

# Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz

## *International cooperation in health: the case of Fiocruz*

**José Roberto Ferreira**

Coordenador de programa, Centro de Relações  
Internacionais em Saúde (Cris)/Fiocruz.

ferreirj@fiocruz.br

**Claudia Hoirisch**

Pesquisadora, Cris/Fiocruz.

claudiah@fiocruz.br

**Luiz Eduardo Fonseca**

Coordenador da cooperação com África, Cris/Fiocruz.

lef@fiocruz.br

**Paulo Marchiori Buss**

Diretor, Cris/Fiocruz.

buss@fiocruz.br

Cris/Fiocruz.  
Avenida Brasil, 4365  
21045-900 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Recebido para publicação em julho de 2013.

Aprovado para publicação em maio de 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000200002>

FERREIRA, José Roberto et al. Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, abr.-jun. 2016, p.267-276.

### Resumo

O artigo revisa a trajetória da cooperação internacional considerando os ajustes feitos a partir das principais conferências internacionais sobre o assunto (Buenos Aires, 1978; Roma, 2003; Paris, 2005; Acra, 2008; e Busan, 2011). Alinha essas novas orientações com as práticas que a Fiocruz vem adotando, como “cooperação estruturante em saúde”, uma abordagem diplomática que inclui diversos elementos sugeridos nas reuniões internacionais mencionadas, orientada ao apoio dos sistemas de saúde como um todo, não exclusivamente a doenças ou problemas de saúde, assumindo a saúde em seus determinantes biológicos, sociais e ambientais.

Palavras-chave: cooperação internacional; cooperação Sul-Sul; cooperação estruturante em saúde; saúde global.

### Abstract

*This article reviews the trajectory of international cooperation in the light of the adjustments made at the leading international conferences on the topic (Buenos Aires, 1978; Rome, 2003; Paris, 2005; Accra, 2008; and Busan, 2011). This article aligns these new approaches with the practices Fiocruz has adopted, such as “structural cooperation in health,” namely a diplomatic approach that includes various aspects raised at the aforementioned international conferences oriented towards supporting health systems as a whole. The new approach does not focus exclusively on specific diseases or health issues and addresses health from the perspective of its biological, social and environmental determinants.*

*Keywords: international cooperation; South-South cooperation; structural cooperation in health; global health.*

A saúde tem tido importância política no plano internacional e como elemento-chave no âmbito da cooperação entre países, correspondendo a ações que poderiam ser consideradas “diplomáticas” em essência. Este artigo revisa a trajetória da cooperação internacional para o desenvolvimento, considerando as conferências que trataram de ajustá-la (Buenos Aires, 1978; Roma, 2003; Paris, 2005; Acra, 2008; Busan, 2011) e como suas recomendações influenciaram a cooperação internacional em saúde da Fiocruz.

Desde 2009, a Fiocruz vem procurando implantar o processo da “cooperação estruturante”, partindo de uma planificação estratégica conjunta com os parceiros, implicando maior apropriação de seus resultados, e não sua simples adoção. A Fiocruz também tem procurado promover a reciprocidade e a harmonização como elementos estratégicos de cooperação, assim como promover a conformação de redes de cooperação com os países parceiros. A ideia de rede tem o potencial de ampliar o intercâmbio entre todos os parceiros, podendo elevar o grau de vinculação entre eles. As “redes estruturantes em saúde” incluem as instituições que têm caráter estruturante para o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde: os institutos nacionais de saúde, as escolas de saúde pública, as escolas técnicas de saúde e os próprios ministérios ou secretarias de Saúde.

### **Cooperação técnica entre países em desenvolvimento**

A cooperação internacional como transferência não comercial de técnicas e conhecimentos acentuou-se a partir da Segunda Guerra Mundial e esteve, historicamente, dependente de iniciativas e disponibilidade financeira das grandes potências com o intuito de contribuir para promover o desenvolvimento dos países mais pobres. Entretanto, essas iniciativas, ao mesmo tempo que aportavam benefícios, mantinham resquícios do colonialismo do século XIX, gerando um tipo de dependência relativa caracterizada pela manutenção da hegemonia da oferta sobre a demanda (Buss, Ferreira, 2010a, p.99).

A percepção das limitações de tais iniciativas tornou-se mais explícita no pós-guerra, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), que integra tanto os países ricos quanto aqueles em desenvolvimento. O movimento de criação da ONU tratou de superar diversos focos de tensão e desacordos entre nações, assim como a grande desigualdade existente entre elas, e, gradativamente, veio a questionar a oferta unilateral de soluções para os problemas do desenvolvimento no âmbito da cooperação internacional (UN, 4 dez. 1948, p.38).

Nos anos 1970, várias reuniões internacionais mantiveram aceso o debate sobre a cooperação internacional, realçando a importância da autonomia dos países em desenvolvimento, destacando a cooperação econômica e o aperfeiçoamento de recursos humanos. Essa evolução culminou com uma conferência, realizada em setembro de 1978, que formulou o Plano de Ação de Buenos Aires (Paba) e introduziu o termo “cooperação Sul-Sul”, incentivando a prática da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD). Esse documento destacou a responsabilidade dos países industrializados de manter a assistência técnica frente ao ainda existente processo de descolonização e admitiu que um grande número de nações em processo de desenvolvimento podia, também, participar nos “negócios internacionais”, em um mundo com crescente interdependência (UNDP, 1978, p.3, 5-10). O documento, ao promover esse intercâmbio horizontal, salienta que, implícito

a uma interdependência econômica, deve haver o reconhecimento da soberania dos países e igual participação na condução de relações internacionais e distribuição equitativa de benefícios, incorporando, dessa forma, princípios de orientação diplomática.

Indiretamente, a estratégia de uma cooperação entre países em desenvolvimento ressaltava as limitações encontradas na assistência prestada, tradicionalmente, pelos países desenvolvidos; em geral, baseada em objetivos predefinidos por eles próprios e nem sempre ajustados às necessidades e ao potencial de implantação dos países “receptores”.

Todavia, se por um lado o Paba preconizava, para resultados mais produtivos, a articulação da assistência prestada pelos países desenvolvidos, a CTPD destacava a necessidade de os países em vias de desenvolvimento assumirem, eles próprios, os objetivos e procedimentos que assegurassem melhor cooperação. O documento introduzia um elemento ético, reconhecendo que essa atitude, observando o aspecto da soberania e independência econômica das nações, ampliava a autonomia nacional e reforçava coletivamente a relação entre os países, independentemente de seu tamanho, nível de desenvolvimento e sistema social e econômico.

A reunião de Buenos Aires formalizou o início desse processo e, mesmo tendo representado um marco significativo no intento de estabelecer uma nova ordem internacional para superar a desigualdade e a pobreza, suas recomendações, especialmente claras e detalhadas em 38 resoluções, pouco influenciaram o cenário da cooperação internacional naquele período. Talvez, por estar centrada na relação entre os países em desenvolvimento, sem uma ênfase expressa nas grandes potências e na importância do seu papel na assistência técnica internacional, o documento, em princípio, não tivesse levado em consideração que a prática da cooperação e da assistência estivesse também ligada a outros interesses.

### **Do retrocesso neoliberal aos objetivos do milênio**

Os anos 1990 representaram um retrocesso nas propostas do Paba. Em um cenário caracterizado por crises econômicas e movimentos de globalização do capital, as agências financeiras internacionais adotaram um discurso de ajuste estrutural para os países em desenvolvimento marcado pela diminuição do papel do Estado, levando ao retorno ao cenário internacional de assistência técnica – em vez de mecanismos de cooperação – para implementar o ajuste estrutural proposto pelas agências (Fonseca, 2011, p.29).

Pressionadas pelo movimento social mundial frente aos ajustes econômicos, foi também na década de 1990 que diversas agências da ONU realizaram o chamado ciclo das grandes conferências temáticas, com o intuito de “preparar o mundo para o século XXI”, o que culminou com a Cúpula do Milênio, realizada pela ONU em 2000, em Nova York, na qual 193 Estados-membros subscreveram a Declaração do Milênio e comprometeram-se a alcançar, até 2015, os oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Para isso, os países desenvolvidos comprometeram-se a dedicar 0,7% do seu produto interno bruto à ajuda oficial para o desenvolvimento (Official Development Assistance) visando à consecução de tais objetivos. Quase todas as conferências e a própria Declaração do Milênio comprometeram-se, também, na sua mais ampla concepção, com a cooperação entre países (UN, 2000).

Em 1996, já tendo avaliado o mau desempenho dos projetos de cooperação no âmbito do ajuste econômico, a própria Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento

Econômico (OCDE) assumiu que a cooperação internacional deveria compreender o sentido de uma relação baseada em acordos, refletindo mútuas responsabilidades e objetivando interesses compartilhados (OECD, maio 1996, p.6). O próprio Banco Mundial, dois anos depois, procurou redefinir a noção de “parceria” como uma relação colaborativa entre entidades para trabalhar em prol de objetivos compartilhados, a partir de uma divisão de trabalho mutuamente acordada, que inclui mecanismos de acompanhamento e possibilidades de ajustes (World Bank, 20 maio 1998, p.5). Embora ainda pouco expressivo, o termo “parceria” ganhou força no discurso das agências internacionais, sendo assumido, embora não explicitamente, como uma orientação mais ética e diplomática na condução das negociações correspondentes.

Quase um quarto de século depois da Reunião de Buenos Aires, quando já vigentes os ODMs, teve lugar no México (março de 2002) a Conferência sobre o Financiamento do Desenvolvimento, que aprovou o Consenso de Monterrey (UN, 2003). O Documento de Monterrey (2002), apesar de não ter relação de continuidade com a CTPD e o Paba (1978), foi uma iniciativa de combate à pobreza, no espírito dos ODMs, segundo a qual os países ricos se comprometiam a dobrar sua ajuda ao desenvolvimento e os países pobres se propunham a melhorar o aproveitamento dessa ajuda. A esse evento se seguiram grupos de trabalhos regionais (Kingston, Hanói e Addis Abeba) que culminaram em uma reunião de grande porte, em Roma, em fevereiro de 2003, sob a égide da OCDE. Essa reunião produziu uma Declaração sobre Harmonização (OECD, 2003), que ressaltou a preocupação dos países parceiros com certas práticas dos países doadores, que nem sempre se ajustavam às prioridades dos processos de desenvolvimento dos sistemas nacionais e locais. Esse descompasso entre objetivos internacionais e necessidades nacionais perpassava diversas etapas da administração pública, que incluíam desde orçamentos, programas e ciclos de planejamento dos gastos públicos, até mesmo seu gerenciamento financeiro. A declaração da reunião da OCDE de 2003 apregou a harmonização das políticas nacionais com os projetos das agências internacionais, o respeito a princípios éticos e a adoção de negociações diplomáticas para assegurar o melhor aproveitamento pelos parceiros do ciclo da ajuda internacional.

Essa reunião, que contou com a participação de instituições de desenvolvimento multilaterais e bilaterais, representantes do FMI e de países parceiros, reafirmou o compromisso com a erradicação da pobreza, o crescimento econômico e a promoção do desenvolvimento sustentável, para o qual se fazia necessária uma abordagem nacional enfatizando a apropriação e condução governamental, incluindo o envolvimento da sociedade civil e do setor privado, introduzindo uma nova ética e um novo estilo de programação. Pode-se admitir que essa sequência de eventos, entre outros aspectos, relacionou a redução da pobreza com temas e objetivos setoriais como os relacionados a problemas de saúde, o que veio estimular suas orientações nessa área.

## **A cooperação para o desenvolvimento**

O debate para acelerar o alcance dos ODMs cresceu em um movimento contínuo. Em fevereiro de 2004, em Marrakesh, foi realizada pelos países integrantes do G77 (2003a) uma

Conferência de Alto Nível sobre Cooperação Sul-Sul que, entre outros debates e conclusões, tratou da gestão centrada nos resultados para os projetos voltados ao desenvolvimento e reforçou as recomendações da reunião de Roma quanto à harmonização da ajuda internacional com as políticas e os sistemas nacionais (G77, 2003b).

A partir daí, a OCDE (OECD, 2006, 2008, 2011) promoveu três novas reuniões de alto nível, buscando dar maior ênfase a uma possível negociação diplomática em respeito aos interesses dos países parceiros. Essas reuniões se realizaram, em Paris (2005), Acra (2008) e Busan (2011), tratando da crítica aos procedimentos vigentes e, posteriormente, das orientações a serem adotadas, encorajando a participação dos intervenientes, com forte ênfase na sociedade civil, no âmbito da cooperação internacional. Com frequência as declarações resultantes dessas reuniões vêm sendo vistas como orientadas à cooperação Sul-Sul; entretanto, uma vez que se orientam a promover maior eficácia da cooperação internacional, devem ser aplicadas também na cooperação Norte-Sul.

Desde então, destacam-se a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades, a realização de parcerias inclusivas, reconhecendo as diferenças e complementaridades entre os atores e a necessidade de práticas transparentes para melhor responsabilização. Entre os ODMs, a erradicação da pobreza e da fome, que em sua amplitude afeta todos os demais objetivos, assume particular importância para a cooperação com o setor saúde e superação de seus problemas, incorporando aspectos bioéticos para o alcance de melhores condições de vida.

Reconheça-se, contudo, que a maioria das recomendações dessas conferências se reduzem a peças de retórica, raramente influenciando, de fato, as políticas e práticas dos grandes doadores internacionais (países ricos e fundações privadas) e bancos de fomento ao desenvolvimento.

Em uma dimensão interna ao setor saúde, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada pela OMS e pelo governo brasileiro, no Rio de Janeiro, em 2011, destacou que a cooperação internacional é contribuição essencial para ações nacionais e locais sobre os determinantes sociais da saúde (WHO, 2011, p.2).

Percebe-se, cada vez mais, uma nova dinâmica no sentido de incluir a cooperação internacional naquilo que seriam os “novos bens de troca” entre os países. Atualmente, a ampliação dessas esferas de troca delinea novos atores e papéis em relação à atuação e ao que se espera dos países. Acredita-se que hoje a troca de experiência e conhecimento coloque quase todos os países em condições de oferecer alguma cooperação, sejam eles desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, a tal ponto que poderíamos deixar de referir-nos à cooperação Norte-Sul ou Sul-Sul e começar a tratar de uma “cooperação global”. O marco regulatório dessa cooperação global seria estabelecido, em cada caso, pelo colegiado composto por líderes dos países parceiros, desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Depois de Paris, Acra e Busan, os autores acreditam que as expressões “receptores” e “doadores” devam ser abandonadas em definitivo; justamente pela possível insinuação de dependência. Acreditamos que devam ser substituídas pelo conceito de “parceiros”. O mesmo se aplica ao termo “ajuda”, que passa a ser referida exclusivamente como “cooperação”, mantendo, assim, um sentido de horizontalidade no tipo de relação que se estabelece. Tais posições estão contidas no conceito de “cooperação estruturante em saúde” praticado na cooperação internacional da Fiocruz.

Nesse contexto, se enfatiza o reforço dos sistemas de saúde promovendo a reciprocidade no âmbito da cooperação e admitindo que, mesmo havendo diferenças de nível de desenvolvimento entre os países, sempre será possível detectar elementos locais e aspectos culturais úteis e passíveis de intercâmbio e oferta de benefícios, em termos políticos ou comerciais. Essa relação de dupla via evita que se estabeleça uma situação de dependência, caracterizando a inferioridade de algum dos parceiros, e se enquadra melhor em uma relação global.

Não se trata, portanto, de promover a reprodução das práticas que caracterizam a concepção atual de desenvolvimento (característica da cooperação tradicional oferecida pelos países desenvolvidos), e, sim, de buscar um novo modelo de processo que combine crescimento, bem-estar para todos e utilização racional dos recursos do planeta, de modo a permitir um meio ambiente habitável para as gerações futuras. Essa questão tem como ponto de partida a própria situação demográfica, quando nos damos conta de que, para sustentar a taxa de crescimento atual, serão necessários mais um planeta Terra em 2030 e de três a quatro em 2050 (Gilding, 2011), fato que guarda relação com o potencial da industrialização, a poluição, a produção de alimentos e a depleção de recursos, para mencionar algumas das variáveis mais importantes.

Por isso, é forçoso admitir que na revisão dos esforços de cooperação para o desenvolvimento será necessário começar por redefinir o próprio conceito de “desenvolvimento”. Isso pode, inclusive, levar a considerar-se que nas atuais regiões menos desenvolvidas do planeta seria possível encontrar novas formas de aproveitamento dos recursos disponíveis, mais favoráveis a um novo padrão de crescimento. Poder-se-ia admitir uma reversão aparentemente utópica do processo de cooperação ou, o que seria mais aceitável, reconhecer a possibilidade de uma real reciprocidade entre os países em todas as direções, tanto Sul-Sul como Norte-Sul, e um possível aproveitamento de soluções inovadoras, embora mais simples, geradas entre todos os parceiros. A contenção do padrão de consumismo disseminado pelos países do Norte já representaria um grande avanço nessa direção.

## **A influência na cooperação em saúde da Fiocruz**

Sem dúvida, todas as abordagens mencionadas anteriormente influenciaram a orientação que a Fiocruz vem adotando na cooperação internacional em saúde. Apoiada na política externa brasileira, como país de economia emergente no cenário global, a Fiocruz tem priorizado a cooperação com países tanto da região sul-americana (União de Nações Sul-americanas, Unasul) quanto com os países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) na África, a partir daquilo que vem denominando Cooperação Estruturante em Saúde (Almeida, 2010, p.26-29; Buss, Ferreira, 2010a, p.96; 2010b, p.110-112, 116-117; 2011, p.2706; Buss, Ferreira, Hoisch, 2011, p.213, 219-221).

Essa orientação, em certa medida, amplia a relação horizontal, incluindo inovações na negociação da proposta, na identificação dos interesses do parceiro e sua participação no desenho da cooperação. No lugar da oferta de ajuda, trata-se de compartilhar soluções para responder à demanda específica do outro país. A partir daí, procura-se romper com a transferência passiva de conhecimento ao procurar integrar no desenvolvimento de recursos humanos as capacidades e os recursos endógenos do próprio país para um avanço



tecnológico compartilhado a partir de um planejamento estratégico que incentive maior “empoderamento” das autoridades locais. Entretanto, a Fiocruz tem como premissa da cooperação em saúde o fortalecimento sustentável da componente pública dos sistemas nacionais de saúde, e essa premissa é elemento de aporte da Fiocruz ao compartilhar a formulação de projetos de cooperação. Essa abordagem parte do respeito às demandas dos parceiros sem deixar de levar em conta o que a experiência nos tem demonstrado e, com isso, pretende promover o aperfeiçoamento das chamadas “forças estruturantes do sistema de saúde”, por meio do reforço dos institutos nacionais de saúde, das escolas de saúde pública e de formação de pessoal técnico, instituições capazes de assegurar o maior rendimento do Sistema de Saúde como um todo.

Vale salientar que o processo da “cooperação estruturante” parte de uma planificação estratégica conjunta dos parceiros cuja implantação implica a apropriação e o ajuste das soluções propostas, e não a simples adoção delas. Mais que assessorar, trata-se de promover educação avançada e consolidar lideranças, utilizando preferencialmente os quadros nacionais na implantação das ações, substituindo a intervenção direta dos parceiros internacionais. Promovem-se, ainda, iniciativas para formação de redes que permitam um maior intercâmbio horizontal entre os parceiros. Tudo isso aplicado ao desenvolvimento dos sistemas de saúde, o que permite ampliar significativamente o esforço despendido, procurando cobrir igualmente os problemas que afetam a saúde pública, incluindo proteção e promoção de saúde, prevenção e enfrentamento dos agravos à saúde, e não apenas o tratamento de doenças. Somam-se a isso dois outros aspectos: a possibilidade de reciprocidade e a não dependência, realçando o caráter de solidariedade nesse tipo de intercâmbio.

A Fiocruz também promove a reciprocidade como estratégia na conformação de redes de cooperação que incluem ela própria e os demais países e instituições com os quais vai estabelecendo parcerias. Essa estratégia leva ao intercâmbio cruzado entre todos, permitindo o aproveitamento de práticas e/ou inovações desenvolvidas por e para todos os membros da rede. No estabelecimento dessas redes, considera-se não apenas os institutos ou escolas já em operação, mas também a possibilidade de formá-los a partir da existência de laboratórios de saúde pública e cursos que venham sendo realizados por universidades locais. Em alguns casos, apoia-se diretamente os ministérios de saúde, promovendo a consolidação das instituições estruturantes, a partir dos programas em curso, integrando os recursos existentes nos países parceiros.

Na prática, toda essa proposta – assim como muitas das recomendações das conferências referidas anteriormente – não chega a ser implantada em sua integralidade. Entretanto, ao se insistir na importância de cada uma dessas redes para o aperfeiçoamento de todo o processo, mantém-se uma projeção que aponta para o que se espera concretizar em um futuro próximo, dependendo dos próprios países e instituições parceiras.

Na formulação dessa cooperação estruturante, a Fiocruz atua conjuntamente com os países parceiros na definição das linhas de ação a serem desenvolvidas, sendo que, no caso dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, esses planos têm sido coordenados com a CPLP. Essa abordagem resultou na elaboração de um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (CPLP, 2009). Na América do Sul, a Fiocruz vem trabalhando com a Unasul, o que resultou na elaboração do Plano Quinquenal 2010-2015 (Unasul-Saúde, 2010).

Salienta-se que nos países africanos não existem escolas de saúde pública, portanto a cooperação da Fiocruz se concentra nos institutos e escolas técnicas em saúde, formando a Rede de Institutos Nacionais de Saúde da CPLP (Rins-CPLP) e a Rede de Escolas Técnicas em Saúde da CPLP (Rets-CPLP). A Rins-CPLP conta com a participação da própria Fiocruz e dos institutos nacionais de saúde de Portugal, Angola, Moçambique e Guiné Bissau, e apoia a criação dos institutos de Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, em andamento. A Rets-CPLP já se constituiu com entidades de todos os países da CPLP e vem procurando cada vez mais ampliar seu desenvolvimento por meio de parceria com os mesmos institutos da Rins-CPLP. Dessa forma, as ações e atividades da Fiocruz que acontecem no âmbito dos ministérios da saúde dos Palops ou das duas redes acabam se fortalecendo mutuamente, tal como os cursos de mestrado em Moçambique (três turmas de mestrado em ciências da saúde e uma de mestrado em sistemas de saúde), o mestrado em saúde pública em Angola e o projeto de fortalecimento do sistema nacional de saúde de Angola, a partir do reforço da atenção primária e terciária em saúde na cidade de Luanda (projeto do Ministério da Saúde de Angola com apoio da Agência Brasileira de Cooperação e da Agência de Cooperação Internacional do Japão).

Na América do Sul, a cooperação da Fiocruz se apoia na conformação das três redes, além da Rins e Rets, também a Rede de Escolas de Saúde Pública, com atividades desenvolvidas na maioria dos países da região. Merecem destaque: os cursos de pós-graduação no Instituto Nacional de Saúde do Peru; a colaboração com a Administração Nacional de Laboratórios e Institutos de Saúde (Anlis – agência local que reúne 14 laboratórios de saúde pública), na Argentina; a promoção de programas de atenção primária de saúde na Bolívia e Paraguai; formação de profissionais bolivianos em curso de residência em pediatria; e a realização de um levantamento dos programas de formação em saúde pública em todos os países da América do Sul. Outra importante atividade da Fiocruz vem sendo com as instituições da Rede Pan-amazônica de pesquisa em saúde, reforçando atividades de produção de conhecimento em doenças emergentes e reemergentes nos oito países que constituem a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (Otca, 1978).

Além disso, a Fiocruz vem apoiando o Ministério da Saúde do Brasil a desenvolver a cooperação humanitária com o Haiti, promovendo a superação dos problemas resultantes de terremoto recente, que inclui o reforço do programa de vigilância sanitária, promoção da saúde, educação permanente e comunicação social em saúde.

### **Considerações finais**

A reorientação da negociação da cooperação entre países, além da conotação diplomática, evoluiu na segunda metade do século anterior, consolidando-se na década atual, permitindo que os países parceiros possam alcançar uma real harmonização de interesses, respeitando a apropriação e liderança de cada um e aproveitando uma articulação em rede que permita o real intercâmbio entre todos e o aproveitamento da reciprocidade do esforço realizado.

O exemplo da aplicação dessa orientação pela Fiocruz demonstra sua viabilidade, permitindo que caminhem juntas a cooperação e a diplomacia com uma ampla visão do sistema de saúde, superando o enfoque exclusivo de controle de doenças e enfatizando os determinantes sociais da saúde. Além disso, também possibilita uma mais clara diferenciação



entre o padrão tradicional da cooperação, oferecida pelos países desenvolvidos, e a parceria resultante da cooperação inovadora que atende melhor aos princípios éticos.

Com isso, evita-se a dicotômica visão vigente entre a cooperação Norte-Sul e Sul-Sul, e opta-se por uma abordagem mais abrangente na qual se incluem responsabilidades compartilhadas entre as partes envolvidas, cujo marco regulatório seria estabelecido por um grupo composto por membros de países participantes, considerando-se tanto as demandas reais, a adequação das diferentes visões entre as partes, assim como a disponibilidade de recursos para atendê-las.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Celia et al. A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. *Reciis*, v.4, n.1, p.25-35. 2010.
- BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.2699-2711. 2011.
- BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Reciis*, v.4, n.1, p.93-105. 2010a.
- BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul Saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). *Reciis*, v.4, n.1, p.106-118. 2010b.
- BUSS, Paulo; FERREIRA, José Roberto; HOIRISCH, Cláudia. A saúde pública no Brasil e a cooperação internacional. *Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade*, v.2, n.2, p.213-229. 2011.
- CPLP. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde. Disponível em: <http://www.cplp.org/id-1787.aspx>. Acesso em: 25 mar. 2015. 2009.
- FONSECA, Luiz Eduardo. *Formulação de políticas de saúde em situação pós-conflito: o processo de elaboração do primeiro documento propositivo de uma política de saúde para o Timor Leste, 1999 a 2002*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2011.
- G77. High-level conference on South-South cooperation. Disponível em: <http://www.g77.org/marrakech/>. Acesso em: 20 abr. 2013. 2003a.
- G77. Marrakech declaration on South-South cooperation. Disponível em: <http://www.g77.org/marrakech/Marrakech-Declaration.htm>. Acesso em: 20 abr. 2013. 2003b.
- GILDING, Paul. *The great disruption: how the climate will transform the global economy*. New York: Bloomsbury. 2011.
- OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. Busan partnership for effective development co-operation. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/49650173.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2013. 2011.
- OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. Agenda para ação de Acra. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/aideffectiveness/41202060.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2013. 2008.
- OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda ao desenvolvimento. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/aideffectiveness/38604403.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2013. 2006.
- OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. Rome declaration on Harmonisation: harmonizing donor practices for effective aid delivery. Disponível em: <http://www.oecd.org/development/aideffectiveness/31451637.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013. 2003.
- OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. Shaping the 21st century: the contribution of development co-operation. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/2508761.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013. maio 1996.

OTCA.

Organização do Tratado de Cooperação Amazônica. Disponível em: <http://otca.info/portal/tratado-coop-amazonica.php?p=otca>. Acesso em: 25 mar. 2015. 1978.

UN.

United Nations. Monterrey consensus of the International Conference on Financing for Development. Disponível em: <http://www.un.org/esa/ffd/monterrey/MonterreyConsensus.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2013. 2003.

UN.

United Nations. Declaração do milênio 2000. Disponível em: <http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2013. 2000.

UN.

United Nations. Resolution n.200: technical assistance for economic development. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/043/71/IMG/NR004371.pdf?OpenElement>. Acesso em: 28 mar. 2013. 4 dez. 1948.

UNASUL-SAÚDE.

União de Nações Sul-americanas. Plano quinquenal 2010-2015. Disponível em: <http://rins-unasur.org/index.php/unasur-salud/documentos-de-unasur-salud/plan-quinquenal-unasur-salud>. Acesso em: 25 mar. 2015. 2010.

UNDP.

United Nations Development Program. The Buenos Aires plan of action. Disponível em: <http://ssc.undp.org/content/dam/ssc/documents/Key%20Policy%20Documents/BAPA.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2013. 1978.

WHO.

World Health Organization. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: WHO. Disponível em: [http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final\\_12-12-20112.pdf](http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf). Acesso em: 7 maio 2013. 2011.

WORLD BANK.

Partnership for development: proposed actions for the World Bank: a discussion paper. Disponível em: <http://www.worldbank.org/html/extdr/pfd-discpaper.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014. 20 maio 1998.

