de 92 países com interesse no intercâmbio de experiências em desenvolvimento social. Nesse universo, identifica-se que 327 missões (94,8% do total) de 81 países (88% do total) foram provenientes de países em desenvolvimento, com destaque para a América Latina e Caribe (170 missões de 26 países) e África (113 missões de 37 países). A América Latina corresponde, portanto, a 49,27% do destino de cooperação internacional do MDS, seguido da África, que corresponde a 32,75%. Nesse sentido, a política social parece ter se mostrado uma opção interessante para o Brasil se apresentar a seus vizinhos, na busca por ganhar influência ao compartilhar valores sociais, relativos a direitos humanos e em prol de maior igualdade. Como observa Rodríguez (2012)[122], ao analisar a política externa brasileira em relação à África, a "estratégia brasileira na política externa persegue o objetivo de converter o país em um ator global no

[121] **Cooperação Internacional do MDS (2011-2014).** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

[122] RODRÍGUEZ, Laura Pereira (2012). **Las Relaciones Brasil-África en el Siglo XXI: Las Aspiraciones Mundiales de Brasil Proyectadas en África.** Sevilha: Universidade Pablo de Olavide.

cenário mundial e se caracteriza como uma política ativa e de diversificação".

Vale ressaltar, ainda, que a exportação da agenda social só se faz possível graças ao êxito no plano doméstico, representado por avanços na saúde e pela mobilidade social dentro desses países. Desse modo, o Estado que exporta tais políticas consegue projetar também sua imagem e reafirmar um poderio simbólico como país voltado para uma agenda social. Um elemento interessante é a projeção desses governantes tanto dentro de casa, ancorada em conceitos como aprovação e audiência, quanto no plano exterior. Em outubro de 2013, por exemplo, o governo brasileiro foi congratulado através da premiação ao Bolsa Família com Award for Outstanding Achievement in Social Security, prêmio internacional de seguridade social concedido na Suíça. O programa social carro chefe do Brasil também foi definido pelo Banco Mundial[123] como uma "revolução silenciosa", responsável por modificar a vida de milhões no Brasil e no mundo, já que outros países copiam ou se inspiram em seu desenho. Tanto no plano doméstico quanto no externo, portanto, a audiência em relação aos avanços alcançados com a ajuda dos programas sociais, ao mesmo tempo em que se mostra como elemento de projeção regional e global do Brasil, parece se constituir como ferramenta de legitimidade dentro de casa, onde tanto partidários quanto opositores dificilmente questionam a importância de tais políticas sociais[124].

Soma-se a tal dinâmica ainda o chamado peso da opinião pública. Os grupos de opinião pública, não é demais lembrar, "podem influenciar o processo de decisão política de diversas maneiras e em diferentes fases",

---

[123] O artigo **Uma Revolução Silenciosa Muda a Vida de Milhões no Brasil e no Mundo** pode ser encontrado no site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias-1/2007/agosto/uma-revolucao-silenciosa-muda-a-vida-de-milhoes-no-brasil-e-no-mundo

[124] Enquanto em países que levaram adiante programas sociais, como Venezuela, a oposição não se atreve a questionar a importância de tais políticas públicas ou a necessidades das mesmas, no Brasil o senador Aécio Neves, por exemplo, já deixou clara a importância da continuidade do Bolsa Família se seu partido opositor, o PSDB, vir a conquistar a Presidência da República nas próximas eleições.

como observam Shapiro e Page (1988) em *Foreign Policy and the Rational Public*[126]:

> "Eles podem afetar diretamente as escolhas dos tomadores de decisão, alterando metas políticas ou como esses objetivos são priorizados, estreitando o leque de opções e / ou os meios para implementar as metas. (...)Além disso, o público também pode afetar indiretamente as políticas, influenciando os processos de construção de coalizão entre as elites. Ele pode fortalecer ou enfraquecer as posições de burocracias ou atores individuais dentro do governo" (SHAPIRO; PAGE, 1988).

Em termos regionais, a prioridade em relação à questão social fez com que o governo brasileiro buscasse se aliar a atores latino-americanos que levassem em conta questões semelhantes para o processo de construção de políticas públicas no âmbito doméstico e buscassem uma política externa cujos laços de integração se baseassem não apenas nos aspectos econômicos, mas também nos sociais, cujo foco se refletirá em acordos e trocas bilaterais para a implementação dos programas sociais.

O caso brasileiro pode servir de paralelo para se analisar os exemplos da Venezuela e da Bolívia, uma vez que a escolha por tais alianças regionais e intercâmbios se deu tanto como consequência do processo doméstico quanto por influência da opinião pública. O que se observa, além da transferência de tecnologia social entre Cuba e Venezuela, Cuba e Bolívia, Venezuela e Bolívia, Cuba e Brasil, são trocas e acordos para a implementação de outros programas sociais entre Brasil e Bolívia, e Brasil e Venezuela[127].

Como lembra o deputado federal Paulo Teixeira[128], as opções do governo Lula em matéria de política externa marcam uma "sensível

---

[126] SHAPIRO, Robert e PAGE, Benjamin I. Page (1988). **Foreign Policy and the Rational Public**. College Park: Journal of Conflict Resolution, Vol. 32, nº. 2.

[127] Diversos programas sociais foram explorados no campo da política externa. Para citar alguns exemplos, temos o conjunto de iniciativas Fome Zero como inspiração para o Desnutrición Cero na Bolívia, ou mesmo o Minha Casa Minha Vida brasileiro se tornando Gran Misión Vivienda na Venezuela.

[128] TEIXEIRA, Paulo (2010). **Política Externa do Governo Lula: Inclusão Social e Mundial.** Disponível em: http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Internacional/Politica-externa-do-Governo-Lula-inclusao-social-e-mundial/6/16155

evolução em relação aos governos anteriores de Fernando Henrique Cardoso, de caráter unilateralmente alinhado aos países centrais e suas políticas de liberalização do comércio internacional". O mesmo pode ser dito em relação aos governos anteriores a Chávez e Evo Morales. Ao praticarem políticas de mobilidade, ele lembra, estariam esses governos "exigindo um novo arranjo na ordem que tem vigorado do fim da Guerra Fria ao fracasso do neoliberalismo global". Seria, como definiu o assessor da Presidência Marco Aurélio Garcia[129], a noção de desenvolvimento dentro da política externa: "um desenvolvimento entendido como articulação entre crescimento econômico, distribuição de renda e inclusão social".

Esse cenário leva a alguns questionamentos interessantes, como, por exemplo: se teriam alguns países latino-americanos visto nos programas sociais uma maneira de construir uma identidade em torno de uma forma de política externa que se aproveitava de um tipo de influência baseada na promoção de valores como direitos sociais. Ou, pensando sob uma perspectiva mais geopolítica, poderíamos dizer que na tentativa de aproveitar o vácuo de poder deixado na região com o advento da guerra ao terror, potenciais locais tentaram se sair protagonistas na América Latina? A busca por influenciar vizinhos também ocorreu como estratégia de fazer frente à hegemonia americana, notadamente presente em outras épocas, como durante as ditaduras militares na região o regime militar? Poderíamos afirmar, portanto, que a busca por um espaço de influência – seja por Cuba, Venezuela ou Brasil – foi usada para se impor ao *hard power* e ao *soft power* americano, vigente em períodos da ditadura militar no Brasil (1964-1985) ou durante as décadas de 1980 e 1990, marcadas pela política econômica neoliberal na região? São questões de fundo analítico em outras esferas, que também devem ser respondidas em estudos futuros.

[129] TEIXEIRA, Paulo (2010). Obra citada acima.

O que podemos ver até aqui é que a utilização de uma bandeira em prol da redução da desigualdade, da erradicação da miséria e com o foco prioritário em política social foi vista como uma maneira de se fazer presente em outros países e levar adiante acordos de cooperação que giram em torno da replicação desses programas. Um tipo de política exterior que se ancora no discurso de solidariedade e busca se distanciar de uma agenda puramente econômica ao promover direitos fundamentais, como educação e saúde, assim como a imagem de um país exportador de tais políticas na arena regional.

Assim, tanto na Venezuela como no Brasil e na Bolívia são observadas algumas características comuns: governos de esquerda com foco na política social e com o discurso ideológico se distanciando do Consenso de Washington (cujas prioridades dificilmente incluíam projetos de maior ênfase social), ao mesmo tempo em que esses são Estados carentes de recursos militares. Tal falta, ao que parece, fez esses governos buscarem novos meios para serem influentes e, na falta de *hard power*, esses Estados encontraram na política social um tipo de poderio importante. A busca por promover direitos sociais, especialmente em relação às populações mais vulneráveis, foi encarada por esses países, portanto, como uma forma de eles se projetarem regionalmente.

Tal processo de utilização desses programas sociais como um instrumento para a obtenção de apoio regional, no entanto, parece hoje encontrar limitações. Atualmente, seja por questões de ordem econômica (de estabilização e crescimento econômico para retração e crise em países como Brasil ou Venezuela) ou política (com sucessores distintos dos líderes que deram início a tal dinâmica e uma oposição cada vez mais forte a eles), a busca por influenciar através da disseminação de uma agenda social parece menor. Problemas econômicos, como a inflação beirando os 80% na Venezuela, por exemplo, levam esses países a diminuírem seus investimentos em programas sociais tanto dentro de casa quanto no exterior, indicando uma queda do mecanismo estudado aqui.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Protagonistas do discurso de governos de esquerda que no início dos anos 2000 ascenderam ao poder na América Latina, a noção de direitos sociais e a luta para reduzir a desigualdade marcaram tanto a política doméstica quanto a externa de países como Venezuela, Bolívia e Brasil. Com planos de governo que se mostraram uma reação à agenda neoliberal que vigorou nas décadas de 1980 e 1990 na região, esses governos viram nos programas sociais uma solução para dois desafios: a legitimação dentro de casa, através da diminuição dos índices de pobreza, e a utilização dessa política social como meio de fazer influência e alcançar outros objetivos da agenda de política externa, como apoio econômico ou mesmo alinhamento político e ideológico.

A busca por implementar programas sociais nas áreas de educação, saúde e habitação gerou um intenso intercâmbio entre vizinhos, assim como o compartilhamento de experiências e soluções para problemas semelhantes. É o caso da opção por médicos cubanos atuando em suas redes de saúde, a fim de solucionar a carência de profissionais em áreas de vulnerabilidade, assim como o aprimoramento de serviços de atenção básica na saúde. Assim, tanto a Venezuela com os programas Barrio Adentro, Misión Milagro, Misión Sonrisa, a Bolívia com a atuação da Brigada Médica Cubana e os programas Operación Milagro e Mi Salud, e o Brasil com o programa Mais Médicos decidiram por solucionar algumas deficiências de seus sistemas públicos de saúde com a atuação dos profissionais de saúde de Cuba, que apresenta um histórico de cooperação internacional, marcada majoritariamente por missões no exterior para situações emergenciais como terremotos.

Os casos estudados confirmam, portanto, que em certa medida temas antes relegados prioritariamente à política doméstica, como a agenda social, passaram a pautar também a política externa desses países, proporcionando uma outra dimensão às relações entre esses

países. Essa agenda de política externa, por sua vez, se enquadra em um tipo de integração particular da região – denominado regionalismo –, no qual aspectos sociais, políticos e culturais passam a ter a mesma importância do que elementos econômicos e militares, antes indissociáveis da agenda de política externa de um país.

Ao analisar o desenvolvimento desse processo, baseado na construção dos acordos de cooperação de cada um dos programas, buscamos, primeiramente, mostrar o impacto da chegada desses governantes de esquerda ao poder na primeira década do século XXI. Depois de nos atermos como o modelo de saúde cubano nasceu ancorado em pilares fundamentais para a futura cooperação com outros países e a consequente construção desses programas, analisamos como os laços ideológicos foram importantes para a difusão desse modelo de política pública, através das relações bilaterais, além do próprio caráter inovador em si. Ressaltamos, ainda, os entraves à concretização desses programas que contam com a atuação de profissionais cubanos, especialmente das entidades médicas, oposições que foram comuns às experiências dos três países.

Buscamos compreender, por fim, quais seriam as vantagens obtidas por esses países nesse processo de disseminação de tecnologia social, seja em relação a Cuba, interessada em exportar profissionais médicos a outros países, ou Venezuela, que pareceu influenciar de forma decisiva a aliada Bolívia na introdução de programas sociais na área de saúde quase idênticos aos venezuelanos. Apesar de se beneficiar do fornecimento de petróleo, no caso da cooperação com a Venezuela e da cooperação econômica do Brasil em projetos de infraestrutura, encontramos aspectos explicativos mais sutis, como o poder brando (*soft power*), quando tratamos do caso Bolívia-Cuba. Neste, Cuba não parece ter vantagens econômicas vultosas, mas sim se beneficiar de um tipo de influência e imagem positiva dentro da Bolívia, em diferentes nichos (dentro do governo, da classe médica) e variados setores da opinião pública (da mídia à população mais carente das periferias das cidades e das zonas

vulneráveis no interior do país etc.).

Ao mergulhar nesse universo ainda, nos deparamos com outros questionamentos, de ordem mais analítica, que merecem ser respondidos em estudos futuros. Como, por exemplo, se na tentativa de utilizar a política social como instrumento de política externa esses países buscaram sair-se como hegemônicos na região. Ou, ainda, se a busca por influenciar vizinhos também ocorreu como estratégia de fazer frente ao poderio americano, menos intenso na América Latina nos anos recentes quando comparado às décadas de 1980 e 1990.

Ainda que o cenário analisado esteja em construção ou tenha apresentado mudanças nos últimos meses, procurou-se neste trabalho contribuir para a introdução do estudo da política social como instrumento de política externa na América Latina a partir dos anos 2000. Uma vez que a saúde não é o único elemento que compõe o leque de direitos e políticas sociais, fazem-se necessárias, portanto, futuras análises acerca de programas em áreas como educação e moradia, por exemplo, a fim de entender qual a extensão do papel da política externa na construção de determinadas políticas domésticas dos países da região. A análise sobre a disseminação de outros programas sociais – assim como de que maneira se deram os diferentes processos decisórios de compartilhamento de tecnologias sociais –, merece ser feita com o objetivo de compor um quadro mais completo, que seja capaz de avaliar em que medida esses ajudaram a moldar a imagem desses países exportadores no território em que se incorporou tal política, assim como se contribuíram para a capacidade de influência regional através deles, bem como se significaram um aumento no que diz respeito a vantagens adquiridas pelos países exportadores da agenda social nesse processo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, P. S. (2013). **Agenda de Pesquisa da Missão do Ipea na Venezuela**. Campinas: Leituras de Economia Política, Vol. 21.

BARTELT, Dawid Danilo (org). (2013) **A "Nova Classe Média" no Brasil como Conceito e Projeto Político**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll.

BEACH, D.; PEDERSON, R. B. (2013). **Turning Observations into Evidences in Process-tracing Methods: Foundations and Guidelines**. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

BECKER, Ana Paula; BARRANTES, Erika Medina (2011). **O Social em Foco: Influências da Política Externa Brasileira e Venezuelana Sobre a Coesão Social Nacional e Regional**. Tubarão: III Seminário de Pesquisa Interdisciplinar.

BELDARRAÍN CHAPLE, E. (2006). **La Salud Pública en Cuba y su Experiencia Internacional (1959-2005)**. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Vol. 13, Nº 3.

BLAKE, M. (2001), **Distributive Justice, State Coercion, and Autonomy**. Philosophy & Public Affairs, 30

BOBBIO, Norberto (1995). **Direita e Esquerda – Razões e Significados de Uma Distinção Política**. São Paulo: Editora Unesp.

BRADY, Henry E. (2004). **Data Set Observations Versus Causal-process Observations: The 2000 US Presidential Election**. Em Henry E. Brady e David Collier **Rethinking Social Inquiry: Diverse Tools, Shared Standards**. New York: Rowman & Littlefield Pub. Inc.

CABALLERO GONZÁLES, José Emilio; LUNA MORALES, Estela Cristina; DELGADO RAMOS, Ariel (2015). **Proyecto "Mais Médicos para Brasil": Nueva Modalidad de Colaboración Cubana en el Exterior**. Santa Clara: Revista EDUMECENTRO, Vol.7, N°.1.

CARVALHO, José Murilo de. (2002). **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

CASON, Jeffrey W.; Power, Timothy. (2009). **Presidentialization, Pluralization, and the Rollback of Itamaraty: Explaining Change in Brazilian Foreign Policy Making in the Cardoso-Lula Era**. International Political Science Review, Vol. 30, Nº 2.

CASTAÑEDA, Jorge G. (2006). **Latin America's Left Turn**. Nova York: Foreign Affairs. Disponível em: http://www.foreignaffairs.com/articles/61702/jorge-g-castaneda/latin-americas-left-turn

Código Global de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da Organização Mundial de Saúde. Aprovado na 63ª Assembleia Mundial de Saúde, em 21 de maio de 2010.

COHEN, G. A. (2001). **If You're an Egalitarian, How Come You're So Rich?** Cambridge-Mass.: Harvard University Press.

Comunicado Conjunto Brasil-Venezuela, por Ocasião da Visita de Hugo Chávez ao Brasil (2011). Brasília: Política Externa Brasileira, MRE.

Convenio Específico de Cooperación Internacional en Materia de Salud entre El Ministerio de Salud Pública de La República de Cuba y el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz: 8 de junho de 2012.

Convênio Integral de Cooperação Cuba-Venezuela Caracas: 30 de outubro de 2000. Disponível em: http://www.embajadacuba.com.ve/cuba-venezuela/convenio-colaboracion/

Decreto Nº 7.917, de fevereiro de 2013. Presidência da República do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7917.htm

DELGADO, Ana Carolina; CUNHA FILHO, Clayton M. (2010). **Ideologia e Pragmatismo: A Política Externa de Evo Morales**. Fortaleza: Tensões Mundiais, vol.6, n.10.

DEUTSCH, Karl (1982). **Análise das Relações Internacionais**. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

DIAS, E. C. (2012). **Do Plano Real ao Programa Minha Casa, Minha Vida: Negócios, Votos e as Reformas da Habitação**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

DRAIBE, Sônia M.; RIESGO, Manuel (2011). **Estados do Bem-Estar Social e estratégias de desenvolvimento na América Latina. Um novo desenvolvimento em gestação?** Sociologias, Ano 13, Nº 27.
ESPAÑA, Luis Pedro (2015). **Desiguales entre Iguales – Radiografía Social de la Venezuela Actual**. Caracas: Libros El Nacional.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. **The Three Worlds of Welfare State Capitalism**. (1990). Cambridge: Polity Press.

FARAH, Marta Ferreira Santos (2006). **Disseminação de Políticas Públicas e Programas Governamentais no Nível Subnacional de Governo**. Salvador: Colóquio Internacional de Poder Local: Desenvolvimento e Gestão Social de Territórios.

_____ (2008). **Disseminação de Inovações e Políticas Públicas e Espaço Local**. Revista Administração e Diálogo, Vol.2, Nº 11.

FRANCO, Rolando; LANZARO, Jorge (2006). **Política y Políticas Públicas: Determinación y Autonomía,** em: **Política y Políticas Públicas en América Latina**. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.

FORST, Rainer. (2013) **Justification and Critique: Towards a Critical Theory of Politics**. Cambridge: Polity Editorial.

FRASER, N.; HONNETH, A. (2003) **Redistribution or Recognition?: A Political-Philosophical Exchange**. London and New York: Verso.

GILENS, Martin; PAGE, Benjamin I (2014). **Testing Theories of American Politics: Elites, Interest Groups and Average Citizens***.* Cambridge: Cambridge University Press.

GOERTZ, G.; LEVY, J. (2007). **Causal Explanation, Necessary Conditions and Case Studies**. Em **Explaining War and Peace**. New York: Routledge eds.

GONZÁLEZ, Lisette; LACRUZ, Tito (2008). **Política Social en Venezuela**. Caracas: Temas de Formación Sociopolítica.

HACKER, Jacob; PIERSON, Paul (2002). **Business Power and Social Policy: Employers and the Formation of the American Welfare State**. Politics & Society, Vol. 30, Nº 2.

HAGAN, Joe D. (1995). **Domestic Political Explanations in the Analysis of Foreign Policy**. Morgantown: West Virginia University.

HEDSTRÖM, P.; YLIKOSKI, P. (2010). **Causal Mechanisms in the Social Sciences**. Palo Alto: Annual Review of Sociology, Vol. 36.

HIRST, Monica; LIMA, Maria Regina Soares de; PINHEIRO, Leticia. (2010). **A Política Externa Brasileira em Tempos de Novos Horizontes e Desafios**. Nueva Sociedad, dezembro.

HONNETH, A. (2010) **Das Gewebe der Gerechtigkeit, in Das Ich im Wir: Studien zur Annerkenungstheorie** (Berlin: Suhrkamp), publicado em português como **A Textura da Justiça: Sobre os Limites do Procedimentalismo Contemporâneo**. Civitas – Revista de Ciências Sociais.

HUBER, Evelyn; STEPHENS, John D. (2012). **Democracy and the Left – Social Policy and Inequality in Latin America***.* Chicago: University of Chicago Press.

ICHUTA NINA, Carlos E. (2008). **La Izquierda de Evo Morales? Significados y Contenidos de la Victoria Electoral y el Gobierno de Evo Morales en Bolivia, Hacia Adentro y Hacia Afuera**. San José: IV Congresso ALACIP.

KATZ, E.; LEVIN M. L.; HAMILTON H. (1963). **Traditions of Research in the Diffusion of Innovation**. Washington: American Sociological Review, Vol. 28, Nº 2.

KERSTENETZKY, Celia Lessa (2003). **Desigualdade como Questão Política**. Rio de Janeiro: Observatório da Cidadania.

_____ (2006). **Políticas Sociais: Focalização ou Universalização?** São Paulo: Revista de Economia Política, vol. 26. n. 4.

_____ (2010). **Social Development in Latin America?** Niterói: Centro de Estudos Sobre Desigualdade e Desenvolvimento.

KUPER, Andrew (2005). **Global Poverty Relief: More Than Charity, in Global Responsabilities – Who Must Deliver Human Rights?** Nova York: Taylor & Francis Group.

Las Misiones Sociales. Relatório de agosto de 2014 sobre os programas sociais na Venezuela. Disponível em: http://www.misionmilagro.gob.ve/documentos/misiones.pdf

LANZARO, Jorge. (2011). **A Social Democratic Government in Latin America in The Resurgence of the Latin American Left**. Baltimore: The John Hopkins University Press.

_____ (2011). **Social Democracy in the Global South. Brazil, Chile and Uruguay in a Comparative Perspective**. Em Social Europe Journal. Montevidéu: Universidade da República.

_____; HILLEBRAND, Ernst (2007). **La izquierda en América Latina y Europa: Nuevos Procesos, Nuevos Dilemas**. Montevidéu: Fundación Friedrich Ebert.

Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Mais Médicos em decorrência do MP 621/2013. Presidência da República do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm

LIMA, Maria Regina Soares de. (2000). **Instituições Democráticas e Política Exterior.** Rio de Janeiro: Contexto Internacional, vol. 22, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

_____ (2013). **Relações Interamericanas: A Nova Agenda Sul-Americana e o Brasil**. Lua Nova, nº 90.

LIMA FLORÊNCIO, S. A. (2003). **Política Externa e Políticas Sociais**. São Paulo: Revista Política Externa, Vol. 12, nº 2.

LOPES, Dawisson Belém. (2011). **A Política Externa Brasileira e a "Circunstância Democrática": do Silêncio Respeitoso à Politização Ruidosa**. Brasília: Revista Brasileira de Política Internacional, Vol. 54, Nº 1.

MAHONEY, James.; GOERTZ, Gary. (2006). **A Tale of Two Cultures: Contrasting Quantitative and Qualitative Research**. Cambridge: Political Analysis.

MARIMÓN TORRES, Nestor; MARTÍNEZ CRUZ, Evelyn (2008). **Evolución de la Colaboración Médica Cubana en 100 años del Ministerio de Salud Pública**. Havana: Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 36, Nº 3.

MARTINS, J. R. V. (2015). **Mercosul: A Dimensão Social e Participativa da Integração Regional**. Em DESIDERÁ, Walter (org). **O Brasil e as Novas Dimensões da Integração Regional**. Rio de Janeiro: Ipea.

MEDICI, André (2011). **Propostas para Melhorar a Cobertura, a Eficiência e a Qualidade no Setor Saúde** em BACHA, E. L. e SCHWARTZMAN, Simon (org). **A Nova Agenda Social**. Rio de Janeiro: LTC.

MENESES SILVA, Marco Antonio de (2005). **Teoria Crítica em Relações Internacionais**. Rio de Janeiro: Contexto Internacional, Vol. 27, Nº 2.

MILANI, Carlos; PINHEIRO, Leticia. (2013). **Política Externa Brasileira: Os Desafios da Sua Caracterização Como Política Pública**. Contexto Internacional, Vol. 35, Nº 1.

_____; _____ (2011). **Política Externa Brasileira – A Política das Práticas e as Práticas da Política**. Rio de Janeiro: Editora FGV.

MOLYNEUX, Maxine (2006). **Mothers at the Service of the New Poverty Agenda: Progresa/Oportunidades, Mexico's Conditional Transfer Programme**. Social Policy & Administration, Vol. 40, Nº 4.

MORALES, Natasha (2010). **La Política Social en Bolivia. Un Análisis de los Programas Sociales (2006-2008)**. La Paz: Banco Interamericano de Desenvolvimiento.

NEACK, Laura; HEY, Jeanne A.K.; HANEY, Patrick J. (1995). **Foreign Policy Analysis – Continuity and Change in Its Second Generation**. New Jersey: Prentice Hall.

NUSSBAUM, M. (2013) **Political Emotions. Why Love Matters for Justice**. Cambridge, Mass.: The Belknap Press of Harvard University Press.

NYE, Joseph (2004). **Soft Power: The Means to Success in World Politics**. Jackson: PublicAffairs.

Panorama Social da América Latina (2014). CEPAL (Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina). Santiago do Chile. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37626/S1420729_es.pdf?sequence=4

PENFOLD-BECERRA, Michael. (2007). **Clientelism and Social Funds: Empirical Evidence from Chávez's "Misiones"**. Latin American Politics and Society, Vol. 49, Nº 4.

PEREIRA, G. (2013). **Elements of a Critical Theory of Justice**. New York: Palgrave-Macmillan.

PIERSON, Paul (2006). **Public Policies as Institutions**. Em: SKOWRONEK, Stephen; GALVIN, Daniel; SHAPIRO, Ian (eds.). **Rethinking Political Institutions: The Art of State**. New York: New York University Press.

_____ (2000). **Three Worlds of Welfare State Research**. Comparative Political Studies, Vol. 33, nº 6/7.

PIMENTA DE FARIA, Carlos Aurélio (2012). **O Itamaraty e a Política Externa: do Insulamento à Busca de Coordenação dos Atores Governamentais e de Cooperação com os Agentes Societários***.* Contexto Internacional, Vol. 34, Nº 1.

PINHEIRO, Leticia (2000). **Traídos pelo desejo: Um Ensaio sobre a Teoria e a Prática da Política Externa Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Contexto Internacional, vol. 22, nº 2.

_____ (2004). **Política Externa Brasileira**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

PIRES, Samuel de Paiva (2008). **A Política Externa Chavista - Vectores da Política Externa e Inserção Internacional da República Bolivariana da Venezuela**. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Projeto de Cooperação Brasil-Bolívia. Apoio ao Programa Multisetorial Desnutrição Zero (2008). Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, MRE.

PRZERWORSKI, Adam. (2011). **Money, Politics, and Democracy***.* Trabalho apresentado no Departamento de Ciência Política da USP

RAWLS, J. (1971). **A Theory of Justice**. Cambridge-Mass., Harvard University Press.

_____ (2003). **Justiça como Equidade***.* **Uma reformulação.** São Paulo: Martins Fontes.

REGO, W. G.D. L.; PINZANI, A. (2013) **Vozes do Bolsa Família***.* São Paulo: Editora Unesp.

REIS, Guilherme Simões; VIEIRA, Soraia Marcelino (2009). **Esquerdas Populistas na América Latina? Uma Análise dos Governos Hugo Chávez e Evo Morales***.* Rio de Janeiro: Iuperj.

RISSE-KAPPEN, Thomas (1991). **Public Opinion, Domestic Structure, and Foreign Policy in Liberal Democracies***.* Cambridge: Cambridge University Press.

RODRÍGUEZ, Laura Pereira (2012). **Las Relaciones Brasil-África en el Siglo XXI: Las Aspiraciones Mundiales de Brasil Proyectadas en África***.* Sevilha: Universidade Pablo de Olavide.

SABATIER, Paul. (1992). **Interest Group Membership and Organization: Multiple Theories***,* em: PETRACCA, Mark (ed) **The Politics of Interests: Interest Groups Transformed***.* Boulder: Westiew Press.

SANTOS, Luis Claudio Villafañe G. (2005). **A América do Sul no Discurso Diplomático Brasileiro***.* Brasília: Revista Brasileira de Política Internacional, Vol. 48.

SCHENONI, Luis Leandro (2012). **As Possíveis Causas Domésticas da Liderança Brasileira na América do Sul***.* Contexto Internacional, Vol. 34, Nº 2.

SEANWRIGHT, Jason; GERRING, John. (2008). **Case Selection Techniques in Case Study Research***.* Salt Lake City: Political Research Quartely 61.

SEN, A. (2009). **The Idea of Justice***.* Cambridge-Mass.: Harvard University Press.

SHAPIRO, Robert e PAGE, Benjamin I. Page (1988). **Foreign Policy and the Rational Public***.* College Park: Journal of Conflict Resolution, Vol. 32, Nº. 2.

SORJ, Bernardo; TIRONI, Eugenio (2007). **Coesão Social: Uma Visão Desde América Latina***.* Santiago de Chile: Centro Edelstein de Investigaciones Sociales.

SUGIYAMA, Natasha Borges (2004). **Political Incentives, Ideology and Social Networks: The Diffusion of Social Policy in Brazil**. Las Vegas: Meeting of the Latin American Studies Association.

_____; HUNTER, Wendy. (2013) **Whither Clientelism? Good Governance and Brazil's Bolsa Família Program**. Comparative Politics (Forthcoming).

TEIXEIRA, Paulo (2010). **Política Externa do Governo Lula: Inclusão Social e Mundial. Disponível em:** http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Internacional/Politica-externa-do-Governo-Lula-inclusao-social-e-mundial/6/16155

Terceiro termo de ajuste ao 80º Termo de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de Ações Vinculadas ao Projeto "Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde, entre o Ministério da Saúde/ Fundo Nacional de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (2013). Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/setembro/30/OPAS-27022013.pdf

VILLA, Rafael Duarte (2006). **Política externa brasileira – Capital Social e Discurso Democrático na América do Sul**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 21, Nº 61.

WEYLAND, Kurt (2005). **Theories of Policy Diffusion – Lessons from Latin American Pension Reform**. Princeton: World Politics, Vol. 57, Nº 2.

_____; MADRID, Raúl L.; HUNTER, Wendy (eds) (2010). **Leftist Government in Latin America – Successes and Shortcomings**. New York: Cambridge University Press.

YOUNG, I. M. (1990). **Justice and the Politics of Difference**. Princeton: Princeton University Press.

_____ (2000). **Inclusion and Democracy**. Oxford and New York: Oxford University Press.

7. ANEXOS

Entrevistas realizadas ao longo da pesquisa de campo feita na Venezuela e na Bolívia em julho de 2014, e também em uma complementação por telefone em 2015:

Antonio Torres, coordenador nacional do Programa de Medicina Integral Comunitária da Venezuela – Caracas, 30 de julho de 2014.

Alidson Gomez Agostopa, oftalmologista boliviana formada em Cuba e coordenadora nacional dos Centros Oftalmológicos do Ministério da Saúde da Bolívia – La Paz, 15 de julho de 2014.

Roberto Ríos, coordenador para o fortalecimento de redes do Ministério da Saúde da Bolívia – La Paz, 15 de julho de 2014.

Bruno Sandino, então assessor do Ministério da Saúde e dos Esportes da Bolívia – La Paz, 18 de julho de 2014.

Felipe Proenço, coordenador do programa Mais Médicos – Por telephone, 9 de junho de 2015.