

3

A Comunidade Brasileira de Especialistas em Saúde (CBES)

O engajamento brasileiro na cooperação Sul-Sul (CSS), e particularmente nas ações de cooperação técnica, ou a Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento (CSSD), tem cativado interesse e debate extensos na última década. A literatura acerca das práticas brasileiras no campo da cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) aponta para um diferencial em termos das ações estruturantes, como também para lacunas significantes, particularmente no que cerne à inexistência de um marco regulatório legal. De forma geral, tais práticas são orientadas pelos princípios da CSS que preveem o estabelecimento de parcerias horizontais.

As análises acerca da CSSD brasileira partem do papel da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) em coordenar e implementar projetos em países terceiros. Frequentemente, o diagnóstico é de uma fragmentação da cooperação brasileira, na qual dificuldades de coordenação marcam as ações no campo. A dispersão institucional das iniciativas de cooperação é avaliada em termos da formulação, financiamento e implementação dos programas e projetos (LEITE&HAMANN, 2012, p. 4) e pela resultante fragmentação e arranjos informais dos espaços decisórios (LEITE et al., 2013, p. 4). Esse diagnóstico reflete os desafios e a organização/divisão de trabalho entre diversos ministérios e agentes, que conduzem suas atividades de forma semiautônoma, ao invés de uma configuração que tem como centro uma agência relativamente autônoma, com diretrizes, estratégias e modelos de desenvolvimento específicos sendo difundidos. Embora tragam a importância de construir uma *constituency* de apoio à cooperação brasileira (LEITE et al., 2013, p. 2), a maioria dos estudos acerca da cooperação brasileira colocam a política externa como principal motor das ações.

Embora importante, este fator não dá conta da complexidade de interesses em jogo, nacionais e internacionais, que não passam apenas pela política externa ou pela política comercial. As variadas concepções e práticas de cooperação decorrentes, respondem a estratégias paralelas e por vezes até conflitantes (MALUF et al., 2014, p.24)

É necessário frisar que o traço distintivo da cooperação brasileira – e talvez da CSSD de forma geral – é seu enraizamento em comunidades de políticas públicas domésticas¹. O problema de identificar o *development expert* localizado dentro de uma agência de desenvolvimento, presumindo que essa agência é responsável por desenhar e executar os projetos de desenvolvimento é: nem o *development expert* nem a agência de desenvolvimento possuem um mandato claro dotado com recursos para conduzir os projetos de CSSD brasileiros. O que se reconhece no argumento da fragmentação, que a ABC conduz seus projetos por meio de agências de implementação mais ou menos autônomas.

Na maioria dos casos, devido a restrições legais, as agências implementadoras conduzem seus projetos de desenvolvimento através da ABC. Ao invés de observar as práticas de desenvolvimento brasileiras pela abordagem *top-down* (do governo federal, o Ministério das Relações Exteriores ou a ABC), argumentamos que a análise *bottom-up* oferece uma compreensão matizada do conjunto de práticas altamente heterogêneas. Isso se deve particularmente ao enraizamento dessas práticas nas experiências de comunidades de especialistas em desenhar e implementar políticas públicas no Brasil. Ao invés do *development expert*, a CSS brasileira é conduzida por cooperantes que participam ativamente em uma comunidade de especialistas (educação, segurança alimentar, agricultura e saúde).

Duas preposições têm sido reforçadas na literatura sobre CSS: (i) as experiências de países do Sul global distinguem as práticas de provedores Sul-Sul, inclusive do Brasil, vis-à-vis doadores do Norte², e (ii) os princípios da CSSD são substancialmente diferentes daqueles de doadores tradicionais. Tais preposições sustentam as práticas da parceria, alegadamente um traço distinto da CSSD. Enquanto a assistência ao desenvolvimento tradicional estabelece uma diferenciação clara entre doador e receptor, autorizando as práticas verticais da

¹ A concepção de comunidades de políticas públicas foi pela primeira vez apresentado pelo SSC-Project em artigo, *A cooperação brasileira em Moçambique e Angola: transformando desafios em oportunidades* (ESTEVEZ et al., Rio de Janeiro, no prelo). Em nota denominam tais comunidades formadas por “agentes governamentais, movimentos sociais, acadêmicos, organizações não-governamentais e agentes privados envolvidos em processo de formulação e execução de políticas públicas em um determinado setor. Uma comunidade de políticas públicas se caracteriza entre outras variáveis por (i) limitado número de participantes; (ii) interações frequentes e qualificadas entre os membros da comunidade; (iii) consistência e estabilidade em termos de valores, preferências, critérios de seleção e pertencimento e resultados esperados” (p. 19).

² Para uma perspectiva crítica sobre essa afirmação, ver Cesarino (2012).

*donorship*³, conforme fora apresentado no Capítulo 2, a CSSD afirma uma isonomia entre os agentes que se engajam em práticas horizontais da parceria (Esteves & Assunção, 2014)⁴. Diferentemente dos enigmas do doador e do receptor/doador, a ideia de parceria Sul-Sul resultante do modelo de cooperação adotado introduz um novo jogo de relações ao tabuleiro da CID, nomeadamente a posição de provedor e outra de beneficiário da cooperação entre dois países em desenvolvimento.

Apesar das eventuais assimetrias entre países do Sul, os agentes de CSSD presumem que compartilhar um conjunto aparentemente similar de problemas e experiências permite estabelecer parcerias horizontais e soluções políticas comuns. O estabelecimento dessas parcerias habilita a posição subjetiva do parceiro, onde ambas as posições, aquela do provedor e beneficiário de cooperação, deveriam coincidir. Esse capítulo interroga como a posição de parceiro é autorizada. Assim, a parceria não é tomada como um dado, mas como um enigma: o que são as condições de possibilidades que autorizam os agentes como parceiros? Tomando o caso da Comunidade Brasileira de Especialistas em Saúde (CBES) e sua presença internacional, o capítulo tensiona a posição de parceiro e sua tentativa de traduzir experiências compartilhadas em soluções políticas.

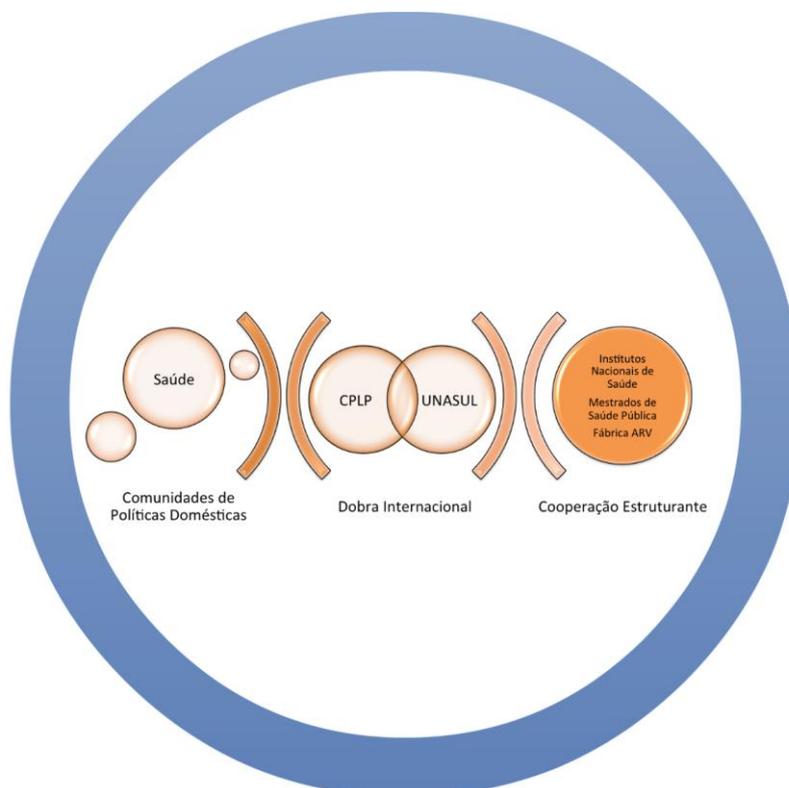
A internacionalização da CBES poderia facilmente ser traduzida como processo de institucionalização da sua relação com a comunidade de política externa brasileira. Contudo, a extensão da CBES parece seguir práticas de transnacionalização a partir do que denominamos sítio transnacional de elaboração de políticas para a saúde. Os sítios representam espaços de vinculação ou articulação na arena multilateral e minilateral (MERCOSUL, UNASUL e CPLP), que inclusive informam as iniciativas de cooperação em saúde. Essas articulações ou extensões criam espaços sociopolíticos na saúde, nos quais a interação e integração entre especialistas de uma variedade de contextos é

³ Mesmo com a introdução do princípio de *ownership* e um foco na construção local de políticas para o desenvolvimento, uma distância simbólica entre doador e receptor é mantida; isso será objeto do Capítulo 4.

⁴ É importante notar que as práticas dos doadores tradicionais têm mudado significativamente, assim como as propostas para reformar as relações entre doadores e receptores, vistos no último capítulo. É possível argumentar que os doadores bilaterais no âmbito do CAD-OCDE não representam um grupo homogêneo *per se*.

facilitada. Certamente, a CBES é estruturada em torno da sua extensão transnacional.

Quadro 2: A Comunidade Política e o Sítio de Elaboração de Políticas – o caso da Saúde



Fonte: ESTEVES, P. Apresentação quarto evento do ciclo de debates sobre o Brasil como ator na Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, sobre “A Cooperação Estruturante: Oportunidades e Desafios”, no Instituto de Estudos Socioeconômicos, Outubro 2015, Brasília.

*Na imagem ainda apresentamos a ideia de “dobra internacional”. Essa foi substituída pela noção de sítio de elaboração de políticas para o desenvolvimento da saúde.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é o lócus de articulação primordial para a comunidade de saúde no Brasil. Ela consiste em uma rede complexa de instâncias decisórias e unidades técnicas e administrativas engajadas com pesquisa, desenvolvimento de medicamentos e inovação na saúde. Em 2009, o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) foi criado para apoiar e coordenar o intercâmbio internacional do país. Por um lado, o centro promove consensos na saúde internacional, por outro, implementa os projetos de

cooperação⁵. Logo, a centralidade da Fiocruz pode ser entendida em termos de um agenciamento sociológico com a capacidade de facilitar a transferência e o intercâmbio de conhecimento na saúde. Esse conhecimento é baseado no entendimento especializado (institucionalizado por meio de um processo de profissionalização) sobre sistemas de saúde. Por essas razões, quando atuam nos três fronts – no multilateral, no minilateral e na CSSD – o aparato de produção de conhecimento da comunidade de especialistas em saúde é suplementado por associações “supralocais” e redes nas quais esses atores intermediários operam (MOSSE & LEWIS, 2006, p. 12).

O capítulo está dividido em três seções: a primeira propõe uma análise interpretativista da emergência da CBES. Essa análise permite contar a história de constituição da comunidade de especialistas em saúde no Brasil. Descrevendo o “nascimento” da comunidade, sua educação profissional, recrutamento e socialização. Baseado num aparato de produção de conhecimento e um regime de treinamento e socialização, a CBES apresenta, desde seu início, uma presença internacional, particularmente em relação à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ao longo dos anos 1990, a presença internacional da CBES era impulsionada pelo engajamento nos debates multilaterais, nos arranjos minilaterais como o Mercado Comum do Sul, a União de Nações da América do Sul ou a Comunidade de Países de Língua Portuguesa e projetos de CSSD. O engajamento com arranjos minilaterais e projetos de CSSD permitiram que a CBES se elevasse no nível internacional e expandisse o seu alcance operacional. Como será apresentado na primeira seção, por meio desses arranjos minilaterais, a CBES tem articulado um sítio transnacional de elaboração de políticas para o desenvolvimento da saúde.

Esse sítio é informado pelas políticas de CSSD para saúde. Isso significa que a CBES reúne agentes de diferentes países, em torno de um entendimento compartilhado acerca da saúde e da assistência à saúde. Assim, o sítio de CSSD cria uma realidade comum e alimenta um conjunto de linguagens comuns por meio da promoção de um vocabulário compartilhado na saúde. O capítulo

⁵ As principais unidades engajadas com atividades de cooperação são: o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e a Farmanguinhos. Elas estabeleceram relações estreitas com o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores (MRE) (FRAUNDORFER, 2015, p. 71).

argumenta que essa uniformização (ambos em termos da realidade comum e da linguagem compartilhada) encobre as diferenças entre os agentes e constitui, em última instância, a posição de parceiro, autorizando a parceria como tal. Assim, a posição subjetiva de parceiro é articulada através da internacionalização do aparato de produção de conhecimento e o regime de treinamento/socialização dentro das redes Sul-Sul e as iniciativas de cooperação na saúde (o sítio de CSSD).

Tomando o caso de Moçambique e o setor da saúde, a segunda seção discute o que definimos como posições estruturadas dentro do sítio de CSSD. Explorando o caso da fábrica de antirretrovirais em Moçambique, argumenta-se que a posição de parceiro é desafiada pela forma que os especialistas em saúde moçambicanos são estruturados. Apesar de participarem do sítio de elaboração de políticas da CBES, eles não são parte dela. Esses especialistas estão envolvidos não apenas com seus assuntos domésticos, mas também com outras redes, sistemas de conhecimento e agendas. Eles não compartilham a linguagem ou vocabulário do sítio da CBES. A diferença irreduzível torna a posição de parceiro extremamente problemática, desde que os especialistas de saúde moçambicanos aparentam recusar-se a ocupar a posição subjetiva de parceiro. Ao invés de replicar a linguagem e os valores da CBES, os agentes moçambicanos realizam cadeias de tradução que em última análise desafiam os pressupostos da parceria.

A comunidade transnacional de especialistas não pode ser entendida como espaço de transferência de políticas. Mesmo que os especialistas brasileiros e suas instituições tenham um papel central em estabelecer uma comunidade transnacional, o espaço sociopolítico resultante não é uma via de mão única, na qual os brasileiros ensinam aos seus parceiros como construir sistemas de saúde domésticos. A linguagem comum ou vocabulário é sempre sujeito a interpretações particulares, as quais são sobredeterminadas pelas posições estruturadas dos agentes. Uma vez que os especialistas de saúde moçambicanos ocupam uma posição diferente daquela do parceiro, eles transformam o sítio de CSSD em um espaço político aberto para contestação, que tomam a forma de traduções estratégicas. As redes e processos socio-históricos nos quais essas comunidades de especialistas estão enraizadas têm sido subestimadas no contexto de experiências compartilhadas do Sul e na formulação de soluções políticas comuns.

3.1

A gênese da Comunidade Brasileira de Especialistas em Saúde (CBES) e sua disposição desenvolvimentista na saúde

Para constituição da CBES, a própria definição de saúde encontrava-se em questão. De fato, a comunidade de especialistas em saúde localiza a sua expertise não apenas no setor da saúde, mas especificamente no entendimento acerca da “saúde”, onde narrativas e discursos particulares sobre assistência à saúde e sistemas de saúde são endossados⁶. Certamente, a CBES define a saúde como questão complexa, englobando um conjunto amplo de determinantes sociais na promoção da qualidade de vida (ver definição Saúde 1986:4)⁷. No entanto, essa definição foi alcançada após contestações entre forças oponentes.

A constituição da comunidade de especialistas em saúde no Brasil é intimamente associada às dinâmicas do movimento sanitário durante o regime militar. Suas origens podem ser traçadas desde quando tiveram início os departamentos de medicina preventiva nos anos 1950, e a incorporação deles como campo de conhecimento nos currículos das escolas médicas no Brasil em 1968 (Escorel 1999; Escorel, Nascimento e Edler, 2005). O corpo de conhecimento gerado dentro e disseminado pelos departamentos ajudou a estabelecer as fronteiras de um campo de conhecimento e prática baseado em um entendimento específico sobre a saúde. O aparato de produção de conhecimento se distinguiu pela disposição desenvolvimentista na saúde⁸. Ao longo dos anos 1970 e início dos anos 1980, algumas perspectivas e conceitos-chave em torno dos quais a comunidade de especialistas em saúde se organizavam foram liquidados: em primeiro lugar, o conceito de determinantes sociais da saúde

⁶ Leander e Aalberts (2013) abordam o processo de co-constituição entre o especialista e o objeto de expertise, afirmando que eles são gerados simultaneamente.

⁷ Organização Mundial da Saúde na declaração de Alma-Ata, em 1978. Os conceitos foram divulgados e implementados universalmente no documento "Metas da Saúde para Todos", com edição original de 1984 e tradução portuguesa do Ministério da Saúde, de 1986.

⁸ Sobre o aparato de produção de conhecimento, Cesarino (2013) argumenta que os cooperantes brasileiros aprendem a se engajar com atores locais sem nenhum aparato especializado para produzir um conhecimento relacionado ao desenvolvimento (p. 45). Mas estariam mesmo assim envolvidos na formação de assembleias sociotécnicas no Atlântico do Sul (p. 1). Em outra publicação a autora (2012, p. 526) afirma que a cooperação Sul-Sul brasileira com seu próprio aparato de produção de conhecimento ainda encontra-se em sua fase “heroica”. Não obstante, conforme será argumentado, a extensão da comunidade de especialistas na saúde nesses três fronts habilita um processo amplo de transnacionalização que constrói explicitamente sobre as conexões, fontes de conhecimento e intercâmbio e o próprio conhecimento sendo produzido por esses especialistas.

(BUSS & FILHO, 2007); e em segundo lugar, uma visão sobre saúde pública que combina a assistência primária universal à participação democrática e mecanismos de controle social. Essa combinação situou o objeto da saúde, suas políticas, e mesmo o especialista da saúde, nas intersecções com o campo do desenvolvimento, entendido, portanto, como disposição desenvolvimentista na saúde.

Conseqüentemente, os especialistas na saúde têm se constituído por meio do engajamento mútuo e do intercâmbio de conhecimento e informação dentro de instituições centrais da saúde. O perito em saúde é formado na junção de duas configurações: um aparato de produção de conhecimento e um regime de treinamento e socialização. Esse regime abarca uma ampla gama de técnicas que reproduzem um corpo de conhecimento específico. Variando desde desenho de currículos, manuais, estágios, conferências e participação nas arenas políticas, essas práticas têm constituído os especialistas e seu objeto de expertise de forma particular. Ao longo da década de 1970, duas instituições tornaram-se centrais para o avanço das discussões sobre reforma da saúde pública e a consolidação da comunidade de especialistas em saúde: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Essas instituições, juntamente com departamentos acadêmicos de medicina preventiva, logo se tornaram pontos de referência para um campo de conhecimento e prática no qual alternativas políticas poderiam ser formuladas e preconizadas, com o objetivo de influenciar o desenvolvimento nacional de forma geral ou as políticas da saúde em particular.

No início de 1980, em meio ao processo de democratização no Brasil, a comunidade de especialistas em saúde já encontrava-se em vigor e era caracterizada por uma integração significativa. Esta se expressava na forma como valores comuns eram compartilhados, que acabou por limitar o número de participantes e contribuiu para o aumento do volume e da qualidade de suas interações. A disposição desenvolvimentista na saúde estabeleceu as fronteiras da comunidade, autorizou um conjunto de escolhas, que permitiram que o especialista em saúde se constituísse com voz de autoridade no campo da saúde pública ao longo do novo processo de constitucionalização. Nesse sentido, as três características – número de participantes, interações qualificadas e estabilidade de valores – que definem uma comunidade de política pública se aplicam no caso da

CBES. Basta conferir como a comunidade incorporou a dimensão internacional, desde a sua constituição (seção 2.2), e acabou transformando-se em um sítio transnacional de produção de conhecimento acerca de políticas públicas na saúde a partir das iniciativas de CSSD (seção 2.3).

Os agentes do setor compartilham da percepção de que no Brasil as esferas da política doméstica, da política internacional da saúde e da cooperação para o desenvolvimento são inextricavelmente ligadas. Ter uma presença internacional significativa permite promover escolhas e política no domínio doméstico. Isso se evidencia quando o direito universal à saúde é constitucionalizado. De fato, a narrativa prevalecente entre agentes comunitários da saúde pública no Brasil associa o processo de constitucionalização do direito à saúde com a atuação internacional de atores estatais brasileiros no campo da saúde. A construção de sistemas de saúde públicos, guiados pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social não deve ser visto como disputa política no âmbito doméstico exclusivamente. O movimento que fora consolidado por meio da resistência a reformas orientadas para o mercado promovidas pelas instituições financeiras internacionais, particularmente o Banco Mundial (World Bank, 1987; Mattos, 2009; Escorel 1999; Escorel et al., 2005; Almeida, 2006), e por meio da promoção de padrões internacionais preocupados com o direito à saúde e a construção/provisão de bens públicos globais relacionados. Nesse sentido, o movimento consolidado no Brasil adentra, desde a sua constituição, espaços e debates internacionais, compreendendo o poder de atuação internacional como meio para impulsionar mudanças no domínio doméstico.

3.2

De dentro para fora: a elaboração de políticas pela CBES como sítio transnacional

Mesmo que a resistência contra as políticas do Banco Mundial tenha se tornado um marco na autonarrativa da CBES, a presença internacional de seus agentes precede a entrada do Banco no campo da saúde, e foi fenômeno chave para o nascimento da comunidade. A construção da CBES aconteceu sob um quadro internacional mais amplo, no qual a saúde era descrita como ambos, uma condição e um resultado dos processos de desenvolvimento. O entendimento

específico foi compartilhado pelo movimento sanitário. Ao longo dos anos 1960 e 1970, seus membros se tornaram participantes ativos nos debates internacionais que estavam acontecendo nas organizações internacionais, como a OPAS, a OMS e o UNICEF⁹. Ao final de 1970, como um domínio de conhecimento e intervenção política, a saúde era concebida como resultado de um conjunto de determinantes sociais. No entanto, essa recém-nascida comunidade de especialistas da saúde não era circunscrita às fronteiras nacionais. Os experimentos de saúde pública com um enfoque nas comunidades podem ser encontrados em todo o Sul Global, particularmente na América Latina, notavelmente ao longo dos anos 1970 (WERNER & SANDERS, 1997; IRWIN & SCALI, 2007).

Esse tipo de experimento é observado mesmo anteriormente. No início dos anos 1960, quando os projetos com foco na atenção primária para as famílias levaram ao ponto de recusar o atendimento pelo hospital, promovendo o uso de facilidades locais na periferia, como hospitais escolas¹⁰. Em toda parte da América Latina esse tipo de experimento foi apoiado e difundido pelos escritórios regionais da OPAS. A residência médica focada na assistência primária foi transformada em um curso internacional oferecido em Washington para médicos na região. Para além de seu papel como *knowledge hub*, a OPAS se tornou espaço importante e instância de consagração, onde experiências locais eram legitimadas e difundidas¹¹. A autoridade da organização para consagrar um conjunto de práticas e reproduzi-las pelos programas educacionais na América Latina foi substancial para consolidação da comunidade de especialistas em países como o Brasil. Enquanto, por um lado, a organização proveu apoio político e material para atividades de treinamento nas quais a disposição desenvolvimentista na saúde foi

⁹ Ver IRWIN, A. & SCALI, E. Action on the social determinants of health: A historical perspective. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, v. 2, n.3, p. 235-256, 2007; WERNER, D. & SANDERS, D. Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival. Palo Alto, CA: Healthwrights, 1997.

¹⁰ No contexto brasileiro esse tipo de experiência pode ser rastreado para o ano de 1963, em Brasília, quando um projeto completamente novo foi criado focado nos cuidados primários para famílias, a ponto de recusar o uso do Hospital Central de Brasília. Ao invés disso, usaram-se facilidades locais na periferia como hospitais-escolas.

¹¹ Ao discutir o campo da produção cultural, Bourdieu apresenta instâncias de consagração como instituições que “*on the one hand (...) conserve the capital of symbolic goods, (...) and, on the other hand, institutions [such as the educational system] which ensure the reproduction of agents imbued with the categories of action, expression, conception, imagination, perception, specific to the ‘cultivated disposition’*”. Ver BOURDIEU, P. *The Field of Cultural Production: Essays on Art and Literature*. Columbia University Press, 1984, p.121.

preservada e reproduzida, por outro lado, a OPAS foi instrumental para fazer uma ponte entre treinamento e elaboração de políticas¹².

A despeito do papel da OPAS em apoiar o regime de treinamento e socialização, a partir do qual as fronteiras da comunidade de especialistas puderam ser erguidas, o engajamento da comunidade com organizações internacionais, inclusive a OPAS, também definiu as experiências na cooperação internacional. A cooperação técnica foi afirmada como forma pela qual diferentes comunidades nacionais deveriam se relacionar. Conforme José Roberto Ferreira, Diretor de Pesquisa e Recursos Humanos da OPAS, tem reivindicado a cooperação técnica deve ser contrastada e, em última instância, substituída pela assistência técnica. Em um artigo apresentado em 1976, Ferreira estabeleceu uma distinção baseada no entendimento de que a última categoria pode ser vista como processo unidirecional de transferência de conhecimento, que reforça as posições dos países desenvolvidos e em desenvolvimento no sistema internacional. Enquanto que a cooperação técnica seria o meio pelo qual “reunir esforços para um propósito comum” (FERREIRA, 1976, p. 336)¹³. De acordo com Ferreira, a cooperação técnica promove autonomia e autossuficiência (*self-reliance*), adquirindo, portanto, um caráter estratégico. A cooperação técnica se apresenta como decisão estratégica:

À medida que as decisões podem ser colocadas em práticas, as diferenças que caracterizam os níveis distintos de desenvolvimento são apagados implicitamente, e a motivação central se torna a busca por soluções autóctones, baseadas na criatividade e adaptação local do conhecimento relevante, invariavelmente enfatizando sob as questões locais (FERREIRA, 1976, p. 336) [tradução nossa].

A perspectiva de Ferreira sobre a cooperação técnica é altamente representativa de como ela constitui uma categoria de ação compartilhada entre os especialistas brasileiros na saúde. Como tal ela é sustentada pela crença de que o subdesenvolvimento é uma condição comum dos países do terceiro mundo ou do Sul Global. A Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD)

¹² Sobre o papel da OPAS em integrar experiências de treinamento e políticas públicas na saúde no contexto brasileiro no final da década de 1970, ver SANTANA, J.P. A função de desenvolvimento de recursos humanos do INAMPS/MPAS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 570-575, Dec. 1986; NUNES, T. C. M. A Especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

¹³ FERREIRA, J. R. Estrategias internacionales en educación médica: asistencia técnica y cooperación técnica. Educación Médica y Salud, v. 10, n. 4, p. 335-344, 1976.

serviu de veículo para experiências nacionais cruzarem as fronteiras e serem implementadas em diferentes configurações¹⁴.

A ação internacional pode desempenhar a função importante de identificar, junto às equipes nacionais, as soluções baseadas em recursos locais. Nessa ação (cooperação técnica) a estratégia se torna o recurso externo mais importante, e ao invés de promover uma transferência de conhecimento, oferece-se a soma das experiências adquiridas em contextos similares de outros países em desenvolvimento e já testados sobre condições idênticas, as quais pretendem atender no novo projeto (FERREIRA, 1967, p. 337) [tradução nossa].

Conforme explorado no Capítulo 2, o conceito de “assistência técnica” foi revisado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1959, substituindo o termo pela nova expressão “cooperação técnica”, que apontaria para uma relação baseada em benefícios mútuos entre os agentes envolvidos, mesmo que sob partes desiguais (RIBEIRO, 2007; CERVO, 1994). A partir das duas dimensões mais importantes dentro dos objetivos da CTPD¹⁵ a autossuficiência nacional era concebida como capacidade criativa para encontrar soluções de desenvolvimento. A autossuficiência coletiva sustenta a ideia do intercâmbio entre países em desenvolvimento, sendo ambos apoiados por iniciativas de cooperação técnica. A definição do PNUD reitera que a autossuficiência pode ser traduzida como capacidades diretivas (de liderança), técnicas, administrativas e de pesquisa; faz menção ao fortalecimento das instituições “apropriadas” para gerenciar o desenvolvimento (FERREIRA, 1967, p. 338).

Ferreira (1967, p. 335) reconhece que os esforços internacionais para o desenvolvimento têm evoluído historicamente da etapa de caráter filantrópico e paternalista para uma de assistência técnica, que na época em que ele escreve o artigo passaria por reajustes em função de uma nova ordem de relações. Essas relações que preveem o intercâmbio e a cooperação não apenas entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas principalmente entre países em desenvolvimento, rejeita fortemente a noção de dependência. Tal rejeição

¹⁴ A ideia de compartilhamento de conhecimento, experiências e políticas que cruzam fronteiras será elaborada no próximo capítulo a partir do *policy mobility approach*.

¹⁵ Reiterando, os objetivos são: (i) o fomento da autossuficiência de países em desenvolvimento pelo reforço da capacidade criativa a fim de encontrar soluções para os problemas de desenvolvimento e manter suas aspirações, valores e necessidades especiais; (ii) promover e reforçar a autossuficiência entre países em desenvolvimento por meio do intercâmbio de experiências, o agrupamento, compartilhamento e utilização dos seus recursos técnicos e o desenvolvimento de suas capacidades complementares.

marcaria uma distinção não apenas formal entre a assistência técnica e a cooperação técnica.

O percurso conceitual da assistência à cooperação passou a informar as estratégias e formulações de organismos setoriais da saúde, como por exemplo, as diretrizes da OPAS em meados da década de 1970. Particularmente no âmbito da formação de recursos humanos na saúde, para além da rejeição de “dependência” e o reforço da ideia de “autossuficiência”, a “transferência” deveria ser substituída pela “criação e adaptação” e pelo “compartilhamento de experiências” em contextos similares (PIRES-ALVES et al., 2012, p. 446). Esse fundamento de compartilhar experiências e conhecimento – cooperação técnica – bem como a cooperação política e a integração regional experimentaram um processo de gradual institucionalização, que aconteceu em paralelo aos desenvolvimentos dentro do campo da ajuda internacional (ver Capítulo 2).

A partir do marco conceitual da cooperação técnica, as diferenças ideológicas dentro da CSS e a abordagem distinta da parceria Sul-Sul são reificadas: “*The Southern development partners foreground claims to expertise based (...) on their own domestic challenges and experiences, something that invokes long-standing, discourses of mutual learning*” (MAWDSLEY, 2011, p. 11). A expertise do Sul parte da identificação de instituições relevantes para o desenvolvimento em um país parceiro, que permitiria estabelecer uma rede de instituições semelhantes dentro do conceito de “pré-transferência” (FERREIRA, 1967, p. 339). Essa rede promoveria intercâmbios com diferentes enfoques e mecanismos de comunicação variados, os quais em última instância dissipariam os níveis de desenvolvimento distintos entre os países em desenvolvimento: ponto em que a posição entre provedor e beneficiário da cooperação coincidem.

Mawdsley (2011) afirma nesse contexto um regime simbólico da Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento, no qual o compartilhamento da identidade de país em desenvolvimento, uma expertise específica e “apropriada”, a rejeição da díade doador-receptor, e a ideia de mutualidade [nas oportunidades] ou reciprocidade são os traços fundamentais contra os quais a ajuda externa do Norte em sua forma de caridade não-recíproca se constrói discursivamente¹⁶.

¹⁶ A autora trabalha com a teoria da dádiva, de acordo com a qual a dádiva estabelece uma relação social – entre a obrigação do dar, receber e retribuir (original de Marcel Mauss, 1974) - permeada por poder (a tríplice obrigação do dar, receber e retribuir). O campo da CID, seria ideal para

Alude-se ao fato de a CTPD partir de um entendimento mais apropriado sobre o contexto do desenvolvimento ou a condição de “em desenvolvimento”. Ao invés de construir modelos políticos a partir de consultorias internacionais do Norte, o uso da expertise do Sul permite compartilhar conhecimento acerca das experiências (*what works and what does not work*), enquanto ainda enfrenta problemas domésticos de pobreza, desigualdade etc. Essa aproximação na condição de “em desenvolvimento” será explorada no Capítulo 4.

O especialista da saúde é apto a configurar o objeto de sua expertise (uma concepção particular sobre a saúde que seria, em última análise, rotinizada e possivelmente naturalizada) de acordo com modelos prevaletentes na comunidade. O especialista em saúde também é capaz de formular e executar a política, o que se encaixa e reforça o modelo já estabelecido dentro da comunidade. Em relação à expertise do Sul, ele/ela possui habilidades (*skills*) para operar em espaços mais amplos, figurados tanto em termos internacionais quanto do terceiro mundo, o Sul Global ou a América Latina. A cooperação técnica ou CSSD é uma categoria específica para ação que, ao mesmo tempo em que pressupõe a posição de parceiro, possibilita uma relação baseada na horizontalidade, mutualidade e intercâmbio (isto é, da parceria). De acordo com sua narrativa dominante, a CBES é desenhada como uma comunidade de cooperantes, na qual a expertise viaja através de espaços internacionais, mas sua autoridade emana de concepções particulares, nacionalmente derivadas acerca da saúde e soluções políticas (ver *policy mobility approach*, Capítulo 4).

Quanto à cooperação técnica como categoria de ação compartilhada entre os especialistas brasileiros na saúde, a CBES foi articulada na comunidade internacional mais ampla contra um cenário de insatisfação com políticas tradicionais da saúde (baseadas em doenças específicas e tecnologicamente impulsionada). Ao invés de ser equacionada com controle de doenças ou práticas curativas, a saúde deveria ser vista como indicador geral do “desenvolvimento socioeconômico da comunidade”¹⁷. Essa disposição desenvolvimentista no campo

entender a complexidade dos sistemas de troca e resultante constituição de alianças, devido à orientação não apenas por interesses comerciais mas também pelas táticas relacionadas à construção de identidades, alianças e honra. À esse respeito veja-se MAWDSLEY, E. “The changing geographies of foreign aid and development cooperation: contributions from gi theory” *Trans Inst Br Geogr*, 2011.

¹⁷ WHO and UNICEF (1978a) Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata USSR, 612 September 1978.

da saúde enfatiza os determinantes sociais na saúde, e apoia políticas específicas em torno do princípio de cuidados primários na saúde, bem como uma democratização indispensável no sistema da saúde. Essa rede conceitual e seus modelos políticos são a chave para entender como o especialista de saúde brasileiro tem sido moldado¹⁸.

Enquanto a CBES foi concebida em ambas configurações, nacional e internacional, sua consolidação se deu com a presença internacional. A expansão internacional da comunidade criou um espaço no qual a interação e integração entre especialistas de uma variedade de contextos foi facilitada. A inserção internacional tem ocorrido em três fronts: multilateral, minilateral, e Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento.

No front multilateral, a participação no ambiente internacional e nas organizações intergovernamentais, incluindo a OMS, a Organização Mundial de Comércio (OMC) e a Assembleia Geral das Nações Unidas, é marcada pela promoção dos princípios, como o acesso universal a serviços e medicamentos de qualidade. Conforme Buss e Ferreira (2010, p. 9) colocam, um foco renovado aos cuidados primários na saúde e um conjunto amplo de determinantes sociais da saúde foram consagrados nos relatórios da OMS, forjando respostas políticas locais e globais para melhoria das condições da saúde. O Brasil sediou a Conferência Global sobre Determinantes Sociais da Saúde, ancorando um pacto político e uma estratégia global para combater desigualdades na saúde. Tais iniciativas apontam não apenas para uma orientação pelas diretrizes da política externa, mas uma predisposição em prioridades nacionais e orientações específicas do setor da saúde, que foram também desenvolvidos no interior da comunidade de especialistas no Brasil, nomeadamente os cuidados primários e os determinantes sociais da saúde.

No contexto minilateral, o alcance internacional da CBES está vinculado ao engajamento e apoio dessas posições nas arenas políticas, como a OPAS, a UNASUL e a CPLP (BUSS, 2011). Nessas arenas, as práticas internacionais da CBES geram o estabelecimento de planos de ações comuns e redes estruturantes visando reforçar os sistemas nacionais de saúde. Como tal, a comunidade se

¹⁸ Acerca da identidade de especialistas [de desenvolvimento], ver Mosse (2011); Mosse e Lewis (2006); apesar de novamente enfatizar a necessidade de engajar com a discussão sobre a CBES, não localizando esse especialista numa agência de desenvolvimento internacional, como tem sido frequente nas análises sobre os *development experts* do Norte.

apresenta como especialista em engajar na política internacional e nas agendas da saúde, consolidando a comunidade internacional da saúde como espaço definido pelo vocabulário compartilhado na saúde (*'pool of common language'*).

Com a Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (*International Association of National Public Health Institutes, IANPHI*, em inglês) lançada em 2006, a Fiocruz tem auxiliado no estabelecimento de uma Rede de Institutos Nacionais de Saúde (RINSP) a partir de duas sub-redes RINSP-UNASUL, para países da América do Sul, e CPLP-RINSP, para países de língua portuguesa (FRAUENDORFER, 2015, p. 71); essas redes dinâmicas intencionam reforçar os sistemas nacionais de saúde. O Instituto Sul Americano de Governança da Saúde (ISAGS), a Rede de Escolas de Saúde Pública (RESP), a Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RETS) são iniciativas promovidas em ambas, na UNASUL e na CPLP. Essas instituições e redes focam na produção de conhecimento e treinamento e apresentam uma espécie de isomorfismo parcial da Fiocruz.

Os fronts multilateral e minilateral podem ser vistos em sua combinação, quando consideramos o papel estratégico que iniciativas como o Conselho de Saúde da UNASUL assume na integração das políticas na saúde pública para América do Sul, conforme será apresentado na próxima seção, bem como a colaboração com a OMS e OPAS e outras organizações multilaterais (FRAUENDORFER, 2015, p. 75). O desígnio de José Gomes Temporão¹⁹ como primeiro coordenador executivo de ISAGS ilustra os vínculos e a influência da CBES vis-à-vis seu processo de internacionalização ou mesmo transnacionalização. Por esse motivo, argumentamos que os arranjos minilaterais (incluindo as instituições e redes) constituem as dobras internacionais da CBES. Nesse processo, os aparatos de produção de conhecimento, bem como os regimes de treinamento e socialização, são replicados. Para os cooperantes brasileiros a disposição desenvolvimentista nas políticas de saúde deve orientar a pesquisa e as atividades de treinamento no exterior. A disposição desenvolvimentista é

¹⁹ Temporão foi Ministro da Saúde durante o governo Lula até 2010. Ele graduou como Doutor na UFRJ, absolveu o mestrado na ENSP/Fiocruz e o Doutorado em Medicina Social pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Foi Secretário Nacional de Planejamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Diretor do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e Secretário Nacional de Atenção à Saúde, do Ministério de Saúde do Brasil; e Professor da ENSP/Fiocruz. Disponível em: <<http://www.isags-unasur.org/equipe.php?lg=1>>.

profundamente enraizada nos planos de ação e pode ser vista como resultado principal das redes estruturantes na arena minilateral.

Logo, nos sítios transnacionais de elaboração de políticas, os cooperantes brasileiros reproduzem e protegem representações por meio da agência difusa nas redes, permitindo conexões políticas e criando realidades comuns. Em última análise, a internacionalização do aparato de produção de conhecimento e o regime de treinamento/socialização seriam responsáveis pela articulação da posição de parceiro. O estabelecimento de parcerias horizontais é simbolicamente habilitado através da preposição de problemas compartilhados e soluções políticas viáveis (uma “realidade comum”) em torno do objeto da saúde, o que será disseminado ao longo dessas redes estruturantes. Não obstante, como será discutido na próxima seção, apesar dos esforços dos cooperantes brasileiros nessas redes, seus membros são altamente heterogêneos.

3.3

O sítio de Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento: gerando uma realidade comum para a Comunidade de Países de Língua Portuguesa?

A construção de redes Sul-Sul e a implementação de projetos de desenvolvimento se apresentam como espaços de intervenção da CBES à luz de coalizões mais amplas no campo da saúde global e do fortalecimento de sistemas de saúde públicos em outros países. O alcance internacional da CBES é organizado em torno de três conceitos interligados: a diplomacia da saúde, o complexo industrial da saúde²⁰, e a cooperação estruturante. Os agentes brasileiros comumente recorrem ao conceito de diplomacia da saúde ao discutirem respostas a problemas crescentemente transnacionais de saúde (KICKBUSH et al., 2007; BUSS & FERREIRA, 2010). O conceito de diplomacia da saúde também proveu um guarda-chuva conceitual para melhor coordenação entre o Ministério de Relações Exteriores (MRE) e o Ministério de Saúde²¹. Diplomatas brasileiros e

²⁰ O complexo industrial na saúde pressupõe uma articulação entre a lógica sanitária e o desenvolvimento econômico. A saúde é simultaneamente referenciada como direito do cidadão e desenvolvimento e inovação estratégica de conhecimento na sociedade. A articulação de ambas as dimensões aponta para a relevância do setor da saúde para o desenvolvimento nacional (Relatório da Presidência, BRASIL, 2009-2011).

²¹ Em 2005, o MRE e o Ministério da Saúde assinam o memorando de entendimento (MoU) para melhoria da coordenação sobre a saúde técnica; resultou na adoção do plano institucional pelo

agentes de cooperação abraçaram o conceito, que permitiu uma ação política informada por uma expertise específica na saúde (KICKBUSH et al., 2007 apud RUSSO & SHANKLAND, 2013, p. 267).

O conceito facilitou o engajamento internacional de instituições que tradicionalmente estariam confinadas aos espaços e problemas de saúde domésticos. A diplomacia da saúde ainda representaria uma alternativa à separação entre política externa e objetivos de desenvolvimento, geralmente ligados à ajuda do Norte (RUSSO et al., 2013). É relevante notar nesse contexto, que para os agentes no campo da saúde, o conceito de diplomacia da saúde é muitas vezes associado a disputas burocráticas em torno da responsabilidade acerca da política externa do Brasil na saúde²². Essas disputas são indícios do nível considerável de autonomia exercido pelo Ministério da Saúde, a Fiocruz e a ANVISA, entre outras instituições, dentro das suas parcerias para o desenvolvimento em saúde, onde as representações dominantes e preferências políticas dessa comunidade de especialistas são disseminadas. Esse argumento estende a noção de que a CBES meramente reproduz os objetivos da política externa, conforme afirmam Russo e Shankland (2013, p. 286). Em outras palavras, vale uma análise mais aprofundada sobre a relação entre a comunidade de especialistas em saúde e a comunidade de política externa no Brasil, a fim de compreender as influências mútuas e como as suas posições se estruturam tanto no campo da saúde global quanto na cooperação para o desenvolvimento.

No contexto das representações dominantes e preferências políticas, os agentes de saúde, defendendo as escolhas constitucionais de 1988 não apenas pela lente dos direitos, apontam para os ganhos produtivos que resultam de um sistema eficaz e compreensivo. Ou seja, uma população saudável se traduz em uma força de trabalho produtiva (FIOCRUZ, 2012) indo de encontro com o desenvolvimento econômico. O desenvolvimento do complexo industrial de saúde baseia-se na estratégia nacional de desenvolvimento que enfatiza a redução de dependência

Ministério da Saúde “Mais Saúde: Direito de Todos” para o período de 2008-2011 (ROA & SILVA, 2015, p. 9).

²² Frequentemente a interação entre o MRE e o Ministério de Saúde culminou na institucionalização do Departamento Internacional Consultivo da Saúde (*International Department of Health Advisory*, AISA/MS, em inglês). Apesar de consolidado, diversos informantes insistiram na centralidade da relação das lideranças entre os ministérios. Confiança em relações *ad hoc* que não necessariamente perpassam os mecanismos de coordenação interministeriais apontam para um processo de ajuste incompleto entre as redes de políticas públicas da saúde e a comunidade de política externa.

econômica e produtiva de setores estratégicos, como a biotecnologia e a eletrônica. Tal complexo, então, é apresentado como uma condição para o funcionamento adequado do sistema de saúde, simultaneamente comportando efeitos economicamente positivos.

Gadelha (2006) descreve essa dinâmica como um ciclo virtuoso em torno do qual se estabelece um processo de retroalimentação entre a economia e a saúde pública de um país. De acordo com essa linha de argumentação, a qual tem sido amplamente adotada pelo governo brasileiro, a existência de um complexo industrial da saúde minimiza os obstáculos para consecução dos objetivos da saúde pública no Brasil – a universalidade, a equidade, a integralidade em particular. O corolário da cooperação brasileira na saúde mantém a equidade, a solidariedade e o acesso à saúde acima de ganhos econômicos (Bliss, 2010 apud RUSSO & SHANKLAND, 2013, p. 267). O complexo industrial da saúde promove a ideia de autossuficiência nacional e independência tecnológica vis-à-vis o estímulo de investimentos para o sistema nacional de saúde.

A expansão da CBES entre países de língua portuguesa aconteceu por meio da Comunidade de Países de Língua Portuguesa²³. Roa e Silva (2015) identificam duas fases, uma abarcando as primeiras missões da Fiocruz para Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs), em 1990, com o propósito de avaliar o estado da saúde em cada país²⁴. Um segundo ímpeto foi dado em 2006 pela parceria estratégica na formulação da saúde, tendo início com as iniciativas de cooperação da Fiocruz no contexto da CPLP²⁵. Desde os anos 1990 a necessidade de oferecer cursos locais tem sido enfatizada (ROA & SILVA, 2015, p. 7). Uma

²³ A Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) foi criada em 1996, apesar de ser apresentada como “ideia (...) sonhada por muitos ao longo dos tempos”, construída em cima da concepção de nações irmanadas por uma herança histórica, pelo idioma comum e por uma visão compartilhada do desenvolvimento e da democracia. Participam da comunidade: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, Timor-Leste. Para mais informações, acessar página oficial: <<http://www.cplp.org/>>.

²⁴ A fim de entender a ampla rede que participa das iniciativas internacionais da Fiocruz desde a década de 1990, vale notar os membros que participaram da primeira missão aos PALOPs e as respectivas unidades das quais provêm: Paulo Sabroza, da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), Carlos Tobar (Ensp/Fiocruz) e Júlio César F. Lima, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) (ROA & SILVA, 2015).

²⁵ Vale notar que a estratégia de parcerias para cooperação para o desenvolvimento teve que responder a limitações financeiras. Algumas iniciativas se desenvolveram no marco da cooperação triangular, juntamente com a OPAS/OMS (ROA & SILVA, 2015, p. 6-9).

década depois, no Workshop sobre Cooperação Técnica e Recursos Humanos²⁶, que aconteceu na sede da Fiocruz, no Rio de Janeiro, cursos especializados, gestão e vigilância da saúde, treinamento de professores e redes estruturantes se tornaram os pontos focais da agenda.

A agenda responde à primeira Reunião de Ministros de Saúde de Países de Língua Portuguesa, em 2008²⁷. Na ocasião aprovaram a Declaração de Paris e a Resolução sobre elaboração de um Plano Estratégico para Cooperação em Saúde da CPLP. Um ano após, na segunda Reunião de Ministros, um acordo coletivo de cooperação setorial (PECS/CPLP) foi oficialmente aprovador pelos Estados membros. Adicionalmente, o Termo de Cooperação nº 41 (TC 41) foi firmado entre OPAS/OMS e o governo brasileiro por meio do Ministério da Saúde/Fiocruz. O TC 41 reconheceu as instituições líderes que iriam desempenhar a cooperação internacional nas diversas arenas e atividades relacionadas à saúde.

A Fiocruz se tornou a maior agência executora da política setorial para cooperação internacional²⁸. Assim, o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 foi enriquecido pelas iniciativas de cooperação lideradas pelo Fiocruz, mesmo antes de ser concebido como acordo coletivo, e se tornou o primeiro experimento de planejamento estratégico na saúde pública em um arranjo minilateral como a CPLP (ROA & SILVA, 2015, p. 12).

Por meio do PECS os Ministros de Saúde conseguiram construir um plano estratégico para o setor, visando reforçar os sistemas nacionais e garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade (CPLP, 2008). As principais estratégias enfatizaram atividades de treinamento e construção de capacidade institucional (CPLP, 2009; BUSS & FERREIRA, 2010, p. 110). Os projetos seriam organizados e operacionalizados pela ação conjunta de instituições brasileiras e suas contrapartes em outros países. O plano foi estruturado ao longo de sete eixos

²⁶ Um quadro variado e representativo da comunidade internacional da saúde participou desse workshop, contando com representantes da OPAS, OMS, e os escritórios regionais da OMS na África, a ABC, a UFRJ, e a Ensp/Fiocruz.

²⁷ Essa agenda originou-se em 1994 com as reuniões de Ministros da Saúde dos países lusófonos, tendo a Fiocruz assumido o protagonismo por parte do Brasil. A sequência mais recente dessa agenda teve início com a Reunião Técnica Preparatória da I Reunião dos Ministros de Saúde da CPLP, realizada em Praia, Cabo Verde, em novembro de 2007, e um mês depois na reunião promovida pela Fiocruz no Rio de Janeiro, para a elaboração da proposta para essa cooperação internacional (Santana, s.d.).

²⁸ A Fiocruz foi convidada pelo Ministério de Relações Exteriores (MRE) para participar da política externa acerca dos países membros da CPLP na arena da saúde pública (ROA & SILVA, 2015, p. 6). Já em 2007, à Fiocruz foi garantido status de observador na comunidade (FRAUNDORFER, 2015, p. 73).

– força de trabalho, informação e comunicação, pesquisa em saúde, complexo industrial da saúde, vigilância epidemiológica e monitoramento em saúde, emergências e desastres naturais, e a promoção e proteção da saúde – e quatro redes estruturantes: os Institutos Nacionais de Saúde Pública, as Escolas Nacionais de Saúde Pública, as Escolas Técnicas em Saúde e os Centros Técnicos de Instalação e Manutenção de Equipamentos. Ademais, a Fiocruz, expandiu sua rede de bancos de leite humanos para países africanos de língua portuguesa²⁹.

O PECS foi organizado em torno do conceito de cooperação estruturante. A cooperação estruturante brasileira em saúde pública, sob a dobra da CSS, é muitas vezes contrastada com abordagens tradicionais “guiadas por programas verticais, vinculados a doenças específicas que aparentemente teriam pouco impacto sobre os sistemas de saúde e os resultados para população” (ALMEIDA et al., 2010, p. 28). Assim, de acordo com os especialistas de saúde brasileiros, a dobra de CSS e sua *rationale* estruturante trouxeram uma inovação dupla. Primeiro, romperam com a transferência passiva de conhecimento e da tecnologia como referência, propondo “outros” modelos de cooperação para o desenvolvimento. E segundo, traduz-se o objetivo de criar instituições fundamentais para os sistemas de saúde em programas específicos que produzem mudanças estruturais em países parceiros (FONTURA, 2013).

É possível argumentar que, por meio do plano estratégico da CPLP, a CBES é capaz de desdobrar-se e atrair especialistas lusófonos. Os especialistas recebem treinamento nas facilidades brasileiras, apresentando uma oportunidade para ativamente engajarem-se com os especialistas em saúde do Brasil. Um exemplo é o projeto que apoia o treinamento de pesquisadores e professores nas unidades da Fiocruz, como o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), o Instituto Nacional de Infectologia, e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) para reforçar a capacidade e o desenvolvimento de pesquisa nos Institutos Nacionais de Saúde dos países da CPLP. A pesquisa na saúde pública também tem sido fomentada na localidade, particularmente no contexto de reforçar a capacidade dos Institutos Nacionais. No caso de Moçambique, uma quarta turma de mestrado na saúde

²⁹ Em um primeiro momento, a Rede de Leite Humano foi disseminada para outros países da América Latina, resultando na Rede Latino-americana de Bancos de Leite Humano em 2005. Três anos depois a Fiocruz assumiu o secretariado executivo da Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano e iniciou o estabelecimento de uma rede similar em países de língua portuguesa (FRAUNDORFER, 2015, p. 71; ROA & SILVA, 2015, p. 10).

pública foi formada em 2014. O curso de mestrado em Ciência da Saúde, inaugurado em 2008, é oferecido para agentes de saúde em Moçambique. Ele conta com uma grande rotatividade de alunos, com aproximadamente 10 dissertações defendidas ao ano (FIOCRUZ, 2013). O programa é sustentado pelo IOC e o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, recebendo apoio financeiro do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o TC-41 (MS-OPAS).

A implementação do plano estratégico PECS e as redes estruturantes articulam um sítio transnacional de elaboração de políticas para saúde, nomeadamente o sítio de CSSD da CBES, na qual a disposição desenvolvimentista da saúde é replicada. Nesse contexto, o papel do agente internacional muda substancialmente. A disposição desenvolvimentista na saúde é subjacente ao conceito de cooperação estruturante, e tem consequências para implementação de programas e projetos de CSSD. Desenhados dentro do sítio transnacional da CBES, esses programas e projetos não levam em consideração a “realidade comum”. Ao invés disso, o sítio transnacional geraria uma “realidade comum”. Os agentes localizados dentro do sítio de elaboração de políticas para saúde compartilham uma realidade comum, seus problemas e potenciais soluções. Ademais, como espaço homogêneo, o sítio transnacional encobre assimetrias e diferenças estruturais entre agentes.

Encobrir as diferenças dentro do sítio de CSSD sob projetos de cooperação estruturantes permite autorizar a posição de parceiro e o estabelecimento oficial de parcerias horizontais baseadas na aparente realidade comum. A posição subjetiva de parceiro pressupõe uma transição de papéis, na qual ambos, a posição de provedores e beneficiários da cooperação para o desenvolvimento, coincidem. Suspende não apenas assimetrias entre agentes, mas também fronteiras entre as comunidades de especialistas, as quais por meio da posição de parceiro seguem um objetivo comum – desenvolvimento na saúde – independentemente dos seus contextos nacionais. Como o próximo parágrafo ilustra, houve uma modificação na *rationale* da cooperação entre países em desenvolvimento. No contexto brasileiro da saúde, sugere a necessidade de um ambiente mais denso, ou um espaço transnacionalizado para gerar uma “realidade comum” na qual as

fronteiras e problemas nacionais são substituídos por soluções políticas desenvolvidas pelo Sul para o Sul.

Enquanto em 1970 e 1980 a cooperação técnica era vista como veículo pelo qual experiências em comum poderiam viajar pelo terceiro mundo, a cooperação estruturante em 2000 aponta para a possibilidade de transplantar instituições de saúde em diferentes configurações. A cooperação estruturante é uma categoria para ação que pressupõe um ambiente mais denso que a cooperação técnica. Enquanto essa última propõe uma posição comum na condição de subdesenvolvido, a primeira requer uma realidade comum, um vocabulário comum e um conjunto de valores compartilhados. Como categoria para ação, a cooperação estruturante assume que a agência é habilitada pela disposição desenvolvimentista na saúde. A cooperação estruturante é apenas possível a partir das condições criadas pelo sítio transnacional da CBES. Ela pressupõe uma “realidade comum”, um espaço homogêneo onde essas instituições podem ser construídas. Assim, ao menos quando visto de cima para baixo, uma representação coerente sobre como sistemas públicos de saúde devem ser estruturados é autorizada dentro das redes. Todavia, quando vistos do lado da implementação, ou de baixo para cima, essas representações estão longe de serem coerentes ou estáveis. Nesse ponto, a implementação de programas de desenvolvimento se tornam dependentes da “realidade comum” e do vocabulário compartilhado gerado pelo sítio transnacional da CBES.

Conforme os antropólogos do desenvolvimento internacional, Mosse e Lewis (2006, p. 13-14) sinalizaram, a implementação depende da “inscrição mútua e vinculação de interesses (...) que produzem as realidades dos projetos (...) a congruência entre problemas e intervenções, a coerência da lógica política, e a autoridade da expertise” [tradução nossa]. Ao invés de ver um projeto como resultado de um ambiente mais compacto onde parceiros são habilitados por causa de uma realidade e vocabulário comuns, para Mosse e Lewis a coerência do projeto não pode ser uma questão de desenho ou elaboração de políticas mas uma questão de “tradução”³⁰. Em vez de um vocabulário comum, um projeto de

³⁰ A tradução trabalha em duas direções ao mesmo tempo: a negociação de significados e definições comuns, e a inscrição e cooptação de objetivos e atividades individuais e coletivas (MOSSE & LEWIS, 2006, p. 14). A ideia de inscrição (*enrollment*) dialoga com a sociologia da tradução e o trabalho desenvolvido por Callon (1986, p. 10). A inscrição descreve as negociações multilaterais, competições de poder e manobras de um grupo. Assim, designa o dispositivo pelo

desenvolvimento requer um processo de tradução estratégica entre a *rationale* da instituição implementadora e as racionalidades locais (a área do receptor) (OLWIG, 2013).

3.4

A tradução e o papel do parceiro: a posição estruturada na saúde de Moçambique

O desenvolvimento do setor da saúde de Moçambique serve como exemplo clássico das práticas de dependência dos doadores. Consiste numa rede complexa de atores engajados em atividades de cooperação, as quais já ao final da década de 1990 totalizavam mais de vinte agências bi-e-multilaterais e 60 organizações não-governamentais (ONGs) (PAVIGIANI&DURÃO, 1997). A maior deficiência no setor aponta para problemas de coordenação.

O sistema de cuidados primários da saúde (NHS) foi criado em 1975, após a independência. No entanto, logo em seguida, entre 1980 e 1990, o país passou por ajustes e cortes na provisão de serviços e cargos da saúde como consequência da guerra civil. Se, por um lado, o gasto governamental no setor social declinou drasticamente, por outro, a ajuda externa e os serviços providos por ONGs entraram no país e se espalharam drasticamente. Esse processo resultou num sistema nacional de saúde desarticulado e numa estrutura paralela criada pelos serviços abastecidos pelas ONGs (o ‘modelo ONG’). Esses desenvolvimentos chamam atenção para as dificuldades em consolidar e integrar políticas de saúde em um sistema de saúde. Também explica porque a coordenação e harmonização são vistos como deficiência primária. Assim, o investimento público no setor permanece uma preocupação permanente, considerando que dados de 2007 indicam que 70% do orçamento da saúde advêm da ajuda externa (afd, Junho 2008)³¹. Apesar dos projetos serem integrados aos programas do NHS, o controle sobre orçamento e *ownership* sobre os projetos permanece uma questão não resolvida.

qual os papéis inter-relacionados são definidos e atribuído a atores que os aceitam, permitindo o seu sucesso.

³¹ Ao mesmo tempo: “Only 8% of the national budget is allocated to health spending, and external resources or donor support accounted for 70% of state budget for health in 2010” (MOH Department of Planning and Cooperation, 2010 *apud* The United States Global Health Initiative, Mozambique Strategy 2011-2015:2).

De acordo com Pfeiffer (2003, p. 734), o Banco Mundial tem retraído na promoção da assistência privada, como forma de apoiar os serviços públicos na saúde em países menos desenvolvidos (*Least Developed Countries, LICs*, em inglês). Tais iniciativas estariam vinculadas a iniciativas de redução da dívida, permitindo que o governo moçambicano redirecione mais recursos ao NHS. A fim de lidar com a plethora de ONGs e agências de desenvolvimento, o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) estabeleceu o código de conduta *Kaya Kwanga* em 2000, para canalizar e gerir a ajuda. O documento antevia assegurar o alinhamento entre as prioridades do MISAU e a assistência técnica, bem como uma melhoria na capacidade institucional do ministério.

Não obstante, a parceria estabelecida entre MISAU e doadores majoritários é ponto de tensão constante. Como Pfeiffer (2003, p. 734-735) argumenta, um discurso de “parceria público-privada” ainda configura proeminentemente dentro do Banco Mundial, e o *Kaya Kwanga* representa um acordo voluntário entre o governo moçambicano e doadores. Isso significa que em casos nos quais essas diretrizes são violadas, ainda não existe até o presente momento formas de assegurar seu cumprimento. Adicionalmente, o documento não apresenta instruções para a conduta das ONGs no país. Indiscutivelmente, as atividades de financiamento devem continuar sendo canalizadas pelas ONGs, resultando na reprodução de estruturas paralelas. A relação entre o governo de Moçambique e trabalhadores de saúde locais e estrangeiros parece ser de relevância nesse contexto, considerando que segue o modelo ONG. Conforme Pfeiffer (2003, p. 735-736) sugere, os maiores problemas nesse domínio estão relacionados ao estabelecimento de relações profissionais de longo prazo, baseadas na confiança, que podem “restaurar as medidas para autodeterminação dos sistemas de saúde”.

As políticas de HIV/AIDS implementadas em Moçambique são particularmente ilustrativas da problemática que essa seção levanta. De fato, as políticas indicam uma postura firme na posição estruturada no campo da saúde, não apenas por parte do governo de Moçambique, mas também informada pela sua própria comunidade de especialistas na saúde. A questão da HIV/AIDS tem sido priorizada na agenda dos doadores. Crescentemente, os programas têm sido integrados com outros serviços da saúde, que reforçam a infraestrutura e serviços em áreas remotas e rurais. No entanto, existe a tendência de cortar despesas voltadas para o tratamento e prevenção da HIV/AIDS, resultando na escassez no

desembolso de medicamentos antirretrovirais (ARV)³². De acordo com a OMS, a prevalência de HIV entre adultos entre 15 e 49 anos é de 10,8%, segundo últimos dados disponíveis de 2013. Aproximadamente 500 novos casos por dia de HIV/AIDS podem ser rastreados, totalizando 1,4 milhões de pessoas infectadas até 2010. Estimativas apontam para a falta de tratamento com antirretrovirais, com menos de 40% da população recebendo cuidados (UNAIDS, 2010, p. 97).

Apenas no início dos anos 2000 o assunto começou a receber atenção do governo, promulgando o Plano Estratégico Nacional para o Combate de Doenças Sexualmente Transmitidas e HIV/AIDS 2000-2002, que colocou a prevenção no coração da estratégia. Desde junho de 2004, o governo provê tratamento de ARV em grande escala. Mas obstáculos ainda incluem estigma e discriminação, a falta ou baixa qualidade de infraestrutura na saúde, sistemas de proteção legal e social frouxos, bem como taxas de alfabetismo, afetando o desenho e a implementação das campanhas de HIV/AIDS, e o abastecimento inadequado ou imprevisível de remédios, entre outros fatores. A situação seria piorada não apenas pela escassez de pessoal na saúde, mas pela forma como os profissionais são treinados por doadores tradicionais, ONGs e fundações privadas. O treinamento é focado na provisão de serviços, sendo específica a doenças ou relacionada a campanhas de imunização, com pouco impacto sobre a construção de capacidades de novos agentes de saúde³³.

O caso de HIV/AIDS ilustra a priorização em financiamento de medicamentos acima do recrutamento e treinamento de agentes da saúde, trazendo à tona os gargalos em recursos humanos na saúde. Até 2005, o MISAU adotou um modelo próprio de centros de apoio e assistência a pacientes soropositivos dentro do sistema público. Três anos depois, o governo de Moçambique decidiu que todos os serviços de tratamento da AIDS deveriam ser integrados ao sistema nacional de saúde, e as facilidades paralelas foram fechadas. Porém, o paradigma³⁴ adotado para integração de serviços ao sistema público de saúde não

³² Para mais informação sobre financiamento decrescente de HIV/AIDS na África, acessar: <http://www.seattletimes.com/nation-world/health-group-donor-cuts-hurting-africa-aids-fight/>; https://www.msfaaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/AIDS_Briefing_ReversingAIDS_ENG_Feb2012Update.pdf

³³ Vujicic et al. (2012) fazem um levantamento sobre recursos humanos para saúde (*human resource for health*, HRH, em inglês) e as atividades relacionadas desenvolvidas por entidades como o GAVI, o Fundo Global e o Banco Mundial em países em desenvolvimento.

³⁴ Conforme Ooms (2008) argumenta, o governo teria duas opções de financiamento para responder ao HIV: quer através do paradigma de desenvolvimento da saúde (sustentabilidade,

conseguiu lidar com deficiências majoritárias e obstáculos, como aqueles citados acima.

Essa questão leva a nossa atenção para como a relação entre doadores bi-e-multilaterais tradicionais e ONGs tem estruturado as percepções e abordagens em saúde do MISAU e do governo de Moçambique. O *loop* de dependência ainda opera, onde recursos financeiros e humanos externos em HIV/AIDS e outros serviços são necessários, a fim de construir um sistema nacional de saúde sustentável. De acordo com Hog (2014), prevalece um discurso duplo no setor da saúde: o governo de Moçambique é estruturado em torno da contradição entre aumento da dependência da ajuda e vulnerabilidade, e uma agenda da saúde que prioriza *ownership* e autonomia sobre processos de desenvolvimento nacional.

Essa seção teve por objetivo esclarecer a posição subjetiva do lado moçambicano. Mesmo que nós não tenhamos fornecido um quadro completo do regime de treinamento e socialização dos agentes de saúde moçambicanos, é possível identificar as disposições do governo e MISAU em relação ao tópico da HIV/AIDS de acordo com a trajetória das políticas de saúde apresentadas acima. Notavelmente, HIV/AIDS obteve uma orientação para prevenção, apresentando um elo perdido entre prevenção e tratamento. Apesar da mudança política com o início dos anos 2000, quando MISAU começou a prover tratamento ARV para pacientes com falta de recursos, ainda parece haver pressão pública insuficiente para garantir tratamento amplo. Isso poderia explicar porque a produção local de medicamentos não é vista como necessária para o desenvolvimento do sistema de saúde do país. O que é surpreendente é o número de pessoas afetadas pelo HIV/AIDS e que o tópico não tenha entrado para a arena política; não existe apoio visível por parte do parlamento ou partidos políticos.

De forma geral, prevalece a ideia de que Moçambique seria demasiado pobre para proporcionar um programa de HIV/AIDS integrado (HODGES&TIBANA, 2012, p. 12). Apesar das contribuições de profissionais da saúde e ONGs especializadas, que entendem o tratamento dentro de uma abordagem de direitos, lidar com a questão permanece dependente de fatores externos, como a queda nos preços de medicamentos ou pressões exercidas pela

recursos humanos, auto-determinação e soberania), seja por meio do paradigma da ajuda emergencial (dependência, ajuda externa, assistência humanitária e uma resposta excepcional).

comunidade internacional de desenvolvimento (HODGES&TIBANA, 2012). A contradição entre os paradigmas do desenvolvimento da saúde e da assistência médica certamente não foi resolvida dentro da comunidade de saúde moçambicana. Assim, a fim de avaliar a posição de parceiro é importante não apenas analisar as práticas de desenvolvimento do país (Brasil), mas também o beneficiário e seu histórico como receptor vis-à-vis à comunidade de desenvolvimento internacional e a agenda global da saúde. Esse entendimento permite formular o enigma da parceria, no qual as posições subjetivas de parceiro precisam ser assumidas para a parceria ser cumprida e os objetivos de desenvolvimento alcançados. Caso contrário, o projeto vai tomar outro rumo de acordo com as interpretações dos *stakeholders* nacionais (moçambicanos) e suas disputas internas/domésticas. A próxima seção provê um quadro geral da cooperação brasileira em saúde em Moçambique e apresenta o caso da fábrica de antirretrovirais a favor do nosso argumento.

3.5

A parceria em saúde Brasil-Moçambique e a fábrica de ARV

O Acordo Geral de Cooperação Técnica entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique remonta à 1981. Uns 20 anos depois, as iniciativas de cooperação cresceram significativamente, e em 2013, Moçambique se tornou o maior parceiro, com 14 projetos oficiais (ABREU, 2013). Em 2008, a Fiocruz estabeleceu seu primeiro Escritório Regional em Maputo, responsável pela coordenação dos projetos de cooperação técnica na região, sinalizando a internacionalização da Fundação. A presença internacional da CBES é aprimorada pela capacidade de articulação da Fiocruz com diferentes agências de cooperação nacionais e internacionais no terreno. O escritório está em consonância com a política brasileira Sul-Sul de estabelecer uma cooperação estruturante. Assim, a experiência do país e a expertise acumulada na saúde constituem os elementos principais que apoiam as instituições nacionais de saúde em países parceiros, consolidando a posição como ativador ou facilitador da melhoria das condições de saúde em países terceiros (FIOCRUZ, 2012).

A posição fulcral da Fiocruz na coordenação das instituições PECS/CPLP é indicativo de como os sítios de elaboração de políticas para o desenvolvimento da

saúde, particularmente no eixo Sul-Sul, são valorizados pela comunidade internacional da saúde. As Redes Colaborativas Estruturantes na Saúde, como a RIBS e a RESP/CPLP, a Rede de Malária para CPLP, demonstram a capacidade crescente da comunidade de oferecer especialização em planejamento e gestão estratégica na saúde pública. O Escritório Regional tem facilitado seminários para intercâmbio de experiências entre países de língua portuguesa, criando espaço para o diálogo político entre profissionais da saúde e representantes de alto nível para discutir questões de saúde pública nos seus respectivos países.

Essa operação tripla – cuidados de saúde; treinamento profissional e informação, comunicação e memória no campo da saúde – sugere que a parceria em saúde estabelecida entre Brasil e Moçambique lida adequadamente com as relações profissionais e sistemas de saúde autônomos (ou pelo menos conforme apresentado pelo discurso oficial). Mas, como será demonstrado no caso da fábrica ARV, o sítio de CSSD da CBES subestima a necessidade de processos de tradução, pressionado para a suspensão das barreiras nacionais da comunidade, amparado num vocabulário compartilhado para política da saúde pública. O sucesso do sítio de CSSD, portanto, depende de os beneficiários ocuparem a posição de parceiro, partilhando desse vocabulário ou não, conforme será explorado abaixo. Em outras palavras, o sítio de CSSD depende da efetivação do processo de tradução, significando que a mensagem/os objetivos iniciais do projeto são recebidos no lado do beneficiário.

Em Moçambique, e no continente africano de forma geral, a doação de medicamentos é uma prática comum, assim avalia-se que a qualidade da produção de farmacêuticos a preços competitivos e a integração a mercados locais sejam inviáveis. Particularmente em Moçambique, a dependência exacerbada de doadores pode ser atribuída à importação em moeda estrangeira. A Política Nacional de Medicamentos adotada após a independência e o MEDIMOC são iniciativas que visavam regular e coordenar a importação e exportação de farmacêuticos no país (PAVIGNANI&DURÃO, 1997)³⁵.

³⁵ MEDIMOC (Medicamentos de Moçambique) foi criado em 1997 a fim de administrar a importação e exportação de farmacêuticos no país. Anteriormente, como companhia estatal, desde 1986, desempenhava o papel de distribuir medicamentos no nível central do NHS. O MEDIMOC tem sido importante ator na coordenação da importação de drogas com doadores e seus fundos especificamente designados (*earmarked funds*) (PAVIGNANI & DURÃO, 1997). Atualmente, ainda opera como empresa semi-privada, em que 65% das ações são propriedade estatal (USAID, Agosto 2014).

O combate à AIDS é uma ação prioritária da cooperação técnica provida pelo Brasil à Moçambique. No entanto, a orientação para reforçar o complexo industrial da saúde no país aparece recentemente na cooperação Sul-Sul horizontal. Três arenas são de importância: (i) a expansão do acesso e assegurar a qualidade de antirretrovirais e outros medicamentos; (ii) o reforço de uma agência nacional regulatória de medicamentos; (iii) o desenvolvimento de farmácias populares. É nesse contexto que as iniciativas de cooperação na saúde do Brasil reivindicam um caráter estruturante, bem como o estabelecimento de uma parceria horizontal, que atende aos princípios da solidariedade, não-condicionalidade e orientação pela demanda, solidificando a ideia de uma parceria genuína.

O projeto de instalação de uma fábrica ARV foi anunciado pelo Presidente Lula da Silva em 2003, sob o título de “Protocolo de Intenções sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área da Saúde”. O objetivo inicial do projeto era triplo, seguindo a disposição desenvolvimentista da saúde. Apesar de receber críticas quanto a sua orientação pela demanda, ou seja, que foi efetivamente demandado pelo governo de Moçambique, o projeto deveria não apenas atender à demanda crescente por medicamentos ARV em Moçambique e outros Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOPs), bem como criar uma estrutura e capacidade locais para produção, gestão e uma autoridade reguladora. Por um lado, o controle de qualidade de medicamentos importados seria garantido nacionalmente. Por outro, atacaria diretamente a dependência de doações farmacêuticas promovendo a produção de genéricos³⁶. Nessa abordagem, o projeto não apenas resultaria na primeira instituição farmacêutica de origem africana (Fiocruz 2012a apud FRAUENDORFER, 2015, p. 74), mas também um exemplo sem precedentes de transferência de tecnologia pelo viés da cooperação internacional (ROA & SILVA, 2015, p. 12).

³⁶ É importante notar que a fábrica é dirigida para produção primária (primeira fase de seis ARVs e possivelmente um sétimo tipo na segunda fase). A ideia para um laboratório é prover informação sobre a qualidade dos medicamentos importados e contribuir para o ensaio de novas metodologias; mesmo que as produções secundária e terciária não sejam cobertas com o projeto (a produção ativa dos ingredientes farmacêuticos (*active production of pharmaceutical ingredients*, APIs, em inglês). Lícia de Oliveira, coordenadora do projeto, afirmou nesse contexto: “É verdade que alguns não dão muita relevância à embalagem de medicamentos por pensarem que é das fases mais simples de produção, mas para nós esta é uma fase muito importante e de muita complexidade”. Disponível em: <<http://www.pmaputo.gov.mz/noticias/2012/junho/julho/fabrica-de-antiretrovirais-abre-dentro-de-dias-em-maputo/>>.

A cooperação técnica do Brasil abarca treinamento, equipamento e obtenção de matéria prima, desenho da fábrica, bem como a gestão geral do projeto (RUSSO et al., 2014, p. 4). Isso significou que o Ministério da Saúde brasileiro e a Fiocruz estavam envolvidos na transferência de tecnologias, estabelecendo processos desde a produção à aquisição, da regulação a fornecedores. Sob a rubrica de capacitação conceitual e prática, a Fiocruz visava registrar 21 medicamentos, monitorar e avaliar as atividades, e assegurar o desenvolvimento técnico e administrativo da fábrica por meio de pessoal e pesquisadores.

Entre 2003 e 2008, estudos de viabilidade foram conduzidos pela Fiocruz para avaliar os aspectos técnicos e econômicos da fábrica (ROA & SILVA, 2015, p. 12). O custo total da infraestrutura física foi estimado em torno de 18 milhões de dólares, quantia que o governo de Moçambique não estava preparado para pagar em 2009. Um ano depois, a companhia de minério Vale contribuiu para a construção da infraestrutura física³⁷. Em nove anos a construção foi finalizada, e o primeiro medicamento (*Nevirapina*) foi entregue ao MISAU em outubro de 2012. Já em 2011, a fábrica foi registrada como Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM), sinalizando os planos de estender a produção para além de medicamentos ARV, mas principalmente fazer com que existisse um processo de apropriação pelos moçambicanos.

A implementação tem se prolongado por uma década. Inicialmente, a duração estimada do projeto era de 18 a 24 meses. O cronograma teve que ser otimizado diversas vezes para se ajustar a dificuldades variadas. Pessoal e profissionais envolvidos na implementação atribuem atrasos a procedimentos burocráticos entre ambos os governos. Outro fator importante tem sido o problema de de-financiamento e as incertezas relacionadas ao financiamento futuro. Por enquanto, o status da fábrica é privado, com 100% de participação estatal. Mas essa questão permanece não resolvida. Além disso, conforme ilustrado pelos processos de certificação em curso, uma inspeção rigorosa precisa ser realizada a fim de produzir os remédios para os quais a fábrica foi inicialmente desenhada (ROA & SILVA, 2015, p. 12). A lista de medicamentos da OMS também teve papel importante no portfólio da fábrica. A falta de absorção da

³⁷ O envolvimento da Vale tem sido altamente criticado nesse período pelas organizações da sociedade civil de ambos os países, Moçambique e Brasil. Permanece uma questão do governo resolver como oficialmente e na prática se distingue entre iniciativas de cooperação e atividades de comércio/investimento no continente africano.

transferência tecnológica e do desenvolvimento de capacidades para o sistema de garantia de qualidade permanecem barreiras à implementação bem sucedida. Outro elemento relevante é a tração do projeto e viabilidade futura, sendo dependentes do contexto político favorável, no qual mudanças de governo bem como as relações entre os Ministérios da Saúde de ambos os lados precisam ser consideradas.

Assim, para além dos ingredientes essenciais para a implementação bem sucedida de acordo com os objetivos da fábrica, é importante avaliar como os “problemas de saúde” são entendidos por uma comunidade de especialistas e traduzidos dentro de uma concepção das parcerias Sul-Sul horizontais. Existe ceticismo por parte de muitos moçambicanos (servidores públicos, ativistas e ONGs, acadêmicos) em relação à fábrica. Ela não contribuiria de nenhuma forma relevante para mudar a paisagem da saúde no país, seja pela falta de expertise local ou por não fechar a lacuna tecnológica entre a fábrica de ARV e facilidades semelhantes do Norte. Para alguns especialistas em saúde moçambicanos ela deveria ser transformada em um laboratório de pesquisa, tendo em vista a provisão de medicamentos mais baratos pela Índia e a potencial não competitividade de preços dos medicamentos da fábrica. Além disso, a associação com interesses corporativos e de comércio por parte do Brasil é um fator complicador das relações e da futura prospecção da fábrica. Nesse contexto, afirma-se a falta de transparência tanto por parte do governo brasileiro quanto do moçambicano, que não seriam “capazes” de explicar a relação entre a fábrica e os investimentos brasileiros privados no país. Para um outro grupo de interesse, o governo não deveria investir fundos públicos na fábrica e, ao invés disso, ela deveria ser privatizada. Para este grupo, a fábrica não deveria existir, em primeiro lugar.

Em quaisquer dessas opiniões e cenários sugeridos por diversos grupos de interesse, a falta de apoio político para o projeto é marcante. Enquanto os projetos no marco do PECS/CPLP demonstram um nível alto de integração entre especialistas de saúde brasileiros e moçambicanos, o caso da fábrica de ARV aponta para as fragilidades do sítio de CSSD da CBES, em torno da qual os especialistas encontram-se aglomerados. O significado da fábrica varia enormemente entre os especialistas do lado moçambicano, evidenciando a partilha insuficiente de um vocabulário comum que não basta, ou mesmo a falta de

partilha entre as comunidades de saúde do Brasil e de Moçambique. Ao contrário do que é presumido pelos atores da CSSD e o estabelecimento de parcerias horizontais, o provedor e o beneficiário não aparentam ocupar a mesma posição subjetiva.

A ideia de posições estruturadas em ambos os lados da cooperação, ou naquilo que denominamos de sítio de CSSD da CBES, não apenas permite distinguir entre aqueles atores envolvidos no planejamento e desenho do componente, por um lado, e aqueles na implementação da execução final, mas substancialmente provê um quadro mais amplo de como a horizontalidade reivindicada pode ser minada. Vale notar que a posição estruturada não significa uma posição estática; ela é maleável e modificável de acordo com *buying-in* dos agentes acerca da necessidade de mudança política e dos esforços realizados. Assim, em última análise, pode ser atribuída a uma questão de *ownership* (argumento que será desenvolvido no próximo capítulo). A posição estruturada pode ser acompanhada de ambos os lados da parceria, mapeando as redes e processos socio-históricos nos quais as comunidades políticas em questão encontram-se inseridas.

Seguindo essa perspectiva, para além das narrativas oficiais do governo sobre políticas públicas na saúde ou avaliações sobre como a agenda global da saúde tem desenvolvido problemas e soluções viáveis no nível internacional, estamos trazendo a questão das posições estruturadas. Para além das ressalvas em relação à eficácia e elaboração de políticas, a observância das posições estruturadas indica que a comunidade de especialistas do Brasil precisa lidar/considerar o seu histórico de batalhas domésticas e movimentos sociais, que promoveram a questão da HIV/AIDS, bem como o acesso a medicamentos, em contraposição ao pano de fundo de uma sociedade altamente estigmatizada, em Moçambique, em relação à doença (apenas para citar a diferença de posição mais extrema, não totalizante).

Apesar de as iniciativas de cooperação brasileiras na arena da saúde sugerirem que algumas deficiências observadas nas práticas tradicionais dos doadores, como enfatizar menos em treinamento profissional, enquanto focam em resultados de curto prazo (orientados por doenças específicas e campanhas de imunização), ainda são levadas em consideração, a questão essencial permanece a de subestimar a posição estruturada de cada país e as suas consequências. Elas

resultam na aceitação ou na rejeição da posição de parceiro pelo país beneficiário, no presente caso pela comunidade de especialistas em saúde moçambicanos. Os entendimentos acerca da saúde e os sistemas de saúde estão estruturados em torno de disposições históricas que derivam da trajetória de engajamento em outros arranjos de cooperação, como aqueles formados com doadores bilaterais do Norte ou ONGs³⁸. Logo, o enraizamento do beneficiário em diversas redes e processos socio-históricos é de suma importância para efetivar a posição subjetiva de parceiro. Apesar de não termos apresentado um relato abrangente acerca da posição estruturada de Moçambique na saúde, alguns dos exemplos usados, particularmente em relação às políticas de HIV/AIDS no país, serviram a nosso propósito de estabelecer a parceria como enigma, e criticamente avaliar a Comunidade Brasileira de Especialistas em Saúde e as práticas de desenvolvimento do Brasil, apoiadas no estudo de caso de Moçambique.

3.6 **Considerações finais**

Esse capítulo questionou as condições de possibilidade para estabelecer a posição de parceiro e seu engajamento subsequente em parcerias horizontais. A fim de lidar com tal questão, o capítulo iniciou com uma análise sobre a CBES, que pode ser conceitualizada em termos de um aparato de produção de conhecimento e um regime de treinamento/socialização e, particularmente, pela criação de uma disposição desenvolvimentista na saúde. Apresentou-se como a CBES foi formada em meio a um contexto internacional, no qual organizações multilaterais e regionais, como a OPAS, têm sido cruciais para a consolidação da comunidade de especialistas pelas iniciativas de cooperação técnica. Essas iniciativas estabeleceram um conjunto de práticas que foram reproduzidas por meio de programas educacionais e, mais importante ainda, fizeram uma ponte entre atividades de treinamento e elaboração de políticas para a saúde.

As três arenas da inserção internacional da CBES, particularmente em termos da cooperação técnica, têm informado as relações entre diferentes

³⁸ O mesmo é válido para a posição estruturada da CBES no que tange, por exemplo, à sua relação com a OPAS, a qual resultou em pontes específicas entre as atividades de treinamento e os modelos políticos.

comunidades nacionais, por meio das quais a disposição desenvolvimentista no campo da saúde tem sido reafirmada. Na configuração minilateral (OPAS, UNASUL e CPLP), a CBES estabeleceu planos de ação comuns e redes estruturantes, canalizando e facilitando a implementação de projetos de cooperação para o desenvolvimento. No caso da CPLP, a definição dos eixos estratégicos e redes estruturantes, bem como a implementação de projetos estruturantes, têm criado um espaço entre especialistas de saúde brasileiros, moçambicanos e de outros países lusófonos. O sítio transnacional da CBES é estruturado de acordo com a disposição desenvolvimentista na saúde e replica o aparato de produção de conhecimento e o regime de treinamento e socialização que os especialistas de saúde brasileiros construíram no próprio país.

O sítio de CSSD preserva e reproduz a disposição desenvolvimentista no campo da saúde, e visa se expandir por meio das redes e projetos estruturantes. Relevantemente, o sítio de CSSD, como espaço no qual a CBES tenta expandir seu alcance, permite a conexão política e a criação de uma realidade e vocabulário em comum. A semelhança estabelecida entre o sítio de CSSD encobre as diferenças entre os agentes, ofuscando a posição atual e acertando uma posição subjetiva de parceiro. Argumentamos que a posição de parceiro é autorizada pela realidade comum e o *'pool of common language'* e vocabulário fomentados pelo sítio de CSSD. Seria precisamente o processo no qual a diferença local e os acentos particulares são escoados que assegura a possibilidade da parceria horizontal. A fim de estabelecer uma parceria genuína, os cooperantes de ambos os lados do Atlântico precisam ocupar a mesma posição subjetiva.

Contudo, a realidade comum entre os parceiros de desenvolvimento é compartilhada entre uma heterogeneidade de atores que, enquanto o processo de implementação permite entender, não falam a mesma língua ou não usam o mesmo vocabulário. A diferença irreduzível torna a tradução estratégica indispensável e inevitável. Em outras palavras, parceiros de desenvolvimento não ocupam a mesma posição subjetiva: uma vez que esses agentes estão enraizados em diversas redes e processos socio-históricos, utilizarão o vocabulário no sítio de CSSD de forma particular. Isso explica porque as posições estruturadas, como tem sido argumentado ao longo do capítulo, precisam levar em conta ambos os lados do arranjo de cooperação. É produtivo analisar as posições estruturadas dos parceiros de desenvolvimento no campo da saúde e suas consequências, em

relação a três elementos que orientarão a presente pesquisa: (i) o sistema internacional ou a agenda da saúde global; (ii) os paradigmas nacionais de desenvolvimento; (iii) a [constituição da] comunidade de especialistas em saúde e suas dobras internacionais.

Esse capítulo mostrou como a CBES se insere nos espaços internacionais nos fronts multilateral, minilateral e da cooperação para o desenvolvimento. Tais inserções circunscreveram uma disposição desenvolvimentista na saúde como paradigma baseado nos determinantes sociais da saúde e nos cuidados primários, com participação e controle social. O conceito de saúde enraizado permitiu uma articulação em rede na qual a comunidade de especialistas em saúde transnacionaliza o seu conhecimento e as suas práticas. Tal processo de transnacionalização presume a suspensão das diferenças em termos de níveis de desenvolvimento entre os países cooperantes e de suas fronteiras nacionais, apresentando soluções políticas comuns para o objetivo do desenvolvimento da saúde. A transição da assistência para a cooperação técnica, e ainda para a noção de cooperação estruturante como categoria de ação que pressupõem um ambiente de adensamento das relações entre as comunidades de especialistas em saúde, ressalta ainda mais como a posição estruturada deve ser relevada tendo em vista o compartilhamento de um espaço altamente heterogêneo, com diversos agentes, redes e processos.

O componente estruturante como categoria de intervenção enfatiza o desenvolvimento de capacidades e o fortalecimento institucional com vistas à finalidade de promover o desenvolvimento autônomo estimulando mudanças estruturais em países parceiros. Cinco elementos seriam cruciais nesse contexto: (1) identificar um conjunto de instituições públicas em países parceiros; (2) treinamento de recursos humanos e novas lideranças na saúde; (3) continuidade/sustentabilidade dos ciclos políticos ou reformas estruturais; (4) um alinhamento dinâmico com as prioridades do país (aprendizado mútuo); e (5) não gerar competição e duplicação de esforços. O caso da fábrica de ARV aponta para o problema de negligenciar a necessidade de processos de tradução, nos quais não se assume uma “linguagem comum” na saúde, mas em última análise encobre as diferenças e suspende as fronteiras nacionais. Ao invés de suplementar a comunidade de especialistas em saúde por associações e redes supra-locais, a dobra internacional constitui um espaço de disputas, mais notavelmente sobre os

termos da tradução. O enigma da parceria é ilustrado pela parceria na saúde Brasil-Moçambique, trazendo à tona as fragilidades do sítio de CSSD da CBES. Fornece discernimento sobre porquê a horizontalidade reivindicada nos projetos de Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento está sendo minada e desafiada.

Em questão está a erosão da *rationale* por detrás da cooperação estruturante. O desafio à posição subjetiva de parceiro permite compreender o sítio transnacional de elaboração de políticas não como espaço de transferência ativa de conhecimento e aprendizado mútuo, conforme previsto na noção de cooperação estruturante, mas como espaço de traduções estratégicas nas quais a linguagem comum e o vocabulário estão sempre sujeitos a interpretações particulares, e conseqüentemente é sobredeterminado pela posição estruturada dos agentes. Mesmo que o sítio transnacional de elaboração de políticas da saúde demonstre resiliência, as disputas em torno da definição de um vocabulário para a saúde e as políticas públicas de saúde resultantes precisam ser analisadas a fim de entender e explorar a fundo os significados da posição subjetiva de parceiro e as práticas dos especialistas que constituem essas parcerias.

A fim de atender aos questionamentos levantados, o próximo capítulo irá teorizar acerca do sítio transnacional de elaboração e transferência de políticas para o desenvolvimento da saúde a partir do sítio de CSSD da CBES. Partindo da valorização das políticas nacionais e seu posicionamento credenciado nas instituições multilaterais da saúde, a expertise brasileira na saúde participa da construção de mercados de políticas. Nesses mercados, a CBES reivindica a prescrição de pacotes de reformas alternativos materializados pelas noções de cooperação estruturante, aprendizado mútuo e os termos da parceria horizontal genuína, condição *sine qua non* do compartilhamento de experiências e formulação de soluções políticas comuns. Tais “pacotes” precisam ser devidamente “traduzidos” a fim de se adaptarem à realidade local, ou ainda, possibilitarem a construção de políticas na localidade. Em última análise, a participação nesses mercados de elaboração de políticas para saúde legitimou não apenas a entrada da CBES no campo da CID, como tornou o mercado menos monopolizado ou mais competitivo. Essa hipótese sustenta a ideia de que os países receptores, agora na sua posição dual de receptores-parceiros e beneficiários de CSSD, podem realizar escolhas a partir de um maior número de “pacotes políticos” disponíveis. Não obstante, conforme será argumentado,

traduzir “devidamente” é um ato político que pode gerar discrepâncias entre a mensagem original e a mensagem recebida.