

5º ENCONTRO NACIONAL DA ABRI

Redefinindo a Diplomacia em um Mundo em Transformação

PUC Minas, Campus Coração Eucarístico

29 a 31 julho de 2015

Área temática: Análise de Política Externa

**A POLÍTICA EXTERNA DE SAÚDE DE DILMA ROUSSEFF (2011-2014): ELEMENTOS
PRELIMINARES PARA UM BALANÇO**

Deisy de Freitas Lima Ventura

Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo – IRI/USP, Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2.

Fernanda Aguilar Perez

Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo – IRI/USP, doutoranda bolsista Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/FAPESP processo 2014/00072-4.

Resumo

O trabalho avalia as mudanças e continuidades nas mais importantes ações internacionais do Brasil no campo da saúde pública, a fim de aferir a evolução da política externa brasileira de saúde no primeiro mandato da Presidente Dilma Rousseff (2011-2014). Serão comparados os dados disponíveis sobre as ações mais relevantes da cooperação em saúde Sul-Sul nos mandatos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma, com especial destaque às iniciativas referentes à Comunidade dos Países da Língua Portuguesa – CPLP, e à União das Nações Sul-americanas - UNASUL. A seguir, será comparada a atuação brasileira em foros multilaterais, especialmente no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) e nos foros mais relevantes das Nações Unidas, com especial atenção para a evolução das posições do Brasil em matéria de governança da saúde global e a coordenação entre diferentes atores do Poder Executivo na esfera federal. A pesquisa baseia-se em entrevistas realizadas com atores brasileiros da chamada diplomacia global da saúde, em revisão da literatura especializada e pesquisa documental (dados oficiais, discursos de autoridades, documentos brasileiros e de organizações internacionais, especialmente da OMS). Estas fontes convergem na indicação de elementos de estagnação, redução da aceleração ou mesmo declínio do protagonismo brasileiro no bojo de diversas ações estudadas.

Palavras chave **Política Externa, Saúde Global, Cooperação**

1.Introdução

A saúde pública esteve presente na atuação internacional do Brasil especialmente nos últimos vinte anos. Durante os mandatos presidenciais de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a saúde foi considerada um tema social no seio da política externa brasileira (PEB), destacando-se pela resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS que se tornou referência internacional em debates importantes como o acesso da população ao tratamento antirretroviral, a produção de medicamentos genéricos e os direitos de propriedade intelectual (RUBARTH, 1999; SOUZA, 2012). Na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), a saúde ganhou protagonismo na PEB. O multilateralismo, o regionalismo e a diplomacia presidencial foram potencializados para aumentar o escopo da atuação brasileira, dotados de um componente moral: a luta contra a fome, contra a pobreza e a importância da inclusão e justiça social, cunhando até mesmo um novo princípio, o da não-indiferença, para justificar as ações internacionais do país (CERVO, 2010; HERMANN, 2011; LEITE, 2011; VENTURA, 2013). A ênfase social da gestão de Lula traduziu-se em proeminência para a saúde na PEB. Ela foi considerada uma das “estrelas” da nossa cooperação Sul-Sul, juntamente com a agricultura e a educação (HIRST, 2012, p. 11); uma catapulta do Brasil para o mundo (BUSS, 2013, apud VENTURA, 2013); e uma possibilidade de atuar amplamente no exterior como um “ponto de interseção da política externa de saúde”, como afirmou o ex-chanceler Celso Amorim (CRIS-FIOCRUZ, 2015, p. 05).

Foram criadas, assim, agendas regionais de saúde no âmbito da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica, da Organização dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e da União das Nações Sul-americanas – por meio da UNASUL Saúde, formada pelo Conselho Sul-Americano de Saúde e pelo Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde- ISAGS, além de outras iniciativas relevantes (BUSS *et al.*, 2011; VENTURA, 2013). O tema da saúde na PEB seria, assim, o que Pinheiro *et al* (2012, p.20) classificariam como um nicho de ação, com novos campos de atuação para o Brasil no âmbito externo.

Cabe questionar se no primeiro mandato da Presidente Dilma Rousseff (2011-2014) a ênfase em saúde na PEB foi mantida. A literatura sobre o conjunto da PEB indica que se os anos Lula empregaram a “Autonomia pela Diversificação” ou o “Multilateralismo Recíproco” (VIGEVANI *et al.*, 2007; CERVO, 2010), o primeiro mandato de Dilma foi classificado como “Declínio Sistêmico” (CERVO & LESSA, 2014). Com diversos problemas de gestão – seja dos projetos internacionais, seja dos manejos políticos internos – e sem ideias operacionais que unissem o Estado e a sociedade, incluindo atores da iniciativa privada, para a ação externa, a política de Dilma perdeu o fôlego de seu antecessor (CERVO & LESSA, 2014).

O objetivo deste trabalho é avaliar brevemente as mudanças, rupturas e continuidades das mais importantes ações internacionais do Brasil no campo da saúde pública, a fim de entender a política externa brasileira de saúde no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014).

2. Metodologia

O presente artigo identificou os atores mais importantes atores e as principais ações internacionais em saúde na era Lula, analisando suas mudanças e continuidades. Foram estudados a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AISA-MS); a Agência Brasileira de Cooperação (ABC); as ações da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como por exemplo no projeto de cooperação com Moçambique; os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul); a CPLP; a UNASUL; o posicionamento na Organização Mundial da Saúde e sua reforma; o posicionamento brasileiro na epidemia de Ebola; a Convenção Quadro para Controle do Tabaco e o Acordo Tripartite Brasil-Cuba-Haiti.

Neste artigo, a política externa é entendida como política pública, definida como o Estado em ação no plano internacional por meio do governo (PINHEIRO *et al.*, 2012). As análises aqui apresentadas são preliminares e não exaustivas. Apenas programas que já existiam ou projetos que já estavam em negociação na era Lula serão considerados, devido ao objetivo de comparação. Devido às limitações de espaço deste artigo e a complexidade

do tema, o programa Mais Médicos não será aqui objeto de análise (ver VENTURA, FALCÃO e PEREZ, no prelo).

A presente pesquisa baseia-se em revisão da literatura especializada e pesquisa documental (dados oficiais, discursos de autoridades, documentos brasileiros e de organizações internacionais, especialmente da OMS), assim como entrevistas com autoridades, que foram parcialmente realizadas até então.

3.Ministério da Saúde

Dado o processo a horizontalização da condução de política externa brasileira, o Ministério da Saúde obteve considerável participação nas ações internacionais em saúde do Brasil. José Gomes Temporão relata em entrevista que, quando foi Ministro da Saúde (2007-2010), “despachava de dois em dois meses pessoalmente com o Celso Amorim [à época Ministro das Relações Exteriores], e a gente repassava toda a agenda internacional brasileira. Isso foi muito importante para aproximar os ministérios” (TEMPORÃO, 2014). Cerca de 60% dos órgãos do Ministério da Saúde estavam, nos anos Lula, vinculados a temas internacionais, demonstrando que o Ministério das Relações Exteriores (MRE) não detinha a competência exclusiva na questão da internacionalização da saúde (BADIN *et al.*, 2010).

A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AISA) é o principal órgão do Ministério no que se refere à PEB. Devido a sua capacidade de articulação, o MS buscou fortalecê-la: assinou, juntamente com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) um Termo de Cooperação por 10 anos (2009-2019), a fim de que a Assessoria pudesse contribuir na cooperação com UNASUL e Caribe, CPLP e outros países africanos. Segundo relatório de gestão da própria OPAS, os trabalhos para cumprimento das metas ainda estão em curso, porém destaca-se o propósito do projeto: a AISA deve ser fortalecida em “consonância com as estratégias nacionais de saúde e política externa brasileira” (OPAS, 2014, p.205). Até o primeiro semestre de 2014, haviam sido repassados US\$ 12.644.999,21 para o MS (OPAS, 2014, p.218).

O MS mantém igualmente o apoio da OPAS para o fortalecimento de seu Programa de Cooperação Internacional em Saúde, com um projeto de cooperação existente desde 2005, com vigência até o fim de 2015. Com um montante financeiro já recebido de US\$ 24.261.938,44 e implementação a cargo da FIOCRUZ, o projeto visa a melhorar a cooperação com UNASUL e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (OPAS, 2014, p.37).

Houve um esforço do MS em fortalecer sua coordenação interna, por meio da criação da Comissão Permanente de Assuntos Internacionais de Saúde em julho de 2014,

coordenada pela AISA, com o objetivo de apoiar a ação brasileira em fóruns internacionais, assim como delinear estratégias intersetoriais. Esta coordenação envolve ANVISA, FIOCRUZ, CUNASA e ANS; entre outras (BRASIL, 2014).

No que tange a este importante ator, portanto, verifica-se a busca de maior eficiência da gestão das iniciativas já existentes, sem que o Ministério da Saúde tenha inovado em matéria de política externa na área da saúde. Embora não nos seja possível abordar o Programa Mais Médicos no âmbito deste artigo, registramos que, a princípio, parece-nos que a condição de receptor de cooperação sanitária internacional de Cuba (via OPAS) pode ser uma novidade objetiva para o Brasil, especialmente no âmbito das políticas internas de saúde, mas não representa inovação em matéria de atuação internacional do Brasil, eis que tal acolhida se insere na tradição da cooperação sanitária cubana, que dispõe hoje de um número de profissionais de saúde em missão de assistência no exterior mais elevado que todos os países do G8 reunidos (HOWLETT-MARTIN, 2015).

4. Agência Brasileira de Cooperação – o exemplo de Angola

O orçamento do MRE sofreu significativa redução no primeiro mandato de Dilma; até mesmo recursos executados diretamente pelo Ministério para cooperação internacional, como descrito no orçamento nacional, tiveram queda: em 2005, R\$ 430.705.861 foram executados para cooperação internacional, sendo que em 2011 esse valor cai para R\$ 82.188.671 e, em 2012, para R\$ 63.002.107 (BRASIL, 2013; CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015a; SENADO FEDERAL, 2015).

No que atine aos recursos executados pela ABC, a queda também é nítida: se nos anos Lula a Agência teve seu orçamento redimensionado e aumentado, nos anos Dilma ocorreu o inverso. Em 2010 a Agência chegou a ter US\$ 20 milhões disponíveis para cooperação Sul-Sul somente com a África. Apenas dois anos depois, o montante já era cerca de metade deste valor – US\$9,9 milhões (HIRST, 2012; ABDENUR *et al.*, 2014).

O caso da cooperação trilateral Brasil-Japão-Angola ilustra o impacto que esse corte orçamentário teve em um projeto. Desde 2009, Brasil e Japão vinham delineando um programa de parceria, que culminaria, em 2011, em uma cooperação trilateral para o fortalecimento do sistema de saúde angolano (ABC, 2015a). Essa cooperação trilateral também sofreu influências de relações que a Unicamp já desenvolvia com Angola desde 2004 (FONSECA *et al.*, 2015). Com foco em atenção primária e do desenvolvimento de recursos humanos dos hospitais Josina Machel e Maternidade Lucrecia Paim, tal projeto, denominado Proforsa, envolveu a ABC, a Fiocruz, a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a Agência de Cooperação Internacional do Japão (Jica) e o Ministério da Saúde de Angola (Minsa) (CRIS-FIOCRUZ, 2013c; ABC, 2015a).

Segundo a própria ABC, o projeto foi uma demanda do governo angolano, teve início em 2011 e terminou já em 2014 (ABC, 2015b). Proforsa é o projeto de cooperação Brasil – Angola mais reconhecido, e sofreu um considerável impacto em seu terceiro ano de implementação, quando cortes orçamentários no MRE atingiram a ABC e, conseqüentemente, suas operações. Jica e Ministério da Saúde de Angola absorveram parte dos custos correspondentes aos cortes da ABC, possibilitando a continuidade do projeto (FONSECA *et al.*, 2015).

Este projeto mereceu ênfase porque, apesar de ter raízes ainda no governo Lula e ser cooperação trilateral (e não Sul-Sul), sua instauração e implementação ocorreu durante a administração Dilma, em um país de língua portuguesa na região africana membro da CPLP, que até então, juntamente com a UNASUL, era o grupo que mais recebia recursos e atenção do governo brasileiro.

5. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP

Juntamente com a UNASUL, a CPLP era a “menina dos olhos” da cooperação em saúde Brasileira. Desenvolveu-se, em seu âmbito, o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012 da CPLP - PECS. Com um modesto orçamento de 14 milhões de Euros, o programa estabeleceu sete eixos estratégicos de trabalho e enfatizou a formação e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde (VENTURA, 2013).

Em abril de 2013, ocorreu em Lisboa uma reunião técnica para avaliação do PECS 2009-2012. O relatório de avaliação elaborado pelo Secretariado da CPLP, um texto pouco detalhado que mescla avaliação da execução das metas estabelecidas pelo PECS com ideias para projetos futuros, destaca que apenas dois projetos apresentam “grau apreciável de execução” (CPLP, 2013, p. 5): a dinamização das Redes de Instituições Estruturantes e instalação de um Centro de Formação Médica Especializada em Cabo Verde. O documento refere que certos projetos avançaram pouco ou nada, e importantes redes temáticas, como RIDES IST-VIH SIDA e RIDES Malária (Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde em Infecções de Transmissão Sexual e VIH/SIDA e Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde em malária, respectivamente), devem ser incorporadas às Redes de Instituições Estruturantes porque não são operacionais. Tampouco as Redes de Escolas de Saúde Pública conseguiram ser desenvolvidas. Porém, devido à importância que o PECS teve para esses países e a todos os desafios ainda a serem contemplados, o programa foi renovado para o período de 2009 a 2016 (CPLP, 2013).

O relatório informa igualmente que há necessidade de aprimoramento dos instrumentos de governança do plano, pois existem falhas no diálogo e na liderança, assim como inadequado acompanhamento na execução dos projetos. Ressalta-se que questões

políticas internas que alteram as estratégias nacionais impactam negativamente o desenvolvimento dos projetos e da gestão (CPLP, 2013).

Quanto aos projetos futuros que o relatório apresenta, está a preocupação da CPLP com a agenda do desenvolvimento pós 2015 na ONU, e o fato de os países terem uma preocupação em trabalhar com uma posição comum da CPLP para os debates na OMS em Genebra enfatizando os “Objetivos de Desenvolvimento Social” (CPLP, 2013).

6. A FIOCRUZ e o caso de Moçambique

Foi em Moçambique que se desenvolveu um dos principais projetos de cooperação brasileiros. Com um investimento de 40 milhões de reais somente no período de 2008 a 2014, a Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM) seria o primeiro laboratório 100% público da África e um exemplo do que a palavra estruturante em nossa cooperação significaria (VENTURA, 2013). O projeto, segundo Amorim (2013, p. 148), foi uma demanda moçambicana, com um acordo de cooperação para o estabelecimento da indústria assinado entre os dois países em 2003, na primeira das três visitas que Lula faria a Moçambique, e posteriormente assumido pela FIOCRUZ a partir de 2008 (MRE, 2011; VENTURA, 2013; MILANI *et al.*, 2014).

Em novembro de 2012, o primeiro antirretroviral produzido localmente, Nevirapina 200mg, foi entregue ao Ministério da Saúde de Moçambique (CRIS-FIOCRUZ, 2013a). Contudo, o caminho percorrido até o início das atividades da indústria foi conflituoso: houve tensões desde a construção da fábrica até a visões gerenciais do projeto (MILANI *et al.*, 2014). Nestes pontos, o então presidente Lula tomava a responsabilidade e solucionava os problemas: obteve apoio financeiro da Vale do Rio Doce para garantir construção e visitou Moçambique no último mês de seu segundo mandato, para “agilizar os entendimentos” (MILANI *et al.*, 2014, p. 71). Com efeito, em novembro de 2012, Lula acompanhou *in loco* a entrega da primeira remessa de medicamentos, enquanto Dilma havia lá realizado visita oficial um ano antes, em 2011, mantendo encontros com investidores no país – destacando a exploração de carvão mineral pela Vale em Moatize, investimentos em energia, infraestrutura portuária e aeroportuária, petróleo e papel e celulose – e investimentos do BNDES (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011; MILANI *et al.*, 2014). Em julho de 2012, o governo brasileiro pretendia aproveitar a presença da Presidenta na IX Conferência de Chefes de Estado e Governo da CPLP para inaugurar a fábrica. Porém, não só o governo moçambicano não quis realizar a inauguração (explicando que não havia produção de remédios ainda) como Dilma não foi à Maputo, sendo representada pelo vice-presidente Michel Temer e pelo chanceler Patriota (MRE, 2012; MILANI *et al.*, 2014).

Houve preocupação por parte do governo brasileiro quando o Instituto de Gestão de Empresas e Participação do Estado (IGEPE), órgão do governo moçambicano que cuida de parcerias público-privadas, assumiu a administração da fábrica; e houve boatos de uma possível privatização da SMM (MILANI *et al.*, 2014). Contudo, o IGEPE já era responsável, juntamente com o MS moçambicano, pela execução, monitoramento e avaliação do ajuste de acordo de cooperação do projeto desde 2011, e neste mesmo ano, não só a fábrica foi registrada como SMM como o IGEPE foi declarado proprietário, sendo que a direção do conselho administrativo assim como o diretor executivo da SMM são indicados pelo Ministério da Saúde de Moçambique (BRASIL & MOÇAMBIQUE, 2011; RUSSO *et al.*, 2014)

Segundo Russo *et al.* (2014), o Brasil não estava completamente ciente de quão complexo seria implementar um projeto de cooperação em um contexto social, político e histórico que não o seu próprio. Se o Ministério da Saúde brasileiro é responsável pela produção e monitoramento dos medicamentos vendidos no país, em Moçambique, cabe ao Ministério da Saúde apenas supervisionar o trabalho do IGEPE, assim como supervisionar o que acontecerá com o projeto depois de 2017, quando teoricamente encerra-se o envolvimento brasileiro no processo de implementação e treinamento de pessoal da SMM.

7. BRICS

O Brasil participa das cúpulas anuais de chefes de Estado e de Governo desde 2009, ainda que atualmente sua participação padeça de letargia, abrindo espaço para maior atuação de Rússia e China (VENTURA, 2013; CERVO & LESSA, 2014). Contudo, as reuniões de ministros da saúde dos países ocorrem somente desde julho de 2011, primeiro ano da administração Dilma. Na última reunião, ocorrida em Brasília, em dezembro de 2014, os ministros demonstraram que o foco do grupo segue sendo acesso a medicamentos e combate a doenças como HIV/AIDS, Hepatite C, tuberculose e outras doenças que afetam os países da coalizão. A questão diferente e que merece destaque neste IV Encontro dos Ministros da Saúde é que os países concordaram em desenvolver um plano de cooperação no combate à tuberculose, especialmente para garantir o compartilhamento de tecnologia (para combater a doença inclusive em sua forma resistente a antibióticos) e o acesso da população aos medicamentos. O marco operacional do plano tem como data final para seu desenvolvimento o fim do primeiro semestre de 2015 (BRICS, 2014).

O tema da tuberculose é importante para os BRICS porque os cinco países juntos detém 50% dos casos da doença no mundo (BRICS POLICY CENTER, 2014). Porém, há lentidão no desenvolvimento dos projetos do grupo: no começo de 2013 já se sabia que os BRICS estavam debatendo o combate a formas mais resistentes de tuberculose e que um plano de ação deveria estar pronto já em 2014 (CRIS-FIOCRUZ, 2013b). O tema foi

novamente discutido e, ainda que tenha sido tratado de forma mais ampla, parece haver no grupo uma demora para a tomada de decisão e para a elaboração detalhada dos projetos. O Ministro da Saúde, Arthur Chioro, afirmou que o grupo iria criar um fundo para lidar com a tuberculose, mas não definiu como seria a participação brasileira nele (BRICS POLICY CENTER, 2014).

8.UNASUL - ISAGS

A saúde segue sendo um tema chave para a UNASUL. Como disse o representante do Equador na 68ª AMS, Carlos Emanuele, há cinco anos os países membros participam da OMS como UNASUL, e saúde é considerada um “ pilar integrador no continente” (ISAGS, 2015a, p.01). Além de estruturar dez propostas comuns para apresentar na 67ª AMS sobre diversos temas, inclusive envolvendo questões da agenda para o desenvolvimento pós-2015, e reforçar a atenção a alimentação sobre temas como desnutrição e obesidade na 68ª AMS, a União, no ano de 2014, envolveu-se com a Cúpula América do Sul – Países Árabes (ASPA), fazendo com que em abril do mesmo ano os ministros da saúde dos países membros assinassem a Declaração de Lima, com posições comuns para o desenvolvimento e a equidade em saúde, além de debater problemas comuns e buscar fortalecer os sistemas de saúde dos países (CRIS-FRIOCRUZ, 2014b; ISAGS, 2015b).

Da mesma forma, a UNASUL reuniu-se com a CPLP em maio de 2014. Ambos organismos tem como enfoque o fortalecimento das redes estruturantes e a propagação de boas práticas, assim sendo, se reuniram para desenvolver a Oficina Conjunta de Redes de Institutos Nacionais de Saúde/Saúde Pública das duas regiões geográficas (RINS/UNASUR e RINSP/CPLP). O objetivo era entender a determinação social das iniquidades em saúde e formular uma proposta conjunta para resolver os problemas em comum (CPLP, 2014).

Muitos dos esforços da UNASUL contam com o apoio do ISAGS, porém, apesar do Instituto já ter quatro anos de existência (fundado em 2011), apenas no dia 1º de junho de 2015 a Câmara dos Deputados aprovou o texto do “Acordo de Sede entre a República Federativa do Brasil e a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) para o Funcionamento do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS)”, devendo o texto ainda ser submetido à aprovação no Senado (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015b).

9.OMS e a epidemia de Ebola

O Brasil, já há alguns anos, pressiona por mudanças e reformas de diversas instituições multilaterais. Houve críticas por parte do Brasil à falta de referências a saúde e a desenvolvimento nos documentos que concernem à reforma da OMS (VENTURA, 2013). Durante as negociações do novo orçamento da OMS para 2014, o país aceitou aumentar

sua contribuição afirmando que aumentaria, igualmente, a pressão para que a OMS tivesse uma postura mais aberta aos países em desenvolvimento. Rússia, Índia e China também aceitaram aumentar suas contribuições (CHADE, 2013).

O Brasil também agiu via UNASUL, que pediu em 2012 uma ampla reforma da Organização, não somente em seu o financiamento como também no enfoque dado aos determinantes sociais da saúde (ISAGS, 2012). Até mesmo órgãos como a AISA acompanham e coordenam ações relacionadas a tal processo de reforma (OPAS, 2014).

No que concerne a ação da OMS para o Ebola, o Brasil doou R\$ 25 milhões à ONU, sendo que 50% foi pra OMS, 26% ao Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), 18% ao Programa Mundial de Alimentos (PMA) e 6% para a Missão das Nações Unidas de Resposta Emergencial ao Ebola (UNMEER) (MRE & MS, 2014). O Brasil enviou também o que denomina kits, um conjunto de materiais usado para o cuidado à saúde contendo medicamentos e insumos para o atendimento, como luvas. Segundo o próprio Ministério da Saúde, cada kit atende a 500 pessoas por três meses e foram enviados para Guiné, Serra Leoa, Libéria e OMS (MRE & MS, 2014).

A ação brasileira é tímida, se comparada a outro país do BRICS, a China. O país asiático não só doou US\$ 32,54 milhões em ajuda humanitária como enviou US\$ 5 milhões em material médico e mandou 115 especialistas em doenças infectocontagiosas aos países afetados (TAYLOR, 2015).

É de se destacar o posicionamento da PEB nos debates sobre saúde e segurança. Durante as discussões no Conselho de Segurança da ONU (CSNU) sobre a crise do Ebola, o Brasil enfatizou amplamente que a emergência deveria ser entendida sob o prisma social, como fica evidenciado no discurso do embaixador Guilherme Patriota na 7268ª reunião do CSNU, que discutiu a questão da epidemia de Ebola na África Ocidental. Nessa ocasião, Patriota afirmou que o Brasil saudava a iniciativa do órgão em debater o tema e em criar a Missão das Nações Unidas de Resposta Emergencial ao Ebola, porém ressaltou “a necessidade de tratar a epidemia primeiramente e principalmente como uma emergência sanitária e um desafio à sociedade e ao desenvolvimento, ao invés de [considerá-la] uma ameaça à paz e à segurança” (CONSELHO DE SEGURANÇA DA ONU, 2014, p. 28).

10. Convenção do Tabaco

A Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco conta hoje com 180 Estados Partes. O Brasil foi protagonista no processo de formulação e adoção desta norma internacional, não somente pela atuação de Celso Amorim e, posteriormente, Luiz Felipe de Seixas Corrêa como presidentes do Órgão Intergovernamental de Negociações, mas também diante do exemplo no controle doméstico sobre o tabagismo (VENTURA, 2013).

Apesar de atuar fortemente na Convenção Quadro, o Brasil não assinou o Protocolo de tal Convenção – documento que ainda não entrou em vigor pois possui somente 8 ratificações, e necessita de no mínimo 40. O Protocolo está aberto para assinaturas desde 2013 (ONU, 2015).

É difícil explicar o desinteresse do Brasil pelo Protocolo, que versa sobre comércio ilícito de produtos relacionados ao tabaco. O país tem preocupação com o tema, já que cigarros falsificados ou contrabandeados têm acesso facilitado a menores de idade e chegaram a ser 35% do mercado brasileiro (CAVALCANTE, 2005). Existem leis domésticas para coibir esse tipo de comércio: desde 1998, o Brasil taxa a exportação de cigarros e, desde 2000, a exportação da folha de tabaco, para controlar uma prática ilegal das fábricas de tabaco que fingiam realizar exportações aos países vizinhos para escapar de impostos nacionais que não incidiam sobre produtos feitos para exportação. O controle brasileiro chegou a tal ponto que, em março de 2001, o governo uruguaio entrou com uma reclamação no Mercado Comum do Sul (Mercosul), alegando que esse fato impactava o livre comércio estabelecido pelo grupo (CAVALCANTE, 2005).

11.Acordo tripartite Brasil - Cuba – Haiti

Meses depois do terremoto que devastou o Haiti em 2010, Brasil e Cuba negociaram um acordo de cooperação para recuperar o sistema de saúde e a vigilância epidemiológica do país caribenho. Assinado em março do mesmo ano, com validade até 2015 e com prorrogação automática até 2020 – a não ser que um país denuncie diplomaticamente o memorando – o acordo de cooperação atribui ao Brasil a recuperação de hospitais haitianos e o treinamento de recursos humanos; Cuba ficaria responsável pelo fornecimento de médicos e o Haiti, pelo mapeamento das necessidades sanitárias. No Brasil, são responsáveis pela implementação do acordo o Ministério da Saúde, FIOCRUZ, a Universidade Federais do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFRGS e UFSC). (BRASIL,2015b; BRASIL, 2015c). Os projetos que começaram no fim do segundo governo Lula tiveram sua primeira fase concluída em novembro de 2014. As ações brasileiras custaram R\$ 123 milhões e envolveram desde treinamento de recursos humanos à construção de três hospitais, enfocando também a melhoria dos sistemas de comunicação e treinamento recursos humanos de saúde com educação à distância, especialmente no que concerne epidemiologia (CRIS-FIOCRUZ, 2014a). Neste período, o país também enviou 6 milhões de doses de vacinas ao Haiti, envios que continuarão na segunda fase do projeto, que visa a garantir que a gestão dos recursos humanos e da infraestrutura construída seja do governo haitiano, havendo gestão compartilhada com o Brasil por 18 meses, além de focar a melhoria da saúde mental no país (BRASIL, 2015c).

Com o final da primeira fase da cooperação, faz-se necessário um balanço para analisar o impacto real deste projeto de cooperação no Haiti, aferindo a efetiva melhoria da saúde das comunidades locais haitianas. Também, pelo descrito pelas autoridades brasileiras, a segunda fase da cooperação compreende menos projetos, menos recursos e, conseqüentemente, é mais simples.

12. Conclusão

Nos anos do governo Lula da Silva, expressões como “princípio da não indiferença”, “cooperação estruturante” e “política externa ativa e altiva” eram comuns no vocabulário dos estudiosos das relações exteriores brasileiras. Apesar da evidente evolução da saúde como tema de PEB, os “anos Lula” não escapam a críticas, eis que por vezes havia “uma certa distância entre a grandiloqüência da intenção e a materialização do gesto” (BUSS & FERREIRA *apud* VENTURA, 2013, p. 106).

O declínio da inserção internacional do Brasil identificado por Cervo & Lessa (2014) durante o primeiro mandato de Dilma parece atingir claramente a área da saúde. Problemas de gestão dos projetos internacionais em saúde já existiam com Lula, e havia um debate sobre a necessidade de melhor entendimento entre as partes– como no projeto da SMM com Moçambique – e sobre a importância de melhorar a coordenação entre as diferentes agências e organismos que participavam da cooperação em saúde. Contudo, na administração Dilma, cortes financeiros aos projetos, como a da ABC em Angola, prejudicam ainda mais a gestão.

A ausência de novos conceitos poderia ser indício de continuidade da estratégia implementada na “era Lula”, não fosse a evidente dificuldade para sua continuação devido à ausência de recursos e de prioridades. O projeto com Moçambique perdeu ênfase, e há espaço para indagar se a continuidade das ações da UNASUL não se dá muito mais pelo empenho dos atores institucionais próximos (como o ISAGS) do que por um protagonismo do Executivo brasileiro. Estas hipóteses serão confirmadas, refutadas ou aperfeiçoadas com a realização da agenda de entrevistas que complementarão a presente pesquisa.

13. Referências

ABC – Agência Brasileira de Cooperação. 2015a. **Projeto PROFORSA**. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/imprensa/mostranoticia/534>> Último acesso em: 10 jun 2015.

ABC – Agência Brasileira de Cooperação. 2015b. **Pesquisa de projetos: Cooperação trilateral na África – Angola**.

ABDENUR, Adriana Erthal; FONSECA, João Moura Estevão; ZOCCAL, Geovana & ESTEVES, Paulo. 2014. Brazilian Health and Agricultural Cooperation in Mozambique: An Overview. **BPC Papers**. v. 2, n.05, March.

AMORIM, Celso. 2013 **Breves narrativas diplomáticas**. São Paulo: Benvirá.

BADIN, Michelle Rattón & FRANÇA, Cassio. 2010. A inserção internacional do poder executivo federal brasileiro. **Análises e propostas**, nº 40.

BRASIL & MOÇAMBIQUE, 2011. **Ajuste Complementar ao acordo geral de cooperação entre o governo da República federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para o projeto de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique**. Maputo, 22 de dezembro de 2011.

BRASIL. 2013. **Orçamento 2013**: Orçamento fiscal e da Seguridade Social. Volume IV. Disponível em: <<http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2013-1/loa/VolumeIV.pdf>> Último acesso em: 11 jun 2015.

_____. 2014. **Portaria nº 1496: Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Permanente de Assuntos Internacionais de Saúde**. Brasília, 18 de julho.

_____. 2015a. **Projeto de lei orçamentária exercício financeiro 2015**. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2015/orcamento-2015/ploa/volume_ii_ploa_2015> Último acesso em 10 jun 2015.

_____. 2015b. **Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República de Cuba e o Governo da República do Haiti para o fortalecimento do sistema e dos serviços públicos de saúde e vigilância epidemiológica do Haiti**.

_____. 2015c. **Ministério da Saúde: Brasil encerra etapa da reestruturação da saúde pública do Haiti**. Brasília. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/11/brasil-encerra-etapa-da-reestruturacao-da-saude-publica-do-haiti>> Último acesso em 10 jun 2015.

BRICS. 2014. **IV Meeting of the Ministers of Health of the BRICS: Joint Communiqué**. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/17/Joint-Communiqu---FINAL---ENGLISH-05.12.14.pdf>> Último acesso em: 09 jun 2015.

BRICS POLICY CENTER. 2014. **This Week in BRICS**. v. 2, n. 65. 04 a 10 de dezembro. Disponível em: <<http://bricspolicycenter.org/homolog/uploads/trabalhos/6767/doc/1410870339.pdf>> Último acesso em: 09 jun 2015.

BUSS, Paulo ; FERREIRA, José Roberto. 2011 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.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. 2015a. **Atividade Legislativa, Orçamento e LOA**. Volume IV.

_____. 2015b. **Aprova o texto do Acordo de Sede entre a República Federativa do Brasil e a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) para o Funcionamento do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS) .Item 21: PDC 24/2015**. 01 junho 2015.

CAVALCANTI, Tânia Maria. 2005. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.** v. 32, n. 5; p. 283-300.

CERVO, Amado Luiz. 2010. Brazil's rise on the international scene: Brazil and the World. **Rev Bras Poli Int**, v.53, special edition, p. 07-32.

CERVO, Amado & LESSA, Antônio Carlos. 2014. O declínio: inserção internacional do Brasil (2011–2014). **Rev. Bras. Polít. Int.** v. 57, n. 2, p. 133-151.

CHADE, Jamil. 2013. Brasil vai dobrar contribuição para a OMS em 2014. **O Estado de S. Paulo**. São Paulo, 23 maio 2013. Disponível em:
<<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,brasil-vai-dobrar-contribuicao-para-a-oms-em-2014,1034996,0.htm>> Último acesso em: 17 out 2013

CONSELHO DE SEGURANÇA – ONU. 2014. **Agenda Peace and Security in Africa**. 7268th meeting Thursday, 18 september 2014. New York S/PV.7268

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. 2014. **Oficina Conjunta Redes de Institutos Nacionais de Saúde / Saúde Pública da União das Nações Sul-Americanas (RINS/UNASUR) e da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (RINSP/CPLP)**. Rio de Janeiro, maio.

CRIS-FIOCRUZ - Centro de Relações Internacionais em Saúde – Fundação Oswaldo Cruz. 2012. **CRIS INFORMA #1**. Rio de Janeiro. Disponível em:
<<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Cris%20Informa%201%20-%20SET2012.pdf>> Último acesso em: 02 jun 2015.

_____.2013a. **CRIS INFORMA #4**. Rio de Janeiro. Disponível em:
<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Cris%20Informa%204_0.pdf> Último acesso em: 02 jun 2015

_____.2013b. **CRIS INFORMA #5**. Rio de Janeiro. Disponível em:
<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Cris%20Informa%205%20-%20JAN-FEV2013_0.pdf> Último acesso em: 02 jun 2015

_____.2013c. **CRIS INFORMA #10**. Rio de Janeiro. Disponível em:
<<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Cris%20Informa%2010.pdf>> Último acesso em: 02 jun 2015

_____.2014a. **CRIS INFORMA #12**. Rio de Janeiro. Disponível em:
<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cris_informa_12_final_2.pdf> Último acesso em: 02 jun 2015

_____.2014b. **CRIS INFORMA #14**. Rio de Janeiro. Disponível em:
<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cris_informa_14_otimizado.pdf> Último acesso em: 02 jun 2015

_____.2015. **CRIS INFORMA #18**. Rio de Janeiro. Disponível em:
<http://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cris_informa_18.pdf> Último acesso em: 02 jun 2015

FONSECA, João Moura; ESTEVES, Paulo & GOMES, Geovana Zoccal. 2015. Brazilian Health and Agricultural Cooperation in Angola: An overview. **BPC Papers**. v. 3, n. 02, February.

HERMANN, Breno. 2011. **Soberania, não intervenção e não indiferença: reflexões sobre o discurso diplomático brasileiro**. Brasília: FUNAG.

HIRST, Mônica. 2012. Aspectos conceituais e práticos da atuação do Brasil em Cooperação Sul-sul: os casos de Haiti, Bolívia e Guiné Bissau. **IPEA: Texto para Discussão**. n.1687, Rio de Janeiro.

HOWLETT-MARTIN, Patrick. 2015. **La coopération médicale internationale de Cuba**. Paris: L'Harmattan.

ISAGS - Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. 2012. **ISAGS Report** Disponível em: < [http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[47\]ling\[3\]anx\[46\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[47]ling[3]anx[46].pdf)> Último acesso em: 08 jun 2015

_____. 2015a **Informe ISAGS**. Rio de Janeiro. Maio. Disponível em: < [http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[3037\]ling\[1\]anx\[497\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[3037]ling[1]anx[497].pdf)> Último acesso em: 08 jun 2015.

_____. 2015b. **Informe anual 2014**. Disponível em: < [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[317\]ling\[1\]anx\[1064\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[317]ling[1]anx[1064].pdf) > Último acesso em: 08 jun 2015.

LEITE, Patrícia Soares. 2011. **O Brasil e a operação Sul-Sul em três momentos: os governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geizel e Luiz Inácio Lula da Silva**. Brasília: FUNAG.

MILANI, Carlos & LOPES, Roberta. 2014. Cooperação Sul-Sul e *Policy Transfer* em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. **Carta internacional**. v. 9, n. 1, jan – jun, p. 59 – 78.

MRE – Ministério das Relações Exteriores. 2011. **Relatório de visitas internacionais do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de visitas ao Brasil de Chefes de Estado e de Chefes de Governo entre janeiro de 2003 e dezembro de 2010**.

_____. 2012. **Visita a Moçambique do Vice-Presidente da República, Michel Temer, e do Ministro das Relações Exteriores, Antonio de Aguiar Patriota – 18 a 20 de julho de 2012**. Brasília.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES E MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2014. **Nota à imprensa conjunta dos Ministérios das Relações Exteriores e da Saúde – Contribuição Brasileira ao Combate Internacional ao Vírus do Ebola**. Brasília, 03 de dezembro.

ONU – organização das Nações Unidas. 2015. **Treaty Collection Status**. Chapter IX, Health: Protocol to Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. Genebra.

OPAS - Organização Panamericana de Saúde. 2014. **Relatório de gestão dos termos de cooperação 1º semestre de 2014** Brasília. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/rel__de_gestao_1_sem_2014.pdf> Último acesso em: 10 jun 2015.

PINHEIRO, Letícia & MILANI, Carlos. 2012. Introdução. In: MILANI, Carlos & PINHEIRO, Letícia. **Política externa brasileira – As práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: FGV, 2012. p. 13 – 30.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. 2011. **Nota Oficial** - MRE divulga nota informativa sobre a visita da Presidenta Dilma Rousseff a Maputo – Moçambique. Brasília.

RUBARTH, Ernesto Otto. 1999. **A Diplomacia Brasileira e os Temas Sociais: O caso da Saúde**. Brasília: FUNAG.

RUSSO, G.; OLVEIRA, L.; SHANKLAND, A.; SITOE, T. 2014. On the margins of aid orthodoxy: the Brazil-Mozambique collaboration to produce essential medicines in Africa. **Globalization and Health**. v. 10, n. 70. doi:10.1186/s12992-014-0070-z.

SECRETARIADO EXECUTIVO DA CPLP. 2013. **Reunião Técnica de Avaliação do PECS – 2009-2012**. Disponível em: <http://www.cplp.org/Files/Billeder/cSaude/Relatrio-Aval-PECS-2009-2012_FINAL.pdf> Último acesso em: 09 jun 2015.

SENADO FEDERAL. 2015. **Detalhamento das ações de órgãos do poder executivo: 35000** - Ministério das Relações Exteriores.

SOUZA, André de Mello. 2012. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de aids. In: MILANI, Carlos; PINHEIRO, Letícia. **Política externa brasileira – As práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro: FGV, p.203 – 240.

TAYLOR, Ian. 2015. China's Response to the Ebola Virus Disease in West Africa. **The Round Table: The Commonwealth Journal of International Affairs**. v. 104, n. 01, p. 41 – 54.

TEMPORÃO, José Gomes. Entrevista concedida à Deisy de Freitas Lima Ventura. Rio de Janeiro, julho de 2014.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel 2007. A Política Externa de Lula da Silva : A estratégia da autonomia pela diversificação. **Contexto Internacional**, v.29, n.02, p. 273-335.

VENTURA, Deisy. 2013. Saúde Pública e Política Externa Brasileira. **SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos**. V. 10, nº 19, p. 99 – 117.